



WHO Collaborating Centre
for Research and Training
in Mental Health

Prevenire il suicidio in carcere

Le linee guida dell'OMS e la realtà italiana

Manuale per operatori penitenziari e sanitari

Prevenire il suicidio in carcere

Le linee guida dell'OMS e la realtà italiana

Manuale per operatori penitenziari e sanitari

A cura di Alessandra Oretti e Giulio Castelpietra

Centro Collaboratore per la Ricerca e la Formazione OMS-
Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, ASS n°1 Triestina

su indicazioni del
Management of Mental and Brain Disorders,
Department of Mental Health and Substance Abuse dell'OMS
(Organizzazione Mondiale della Sanità) e l'International
Association for Suicide Prevention.

Dicembre 2012

Realizzato grazie al contributo della
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

Finito di stampare Dicembre 2012

Grafica e videoimpaginazione:
Ilaria Ericani per
Confini Impresa Sociale, Trieste

Stampa: Stella Arti Grafiche

I N D I C E

Prefazione all'edizione inglese del manuale Oms sulla prevenzione del suicidio in carcere	5
Prefazione all'edizione italiana	7

I

La consistenza del suicidio nel mondo	11
Il carico del suicidio	14
Suicidio e vulnerabilità (fattori di rischio generali)	14
I cittadini detenuti, un gruppo ad alto rischio di suicidio	16
Panoramica internazionale	16
La realtà italiana	20
I suicidi nel corpo della Polizia Penitenziaria	21
La variabilità dei tassi di suicidio nelle regioni d'Italia	23
I fattori di rischio nella popolazione detenuta	24
Possibili significati del gesto suicida in carcere	28

II

La prevenzione del suicidio in carcere: le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità	31
La posizione giuridica del cittadino detenuto	33
Fattori di rischio comuni	34
Componenti chiave di un programma di prevenzione del suicidio in carcere	35
Formazione degli agenti di Polizia Penitenziaria	36
Osservazione all'ingresso (Servizio Nuovi Giunti)	36
Osservazione dopo l'ingresso	37
Osservazione nella fase acuta	37
Comunicare il rischio	38
Evitare l'isolamento fisico e sociale	38
Limitare l'accesso ai mezzi suicidari	39
Presa in carico dei soggetti con disturbo mentale	39
In caso di tentativo di suicidio	39

I tentativi a scopo manipolativo e i comportamenti di autolesionismo	40
In caso di suicidio	40
Riepilogo delle strategie più efficaci	41
Conclusioni	41
III	
La tutela della salute e la prevenzione del suicidio negli istituti di pena italiani	43
Dal Regio Decreto del 1871 al riconoscimento dei diritti sanciti dalla Costituzione	48
Primi tentativi di fronteggiare i suicidi in carcere e il Servizio Nuovi Giunti	48
Nel 2012 un accordo della Conferenza unificata per la riduzione del rischio suicidario	50
I servizi di salute mentale in carcere: l'esempio del Centro Collaboratore per la Ricerca e la Formazione OMS-Dipartimento di Salute Mentale di Trieste	52
Riferimenti bibliografici	57

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE INGLESE DEL MANUALE OMS* SULLA PREVENZIONE DEI SUICIDI IN CARCERE

Il suicidio è un fenomeno complesso che nel corso dei secoli ha attirato l'attenzione di filosofi, teologi, medici, sociologi ed artisti. Nel suo "Il Mito di Sisifo" lo scrittore e filosofo Albert Camus definisce il suicidio l'unico vero problema filosofico.

Poiché è anche uno dei principali e più gravi problemi di salute pubblica, richiede la nostra attenzione, benché purtroppo la sua prevenzione e il suo controllo non siano compito facile. Le attuali ricerche dimostrano che un'azione preventiva, quantunque fattibile, richiede una serie articolata di interventi, che vanno dalle migliori condizioni educative possibili per bambini e giovani, attraverso efficaci trattamenti dei disturbi mentali, fino al monitoraggio sociale dei fattori di rischio. Elementi essenziali dei programmi di prevenzione sono altresì un'appropriata informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

Nel 1999 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha attivato SUPRE (Suicide Prevention), la sua iniziativa mondiale per la prevenzione del suicidio.

Il presente manuale fa parte di una serie di guide predisposte nell'ambito SUPRE, destinate a specifici gruppi sociali e professionali, che possono essere particolarmente importanti nell'azione preventiva.

Si tratta di un anello di una lunga e diversificata catena che include un'ampia gamma di persone e gruppi, fra i quali professionisti della sanità, educatori, agenzie sociali, governi, legislatori, giornalisti, forze dell'ordine, famiglie e comunità.

Siamo particolarmente grati alla dott.ssa Heather L. Stuart, ricercatrice di Community Health and Epidemiology presso la Queen's University di Kingston (Ontario, Canada) che ha predisposto la prima versione di questo manuale, alla Task Force on Suicide in Prisons dell'International Association for Suicide Prevention (IASP) per il prezioso lavoro all'aggiornamento dei suoi contenuti nonché ai numerosi esperti di tutto il mondo che vi hanno contribuito.

J. M. Bertolote

Coordinatore Dipartimento
per la Salute Mentale e per l'abuso di sostanze OMS
Ginevra, 2007

*Il titolo originale in inglese è "Preventing suicide in jails and prisons".

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Perché un Dipartimento di Salute Mentale, Centro Collaboratore dell'OMS, decide di tradurre e pubblicare un manuale internazionale per la prevenzione del suicidio nelle carceri, destinato a operatori di queste istituzioni?

Il suicidio del singolo è uno degli eventi più tragici che un servizio di salute mentale si trovi ad affrontare. Scelta individuale o evento clinico, prodotto del sistema o effetto di determinanti sociali, all'interno di un gioco di fattori e di vulnerabilità spesso solo posteriori ipotizzate, esso diventa spia del funzionamento dei programmi terapeutici e di interi sistemi di servizi in generale, ed è considerato evento sentinella grave da un punto di vista epidemiologico.

Più generalmente, il tasso di suicidio è studiato come indicatore potente dei livelli di salute delle popolazioni. Nelle nazioni baltiche, per esempio, il suo incremento è stato dimostrativo dei problemi incontrati durante i processi di transizione dal regime sovietico verso l'indipendenza. L'Europa occupa di fatto nove posti tra i primi dieci Paesi nel mondo col tasso più alto, e ciò è spesso spiegato da fattori culturali o, in un'ottica sociologica, come ha insegnato Durkheim, dal grado di disorganizzazione o di anomia delle società contemporanee.

In definitiva, il suicidio è soprattutto «un serio problema di salute pubblica», ed è «il risultato di una complessa interazione di fattori di rischio e di protezione» che richiedono strategie diversificate di prevenzione (HEN Synthesis Report, WHO, 2012).

L'Europa ha dato centralità a tali strategie all'interno del Patto per la Salute Mentale e il Benessere sottoscritto dai governi europei, «considerando che il suicidio resta una causa significativa di morte prematura in Europa, con più di 50 mila decessi l'anno nell'Unione Europea, e che in nove casi su dieci esso è preceduto dalla comparsa di disturbi mentali, spesso la depressione; e che, inoltre, il tasso di suicidi e di tentativi di suicidio tra le persone incarcerate o detenute è più elevato che tra la popolazione in generale» (Risoluzione del Parlamento Europeo del 19 febbraio 2009).

Ecco che, al di là delle politiche sanitarie, in Italia e nel mondo l'evento suicidario è riguardato anche come un "incidente" che comporta una serie di implicazioni sul funzionamento di istituzioni totali, sul recepimento e sul trattamento della tematica del rischio al loro interno, come ha rilevato Basaglia per il manicomio. In tal senso, il suicidio è altresì un'importante spia dei problemi delle carceri, della qualità della vita e della tutela della salute che è possibile o meno garantirvi, e che non tocca solo il detenuto, ma coinvolge in maniera diretta chi agisce il ruolo custodiale, con tutte le difficoltà e le ripercussioni psicologiche del caso.

A partire dagli anni Ottanta, il Ministero della Giustizia italiano si è mostrato sempre più attento alla prevenzione del suicidio nei penitenziari

del nostro Paese, con l'istituzione del servizio "Nuovi Giunti" formato da educatori e psicologi; ma anche col provvedimento di massima sorveglianza, affidato al personale di Polizia Penitenziaria. Misure queste che possono servire in una condizione di normale funzionamento dell'istituzione - se il "normale" qui può essere concesso - ovvero di tutta una serie di attenzioni e interventi rivolti all'altro in quanto soggetto detenuto, alle possibilità lavorative, alle questioni di culto e ad altro. Ma la crisi del sistema, il suo degrado e sovraffollamento, che restano un dato stabile particolarmente in Italia, rendono tali strumenti estremamente limitati.

Rifuggiamo dunque da facili semplificazioni che vogliono ascrivere il suicidio all'una o all'altra questione; e tuttavia esso rimane un problema che sempre e comunque chiama in causa la salute mentale, più che la psichiatria, proprio nel suo segnalare, a prescindere dai disturbi che hanno un nome, condizioni di invivibilità e di perdita di speranza. Perciò, la prevenzione del suicidio è stata giustamente assunta in un'ottica di sistema, di intervento globale, e non restrittivamente specialistico (la necessaria "visita dello psichiatra") o improntato a un riduzionismo biomedico, come se fosse semplicemente un sintomo, l'espressione di una sindrome. La prospettiva di sistema è sottolineata anche dai documenti del recente accordo della Conferenza unificata per la riduzione del rischio suicidario nelle carceri, di cui si parla diffusamente nel presente testo.

10

Dal canto suo, l'esperienza del servizio di salute mentale territoriale che entra in carcere, come si è declinata a Trieste in forma sperimentale dai primi anni Ottanta, e poi diffusa in altre realtà italiane, dimostra come un simile approccio non solo sostenga i singoli in una condizione di disagio o di franca sofferenza psichica, ma funga da catalizzatore, da legame col fuori, per una possibile normalizzazione dell'esperienza estrema, spesso assai più afflittiva che rieducativa, della pena. Solo se il servizio di salute mentale lavora di concerto con i servizi degli istituti di pena, è possibile moltiplicare le opportunità di ascolto attento e di cura delle persone. A tal fine gli operatori della salute mentale devono ricevere segnalazioni, informazioni, riscontri per agire in modo sinergico ed efficace con l'istituzione del carcere, in particolare con la sua area trattamentale e gli educatori penitenziari. Allora il servizio diviene un valore aggiunto, e riesce a dare il suo contributo alla prevenzione del suicidio in carcere.

Il DSM dell'ASS n.1 Triestina, nel suo ruolo di Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Formazione, ha peraltro avviato da oltre quindici anni il programma di prevenzione della rinuncia alla vita "Telefono Speciale". Oltre a offrire un numero telefonico ("hot line") cui il cittadino in condizioni di disagio può rivolgersi in qualsiasi momento, il programma mette in campo un sistema in rete tra i servizi sanitari e sociali del territorio che immediatamente si attiva per il contatto e il supporto necessari. Un Osservatorio Permanente per il monitoraggio sistematico dei suicidi, istituito in collaborazione con l'Istituto di medicina legale, la Polizia di Stato, la Procura della Repubblica del Tribunale locale e gli Uffici Ana-

grafe dei sei Comuni della Provincia di Trieste, fornisce un rapporto trimestrale con i dati sull'andamento del fenomeno. Facendo sue le raccomandazioni e le strategie indicate dell'OMS, "Telefono Speciale" promuove inoltre una campagna iterata di informazione, sensibilizzazione ed educazione attraverso la produzione e diffusione di strumenti e materiali divulgativi rivolti a operatori del settore, insegnanti, giornalisti, familiari, cittadini.

È nel contesto di detta campagna che il programma del DSM triestino ha identificato da tempo le linee guida qui illustrate come uno strumento utile all'azione in carcere, per proporle in una versione modificata e calata nella realtà italiana. Una realtà che nel frattempo è evoluta almeno sul piano normativo, e che ha riconosciuto la prigione come un luogo della comunità, come un pezzo di territorio, dove il diritto alla salute deve essere garantito dal servizio sanitario nazionale come indicato dal DPCM 2008. L'esperienza esemplare del servizio territoriale all'interno degli istituti di pena diventa quindi l'avanguardia per una possibile, auspicata estensione nazionale di questa importante opportunità per il cittadino detenuto.

Roberto Mezzina

Direttore Centro Collaboratore
per la Ricerca e la Formazione OMS-
Dipartimento di Salute Mentale di Trieste
Trieste, 2012

I La consistenza del suicidio nel mondo

La consistenza del suicidio nel mondo

Ogni 40 secondi una persona nel mondo si toglie la vita. Oltre 1 milione di persone nel mondo muoiono per suicidio ogni anno.

In molti paesi industrializzati il suicidio è la **seconda/terza causa di morte negli adolescenti e nei giovani** (15-24 anni).

Ogni 4 secondi una persona al mondo tenta di togliersi la vita.

È scientificamente provato che **ogni suicidio colpisce emotivamente e in maniera molto profonda almeno altre 6 persone**. Se si verifica in una comunità organizzata (scuola, posto di lavoro, carcere etc.) può avere un effetto su centinaia di persone.

Il Suicide Prevention Project (SUPRE) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO) stima che, entro il 2020, il numero di suicidi annui nel mondo salirà a 1 milione e mezzo, circa un suicidio ogni 20 secondi. I tentati suicidi saranno circa 10 milioni.

Il tasso europeo dei suicidi è particolarmente elevato in alcune aree del Nord e dell'Est (tra i 25 e i 35 suicidi per ogni 100 mila abitanti, fino a picchi oltre i 50 in alcune zone geografiche e momenti storici particolari). L'Ungheria è stato il paese europeo che per anni ha avuto i più elevati tassi di suicidio, di recente superati da quelli delle repubbliche dell'ex Unione Sovietica. Nettamente inferiore, il tasso dei paesi mediterranei (sotto i 10 suicidi per ogni 100 mila abitanti).

Secondo dati OMS il tasso di suicidi in Italia si assesta attorno agli 8 per 100 mila, con tassi maggiori al Nord rispetto alle regioni del Sud. Secondo fonti Istat (Istituto di statistica sanitaria) il tasso dei suicidi nel nostro

paese ha iniziato a salire nella metà degli anni Settanta, per poi stabilizzarsi dagli inizi degli anni Novanta. Tale tasso ha comunque subito un decremento a partire dalla fine degli anni Novanta, in linea con gli altri paesi occidentali.

I dati epidemiologici sui suicidi e i tentativi di suicidio provengono dall'Autorità giudiziaria (verbali e rapporti di Polizia e Carabinieri) o da quella sanitaria (secondo i dati elaborati dall'Istat tratti dai certificati di morte). Tali dati sono spesso non coerenti tra loro; sono, soprattutto per parere unanime degli esperti, **sottostimati** (in specie quelli forniti dall'Autorità giudiziaria) e vengono aggiornati con un ritardo di almeno 2-3 anni.

Nel 2009 nel nostro paese i suicidi nella popolazione libera sono stati, per l'Istat, 2.986, con un tasso di 5 su 100 mila abitanti, con prevalenza del Nord-Centro (5,7/100 mila ab.) e valori più bassi nell'Italia meridionale (3,7/100 mila ab.), fatti salvi il Molise (9/100 mila ab.) e la Sardegna dove dal 2004 si registra un preoccupante incremento (9/100 mila ab. nel 2009). La regione del Nord con il più alto tasso è il Friuli Venezia Giulia (8,9/100 mila ab.) mentre quella con il più basso è la Campania (2,5/100 mila ab.).

* Il carico del suicidio

Il carico del suicidio può essere valutato in termini di “anni di vita persi per disabilità o morte prematura” (Disability adjusted life years o DALYs). In base a tale indicatore, nel 1998 al suicidio era imputabile l'1,8% del carico mondiale di disabilità, percentuale che variava tra il 2,3% nei paesi industrializzati, e l'1,7 nei paesi in via di sviluppo. Questo equivale al carico sociale dovuto a guerre e omicidi, al carico dovuto a traumi di nascita e a due volte il carico causato dal diabete.

Il suicidio è dunque un problema molto serio per la comunità e l'OMS lo annovera tra le sue questioni di salute pubblica prioritarie. Ma **pur essendo tra le prime 10 cause di morte nel mondo per persone di tutte le età, il suicidio è una delle cause di morte che più di ogni altra può essere prevenuta.**

Per tutte queste ragioni, a partire dal 1996 l'OMS unitamente alle Nazioni Unite e ad altre agenzie internazionali che promuovono la salute, consiglia ai singoli stati di attuare programmi di prevenzione del suicidio. La raccomandazione è quella di «PENSARE GLOBALMENTE, ORGANIZZARE NAZIONALMENTE, AGIRE LOCALMENTE», come sintetizza il motto della Giornata Mondiale della Prevenzione del Suicidio del 10 settembre 2008. Ciascuna realtà locale è chiamata a mettere in campo strategie mirate ad ampio raggio onde garantire quella **risposta multidisciplinare** che il suicidio in quanto **problema multifattoriale** implica.

* Suicidio e vulnerabilità (fattori di rischio generali)

Gli esperti dell'OMS sostengono che il suicidio sia un problema di hopelessness ovvero mancanza di speranza. Le cause che portano un individuo

a uno stato di disperazione tale da rinunciare alla propria vita sono complesse e molteplici e nella stragrande maggioranza dei casi di non semplice lettura. È però impossibile uniformare le motivazioni individuali che spingono al suicidio per riportarle a un minimo comune denominatore. Il fenomeno suicidario può essere spiegato nelle sue generalità, ma quando si passa al caso singolare devono prevalere la cautela, la discrezione e la comprensione umana.

Così, mancanza di sicurezza e di identità, difficili situazioni familiari, sradicamento delle famiglie dai loro luoghi di origine, angosce davanti al futuro, uso e abuso di droghe e di alcol, delusioni sentimentali, fallimenti scolastici e nell'ambito lavorativo-professionale, morte di una persona cara, sono solo alcune delle possibili "cause". Va ribadito che non esiste alcun rigido e meccanico determinismo tra la situazione che una persona vive e la possibilità che la stessa tenti il suicidio. È noto come nelle orribili circostanze di sofferenza estrema vissute da milioni di persone nei lager nazisti o nei gulag di Stalin, i casi di suicidio furono molto rari. Certo, i sopravvissuti pagarono a lungo le conseguenze delle atrocità subite, ma durante l'internamento pochi si diedero la morte. Analogamente, i suicidi non sono frequenti neppure in situazioni di guerra; aumentano invece dopo la fine di un conflitto, quando piombano sulle persone ripensamenti e depressioni, angosce e sentimenti di inadeguatezza.

D'altra parte anche situazioni comuni e quotidiane, oppure difficoltà apparentemente lievi possono scatenare il gesto estremo di "levare la mano su di sé" per morire.

17

Le situazioni dunque variano profondamente da un'epoca storica all'altra, da un continente all'altro, da un paese all'altro, a seconda delle caratteristiche culturali, politiche ed economiche.

In ogni caso, la sofferenza non ha mai cause univoche, immutabili, valide sempre e ovunque, comunque e per tutti: ogni esperienza umana è singolare e irripetibile.

Esistono tuttavia diversi fattori che rendono le persone più o meno esposte e più o meno sensibili alle disavventure della vita. Pertanto, alla certezza, semplicistica e riduttiva, che esista una sola e principale causa deterministica del disagio psichico va sostituito un modo di pensare più ampio, che potremmo definire **vulnerabilità**.

Le caratteristiche affettive, emotive, comportamentali delle persone e la loro maggiore o minore capacità di adattamento alle difficoltà della vita, traggono origine dalla interazione di molteplici fattori: biologici, psicologici e ambientali.

I fattori biologici sono la componente genetica di un individuo, l'ereditarietà di particolari geni e cromosomi, la presenza di alcune malattie virali, complicazioni ostetriche, traumi perinatali.

I fattori psicologici sono i meccanismi di crescita di una persona, appresi nel corso del suo sviluppo evolutivo, che contribuiscono a formarne la personalità, il carattere, l'identità, il modo particolare di affrontare i pro-

blemi della vita, delle relazioni, della propria singolare storia.

I fattori ambientali chiamano in causa tutta l'organizzazione sociale dominante, nei suoi molteplici aspetti culturali, sociali, economici, politici e religiosi.

L'interazione di queste componenti può aumentare in maniera determinante la vulnerabilità di un individuo esponendolo al rischio di suicidio. Quanto più ci si concentra sul riconoscimento dei fattori di rischio, tanto più si riuscirà a evitare, prevenire il gesto estremo della rinuncia alla vita.

I fattori di rischio, ossia quei fattori che aumentano la probabilità che da una condizione di equilibrio si passi a uno stato di disagio che può portare a gesti estremi, vengono classificati generalmente come segue:

- sesso maschile;
- fasce di età tra i 45 e i 75 anni;
- vivere soli (socialmente isolati);
- essere divorziati, vedovi o single;
- essere indigenti, disoccupati o in pensione;
- precedenti tentativi di suicidio;
- storia familiare caratterizzata da suicidi, alcolismo, tossicodipendenza e/o problemi di salute mentale, violenze fisiche e psicologiche;
- esordio acuto di patologie mediche gravi, dolorose o patologie croniche invalidanti (Aids);
- disturbi di salute mentale (disturbi dell'umore e/o di personalità, depressione, alcolismo);
- incertezza sulla propria identità/orientamento sessuale;
- **essere detenuti in carceri o istituti di pena.**

18

È importante conoscere anche i **fattori protettivi**, ossia quei fattori che aumentano la resistenza delle persone agli eventi stressanti e concorrono al mantenimento di uno stato di benessere. Come per esempio:

- la presenza della rete sociale;
- la presenza di figure familiari di riferimento;
- l'accesso all'istruzione, alla conoscenza;
- un sistema sanitario pubblico funzionante;
- la capacità individuale di risposta allo stress.

I cittadini detenuti, un gruppo ad alto rischio di suicidio

*Panoramica internazionale

Ovunque nel mondo chi è detenuto si toglie la vita con una frequenza in media di **10-20 e più volte maggiore rispetto alle persone libere.**

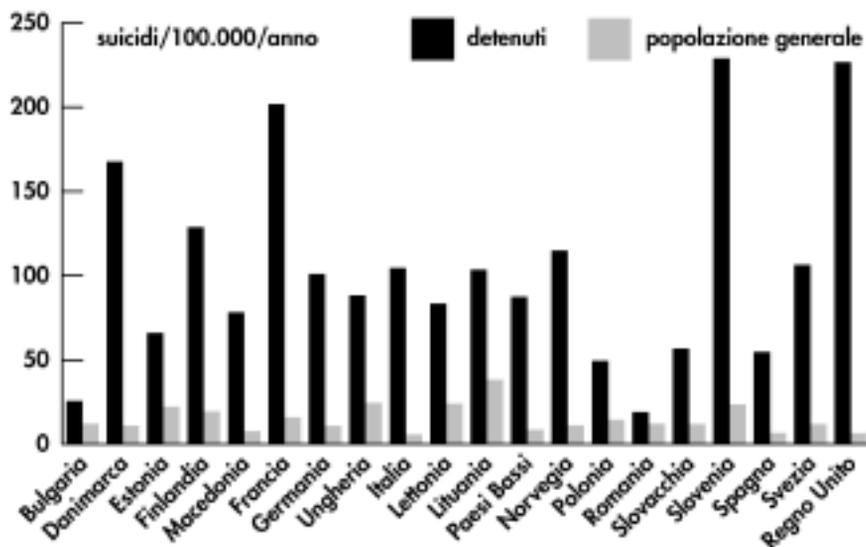
Di seguito sono presentati i dati che riguardano i tassi di suicidio nei detenuti in 28 nazioni europee, nel periodo tra il 1998 e il 2007 .

Figura 1. **Tasso di suicidio su 10.000 detenuti all'anno in Europa, anni 1998-2007.**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Media
Austria	23,0	28,0	24,0	21,2	12,0	N.S.	N.S.	6,8	11,4	13,5	17,5
Bulgaria	1,7	3,7	4,2	3,2	4,2	3,0	1,8	0,8	1,6	1,8	2,6
Croazia	23,0	23,0	4,0	3,8	0,0	N.S.	7,0	8,6	N.S.	4,8	9,3
Repub. Ceca	5,0	2,2	4,8	2,4	7,7	N.S.	9,3	3,1	4,8	4,8	4,9
Danimarca	15,0	23,0	15,0	30,9	8,7	16,8	18,6	19,4	2,7	22,1	17,2
Estonia	0,0	0,0	0,0	0,0	15,1	6,3	6,6	2,3	13,9	8,7	5,3
Finlandia	32,0	29,0	11,0	19,1	17,3	8,7	14,5	10,5	8,1	13,8	16,4
Macedonia	3,5	7,5	14,0	0,0	8,0	6,3	5,7	18,8	4,9	4,9	7,4
Francia	21,0	22,0	24,0	21,5	22,8	20,9	20,4	21,2	16,1	14,6	20,5
Germania	9,9	N.S.	9,9	12,5	9,0	10,1	10,2	10,3	9,6	9,2	10,1
Grecia	7,0	6,6	11,0	6,0	1,2	N.S.	2,3	6,3	N.S.	5,6	5,8
Ungheria	4,9	5,9	3,2	47,5	0,6	5,3	3,7	2,4	3,2	4,7	8,1
Islanda	N.S.	0,0	N.S.	0,0	0,0	0,0	87,0	84,0	0,0	87,0	32,3
Irlanda	15,0	22,0	14,0	3,2	13,2	N.S.	N.S.	N.S.	6,4	0,0	10,5
Italia	10,0	10,0	10,0	12,5	9,3	10,0	9,3	9,6	13,1	9,9	10,4
Lettonia	N.S.	8,1	11,0	3,5	11,7	7,4	10,3	2,8	10,7	9,3	8,3
Lituania	6,5	12,0	8,5	12,1	7,9	14,1	5,1	13,8	7,4	14,0	10,1
Lussemburgo	23,0	50,0	N.S.	0,0	26,3	N.S.	18,2	1,2	39,7	26,9	23,2
Paesi Bassi	8,6	10,0	7,7	9,2	6,2	7,1	10,5	9,2	9,8	10,3	8,9
Norvegia	8,6	4,2	0,0	15,2	7,5	24,0	16,8	16,1	6,3	6,1	10,5
Polonia	7,1	5,8	7,0	6,0	5,0	4,6	4,0	3,9	4,7	4,5	5,3
Portogallo	N.S.	N.S.	7,4	14,1	13,8	N.S.	16,2	7,0	11,1	8,6	1,2
Romania	N.S.	N.S.	1,0	1,2	0,8	1,5	1,7	1,6	3,6	3,8	1,9
Slovacchia	4,5	2,9	4,2	6,8	3,8	4,5	6,3	4,3	4,6	10,9	5,3
Slovenia	49,0	10,0	39,0	33,3	35,7	27,3	0,0	17,7	7,7	22,5	24,2
Spagna	2,3	5,1	4,0	4,3	4,7	6,5	8,1	6,7	4,8	4,7	5,1
Svezia	21,0	4,1	9,4	7,4	12,3	11,8	8,2	9,9	8,4	17,7	11,0
Regno Unito	17,2	18,3	34,5	19,5	26,6	18,6	24,4	17,5	10,5	29,8	21,7

Da un confronto tra i tassi di suicidio della popolazione generale e dei detenuti nei principali paesi europei in un periodo di 8 anni risulta che i tassi medi di suicidio in carcere sono dalle due volte e mezzo (Lituania) alle 35 volte superiori (Gran Bretagna) a quelli della popolazione generale.

Figura 2. Tassi di suicidio/100.000 abitanti e detenuti in Europa, anni 2000-2007.



20

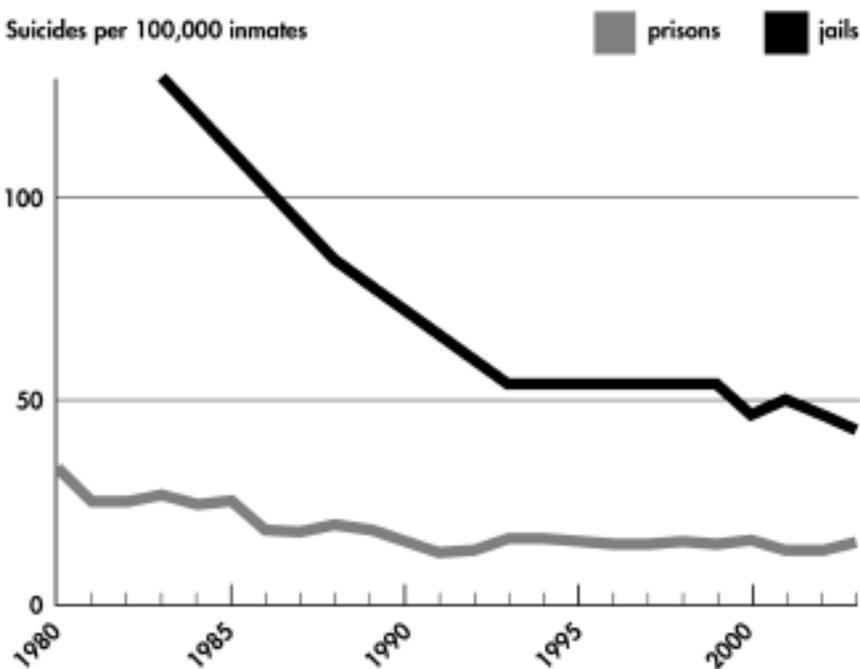
Tuttavia, qualora i dati sulla frequenza di suicidi nella popolazione generale prendano in considerazione solo i cittadini maschi, di età compresa tra 15 e 49 anni (cioè con caratteristiche simili a quelle della gran parte della popolazione detenuta), lo “scarto” esistente con la frequenza dei suicidi in carcere rivela risultati differenti. In questo caso, infatti, l'Italia, nell'ambito degli altri Paesi Europei, presenterebbe uno “scarto” maggiore tra i suicidi nella popolazione libera e quelli che avvengono nella popolazione detenuta, con un rapporto da 1,2 a 9,9 (9 volte più frequenti i suicidi in carcere), mentre in Gran Bretagna sarebbero 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 sarebbe lo stesso dentro e fuori dalle carceri. (“Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens”, *Istituto Nazionale francese di Studi Demografici - INED*, dicembre 2009).

Gli autori della *Task Force* che ha collaborato con l'OMS alla stesura delle linee guida per la prevenzione del suicidio nelle carceri, hanno pubblicato un secondo studio (1) dove vengono comparati i diversi tipi di strutture di detenzione e le categorie professionali implicate nella prevenzione del suicidio nei detenuti. I Paesi coinvolti sono Australia, Austria, Canada, Germania, Italia, Olanda, Stati Uniti e Gran Bretagna. Tutti questi Paesi presentano **un tasso di carcerazione** inferiore a 150/100.000 abitanti, a eccezione degli Stati Uniti, in cui tale tasso è di gran lunga superiore. In tutti gli istituti di pena dei vari Paesi esistono figure sanitarie di riferimento (psicologi, psichiatri, altri medici). Inoltre infermieri e altri operatori sociali sono sempre presenti, ma in numero minore e non sempre con

una formazione adeguata in tema di salute mentale e prevenzione del suicidio. Ugualmente carenti sono le strategie preventive che coinvolgono i soggetti a stretto contatto quotidiano con i detenuti a rischio: agenti di polizia penitenziaria, operatori penitenziari e detenuti stessi. Inoltre, ci sono grandi differenze tra i singoli Paesi nel coinvolgimento di operatori esterni. Le differenze sono dovute soprattutto alle risorse disponibili, allo stesso sistema penitenziario e all'organizzazione dei servizi di comunità, nonché ai paradigmi della prevenzione del suicidio, influenzati dalla cultura e dalla storia delle singole nazioni. Un recente studio del 2010 (2) riporta infatti tassi di suicidio nei detenuti inferiori in Australia, Nuova Zelanda e Canada, rispetto a vari paesi europei, concludendo che le differenze dei vari sistemi penitenziari e dell'organizzazione del sistema giudiziario potrebbero essere alla base di tale dato.

Un ulteriore esempio sono gli USA, che fino a 30 anni fa registravano un tasso simile a quello attuale in Europa. Nel 1988 il Governo istituì un Ufficio "ad hoc" per la prevenzione del fenomeno suicidario in carcere, con uno staff di 500 persone incaricate della formazione del personale penitenziario. In 25 anni, dall'avvio del programma formativo, si è verificata una riduzione dei suicidi pari all'80%, benché il decremento si fosse registrato già negli anni precedenti [figura 3]. Dal 2005 i tassi di suicidio negli Stati Uniti sono pari a circa 1/3 di quelli italiani ed europei (*U.S. Department of Justice - Bureau of Justice Statistics*).

Figura 3. **L'andamento dei suicidi in carcere negli Stati Uniti dal 1980 al 2003.** N.B.: per Jails si intendono quello che in Italia sono le Case Circondariali.



Negli USA, dal 2001 al 2009 su una media di 2 milioni di persone detenute, si sono registrati 1.783 suicidi. Nello stesso periodo, in Italia, su una media di 54 mila persone ristrette, si sono verificati 497 suicidi. Vale a dire che nel nostro paese la media annua dei suicidi nel periodo considerato è stata di 9,1 casi su 10 mila cittadini detenuti, contro l'1,6 su 10 mila negli USA.

A prescindere dagli andamenti nei singoli paesi, i fattori di rischio principali implicati nel suicidio dei detenuti sono abbastanza simili ovunque: occupazione di celle singole, recente ideazione suicidaria, storia di tentativi di suicidio, presenza di diagnosi psichiatrica o passato abuso alcolico (3).

* La realtà italiana

Fin dalla fine dell'Ottocento uno studio dello psichiatra italiano Enrico Morselli dimostrava che in Italia i suicidi erano molto più frequenti nelle carceri che all'esterno. Ancora oggi, nonostante i notevoli cambiamenti del regime detentivo, l'incidenza suicidaria tra i detenuti nel nostro paese è molto più elevata rispetto al resto della popolazione. **Tra il 1990 e il 2009 i detenuti morti per suicidio in Italia sono stati 1027**, con un tasso medio di **oltre 10,19 suicidi per ogni 10 mila detenuti** [figura 4]. Vale a dire che se, nel periodo considerato, il tasso dei suicidi nella popolazione italiana libera è stato dello 0,51 per ogni 10.000 abitanti, in carcere la frequenza è stata di circa **20 volte superiore**. Nello stesso ventennio, 14.840 persone detenute hanno tentato il suicidio con un tasso pari a 148,89 tentativi per ogni 10 mila detenuti [figura 4]. Senza considerare che, nel medesimo arco di tempo, gli episodi di autolesionismo nella popolazione detenuta sono stati oltre 100 mila.

Infatti nei cittadini detenuti in attesa di giudizio il tasso di tentativo di suicidio è di 7,5 maggiore rispetto ai maschi liberi, e 6 volte maggiore in quelli condannati. Ci sono dati che attestano come il numero di suicidi sia in aumento anche in quelle aree penitenziarie dove il numero dei detenuti è ridotto. Ma anche una volta scarcerate, tali persone continuano a presentare un rischio di suicidio molto più alto rispetto alle altre.

In ogni caso è chiaro che il più delle volte i suicidi si verificano negli istituti dove le condizioni di vita sono peggiori (strutture particolarmente fatiscenti con poche attività trattamentali con una scarsa presenza del volontariato). In alcuni casi le persone che si sono tolte la vita erano affette da malattie invalidanti e ricoverate in Centri clinici penitenziari, ma le osservazioni dimostrano che più della severità della patologia il principale fattore di rischio sia l'allocazione in un determinato reparto. È probabile che il fatto di raggruppare i detenuti in base al loro stato di salute, con l'occasione di specchiarsi quotidianamente nella doppia sofferenza dei compagni, quella della detenzione e quella della malattia, contribuisca allo sviluppo di idee autolesive.

Figura 4. **Suicidi e tentativi di suicidi nella popolazione detenuta in Italia dal 1990 al 2009.** Dati del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, elaborazione del Centro Studi di Ristretti Orizzonti.

Anni	Presenza media di detenuti durante l'anno	Detenuti suicidi durante l'anno	Tasso suicidi ogni 10.000 detenuti	Tentati suicidi	Tasso tentati suicidi ogni 10.000 detenuti
1990	31.676	23	7,26	489	154,37
1991	31.169	29	9,30	516	165,54
1992	44.134	47	10,64	531	120,31
1993	50.903	61	11,98	670	131,62
1994	52.641	51	9,68	639	121,38
1995	50.448	50	9,91	868	172,05
1996	48.528	46	9,47	709	146,10
1997	49.306	55	11,15	773	155,97
1998	49.559	51	10,29	933	188,26
1999	51.072	53	10,37	920	180,01
2000	53.322	61	11,40	892	167,28
2001	55.193	69	12,52	878	159,07
2002	55.670	52	9,35	907	163,62
2003	55.432	57	10,28	859	154,08
2004	55.750	52	9,33	713	127,89
2005	57.796	57	9,87	750	129,76
2006	49.264	50	10,16	640	129,91
2007	44.233	45	10,17	610	137,90
2008	51.167	46	8,99	683	133,48
2009	61.803	72	11,64	860	139,15
Totali	49.329 (Media)	1.027	10,19	14.840	148,89

23

* I suicidi nel corpo della polizia penitenziaria

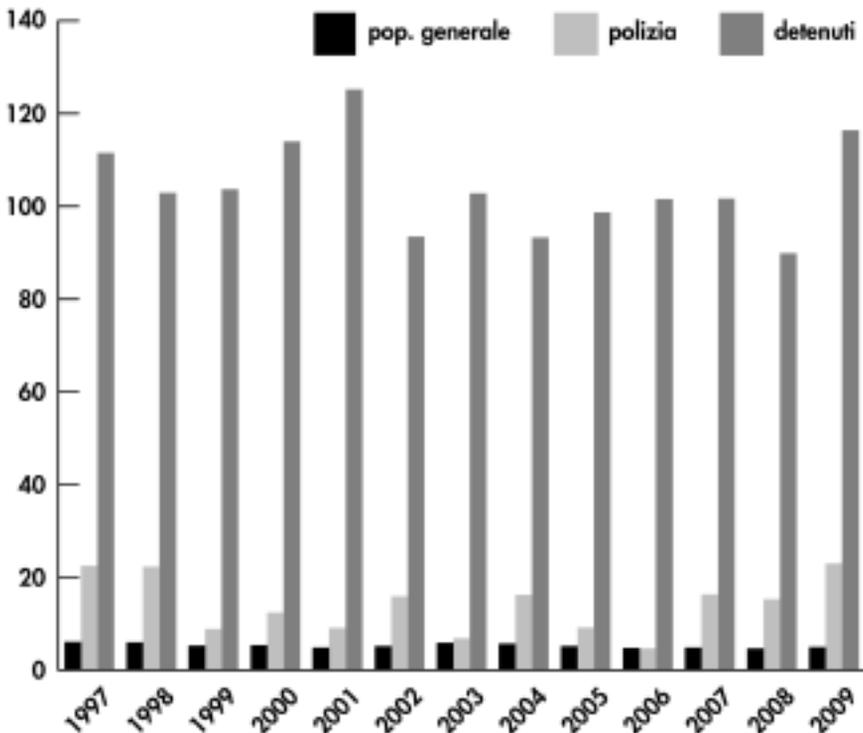
Un discorso a parte va fatto per le forze dell'ordine operanti nelle carceri. Negli ultimi 10 anni in Italia si sono tolti la vita quasi 100 agenti di Polizia Penitenziaria. Questo dato conferma che la frequenza dei suicidi nel personale penitenziario è tre volte più elevata rispetto alla popolazione generale. Dal 1997 al 2009, in un arco di 13 anni, a fronte di 5,3 suicidi per 100.000 abitanti all'anno nella popolazione italiana, il tasso medio nella Polizia Penitenziaria è stato di 14, vale a dire quasi tre volte superiore [figura 5].

Sebbene vi siano molti studi che esaminano il rischio di suicidio nei vari

corpi di polizia (4), le evidenze del fenomeno relative alla Polizia Penitenziaria sono scarse. Nel nostro paese per esempio a oggi non sono state svolte ricerche approfondite in tal senso, né risultano disponibili pubblicazioni che analizzino il livello di stress negli agenti di Polizia Penitenziaria in rapporto al rischio di suicidio. Una pubblicazione di Stack del 1997 basata sui tassi di suicidio in 21 Stati degli USA segnala un rischio di suicidio del 39% più elevato nella Polizia Penitenziaria rispetto alla restante popolazione tra i 18 e i 64 anni (5). Il livello di stress e “burnout” (o esaurimento psico-fisico dovuto alla professione svolta) del personale impiegato nelle strutture penitenziarie è stato molto più studiato (6). Gli “stressors” (o fattori di stress) maggiormente implicati sarebbero problematiche legate alla realtà organizzativa e ai compiti istituzionali che porterebbero a conflitti di ruolo negli agenti; l'eccessivo carico di lavoro; la povertà di rapporti sociali (con i detenuti e con i colleghi); l'appartenenza a una classe sociale svantaggiata. Sono state anche individuate alcune azioni che potrebbero alleggerire le difficoltà degli operatori penitenziari, come per esempio una migliore gestione delle risorse umane e dell'ambiente di lavoro.

Figura 5. **Tasso di suicidio in Italia nei detenuti, nella Polizia Penitenziaria e nella popolazione generale per 100.000 abitanti, anni 1997-2009.**

24

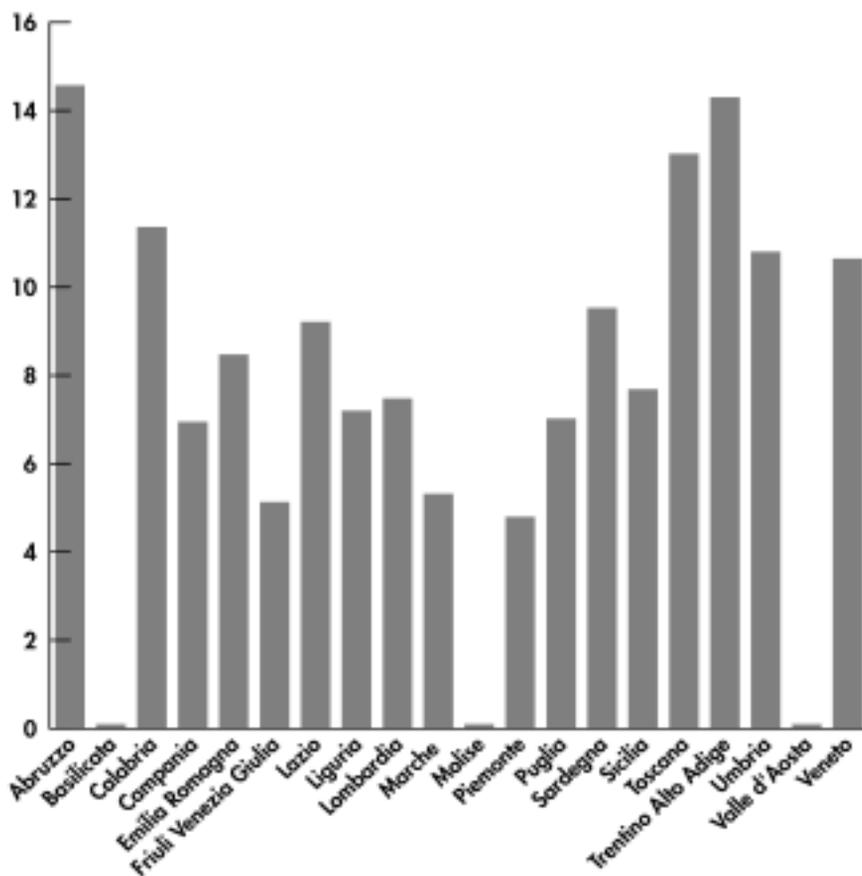


* La variabilità del tasso di suicidio nelle regioni d'Italia

Un ultimo fattore da considerare è l'estrema variabilità del tasso di suicidio sul territorio italiano, se calcolato relativamente alle differenti Regioni. I dati sulle morti per suicidio in carcere fanno riferimento all'Osservatorio Permanente delle morti in carcere a cura di Ristretti Orizzonti e, dove disponibili, a quelli pubblicati dal DAP (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) del Ministero della Giustizia [figura 6].

Sarebbe pertanto necessario valutare le diverse tipologie di Istituti di pena delle varie Regioni, il tasso di sovraffollamento, nonché i tipi di intervento a carattere preventivo messi in atto nei diversi Istituti. Tale monitoraggio potrebbe risultare importante soprattutto per potenziare in maniera più omogenea i diversi interventi di prevenzione del suicidio nelle carceri, se esistenti, o applicarli, qualora non esistessero. È infatti probabile che nelle Regioni con minori tassi di suicidio possano essere adottate tali misure preventive, mentre in quelle in cui i tassi sono maggiori, le stesse misure potrebbero non esserci o essere scarsamente praticate.

Figura 6. Tasso medio di suicidio ogni 10.000 detenuti nelle regioni italiane, anni 2002-2010.



* I fattori di rischio nella popolazione detenuta

Come per il resto della popolazione è di grande importanza individuare quei fattori che espongono al rischio di suicidio il cittadino detenuto, facendo tuttavia estrema attenzione a non semplificare, limitandosi alla ricerca della “giustificazione” per esempio dello squilibrio mentale o della dipendenza da sostanze. Ancora una volta sono fondamentali gli sforzi per capire le origini della disperazione, complesse e molteplici in carcere tanto quanto nel mondo esterno.

«La popolazione carceraria non è di certo rappresentativa delle caratteristiche della popolazione in generale: essa, infatti, ne differisce per l'età media, per la distribuzione fra i due sessi, per la composizione culturale, per tutta una serie di elementi comportamentali, clinici, sociali e, soprattutto, per quel particolare status che costituisce il vero discrimine fra il recluso e l'uomo libero. Molti fra i detenuti sono soggetti cronicamente in aperto conflitto con gli altri, provengono dalle frange sociali più emarginate, hanno un passato difficile, caratterizzato dalla dissociazione familiare e problemi scolastici; molti, poi, sono tossicodipendenti, sieropositivi, malati di Aids, alcolizzati, o ancora nevrotici, psicotici.

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

26

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

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

«Il carico di sofferenza e frustrazione è, in generale, ancora più marcato nei detenuti in attesa di giudizio, per l'ulteriore carico di ansia che comporta l'incognita sull'esito giudiziario, e quindi sul loro futuro, ovvero la consapevolezza di un'inevitabile condanna, e anche perché più recente è il trauma dell'arresto, o le ripercussioni soggettive del delitto appena compiuto» (7).

Alcuni criteri per la valutazione dei “Fattori di rischio suicida in ambiente carcerario” vengono citati negli allegati alla circolare “Amato” n. 3233/5683 del 30 dicembre 1987 del Ministero di Grazia Giustizia italiano “Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati” che regolava l'istituzione del Servizio Nuovi Giunti¹. Detti criteri vengono suddivisi in base agli **aspetti epidemiologici/anamnestici**, agli **aspetti di personalità** e agli **aspetti affettivi**.

Gli **aspetti epidemiologici/anamnestici** presi in considerazione sono:

- età (adolescenti e giovani in particolare della classe 20-29 anni. Anziani al di sopra dei 65 anni);
- sesso (maschi: più determinati al suicidio; femmine: maggiore ricorso al tentativo di suicidio);
- ambiente (maggiore frequenza nelle persone abitanti al Nord);
- lavoro (perdita del lavoro da meno di 6 mesi; per i disoccupati cronici e per coloro che non hanno mai lavorato il rischio è minore);
- istruzione (maggiore è l'istruzione, più grande è il rischio)²;
- esperienze (prima carcerazione; rischio maggiore nella prima settimana di custodia, specialmente per chi è in attesa di giudizio. In generale compiono il suicidio più i soggetti pluricondannati e tra questi maggiormente chi ha scontato pene superiori ai 18 mesi ed è giovane);
- malattie (l'apprendere la diagnosi di una grave malattia fisica);
- cronicità (il perdurare di una malattia indipendentemente dalla gravità);
- abulia;
- tipo di impatto con l'istituzione;
- shock dell'evento.

Aspetti di personalità:

- aggressività (soggetti violenti oppure con un elevato livello di ostilità verso gli altri: è da verificare bene la direzione dell'aggressività, la quale solo apparentemente potrebbe essere eterodiretta);
- egocentrismo (attirare l'attenzione su di sé richiedendo continuo aiuto medico o psicologico; possibilità di azioni dimostrative, più che letali);
- recidività (la coazione a ripetere il tentativo di suicidio è molto forte, occorre valutare quante volte, quando e con quali mezzi è stato tentato il suicidio per comprenderne la determinazione);
- dipendenza (l'autonomia del soggetto dalle altre persone può essere misurata in termini di dipendenza-indipendenza);
- disturbi (la presenza di chiari disturbi psichici, idee persecutorie, angosce, fobie etc.).

1. Il servizio Nuovi Giunti è un sorta di “presidio psicologico” rivolto alle persone provenienti dalla libertà ad affiancare, pur senza sostituirli, la prima visita medica generale e il colloquio di primo ingresso. Il presidio è affidato a specialisti in psicologia o criminologia clinica e consiste, preliminarmente, in un colloquio con il nuovo giunto (nel giorno stesso dell'ingresso e prima ancora dell'assegnazione) volto a valutare sulla base di determinati parametri, anche il rischio che il soggetto possa compiere violenza su se stesso.

2. Per istruzione non si intende il grado di scolarità né il bagaglio culturale, che al contrario sono fattori protettivi, bensì lo status sociale la cui perdita, specie se era molto elevato, solitamente viene vissuta in maniera traumatica.

Aspetti affettivi:

- sviluppo (perdita di uno o entrambe le figure genitoriali entro i 16 anni di età);
- contatti (situazione di isolamento sociale, di abbandono della relazione da parte di figure significative);
- stile di vita (alcolismo, tossicodipendenza associati a un elevato livello di aggressività);
- emotività (i soggetti fortemente emotivi possono compiere in maniera impulsiva un atto suicida, senza alcun preavviso);
- depressione (gli stati depressivi, anche lievi e misti a stati ansiosi, costituiscono la base di molti suicidi o di tentativi di suicidio).

Alcune ipotesi di fattori di rischio sono illustrate anche in una recente ricerca condotta dal Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità e del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica dell'Università La Sapienza di Roma, che si concentra sugli aspetti epidemiologici analizzando i casi di suicidio verificatisi negli istituti di pena italiani nel periodo 1996-1997 e sulle eventuali misure di prevenzione da adottare.

Il primo dato che salta all'occhio è che malgrado la maggior parte dei suicidi sia messa in atto da individui di sesso maschile, il tasso suicidario fra i due sessi risulta comunque analogo considerando che la popolazione carceraria è rappresentata per circa il 95,7% da uomini e per il restante 4,3% da donne. La proporzione che caratterizza il mondo esterno e che vede le condotte autolesive di gran lunga più diffuse fra i maschi che fra le femmine, negli istituti di pena sembrerebbe dunque rovesciarsi. Mentre per i detenuti il rischio di suicidio è circa 10 volte maggiore di quello della popolazione generale, **nel caso delle detenute tale rischio si triplica** ossia il carcere rappresenta per le femmine una condizione di gran lunga più rischiosa che per i maschi.

E anche per quanto riguarda l'età la situazione si capovolge: i dati mostrano che non sono gli ultra sessantacinquenni i soggetti più a rischio di suicidio, bensì gli adulti giovani, **con un'età media sotto i 35 anni**.

Un altro aspetto che emerge dalla ricerca è la scolarità dei suicidi, in prevalenza bassa: **più del 60% aveva conseguito un titolo pari alla media inferiore** o anche meno, molti erano gli analfabeti e gli analfabeti di ritorno, uno solo era laureato.

Più della metà erano tossicodipendenti, più di un terzo sieropositivi; elevata anche la percentuale di **stranieri**, in gran parte extracomunitari; e **di oltre il 50% i detenuti che vivevano una condizione di disagio psichico marcato**.

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

Infine, la maggior parte aveva commesso reati di omicidio, furti, droga, rapine; moltissimi erano in stato di isolamento o comunque collocati in cella singola; moltissimi, infine, si erano tolti la vita prevalentemente nella seconda metà dell'anno, quella che comprende i mesi più caldi e il maggior numero di festività.

Quanto rilevato coincide con i dati dell'Osservatorio di Ristretti Orizzonti **(8)** secondo il quale «i tossicodipendenti rappresentano il 31% dei casi di suicidio ricostruiti, a fronte di una presenza, sul totale dei detenuti, di circa il 30%. Si uccidono con più frequenza da “definitivi” e, addirittura, in vicinanza della scarcerazione: questo può essere indicativo di particolari angosce legate al ritorno in libertà, all’impatto con l’ambiente sociale di provenienza, al rinnovato confronto (ineludibile, fuori dal carcere) con la propria condizione di dipendenza.

«L'ingresso in carcere e i giorni immediatamente seguenti sono un altro momento nel quale il “rischio suicidi” appare elevato, non solo per i tossicodipendenti: i detenuti per omicidio (che sono il 2.4% di tutti i detenuti, tra attesa di giudizio ed espiazione pena) rappresentano ben il 13% dei casi di suicidio esaminati, molti avvenuti nei primi giorni di detenzione. Si tolgono la vita più frequentemente coloro che hanno ucciso il coniuge, parenti o amici, più raramente i responsabili di delitti maturati nell’ambito della criminalità organizzata».

Inoltre, secondo il menzionato Osservatorio, alcuni eventi della vita detentiva sembrerebbero funzionare da innesco rispetto alla decisione di “farla finita”: il trasferimento da un carcere all’altro (a volte anche solo l’annuncio dell’imminente trasferimento, verso carceri e situazioni sconosciute), l’esito negativo di un ricorso alla magistratura, la revoca di una misura alternativa, la notizia di essere stati lasciati dal partner. Abbastanza rari, invece, i casi di suicidio direttamente connessi all’arrivo della sentenza di condanna.

Circa un terzo dei suicidi presi in esame dalla ricerca avevano un’età compresa tra i 20 e i 30 anni e, più di un quarto, un’età compresa tra i 30 e i 40. Considerando che in queste due fasce di età il totale dei detenuti sono, rispettivamente, il 36% e il 27% significa che i ventenni si uccidono con maggiore frequenza rispetto ai trentenni. Nelle altre fasce d’età le percentuali dei suicidi non si discostano molto da quelle del totale dei detenuti. Rispetto al carcere, nella società libera il tasso dei suicidi tra i 20 e i 30 anni, ancorché preoccupante, è basso.

L'Osservatorio conferma che si uccidono più gli italiani che gli stranieri: con una presenza straniera del 30% circa (sul totale dei detenuti), i suicidi di stranieri ricostruiti nella ricerca sono “solo” il 16%. Tuttavia questa percentuale potrebbe essere sottostimata, in considerazione della maggiore difficoltà a raccogliere notizie sulle morti dei detenuti stranieri, spesso privi di quella rete di sostegno (famiglie, avvocati etc.) che in molte circostanze rappresenta un fattore protettivo.

Come nel mondo esterno, infine, anche il numero dei suicidi in carcere è

con tutta probabilità sottostimato. Per esempio se un detenuto cerca di uccidersi nella propria cella ma muore in ospedale, o in ambulanza, il suo gesto non sempre rientra negli atti suicidari carcerari. Inoltre si tende a declassificare a eventi involontari fatti volontari. Tra i detenuti è ricorrente per esempio la pratica del drogarsi inalando il gas delle bombolette per alimenti. Se un detenuto ci muore, è da considerarsi overdose involontaria o suicidio voluto? Il più delle volte viene considerato un atto involontario, ma non di rado - sostengono gli esperti - si tratta di suicidio vero e proprio. Un'altra condizione che andrebbe indagata è quella della violenza a sfondo sessuale, tra i detenuti e su di essi. Benché non esista una specifica ricerca e spesso sia difficile fare luce su eventi di questo genere, sono da riferire gesti suicidari conseguenti a violenze sessuali subite.

Analoghi studi condotti in altri paesi come l'Australia, gli USA, la Francia, il Canada hanno confermato gli esiti delle ricerche italiane. I **fattori di rischio per la popolazione detenuta** si potrebbero perciò elencare in questo modo:

- la posizione giuridica (sebbene quella di “condannato” sia a maggior rischio, la posizione di “imputato” è ad altissimo rischio nei primi 15 giorni di detenzione);
- tossicodipendenza;
- problemi di salute mentale;
- precarcerazione;
- isolamento o collocazione in cella singola (specialmente per gli stranieri);
- il secondo semestre dell'anno (la stagione più calda, “festiva”);
- sieropositività;
- essere cittadini stranieri;
- la mancanza di una valutazione oggettiva del rischio suicidario.

* **Possibili significati del gesto suicida in carcere**

Un ulteriore approfondimento si deve alla ricerca Il suicidio in carcere di Silvia Ubaldi (9) che, basandosi sullo schema di Baechler (10) riassume i possibili **significati del gesto suicida in carcere**:

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

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

Secondo l'autrice nel caso del carcere assumono un significato illuminante soprattutto i concetti di suicidio/fuga e suicidio/vendetta, minaccia e ricatto. Il suicida detenuto attua questi comportamenti nei confronti dell'istituzione carceraria e della società che lo ha recluso. **Il suo referente è diverso e, per certi aspetti, più definito di quello del suicida fuori del carcere:** infatti, egli ha un referente preciso (come per esempio la famiglia nella maggior parte dei casi di suicidio giovanile) e, quindi, il suo gesto è meglio leggibile.

Infine i vari significati del suicidio carcerario sono differenziati nella ricerca sulla base del **carattere emotivo** del gesto. Esistono allora suicidi anaggressivi (o autoaggressivi) caratterizzati da finalità autopunitive e suicidi aggressivi (o eteroaggressivi) caratterizzati, invece, da finalità eteropunitive.

Nella prima categoria rientra il suicidio/fuga, nella seconda il suicidio inteso come vendetta, minaccia, ricatto.



**La prevenzione del suicidio in carcere:
le linee guida dell'Organizzazione Mondiale
della Sanità**

La prevenzione del suicidio in carcere: le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Negli istituti di pena di alcuni paesi sono stati avviati programmi di prevenzione del suicidio e in certi casi stabilite normative nazionali e linee guida per l'attuazione e la conduzione di tali programmi, determinando riduzioni significative del fenomeno.

A partire da questi programmi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato una serie di componenti chiave per le strategie di prevenzione dei suicidi in carcere (11), esaminando innanzitutto i fattori di rischio o predisponenti.

*** La posizione giuridica del cittadino detenuto**

Come detto in precedenza, la letteratura conferma che i soggetti in attesa di giudizio si distinguono da quelli già condannati per alcuni importanti fattori di rischio. Sulla base di tali distinzioni si configurano due gruppi di popolazione detenuta ad alto rischio di comportamenti autolesivi a esito letale.

Soggetti in attesa di giudizio

I soggetti in attesa di giudizio che si tolgono la vita in carcere sono generalmente maschi, giovani (20-25 anni), non coniugati, alla prima incarcerazione, arrestati per crimini minori, spesso connessi all'abuso di sostanze. Queste persone tendono a commettere il suicidio nelle prime

fasi dell'incarcerazione, spesso proprio nelle prime ore a causa dello shock dovuto alla privazione di libertà, dell'improvviso isolamento, della mancanza di informazioni e della generale preoccupazione per il proprio futuro, o a seguito di sintomi astinenziali quando dipendenti attive da sostanze.

Gli istituti di pena possono contribuire a ridurre il rischio di suicidio prestando la massima attenzione all'accoglienza della persona nelle prime ore e nel corso della prima notte di incarcerazione (Servizio Nuovi Giunti).

Un altro momento critico per i soggetti in attesa di giudizio sono le ore precedenti un'udienza in tribunale, specialmente quando si prevedono giudizi di colpevolezza e sentenze dure. Un numero consistente di suicidi nelle carceri avviene nei giorni antecedenti un'udienza in tribunale. Un periodo critico è anche quello dopo i primi 60 giorni di reclusione, quando si verifica una sorta di forte esaurimento psicologico ("burn-out").

Soggetti condannati

A differenza dei soggetti in attesa di giudizio, i soggetti 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. Questi suicidi possono essere preceduti da conflitti con altri soggetti reclusi o con l'amministrazione, da litigi in famiglia, separazioni o questioni legali come un'udienza persa o la negazione della libertà vigilata.

La reclusione rappresenta la perdita della libertà, della famiglia e della rete sociale, è paura di ciò che non si conosce, di possibili violenze psichiche, fisiche, 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 può portare stress aggiuntivi come il conflitto con l'istituzione, il sentirsi vittime, le frustrazioni connesse agli aspetti giuridico-legali (udienze, processi) e l'esaurimento fisico e nervoso.

*** Fattori di rischio comuni**

I due gruppi sopra identificati presentano alcune caratteristiche comuni che possono essere utili nell'indirizzare i programmi di prevenzione del suicidio.

Fattori situazionali

Nelle carceri il metodo più utilizzato per il suicidio è l'impiccagione, messo in atto di frequente durante l'isolamento e durante periodi in cui la presenza degli agenti di Polizia Penitenziaria è ridotta, come di notte e nel fine settimana. Molti suicidi avvengono nei momenti in cui i soggetti reclusi si trovano soli nella cella, se pur condivisa con altri.

Un altro elemento di grande importanza è il tipo di alloggio assegnato.

L'esperienza ha dimostrato come un individuo in isolamento, o sottoposto a particolari regimi di detenzione (specialmente in cella singola) e incapace di adattarsi, sia ad alto rischio di suicidio. Alcuni regimi di detenzione prevedono per esempio la reclusione in cella per 23 ore al giorno per lunghi periodi di tempo. Un numero molto elevato di suicidi si verifica in queste circostanze.

Fattori psicosociali

Sono fattori di rischio l'assenza di supporto sociale e familiare, precedenti tentativi di suicidio e specialmente negli ultimi 2 anni, una storia di disturbo mentale, problematiche di natura psicologica ed emotiva. Anche l'essere vittime di bullismo in carcere, recenti conflitti con altri compagni di detenzione, l'essere stati oggetto di sanzioni disciplinari o l'aver ricevuto notizie negative possono essere fattori precipitanti. Un alto livello di stress e di vulnerabilità può condurre a una condizione psicologica con sentimenti di disperazione, assenza di prospettive future e perdita della capacità di reagire. Il suicidio viene allora visto come l'unica "via di uscita" da una situazione senza speranza.

Contrariamente a quanto si è soliti credere, i soggetti che esprimono apertamente sentimenti di disperazione o l'intenzionalità a farla finita, o eventuali piani suicidari, devono essere considerati ad alto rischio.

Genere

Sebbene la maggior parte dei suicidi in carcere vengano commessi dagli uomini (dato che la maggior parte della popolazione detenuta è di sesso maschile), le donne sono considerate ugualmente ad alto rischio suicidario. Il tasso di suicidi tra le donne recluse è difatti più alto di quello dei maschi.

La popolazione femminile detenuta in attesa di giudizio commette suicidio molto più spesso della propria controparte nella comunità libera. Anche per le donne uno scarso supporto familiare e sociale, precedenti comportamenti suicidari, storia di disturbo mentale e problemi psicologici ed emotivi sono fattori di rischio riconosciuti.

Minori

L'esperienza dell'incarcerazione può risultare particolarmente difficile per i giovani che vengono separati dalla famiglia e dagli amici. L'isolamento e la separazione dal proprio ambiente naturale può portare a un incremento del rischio di atti suicidari in qualsiasi momento della detenzione. Particolarmente a rischio è il passaggio in un istituto per adulti.

*** Componenti chiave di un programma di prevenzione del suicidio in carcere**

In considerazione dei fattori di rischio sopra descritti, un programma di prevenzione del suicidio in carcere dovrebbe includere alcune componenti chiave. Premettendo che ai fini di un programma efficace, la colla-

borazione e il coordinamento tra le autorità amministrative degli istituti di pena, il personale penitenziario e il personale dei servizi sanitari che operano in carcere sono fondamentali.

*** Formazione degli agenti di polizia penitenziaria**

La formazione degli agenti di Polizia Penitenziaria, che costituiscono la colonna portante di ogni istituto di pena, è determinante nel predisporre un programma di prevenzione del suicidio in carcere.

La preparazione di base dovrebbe incentrarsi sulla consapevolezza che l'ambiente del carcere è in sé un fattore di rischio che può indurre comportamenti suicidari, mirando ad ampliare la conoscenza del fenomeno del suicidio e dei molti pregiudizi a esso legati e a incentivare nel contempo la capacità di riconoscimento dei potenziali fattori predisponenti e dei segnali di allarme. In altre parole dotare gli agenti di ogni strumento utile e necessario a evitare che accada il peggio.

*** Osservazione all'ingresso (Servizio Nuovi Giunti)**

Il rischio di suicidio è particolarmente elevato nel periodo iniziale della detenzione fino ai primi 6-12 mesi. In tale periodo l'accoglienza e sostegno dei nuovi giunti devono concentrarsi sull'osservazione e l'individuazione dei fattori di rischio.

In particolare alcuni segnali sono indice di un rischio di suicidio maggiore e necessitano quindi di un ulteriore intervento. Nello specifico, sono segnali d'allarme se la persona detenuta:

- è in stato di dipendenza attiva da sostanze e/o ha un passato di abuso di sostanze;
- esprime con insolita ed evidente partecipazione emotiva sentimenti di vergogna, colpa e preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione;
- mostra disperazione o paura per il futuro, o segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo e l'assenza di comunicazione verbale;
- è stata o è in trattamento per problemi di salute mentale;
- soffre attualmente di un disturbo mentale, o si comporta in maniera insolita e bizzarra, per esempio ha difficoltà di concentrazione, parla da sola o "sente le voci" (allucinazioni uditive);
- riferisce di avere pensieri suicidari (è errata la credenza secondo cui indagare su un intento suicidario potrebbe indurre la persona a metterlo in atto);
- afferma di avere piani suicidari nel presente (confermati anche dai familiari e/o dai compagni di detenzione);
- riferisce di avere pochi o inesistenti supporti, all'interno del carcere come all'esterno;
- è ritenuta a rischio dallo stesso agente che l'ha arrestata e/o tradotta in carcere.

Tenere a mente questo schema aiuta a individuare il rischio, facilitando l'interazione tra gli agenti di Polizia Penitenziaria e gli operatori sanitari

e della salute mentale e creando i presupposti per quel lavoro di rete o multidisciplinare che ha mostrato dare le migliori risposte.

Un altro elemento di grande utilità su cui fanno leva peraltro anche i programmi di prevenzione destinati alla popolazione libera, sono i potenziali fattori protettivi. Purtroppo le informazioni e i saperi in questo senso sono a tutt'oggi molto limitati per quanto riguarda la popolazione reclusa, e ancor di più quando si tratta di cittadini stranieri che oltre a provenire da culture e tradizioni altre e il più delle volte poco integrate con quelle contingenti, molto spesso sono privi di rete familiare e sociale esterna. Uno studio approfondito dei possibili fattori protettivi potrebbe perciò rappresentare un altro importante obiettivo dove investire sforzi e risorse.

*** Osservazione dopo l'ingresso**

I suicidi in carcere possono avvenire e avvengono anche dopo il primo periodo di detenzione, talvolta dopo vari anni. Monitorare i soggetti solo al momento dell'arresto non è perciò sufficiente. Il monitoraggio deve includere qualsiasi fase della reclusione. È utile allora:

- prestare particolare attenzione ai segnali di forte disagio psichico quali crisi di pianto, insonnia, pigrizia o estrema irrequietezza; improvvisi sbalzi di umore, di abitudini alimentari o disturbi del sonno; gesti di “spoliazione” come per esempio dare via oggetti personali; perdita di interesse in attività e/o relazioni; ripetuti rifiuti di cure o richiesta di dosi maggiori di farmaci;
- avere colloqui con i soggetti per appurare l'accentuarsi di sentimenti di disperazione o intenti suicidari nei periodi circostanti le udienze in tribunale o altri periodi critici come la morte di un familiare, il divorzio o la separazione;
- cogliere eventuali conflitti o problemi emergenti durante la visita con familiari e amici e incoraggiare i medesimi a comunicare al personale carcerario la percezione o il sospetto di un intento suicidario nel familiare detenuto;
- valutare il rapporto tra il regime di reclusione e lo stato psichico del soggetto e/o il grado di rischio cui è esposto. Si è visto come un elevatissimo numero di suicidi avvenga proprio in isolamento al principio del regime detentivo;
- incentivare rapporti tra gli agenti e i soggetti incarcerati che facilitino l'esternazione di condizioni di disagio o sentimenti di disperazione;
- migliorare l'attitudine all'ascolto, anche attraverso riunioni di gruppo tra agenti e persone detenute.

*** Osservazione nella fase acuta**

Un'adeguata osservazione dei soggetti detenuti con rischio suicidario è cruciale, specialmente durante i turni di notte quando il personale è ridotto e negli istituti dove il personale non è assegnato a un'area in maniera permanente. Il livello di osservazione dovrebbe essere

proporzionato al grado di rischio.

I soggetti in una fase di rischio acuta richiedono supervisione e contatto umani assidui. Chi si trova in regime di isolamento non dovrebbe essere mai lasciato solo. Un'osservazione costante è richiesta anche quando il soggetto considerato a rischio nega di avere pensieri o intenzioni suicidarie.

I colloqui individuali potrebbero favorire l'espressione del disagio e rappresentare nel contempo una modalità di osservazione clinica più accettabile per la persona sofferente.

*** Comunicare il rischio**

Un altro aspetto determinante è la condivisione delle informazioni relative al rischio di suicidio. Qualora si fossero rilevati indicatori importanti, comunicarli ad altri può influire in maniera decisiva sulla prevenzione di un gesto estremo.

I livelli di comunicazione utili in tal senso sono essenzialmente tre:

- comunicazione tra l'agente responsabile dell'arresto/traduzione e gli altri agenti di Polizia Penitenziaria;
- comunicazione tra le varie figure professionali, inclusi agenti, personale sanitario e operatori della salute mentale;
- comunicazione tra il personale dell'istituto di pena e la persona a rischi di suicidio.

40

La prevenzione del suicidio ha inizio nello stesso istante dell'arresto. L'atto dell'arresto è molte volte l'esperienza più intensa per chi lo subisce. Potrebbero manifestarsi episodi di ansia o disperazione che gli agenti incaricati dell'arresto dovrebbero comunicare puntualmente ai loro colleghi in carcere, assieme a ogni altra informazione riguardante lo stato della persona tradotta, comprese le notizie ottenute dai familiari e dagli amici. Ciò che un individuo dice e come si comporta durante l'arresto e nella conseguente fase di traduzione in carcere e di chiusura in cella è cruciale nell'individuare un potenziale comportamento suicidario.

Qualora lo si fosse rilevato, oltre a mantenere uno stato di vigilanza continuo, gli agenti dovrebbero condividere tra loro le informazioni in merito, riferirle al personale medico, accertandosi che chi di competenza sia al corrente dello stato della persona a rischio.

Incontri e consultazioni multidisciplinari che coinvolgano agenti, operatori sanitari e della salute mentale, dovrebbero tenersi a intervalli regolari per discutere la condizione del soggetto in osservazione e predisporre le misure di tutela e trattamento.

*** Evitare l'isolamento fisico e sociale**

L'isolamento fisico tanto quanto quello sociale contribuiscono ad aumentare il rischio.

Il soggetto con rischio suicidario dovrebbe essere alloggiato in celle condivise, proprio perché si è visto che la maggior parte dei suicidi avviene

quando la persona è in regime di isolamento. Se questo non si può evitare, la persona dovrebbe essere sottoposta a costante osservazione.

Comunque, il collocamento in una cella condivisa non dovrebbe mai essere utilizzato in sostituzione di un'attenta osservazione e del necessario supporto sociale e umano da parte del personale di Polizia Penitenziaria. Se opportunamente preparati, gli stessi compagni di cella e/o di detenzione potrebbero rappresentare un notevole supporto, perché è molto più facile che chi sta male si confidi con un suo "pari" che con una figura istituzionale.

Anche le visite dei familiari possono recare beneficio, sia dal punto di vista propriamente affettivo, sia come tramite di notizie sullo stato di salute e sulle condizioni psicologiche del proprio congiunto soprattutto quando ritenuto particolarmente vulnerabile e a rischio di gesti irreparabili.

*** Limitare l'accesso ai mezzi suicidari**

Rispetto all'esterno, i metodi suicidari a disposizione in carcere sono quelli a esito più frequentemente letale. Limitare l'accesso a tali mezzi può essere altrettanto importante.

Oggi grazie alle nuove tecnologie, in molte carceri la sorveglianza avviene per mezzo di videocamere. Ma questi mezzi, oltre al fatto che non dovrebbero mai sostituirsi all'osservazione diretta da parte degli agenti ossia al contatto umano, possono diventare un ulteriore fattore di rischio in quanto spersonalizzano e sottraggono intimità.

41

*** Presa in carico dei soggetti con disturbo mentale**

I soggetti con un disturbo mentale associato a un alto rischio di suicidio vanno presi in carico dagli operatori della salute mentale e opportunamente curati, anche con un trattamento farmacologico se necessario. Per rispondere ai bisogni legati alla salute fisica e mentale della popolazione reclusa è indispensabile stabilire sinergie tra il carcere e i servizi sanitari pubblici operanti nel territorio, attraverso apposite convenzioni e programmi mirati. La presa in carico deve puntare a programmi alternativi alla detenzione o all'eventuale internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, utilizzando i servizi di salute mentale territoriali e le strutture residenziali e altre risorse in loro dotazione.

*** In caso di tentativo di suicidio**

Se si verifica un tentativo di suicidio, dopo aver prestato il primo soccorso e le cure mediche del caso, va fatta una valutazione allo scopo di comprendere il gesto e le sue possibili cause scatenanti. È importante capire il grado di intenzionalità dell'atto, i problemi che la persona sta affrontando, la presenza o meno di un disturbo mentale, il rischio di una ripetizione del gesto a breve termine nel caso in cui l'ideazione suicidaria permanga e il tipo di supporto necessario in relazione alle esigenze della persona (supporto personalizzato).

*** I tentativi a scopo manipolativo e i comportamenti di autolesionismo**

In alcune circostanze i gesti suicidari o tentativi di suicidio possono avere scopi manipolatori, per ottenere una sorta di controllo sull'ambiente, come per esempio il trasferimento in ospedale o in un'istituzione meno restrittiva.

I soggetti con disturbi di personalità antisociale sono in genere più inclini alla manipolazione in quanto hanno più difficoltà di adattamento a un ambiente ipercontrollato e in generale alle condizioni di vita in carcere. Per altri invece, gli atti autolesivi sono un modo di ridurre il carico della tensione o di reagire allo stress della detenzione.

In ogni caso non è semplice distinguere gli atti di autolesionismo dai tentativi di suicidio, neppure sulla base dell'intenzionalità dichiarata dalla stessa persona. Di frequente i due aspetti coesistono nello stesso gesto. Gli agenti di Polizia Penitenziaria tendono a minimizzare tali gesti, soprattutto se compiuti da soggetti che tendono a violare le regole imposte dal regime detentivo. Ma a prescindere da ciò e indipendentemente dall'intenzione sottostante, non bisogna mai trascurare il fatto che i tentativi di suicidio possono comunque avere un esito letale. Esito che può dipendere sia da un'erronea valutazione della pericolosità del metodo utilizzato sia dall'effettiva pericolosità del medesimo, tenendo sempre presente che i metodi suicidari a disposizione in carcere sono quelli che più frequentemente portano alla morte.

42

I tentativi di togliersi la vita con un intento suicidario basso sono da interpretarsi come “dimostrativi” più che “propositivi”, ovvero come un modo drammatico per comunicare un problema. La risposta più pertinente ad atti del genere è favorire opportunità di ascolto e di espressione del disagio e dei bisogni. Ignorare il gesto o peggio, punirlo, può esporre la persona a rischi maggiori. È perciò opportuno aumentare l'attenzione, incentivare il supporto sociale e favorire l'accesso alle risorse terapeutiche.

*** In caso di suicidio**

Quando un gesto estremo viene posto in atto in ambiente carcerario è di estrema importanza che l'accaduto venga accuratamente analizzato dagli operatori sanitari e dagli agenti di Polizia Penitenziaria. Ricostruire gli eventi che hanno portato al suicidio, individuare i fattori che lo hanno determinato, anche quelli non rilevati o non presi in debita considerazione per tempo, valutare l'adeguatezza della risposta all'emergenza, sono azioni che possono essere decisive nel migliorare le strategie di prevenzione.

È altresì molto importante non trascurare l'impatto emotivo dell'evento sul resto della popolazione detenuta, così come sugli agenti e sulle figure professionali che erano a stretto contatto con la persona che ha compiuto il suicidio (“i sopravvissuti”), organizzando un supporto adeguato per ge-

stire le possibili reazioni di rabbia, risentimento, tristezza, sensi di colpa. Come detto all'inizio del presente capitolo, il rischio di condotte emulative è sempre molto elevato, e se il suicidio avviene in una comunità organizzata può avere effetti "a grappolo" mettendo in pericolo molte persone. Gli studi sul campo mostrano che nelle carceri questo rischio è molto marcato nelle prime quattro settimane successive all'evento suicidario, riducendosi con il passare del tempo.

I soggetti di giovane età sono da considerarsi a particolare rischio di condotte emulative ("effetto Werther" o "suicidi fotocopia"), e anche in questo caso è fondamentale un'adeguata preparazione del personale di Polizia Penitenziaria onde evitare tali comportamenti.

*** Riepilogo delle strategie più efficaci**

La formazione del personale carcerario e il lavoro in rete tra tutti gli attori coinvolti sembrano essere elementi cruciali per l'avvio di un programma efficace di prevenzione del suicidio nelle carceri. In sintesi, le linee guida includono:

- formazione continua degli agenti di Polizia Penitenziaria e degli operatori sanitari;
- attenzione alla qualità dell'ambiente di vita e al contesto sociale, in considerazione del dato che il carcere è in sé un fattore di rischio dal quale non si può prescindere. Bisogna attuare ogni sforzo onde ridurre le varie forme di violenza comuni all'ambiente penitenziario, enfatizzando nel contempo le relazioni supportive e collaborative tra la popolazione detenuta e il personale di Polizia Penitenziaria. La qualità di questi rapporti, che dovrebbero essere improntati alla fiducia e il rispetto reciproci per favorire l'ascolto e la comunicazione dei problemi e del disagio, è di primaria importanza nella riduzione del livello di stress e del rischio suicidario;
- osservazione nelle varie fasi della detenzione allo scopo di individuare i segnali di rischio elevato;
- comunicazione tra gli operatori del carcere e quelli sanitari e azioni per migliorare lo scambio e la condivisione delle informazioni riguardanti la salute delle persone reclusi;
- adeguata presa in carico dei soggetti con disturbi mentali;
- sinergie tra gli istituti di pena e i servizi sanitari pubblici per migliorare l'accesso alle cure dei cittadini detenuti (accordi, convenzioni, programmi);
- organizzazione di interventi strutturati di supporto a seguito di un evento suicidario, allo scopo di ridurre l'impatto emotivo nei "sopravvissuti" e migliorare le strategie di prevenzione future.

*** Conclusioni**

Benché non sempre sia possibile prevedere se e quando un individuo detenuto tenterà il suicidio o lo porterà a termine, è possibile oltre che in-

dispensabile predisporre adeguati programmi di prevenzione, mettendo in grado gli agenti di Polizia Penitenziaria, gli operatori sanitari e quelli della salute mentale di cogliere il rischio e di fronteggiarlo in maniera tempestiva e pertinente, prima che sia troppo tardi.

Sebbene il suicidio sia una delle cause di morte più tragiche e frequenti nelle carceri, se non tutti, molti di questi gesti possono essere evitati. L'Organizzazione Mondiale della Sanità invita pertanto i governi nazionali e le singole realtà locali a investire fortemente in programmi di prevenzione specifici e mirati, dotandosi di ogni strumento necessario e utile incluso il presente manuale.



La tutela della salute e la prevenzione del suicidio negli istituti di pena italiani

La tutela della salute e la prevenzione del suicidio negli istituti di pena italiani

47

* Dal Regio Decreto del 1871 al riconoscimento dei diritti sanciti dalla Costituzione

La **Costituzione italiana** riconosce e tutela il diritto alla salute e, in senso lato, il fondamentale diritto alla vita. La salute, il benessere e la vita di ogni uomo sono beni di prioritaria importanza, la cui protezione merita tanta più attenzione e impegno quando si tratta, come nel caso dei cittadini detenuti o internati, di persone affidate alla sorveglianza e alla cura altrui.

Il **22 giugno 1999** è per i cittadini detenuti nelle carceri italiane una data estremamente significativa, in cui questo imprescindibile principio costituzionale finalmente si afferma. In tale data il Presidente della Repubblica firmava il **Decreto Legislativo n. 230 Riordino della medicina penitenziaria** che riconoscendo ai detenuti e agli internati, al pari di tutti gli altri cittadini in stato di libertà l'erogazione delle stesse prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, oltre alla cura e al sostegno del disagio psichico, decideva la riconduzione della sanità penitenziaria nel Servizio Sanitario Nazionale.

Fino a quel momento l'assistenza sanitaria nelle carceri italiane è sempre stata storicamente legata all'istituto di pena fin dall'Unità d'Italia, con **Regio Decreto n. 115 del 10 marzo 1871**. Mezzo secolo dopo, nel 1931 veniva emanato il Regolamento per gli istituti di prevenzione e pena che

prevedeva un medico all'interno di ogni istituto penitenziario in un'epoca in cui **l'assistenza sanitaria non veniva ancora considerata un "diritto" dell'individuo**, come poi è avvenuto per effetto della Costituzione del 1948. Difatti, il Ministero della Salute verrà istituito soltanto nel 1958 e il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel 1978.

Al Regolamento del 1931 ha fatto seguito la **Legge 9 ottobre 1970 n. 740**, che ha disciplinato il rapporto di lavoro del personale sanitario degli istituti penitenziari. L'organizzazione di presidi sanitari negli istituti di pena è stata prevista invece dalla **Legge 26 luglio 1975 n. 354, Ordinamento penitenziario** in cui, con implicito riferimento alla Costituzione (art. 27 comma 3), si afferma che «Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona».

Di tutela della salute dei carcerati si parla specificamente nell'art. 11 comma 5: «L'assistenza sanitaria è prestata, nel corso della permanenza nell'istituto, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati». In altri termini, le cure sanitarie diventano obbligatorie.

Inoltre, l'art. 13 inserito nel capo "Modalità di trattamento", sottolinea che, fin dall'inizio della reclusione e in tutto il suo corso, i detenuti sono sottoposti a continua «osservazione scientifica della personalità per rilevare le carenze fisio - psichiche e le altre cause di disadattamento sociale, al fine della formulazione del programma individualizzato di trattamento» e quindi indirizzando gli operatori a porre attenzione in special modo ai soggetti più deboli e indirettamente al rischio che essi compiano gesti autolesivi estremi.

Per questa e molte altre disposizioni e, in generale, per lo spirito che anima l'intera legge, l'entrata in vigore nel 1975 dell'Ordinamento penitenziario fu accolta con interesse e favore: in esso si colse la seria intenzione di umanizzare l'ambiente carcerario, di fare in modo che perdesse quel carattere di "istituzione totale", di dare finalmente corso all'articolo 27 comma 3 della Costituzione per il quale la pena deve tendere, anzitutto, alla «rieducazione del condannato».

Nel 1998 con la riforma del SSN è emersa la volontà del legislatore di affidare a questo la competenza sulla salute dei cittadini detenuti portando, un anno dopo, al Decreto Legislativo 230 sul Riordino della medicina penitenziaria. Il passaggio di competenze iniziato dalle tossicodipendenze e della medicina preventiva, è stato completato con il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (12) del 30 maggio 2008** che trasferisce definitivamente le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali fino ad allora in capo al Ministero della Giustizia, al SSN e di conseguenza alle Regioni e alle Aziende Sanitarie locali.

«Esercitare l'assistenza sanitaria in carcere non è cosa semplice» - scrive Andrea Franceschini, presidente della Società Italiana di medicina e sa-

nità penitenziaria Onlus e direttore sanitario del Carcere Regina Coeli a Roma - «per gli aspetti così particolari legati all'ambiente in cui si opera e alla situazione del paziente. [...] un ambiente esso stesso causa di patologia ma dal quale non si può prescindere.

«[...] Vi sono aspetti, quindi, che rendono il carcere un ambiente estremamente peculiare: dal punto di vista assistenziale per il concentrazione di patologie, dal punto di vista medico-legale per gli aspetti relativi al costante colloquio con l'autorità giudiziaria e perché gli atti clinici possono influire in maniera significativa non solo sulla salute ma sull'intera storia processuale di una persona detenuta, dal punto di vista organizzativo per l'impossibilità del paziente detenuto alla libera scelta dei servizi sanitari a cui rivolgersi. [...] non si tratta semplicemente di affidare le competenze ad uno piuttosto che a un altro, ma di riformulare completamente un servizio che per oltre un secolo ha svolto compiti istituzionali delicati e sconosciuti a chi oggi deve provvedere alla erogazione delle prestazioni sanitarie sia quando una persona è libera, sia poi detenuta, sia poi, ancora libera» (13).

Il passaggio, secondo Franceschini, è stato troppo brusco per poter consentire una transizione adeguata nella metodologia e tale che non si ripercuota sulle oltre 65 mila persone detenute nelle carceri del nostro paese. Le Commissioni a livello nazionale in Conferenza Stato-Regioni, e regionale, stanno ancora valutando la direzione del percorso e la data del 14 giugno 2008, applicativa del decreto, ha trovato «una situazione assolutamente non definita. [...] In realtà, i lavori preparatori hanno trascurato l'assoluta specificità acquisita sul campo dalla sanità penitenziaria e non hanno chiarito la successiva governance del sistema. Non sono stati inoltre definiti modelli operativi adeguati attraverso i quali assicurare l'assistenza in carcere, ed è ambigua la previsione dei contratti di lavoro e dei ruoli professionali che dovranno essere proposti dal SSN al personale, in particolare per gli insostituibili profili dirigenziali, seppure già transitato alle sue dipendenze dal 14 giugno 2008. E c'è la possibilità che possa pesare anche la situazione di crisi finanziaria di alcune Regioni e che si releghi questa area dell'assistenza in un ruolo residuale, sebbene sia di significativa importanza in ambito clinico, epidemiologico e sociale» (13). Non va trascurata infine, l'assenza di indirizzi chiari di molte Regioni e la difficoltà da parte delle Aziende Sanitarie interessate a organizzare l'integrazione dei propri servizi territoriali con i servizi sanitari degli istituti penitenziari.

In conclusione, la sensibile diminuzione annuale dei fondi destinati a tutte le attività/progetti connessi ai detenuti, la grave carenza del personale: sia penitenziario sia dell'area educativa sia infermieristico nel nostro paese rischiano di vanificare gli sforzi di mettere in pratica il Decreto Legislativo 230. Tutto ciò a fronte di un dato drammatico che si commenta da sé: secondo gli esperti, dei 65 mila cittadini detenuti nelle carceri italiane soltanto uno scarso 20 per cento “sta bene”.

* **Primi tentativi di fronteggiare i suicidi in carcere e il Servizio Nuovi Giunti**

Verso la fine degli anni Ottanta diversi episodi verificatisi soprattutto nelle Case Circondariali di Milano e di Trani, fecero registrare un **improvviso, allarmante aumento del numero dei suicidi e tentati suicidi**.

Fu in tale contesto che trovò diffusione nel **1986** la cosiddetta **circolare "Amato" n. 3182/5632** con cui l'allora Direttore generale delle carceri affrontò per la prima volta direttamente il preoccupante problema degli atti "anticonservativi".

La circolare prendeva le mosse dal dato oggettivo della frequenza, in carcere, del suicidio e di altre forme di autolesionismo e indicava, inoltre, alcune tipologie di detenuti che, per la loro maggiore vulnerabilità, erano maggiormente esposti ad eventuali intimidazioni, ricatti, prevaricazioni da parte di altri reclusi, nonché al rischio di condotte suicidarie.

Le persone con disturbo mentale, per esempio, ma anche i tossicodipendenti, i giovanissimi, coloro che fanno ingresso in istituto per la prima volta, tutti coloro i quali, in generale, vivono la privazione della libertà in maniera particolarmente sofferta e traumatica. Poste queste premesse, la circolare si proponeva di indicare degli strumenti attraverso i quali contenere il dilagante fenomeno dei suicidi nelle carceri.

Nel 1987, a seguito di un'ulteriore recrudescenza del fenomeno suicidario il Direttore generale delle carceri firma una nuova circolare "Amato" (n. 3233/5683) intitolata "Tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati". Nella premessa si legge:

«Faccio seguito alle circolari sull'argomento, esprimendo vivissima preoccupazione per i ricorrenti, gravissimi fenomeni, purtroppo in aumento, degli atti di autolesionismo, in specie dei suicidi, posti in essere dai detenuti e dagli internati [...]. È assolutamente necessario che tutte le risorse e le disponibilità dell'Amministrazione penitenziaria, e in particolare tutta l'attenzione e l'impegno del suo personale, siano mobilitati per combattere questi fenomeni assolutamente non accettabili, e cioè di prevenire ed impedire gesti auto o etero-aggressivi delle persone ristrette negli istituti di pena, tutelandone nel modo migliore e più ampio la vita e la incolumità fisica e psichica.

«L'attenzione e la cautela devono avere il loro momento più significativo all'atto dell'ingresso della persona in istituto, specie se per la prima volta, e prima della sua assegnazione alla sezione a cui è destinata.» (14).

L'esperienza insegnava che l'impatto con la privazione della libertà per alcuni soggetti particolarmente vulnerabili poteva essere traumatico al punto di indurli a togliersi la vita (oltre a esporli al rischio di violenze da parte di detenuti più duri e adusi al crimine).

Bisognava quindi **intervenire tempestivamente al momento stesso dell'ingresso**, onde accertare qualsiasi eventuale situazione personale di fragilità fisica o psichica e qualsiasi eventuale inclinazione, tendenza o sintomo suscettibile di tradursi in un atto autoaggressivo.

Fu così che venne istituito il **Servizio Nuovi Giunti**, un particolare “presidio psicologico” rivolto alle persone provenienti dalla libertà ad affiancare, pur senza sostituirli, la prima visita medica generale e il colloquio di primo ingresso. Il presidio veniva affidato a specialisti in psicologia o criminologia clinica e consisteva, preliminarmente, in un colloquio con il nuovo giunto (nel giorno stesso dell'ingresso e prima ancora dell'assegnazione) diretto a valutare sulla base di determinati parametri, anche il rischio che il soggetto potesse compiere violenza su se stesso.

Nel caso il colloquio avesse evidenziato rischi suicidari nel nuovo giunto, gli esperti erano tenuti a segnalarlo alla polizia penitenziaria che a sua volta avrebbe disposto idonee forme di prevenzione: un controllo fisico del detenuto, con particolari forme di alloggiamento (infermerie, centri clinici, infermerie sussidiarie e altro) e un controllo visivo da parte degli agenti.

Sempre nel **1988** con la **circolare n. 3256/5706** viene ribadita l'importanza e la continuità del Servizio Nuovi Giunti e si prevede l'utilizzo di un interprete per i cittadini detenuti di nazionalità straniera che non conoscano la lingua italiana.

Nel **febbraio 1998** vengono emanate le linee guida (**circolare n.14871/4**) che individuano modalità e fasi di approccio al problema dell'autolesionismo e dei suicidi e possibili interventi operativi. Tra questi, la prevenzione primaria che focalizza l'attenzione sugli aspetti organizzativi (no all'isolamento, umanizzazione dei rapporti con lo staff, contatto con le famiglie, attenuazione della frattura con il mondo esterno), la valutazione del rischio su parametri il più possibile oggettivi (condizioni di tossicodipendenza, pregressi gesti anticonservativi, presenza di sindromi depressive, disturbi della condotta di tipo violento, angoscia) e l'importanza di specifici interventi terapeutici.

A opera del DAP (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) dal 2000 è stata costituita una struttura stabile di rilevamento denominata **UMES (Unità di Monitoraggio Eventi di Suicidio)**, con il compito di rilevare costantemente i suicidi, verificarne le caratteristiche, risalire per quanto possibile ai fattori di rischio, formulare proposte di intervento.

Una nuova **circolare**, la **n. 3254/5974** del **maggio 2000** dal titolo “Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri”, fornisce ulteriori precisazioni. In particolare si ribadisce che l'intervento del servizio Nuovi Giunti non deve risultare fine a se stesso bensì sortire un'effettiva presa in carico dei detenuti classificati “a rischio” non solo da parte degli specialisti psichiatri e di altro personale sanitario, ma anche degli operatori penitenziari. Viene prevista inoltre l'istituzione di un apposito registro dove indicare giornalmente i detenuti a rischio in modo da consentire al personale di custodia di conoscere la particolare condizione di singoli casi e di modulare la propria attività in aderenza alle necessità dei medesimi. Una nuova **circolare** del **2007**, **GDAP-0181045-2007**, stabilisce che

«Questa Amministrazione intende istituire o potenziare, laddove già esistente, il servizio di accoglienza per le persone detenute provenienti dalla libertà, attuando un raccordo tra quanto già disposto in passato (con il Servizio Nuovi Giunti) e le possibilità aperte nel presente, gettando le basi per quanto sarebbe auspicabile nel prossimo futuro: far percorrere il carcere alla medicina senza barriere con il territorio». Le finalità del servizio sono così riassunte: «scelta della locazione più confacente ai bisogni del detenuto nuovo giunto; riduzione dell'impatto con la realtà carceraria e delle tensioni che possono verificarsi alla prima esperienza detentiva; osservazione immediata, diretta e congiunta della persona detenuta da parte di operatori delle diverse aree del carcere; approfondimento diagnostico, promozione di richiesta di cura, attivazione di immediati interventi di sostegno, progettazione concordata di uno schema di massima a medio-lungo termine degli interventi sanitari, sociali, psicologici, educativi, formativi di cui il detenuto può usufruire.» (15). Lo staff di accoglienza multidisciplinare si compone del direttore che lo coordina, del medico incaricato, dell'infermiere, dello psicologo, dello psichiatra, del responsabile dell'area educativa e del comandante del reparto di Polizia Penitenziaria. Ma ci sono anche altre figure professionali che lavorano nello staff di accoglienza come: gli operatori del Sert, gli assistenti sociali e i mediatori culturali e/o sociosanitari, a seconda delle esigenze e dei problemi manifestati dalla persona detenuta. Inoltre, lo staff può ricorrere alla collaborazione esterna di operatori del volontariato con specifiche qualifiche.

In sostanza, a partire dalle circolari "Amato" si iniziano ad affrontare le condotte suicidarie in maniera più mirata e rigorosa, con il contributo di un sempre crescente numero di attori istituzionali e non già in maniera esclusivamente settoriale, anticipando per certi versi il Decreto Legislativo del 1999 sul Riordino della medicina penitenziaria laddove esso si riferisce esplicitamente alla prevenzione del suicidio. Nella fattispecie, come indicato nelle Linee di indirizzo per la sua attuazione: «In accordo con il Piano Sanitario nazionale sono indicati i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti [...]» tra cui: la «riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio». E, alla voce "Organizzare gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale" per quanto riguarda il campo della salute mentale: «attivare specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio.» (16).

*** Nel 2012 un accordo della conferenza unificata per la riduzione del rischio suicidario**

Mentre nel decennio 1960-1969 le persone detenute nelle carceri italiane che si sono tolte la vita sono state 100, nel decennio 2000-2009 si sono verificati ben 568 suicidi. La frequenza dei suicidi è quindi aumentata del 300%. Il **19 gennaio 2012**, a seguito del perdurare dell'emergenza suicidi nelle carceri italiane, la Conferenza unificata sancisce l'**Accordo**

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

Il documento tra l'altro ribadisce le indicazioni strategiche dell'OMS di cui nel capitolo precedente, e individua le azioni necessarie per un intervento di sistema in materia di prevenzione del rischio suicidario.

«Un intervento di sistema sul tema della prevenzione del rischio suicidario non può non tenere conto del fatto che ciascun istituto penitenziario e/o servizio minorile si differenzia dagli altri e si caratterizza per la tipologia dell'utenza presente (patologie, posizioni giuridiche, tempi di permanenza, etnia, genere, condizioni socio culturali, ecc.) e per il contesto ambientale (numero delle presenze e sovraffollamento, condizioni igieniche, risorse territoriali, risorse di personale, etc.).

In ogni caso sarà importante che il sistema sviluppi capacità di intercettare e trattare con tempestività stati di disagio psicologico e di disturbo psichico o altri tipi di fragilità, attivando un coordinamento funzionale delle diverse figure professionali presenti, a prescindere dal loro rapporto di dipendenza istituzionale, capacità quindi di migliorare le interazioni e le sinergie funzionali tra le stesse figure con l'obiettivo, pur nei rispetto delle rispettive competenze previste dalle norme vigenti, di mettere in atto misure di contenimento del rischio suicidario e di arrivare ad una reale diminuzione dei comportamenti autolesivi e dei suicidi da parte delle persone detenute ed internate e dei minori privati della libertà.

L'Amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile, tramite le proprie articolazioni territoriali, e le Regioni e PP.AA. si impegnano, entro tre mesi dalla data del presente Accordo, a costituire in ogni Regione e PP.AA., all'interno di ciascun Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto, senza oneri aggiuntivi, anche da operatori sanitari e da operatori penitenziari e minorili. Tale gruppo di lavoro avrà il compito di elaborare, sulla base delle linee guida esistenti e tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell'OMS, un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili.

Detto programma deve prevedere:

una ricognizione dell'esistente in ciascuna Regione ed Istituto/servizio penitenziario e/o minorile, in termini di disposizioni normative e pratiche già in atto;

- specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;
- l'adozione, in tempo utile, di tutte le iniziative necessarie all'avvio, entro un anno dalla data della stipula del presente Accordo, di una sperimentazione in almeno una struttura carceraria per adulti e una per mi-

norì presente sul territorio della Regione, fermo restando che il successo e l'efficacia dell'intervento sono legati all'effettiva messa in atto delle azioni specifiche individuate per ciascuna Amministrazione coinvolta;

- il monitoraggio e la valutazione, anche attraverso l'utilizzo di strumenti per la verifica dell'applicazione delle procedure stesse (es: audit, monitoraggio della diffusione e della conoscenza delle procedure, etc.).

A prescindere quindi dal modello organizzativo adottato da ciascuna Azienda Sanitaria e validato da ciascuna Regione, a garanzia di un auspicabile livello di omogeneità sul territorio nazionale, si ritiene necessario che siano ulteriormente assicurati percorsi di formazione congiunta degli operatori appartenenti alle diverse amministrazioni coinvolte (incluso il personale di Polizia Penitenziaria), estesi eventualmente al terzo settore e al volontariato qualora presenti.» (17).

✳ I servizi di salute mentale in carcere: l'esempio del Centro Collaboratore per la Ricerca e la Formazione OMS-Dipartimento di Salute Mentale di Trieste

A Trieste già dal 1979 il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'ASS n°1 Triestina e Centro Collaboratore per la Ricerca e la Formazione OMS, svolge attività di prevenzione e cura del disagio psichico nel corso della detenzione. Tale attività è svolta dagli operatori dei Centri di Salute Mentale seguendo di norma il principio della competenza territoriale in un'ottica che vede il carcere parte del territorio. Il servizio in carcere ha così anticipato il DPCM del 30 maggio 2008 che ha trasferito definitivamente le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria. In maniera analoga si svolge l'attività del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS n°1 all'interno della Casa Circondariale triestina.

Il servizio relativo alla tutela della salute mentale in ambito penitenziario è regolato da una **Convenzione** tra l'ASS n°1 e la Casa Circondariale di Trieste, e ha in particolare l'obiettivo di:

- garantire la continuità terapeutica per persone detenute già in carico ai servizi di salute mentale e farsi carico di nuovi casi psichiatrici emersi nel corso della carcerazione;
- rispondere ai bisogni psicologici e relazionali dei soggetti che vivono la privazione della libertà in condizioni di particolare fragilità e debolezza e per i quali la detenzione può essere causa di traumi psichici che possono sfociare in danni irreversibili per la salute mentale;
- favorire l'applicazione di misure alternative alla carcerazione (semilibertà, affidamento, lavoro esterno);
- evitare l'invio all'Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG).

Questa alternativa si è dimostrata preziosa al fine di attivare programmi terapeutico - riabilitativi, e per evitare il ricovero in OPG (negli ultimi vent'anni la presenza media di cittadini della provincia di Trieste in OPG

non ha mai superato il valore medio dello 0,5 per anno). Allo stato attuale nessun cittadino della provincia di Trieste è internato negli OPG.

Gli operatori dei servizi di salute mentale che operano all'interno della Casa Circondariale svolgono i seguenti compiti:

- presa in carico del paziente, attraverso: visite specialistiche psichiatriche, visite da parte di altri operatori professionali, colloqui di sostegno psicologico, prescrizione e somministrazione di terapia farmacologica, attivazione di agenzie del volontariato, attivazione di programmi riabilitativi intra (in tal caso con in consenso della Direzione e nel rispetto delle procedure e formalità all'uopo previste) ed extra carcerari, attivazione di altri servizi sanitari e sociali della comunità, attivazione dei contatti con la famiglia e con il contesto di provenienza, salvo diverso avviso dell'Autorità Giudiziaria nel caso di detenuti imputati;
- partecipazione alle riunioni di equipe per l'organizzazione di programmi intra ed extra penitenziari degli utenti conosciuti e seguiti dal Servizio di Salute Mentale;
- attività diagnostica con possibilità di prescrivere direttamente accertamenti strumentali e non, di carattere specialistico, evidenziando il dubbio o quesito diagnostico, nonché fornire ogni altro dato utile a qualificare l'indagine e abbreviare il tempo di diagnosi; allorché gli accertamenti debbano svolgersi in ambito extra-penitenziario, informare la Direzione del Carcere, specificandone l'urgenza (media, a breve termine, immediata) nonché se sarà assicurata un'assistenza medica o paramedica nell'accompagnamento da parte di operatori del Dipartimento di Salute Mentale, in supporto al personale di polizia penitenziaria;
- partecipazione alle attività di rilevamento epidemiologico, con scopi di prevenzione, per la preparazione, lo studio e la programmazione delle indagini statistico-sanitarie;
- informazione del medico Coordinatore Sanitario del carcere del risultato diagnostico raggiunto anche al fine della divulgazione nell'ambito della medicina penitenziaria attraverso gli organismi all'uopo deputati del DAP;
- assunzione in cura il paziente su proposta del medico Coordinatore Sanitario del carcere, ovvero direttamente, nei casi in cui lo ritenga necessario, dandone motivata comunicazione al Coordinatore Sanitario;
- partecipazione alle attività connesse alla realizzazione di progetti obiettivo e delle azioni programmate del Ministero della Sanità e del Ministero della Giustizia in ambito sanitario, ugualmente per i progetti obiettivo della Regione in tema di sanità;
- partecipazione alla predisposizione di programmi per la concessione di eventuali misure alternative alla detenzione;
- attività di prevenzione del comportamento suicidario, integrando lo specifico lavoro in ambito penitenziario con gli analoghi programmi già in corso, sostenuti dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina.

Le prestazioni erogate possono prevedere la prescrizione farmacologica, i colloqui psicoterapeutici, nonché la collaborazione e la partecipazione ad iniziative e programmi finalizzati all'attivazione di misure alternative alla detenzione e di progetti di reinserimento socio-lavorativo finalizzati a programmi alternativi alla detenzione.

Il DSM può attivare, al bisogno, strutture di ricovero site sia presso i Centri Territoriali di Salute Mentale, quanto presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Ospedaliero, ove nulla ostasse da parte dell'Autorità Giudiziaria e dell'Amministrazione Penitenziaria.

Il servizio in carcere si avvale della collaborazione con diversi servizi socio-sanitari e assistenziali (servizio sociale adulti, servizi per i minori, servizi sociali del Comune di Trieste) e associazioni di volontariato.

Negli ultimi 22 anni nella Casa Circondariale di Trieste, capoluogo della Regione Friuli Venezia Giulia, si sono verificati quattro suicidi di persone detenute; un dato in controtendenza rispetto ad altre realtà penitenziarie del paese.

Dalla fine degli anni Novanta, il DSM di Trieste ha posto un'attenzione crescente al fenomeno suicidario nella popolazione sia ristretta che libera. Nel 1997 ha avviato in collaborazione con il Comune e un ente privato di teleassistenza, il programma di Prevenzione della Rinuncia alla vita "Amalia-Telefono Speciale" finalizzato a ridurre l'isolamento sociale della popolazione anziana e a prevenire il comportamento suicidario della popolazione generale. Il programma si avvale di un punto di ascolto per il monitoraggio telefonico delle necessità e dei bisogni dei soggetti a rischio (numero verde gratuito attivo 24 ore su 24).

L'aspetto innovativo del programma è la possibilità, attraverso il contatto telefonico, di sollecitare una rete integrata di servizi (Centri di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze, Distretti Sanitari, Servizi Sociali di Base, Servizi per Minori, Medici di Medicina Generale). Inoltre, per promuovere una diversa attenzione e sensibilità sugli interventi, si è costituita un'équipe multidisciplinare per l'attivazione di "sensori diffusi", con il coinvolgimento di associazioni, del volontariato e dei mass media. Un altro aspetto innovativo del programma è la promozione di una campagna di comunicazione sociale permanente e iterata che, adottando le raccomandazioni in materia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, promuove azioni di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza, con produzione di strumenti divulgativi unitamente ad azioni di educazione sanitaria che coinvolgono tutte le fasce della popolazione, le professionalità e le competenze (scuole, giornalisti, caserme, carcere, religiosi, cittadini, gli stessi operatori socio-sanitari).

Nell'ambito del programma, si è attivato un Osservatorio di monitoraggio dei suicidi e delle morti solitarie che, in stretta collaborazione con le altre agenzie ed enti sul territorio, fornisce mensilmente un rapporto dettagliato e pertinente sull'andamento del fenomeno.

Tra le pubblicazioni a cura del programma di prevenzione triestino si an-

noverano anche tre manuali OMS sulla prevenzione del suicidio destinati rispettivamente ai medici di medicina generale, agli operatori scolastici e

Figura 7.

Tassi suicidi nella popolazione generale a Trieste, 1990-2011.

ANNO	TASSO	MEDIA
1990	30,54	
1991	24,08	
1992	33,53	
1993	23,43	25,49
1994	20,19	
1995	22,52	
1996	24,14	
1997	18,13	
1998	22,89	
1999	17,27	
2000	19,03	18,74
2001	17,92	
2002	17,22	
2003	17,71	
2004	11,61	
2005	10,77	
2006	14,98	
2007	12,51	13,22
2008	15,02	
2009	13,35	
2010	13,35	
2011	14,18	

ai giornalisti, redatti secondo criteri di contenuti e di forma aderenti alla realtà italiana.

Dall'avvio del progetto il numero dei suicidi è costantemente diminuito con un calo più evidente dall'anno 2000. Il tasso storico di 25 e più suicidi/100.000 abitanti è sceso in questo intervallo di tempo a un numero medio di 14 suicidi/100.000 abitanti con un picco nel 2005 di 10.5/100.000 abitanti, tasso più basso mai registrato nel Friuli Venezia Giulia. Mediamente, dal 2000 nella Provincia di Trieste si calcola un calo di suicidi nella popolazione generale del 40% mentre i tentativi di suicidio sono diminuiti del 20%.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Nel testo:

1. Daigle M. S. et al., Preventing suicide in prisons, part II. International comparisons of suicide prevention services in correctional facilities, *Crisis*. 2007; 28 (3): 122-30.
2. Fazel S. et al., Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 Mar; 46 (3): 191-5.
3. Fazel S. et al., Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors, *J Clin Psychiatry*. 2008 Nov; 69 (11): 1721-31.
4. Loo R, A Meta-Analysis of Police Suicide Rates: Findings and Issues, *Suicide and life-threatening behavior* 2003 (33), 313-325.
5. Stack S. J. et al., Suicide risk among correctional officers: a logistic regression analysis, *Arch Suic Res*. 1997 (3): 183-186.
6. Schaufeli W. B. et al., Job stress and burnout among correctional officers: a literature review, *International Journ of Stress Management*, Jan 2000 (7) 19-48.
7. Carpentieri R., *Profili criminologici del suicidio in carcere*, 2003 (<http://www.ristretti.it/>).
8. Ristretti Orizzonti, I suicidi in ambito penitenziario, Dossier Morire di carcere 2000-2009 (<http://www.ristretti.it/>).
9. Ubaldi S, *Il suicidio in carcere* (http://www.sestaopera.it/DOCUMENTI/DOSSIER/suicidio_%20in_carcere_ubaldi.pdf).
10. Baechler J., *Les Suicides*, Calmann-Lévy, 1975.
11. AA.VV. (2007). Preventing suicide in jails and prisons. WHO-Supre. Ginevra (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf).
12. “Modalità e criteri per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, D.P.C.M. 30-05-2008.
13. Franceschini A., Il cambiamento nell’assistenza sanitaria in carcere, “L’Inserito” del “Sole 24h”, 14-07-2008.
14. Circolare Ministero della Giustizia/DAP n. 3233/5683 del 30-12-1987.
15. Circolare Ministero della Giustizia/DAP n. 0181045 del 6-06-2007 (http://www.ristretti.it/commenti/2007/giugno/circolare_nuovi_giunti.pdf).
16. Decreto Legislativo del 1999 sul Riordino della medicina penitenziaria (<http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/99230dl.htm>).
17. Accordo “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale” del 19-01-2012 (<http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=10277&iddoc=34783&tipodoc=2&CONF=UNI>).

Generale:

- Baccaro L., Morelli F. (2009), *In carcere: del suicidio e di altre fughe*, Ristretti Orizzonti, Padova.
- Barbagli M. (2009), *Congedarsi dal mondo*, il Mulino, Bologna.
- Beck A. T., Beck R., Kovacs M. (1975), Classification of Suicidal Behavior, *American Journal of Psychiatry*, 132.
- Beck A. T., Beck R., Weissman A. (1975), Hopelessness and suicidal behaviour: an overview, in *Journal of American Medical Association*, December issue.
- Bucarelli A., Pintor P. (1991), *Morte e detenzione*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, Organo Ufficiale della Società Italiana di Criminologia, Giuffré, Milano.

- Buffa P. (2003), L'attenzione al disagio psichico in carcere: dalla responsabilità formale al pragmatismo etico, in *Autonomie locali e servizi sociali*, XXVI, 1, Il Mulino, Bologna.
- Buffa P. (2008), Alcune riflessioni sulle condotte autoaggressive poste in essere negli istituti penali italiani, in *Rassegna Penitenziaria*. n.3, Rivista del ministero della Giustizia e del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria.
- Campelli E., Faccioli F., Giordano V., Pitch T. (1992), *Donne in carcere*, Feltrinelli Milano.
- Cazzullo C. (1990), *Le condotte suicidarie*, USES, Edizioni scientifiche, Firenze.
- Crepet P., Florenzano F. (1998), *Il rifiuto di vivere. Anatomia del suicidio*, Editori riuniti, Roma.
- Crepet P., (1993), *Le dimensioni del vuoto e il suicidio giovanile*, Feltrinelli, Milano.
- De Girolamo G. et al. (2005), Prevalenza dei disturbi mentali in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMED-WMH, in *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, suppl. 8.
- Dell'Acqua G., Belviso D., Crusiz C., Costantinides F. (2001). Trieste e il suicidio: un progetto di prevenzione. In *Spezzarsi la vita. Il suicidio nella Regione Friuli Venezia Giulia: ricerca-intervento e prevenzione*, 5070. Tipografia Sartor SrL, Pordenone. Una sintesi del lavoro in lingua inglese è stata inviata all'OMS Regione Europa, su esplicita richiesta del programma SUPRE (Suicide Prevention), iniziativa a livello mondiale di prevenzione dei suicidi e di linee guida per specifici gruppi a rischio.
- Dell'Acqua G., Belviso D., Crusiz C., Oretti A. (2003). Trieste e il suicidio: un progetto di prevenzione. In *Quaderni italiani di Psichiatria*, vol. XXII.
- Dell'Acqua G., Belviso D., Lekovich K., Oretti A. (2005). *Prevenire il Suicidio: una mappa per gli insegnanti e per coloro che sono coinvolti nell'educazione dei giovani*, Confini Impresa Sociale, Trieste (http://www.ass1.sanita.fvg.it/pls/ass1/doc/docs/F8901/Prevenire_suicidio_insegnanti.pdf).
- De Leo D. (2009), Quando la prevenzione del suicidio incontra le questioni del diritto alla morte: alla ricerca della prospettiva medica, in Baccaro L. e Pegoraro L., *Salute mentale e garanzia dei diritti*, Quaderni di Etica e Medicina-Fondazione Lanza, giugno 2009.
- De Leo D., Pavan L. (1988), *Il suicidio nel mondo contemporaneo*, Liviana Editrice.
- Durkheim, E. (1987), *Il suicidio*, Utet, Torino.
- Foucault, M. (1976), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino.
- Franceschini A. (14-08-2008), *Il cambiamento nell'assistenza sanitaria in carcere. L'Insero de "Il sole 24 ore"*.
- Goffman E. (2003), *Asylums, Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino (I ed. 1968).
- Lekovich K., Oretti A., Dell'Acqua G. (2011), *Prevenire il Suicidio: linee guida per i medici di medicina generale e per gli operatori sanitari e sociali*, Confini Impresa Sociale, Trieste.
- Manconi L. (2002), *Così si muore in galera. Suicidi e atti di autolesionismo nei luoghi di pena*, *Politica del diritto*, n. 2, Il Mulino, Bologna.
- Manconi L., Boraschi A. (2006), *Quando hanno aperto la cella era già tardi perché. Suicidi e autolesionismo in carcere 2002-2004*, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, n.1, Il Mulino, Bologna.
- Manconi L., Palleschi B., Gonnella P., Lecca P (02-06-2002), *Suicidi e atti di autolesionismo: i dati di una ricerca. Politica del diritto*. Bologna.
- Morselli E. (1875), *Il suicidio dei delinquenti*, *Rivista sperimentale di Freniatria*, Reggio Emilia.
- Morselli E. (1879), *Il suicidio. Saggio di statistica morale comparata*, Dumolard, Milano.

- Pagano L. (1995), Rapporto degli ispettori europei sullo stato delle carceri in Italia, Sellerio, Palermo.
- Shneidman E. S. (1993), Suicide as a psychache, Journal of Nervous and Mental Disease 181,145-147.
- Stengel, E.(1977), Il suicidio e il tentato suicidio, Feltrinelli, Milano

- Dichiarazione del Comitato Nazionale per la Bioetica sul problema penitenziario (17 gennaio 2003).
- Health care services in prisons (1999), European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.
- Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (25 giugno 2010) Il suicidio in carcere orientamenti bioetica.
- Women's health in prison (2009), WHO Europe, UNODC.



Dipartimento di Salute Mentale

I A S P