



LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO NEI SERVIZI MINORILI RESIDENZIALI (I.P.M. – C.P.A.) DEL VENETO

Premessa

Le linee guida emanate nell'anno 2007 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1) relative alla "prevenzione del suicidio nelle carceri", specificano un ampio numero di fattori ed elementi individuali e ambientali che, nella loro interazione, aumentano il rischio di suicidio, rilevando, nella detenzione una circostanza che genera stress.

Appare pertanto evidente la connessione con le disposizioni contenute nell'Allegato A del D.P.C.M. del 01/04/2008 che, nel disciplinare le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria, attribuisce particolare rilievo circa *"l'adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo"* nonché *"l'attivazione di programmi mirati alla riduzione del rischio suicidario"*.

L'importanza di attivare programmi per la presa in carico multidisciplinare sin dalla prima fase di ingresso nel circuito penale è, inoltre, ben delineata nell'Accordo sulle "Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minorenni sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria" del 26 novembre 2009, nel quale si richiama la necessità di integrare interventi sanitari, sociali ed educativi per svolgere una valutazione complessiva del minorenne al fine di rilevare i suoi bisogni assistenziali.

Tale linea di pensiero è ripresa nell'Accordo approvato in Conferenza Unificata nella seduta del 19 gennaio 2012 relativo alle "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" che traccia un sistema integrato di interventi tra il Servizio Sanitario Nazionale e l'Amministrazione Penitenziaria.

Le indicazioni del 2012 impegnano le Regioni e la Giustizia minorile a costituire un gruppo di lavoro tecnico scientifico Interistituzionale, allo scopo di elaborare un programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili sulla base delle



indicazioni degli organismi europei e di quelle, sopra citate, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il Piano Regionale di Prevenzione del Rischio suicidario, elaborato dal Gruppo Tecnico e recepito con DGR n. 2722/2012 ha individuato come prioritarie le seguenti azioni :

- una ricognizione dell'esistente in ciascun Istituto/servizio penitenziario e/o minorile, in termini di disposizioni normative e pratiche già in atto;
- lo sviluppo di specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, capaci di individuare 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, di una sperimentazione in almeno una struttura carceraria per adulti e una per minori 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 delle procedure stesse, anche attraverso l'utilizzo di strumenti per la verifica dell'applicazione (es: audit, monitoraggio della diffusione e della conoscenza delle procedure, ecc.).

Il Piano Regionale per la Prevenzione del Rischio suicidario del 2012 costituisce il fondamento tecnico normativo per recepire quanto disposto dall'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 26/10/2017 relativo al "Piano Nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità".

Per tali motivi, in sede di Osservatorio Interistituzionale per la Salute in Carcere, si è condivisa la necessità di costituire due gruppi di lavoro, uno per l'ambito degli adulti e uno per l'ambito minorile, con componenti delle Amministrazioni coinvolte (Regione, Provveditorato per l'Amministrazione Penitenziaria, Centro Giustizia Minorile, Aziende ULSS e Direzioni Istituti) per implementare, integrare e aggiornare quanto già definito con provvedimento n. 2722/2012.

I Gruppi dovranno porre particolare attenzione alle criticità rilevate in fase di monitoraggio degli Accordi a livello nazionale, ossia alla difficoltà di comunicazione interprofessionale, alla presenza di nuovi fattori di rischio, in particolare l'incidenza di atti autolesivi nell'ambito minorile piuttosto che tentativi di suicidio.



Fondamentale sarà la creazione di un modello interistituzionale orientato al sostegno e al supporto individualizzato del minore oltre che alla sua presa in carico attraverso un'equipe multiprofessionale in grado di intercettarne i segnali di disagio, sofferenza, angoscia.

Nella realtà del territorio veneto insiste la competenza del Centro per la Giustizia Minorile, di seguito denominato C.G.M..

Il Centro per la Giustizia Minorile per il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano (Regione Trentino Alto Adige) è un organo di decentramento amministrativo del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità. Esercita funzioni di programmazione tecnica ed economica, controllo e verifica nei confronti dei Servizi Minorili da essi dipendenti (Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni, Istituti Penali per i Minorenni, Centri di Prima Accoglienza, Comunità ministeriali) e di collegamento con gli Enti locali in base alla normativa vigente e alle direttive emanate dall'articolazione dipartimentale centrale. Stipula convenzioni e protocolli d'intesa con Enti pubblici, del privato sociale e con le Università.

Nel suo territorio di competenza vi è un unico Istituto Penale per Minorenni, esclusivamente maschile, con una capienza nominale di 12 minori/giovani adulti (*ospita anche detenuti ultradiciottenni, fino al compimento dei 25 anni, quando il reato sia stato commesso prima del compimento della maggiore età*).

Il Centro di Prima Accoglienza, annesso all'I.P.M., accoglie, invece, utenza minorile di ambo i sessi (*14 - 17 anni*).

Di seguito sono presentati i dati epidemiologici riferiti agli ultimi anni dei minori afferenti all'Istituto Penale e del Centro di Prima Accoglienza di Treviso (*A cura dell'Ufficio Statistico del Dipartimento Giustizia Minorile e di Comunità*):

Istituto Penale per Minorenni (Treviso)

Serie storiche – valori assoluti e per 100 soggetti

Ingressi 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
N. Ingressi	52	73	82	66	43	68	65	76
% femmine	-	-	-	-	-	-	-	-
% stranieri	77%	73%	70%	61%	60%	68%	62%	61%

Presenza media giornaliera	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
N. presenti	17,3	17,9	20,4	15,7	11,2	14,4	13,3	14,8
% femmine	-	-	-	-	-	-	-	-
% stranieri	10,4%	12,6%	10,6%	10,3%	5,3%	9,0%	6,6%	8,1%



Permanenza media giornaliera	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
In giorni	94,5	83,9	88,1	86,7	89,6	87,8	71,5	72,6

Centro di Prima Accoglienza (Treviso)

Serie storiche – valori assoluti e per 100 soggetti

Ingressi 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
N. Ingressi	56	52	56	61	39	54	36	30
% femmine	9%	6%	13%	18%	13%	39%	33%	33%
% stranieri	61%	75%	62%	67%	56%	72%	75%	83%

1. I principi generali

I programmi di prevenzione del rischio suicidario in ambito carcerario si devono necessariamente basare su alcuni principi che devono essere in grado di contribuire ad orientare l'operato quotidiano e congiunto sia delle aree sanitarie che della Giustizia Minorile.

Essi sono:

- la definizione e la corretta attribuzione di significati ai comportamenti a rischio, come l'autolesionismo o il tentato suicidio, e la necessità di una presa in carico congiunta dei soggetti che, in vario modo, esprimono un disagio;
- la definizione che l'autolesionismo e il tentato suicidio, pur non essendo sempre strettamente correlati anche ad aspetti psicopatologici, sono sempre conseguenza di una condizione di sofferenza e disagio;
- l'importanza che qualsiasi figura, operante all'interno dell'Istituto Penale Minorile e delle reti familiari e sociali della persona detenuta, possa essere messa nelle condizioni di segnalare situazioni a rischio;
- il concetto che la detenzione è di per sé un fattore di rischio: lavorando in maniera attiva sull'umanizzazione della pena si riduce fra la popolazione detenuta la probabilità di eventi autolesivi o auto-soppressivi;
- la necessità di un approccio olistico alla prevenzione del rischio suicidario orientato alla promozione del benessere e della salute dei lavoratori e dei detenuti;
- l'importanza strategica della formazione congiunta, appropriata e continua del personale per la prevenzione e gestione degli eventi autolesivi e auto-soppressivi;



- l'importanza che le situazioni di fragilità siano affrontate individuando interventi congiunti che non devono e non possono rispondere ad esclusive logiche di contenimento e di sorveglianza ma alla miglior gestione complessiva del caso, evitando dannose condizioni di isolamento, valutando le condizioni ambientali e relazionali dell'utente.

1.1 Il lavoro congiunto e l'approccio olistico

Ogni protocollo operativo nell'ambito della prevenzione del rischio suicidario richiede, per la necessaria definizione e co-costruzione di un piano di intervento comune, integrato ed olistico, la strutturazione di una cornice teorica di riferimento, una condivisione di linguaggi e significati in modo da omogeneizzare i diversi *know-how* dei professionisti coinvolti nel percorso della presa in carico del detenuto con un disagio. Una base comune facilita, infatti, sia la comunicazione fra i diversi operatori ma anche la capacità di contrastare stigma, tabù, luoghi comuni, eventuali pregiudizi sociali e personali che, in molti casi, rappresentano un ostacolo al lavoro quotidiano. In un'ottica di necessità di condivisione è auspicabile che gli operatori sia sanitari che penitenziari siano in grado di intercettare, ognuno con i propri strumenti e competenze, l'elemento predittivo del suicidio dal punto di vista clinico che è il "pensiero suicidario". A questo proposito, la formazione diventa un elemento necessario per ridurre il gap tra teorie implicite ed informazioni scientifiche sul suicidio. Il ruolo della formazione degli operatori nel campo della prevenzione del suicidio è stato evidenziato in differenti ricerche scientifiche, soprattutto nella popolazione generale, che hanno messo in luce una differenza significativa nei contesti prima e dopo la formazione degli operatori. Nel 1998 il Governo degli Stati Uniti arrivò ad ottenere una riduzione del 75% dei suicidi all'interno degli istituti penitenziari grazie all'istituzione di uno specifico iter formativo per gli operatori (2). Da queste esperienze emerge che la prevenzione del suicidio parte da una corretta formazione e conoscenza del fenomeno da parte dei diversi operatori e dalla loro capacità di lavorare in maniera congiunta. In tal modo, una visione più completa e complessa sul suicidio aiuta a strutturare un approccio olistico al problema, orientando ad una promozione del benessere e della salute sia dei detenuti e sia degli operatori.

1.2 Il pensiero suicidario



I giovani reclusi sono per buona parte adolescenti e questa è una fase di drammatici cambiamenti, ricca di difficoltà nella quale il ragazzo/a si trova in una condizione di particolare fragilità e vulnerabilità a eventuali processi patologici. L'emergere di spinte istintuali sconosciute, le modificazioni corporee, la sessualità, la modificazione del ruolo sociale, l'adesione al gruppo dei pari contrapposto agli adulti, sono le condizioni che concorrono alla costruzione dell'identità. Durante questo percorso la stima del sé è estremamente precaria e si può assistere all'alternarsi di momenti di esaltazione a momenti di depressione.

Come per gli adulti, il pensiero suicidario è considerato il primo fattore di rischio per il comportamento suicidario (3, 4) al quale è associato un incremento del rischio di suicidio e dei tentativi di suicidio (5). La prevenzione del comportamento suicidario diventa più efficace se si è in grado di riconoscere il pensiero suicidario (6, 7), per cui le migliori strategie di prevenzione nascono in contesti in cui tutti i professionisti hanno strumenti idonei per intercettarlo.

Nella concettualizzazione di Shneidmann (8) il suicidio è il risultato di un dialogo interiore, che nasce da uno stato di costrizione psicologica, una visione a "tunnel o binaria", un restringimento delle soluzioni normalmente disponibili per risolvere lo *psychache* (9) cioè il "tormento nella psiche". Il ruolo del suicidio quindi sarebbe quello di porre fine ad un "dolore mentale" insopportabile che nasce da sentimenti di colpa, vergogna, rabbia, solitudine e disperazione definiti come "ingredienti base del suicidio". Nell'individuo suicida la presenza di questi ingredienti nascono da bisogni psicologici frustrati, tanto che l'autore propone la seguente definizione *"attualmente nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alla prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione"* (10). Il suicidio è così definito come un tentativo di soluzione di un dolore, percepito come unico ed irrisolvibile, proprio a causa della presenza del pensiero coartato e dicotomico. Il pensiero dicotomico, definito come *Black and white thinking*, è il pensiero che ragiona in termini "tutto o nulla", è il pensiero che annulla la complessità, le opzioni e le sfumature. In sintesi si tratta di una forma di distorsione cognitiva che offusca le skills cognitive, la capacità di prendere decisioni e riduce tutto ad una visione bipolare "bianco o nero". La visione tunnel è una distorsione percettiva della realtà – sia interna che esterna – nella quale si vede una sola ed unica soluzione rispetto ai problemi. Infatti, lo stato emotivo in cui si sviluppa questo pensiero ristretto è riferibile all'*hopelessness-helplessness*, cioè la sensazione che nulla di altro possa essere fatto e che nessuno possa aiutare sé stesso in una visione disperata che porta l'individuo



alla sensazione di non avere vie d'uscita. A tal proposito, emerge, infatti, nella persona una forte stagnazione (di idee, di apatia e comportamenti) ed un ritiro dal mondo ambiente-relazionale.

Lo stato cognitivo, in cui avviene quanto definito, è una forte ambivalenza rispetto alla vita e la morte. E la scelta del suicidio, per quanto si configuri come una decisione dell'individuo, avviene in un assetto psicologico in cui c'è un restringimento di opzioni ed alternative. Nel contesto detentivo il restringimento delle idee, il ritiro dalle persone e dal mondo relazionale assumono una portata maggiore in termini di cristallizzazione del pensiero su un funzionamento di tipo dicotomico in quanto *“la restrizione della libertà finisce col rendere il soggetto assolutamente dipendente [dal contesto] anche per l'appagamento di molte esigenze fondamentali”* sia per la vita individuale che relazionale. Inoltre, il carcere (che rappresenta una vera e propria istituzione totale), per ragioni legate al proprio mandato *“custodiale”*, tende ad imporre *“valori ed abitudini comuni a tutti, annullando le differenze individuali”* e mettendo in crisi l'identità.

I suggerimenti per la gestione della crisi suicidaria partono dal riconoscimento e dall'esplorazione del pensiero suicidario, contestuale e storica. L'esplorazione della storia del pensiero suicidario può essere, infatti, utile per mettere in luce i fattori di rischio specifici per quell'individuo, e permettere il riconoscimento della vulnerabilità individuale alla quale sarà possibile dare un risposta all'interno di uno specifico programma di intervento individuale.

Tradizionalmente, suicidio e autolesionismo sono stati trattati come eventi non connessi tra di loro, dimenticando che possono invece essere intesi come tappe diverse collocate però su un medesimo *continuum di autodistruzione* (11). Si può parlare di comportamenti che sottendono a motivazioni diverse tra loro (11) ma risulta erroneo e riduttivo considerare l'autolesionismo esclusivamente in qualità di gesto manipolativo (2). Esso è in molti casi un'espressione diversificata di un disagio, tesa a "interrompere" "stati di morte emotiva" (11) e alla riduzione della tensione (1). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha più volte posto attenzione al rischio di autolesionismo, nell'ambito del circuito penale minorile e dei giovani adulti, ribadendo il concetto che per i detenuti più giovani, già il solo allontanamento dalla famiglia e dagli amici rappresenta un fattore di incremento di rischio autolesionistico e suicidario. I minori che vengono trasferiti in istituti per adulti sono infine considerati a rischio particolare di suicidio e, infatti, tali forme di trasferimento sono state sempre più legalmente procrastinate, fino all'attuale venticinquesimo anno.

Le più comuni forme di autolesionismo possono essere così classificate:

- Bruciatura
- Inalazione di sostanze nocive



- Ingestione di farmaci, dopo averli subdolamente accumulati
- Ingestione di oggetti
- Ingestione di sostanze tossiche
- Inserimento di corpi estranei
- Morsi
- Rifiuto di alimentarsi
- Tagli a bassa letalità
- Urti con testa e altre parti del corpo
- Uso di oggetti contundenti

I tagli a bassa letalità, praticati con oggetti di fortuna resi taglienti, l'ingestione di oggetti (per lo più batterie, viti metalliche), l'urto della testa e di altre parti del corpo (contro muri, armadi, porte) e le bruciature sono le pratiche più frequentemente riscontrate.

Sebbene, molto spesso, non rivestano una rilevanza clinica e prognostica di particolare importanza (*ferite suture, medicazioni di soluzioni di continuo, abrasioni cutanee guariscono in 5-7 giorni s.c., gli oggetti ingeriti, nella maggiorparte dei casi, vengono estratti con tecniche endoscopiche o espulsi con gli atti defecatori, i traumi contusivi della testa e di altre parti del corpo non determinano commozione e fratture e le bruciature sono spesso di basso grado e di piccole estensioni, facilmente curabili ambulatorialmente*), sono gesti che innescano tutta una serie di attenzioni (di tipo multidisciplinare) e di procedure (dalla semplice osservazione all'invio in pronto soccorso con carattere di urgenza), al fine di tutelare il benessere psico-fisico e di evitare fenomeni di recidiva (*Repetitive Self-Harm Syndrome*), emulazione (spesso, tra i giovani si copia il modo di fare dei pari) ed escalation (desiderio di attuare gesti sempre più gravi).

Rappresentano messaggi non verbali che una persona decide di attuare, attraverso il proprio corpo, come vere e proprie comunicazioni scritte sulla pelle o come gesto di richiesta, di evidenza e persino di sfida. Sono situazioni che richiedono oculatezza.

Alcune volte, rinviano a un certa teatralità, frutto del bisogno di catturare l'attenzione per instaurare un rapporto: un bisogno impellente quando ci si sente abbandonati nel ventre di un'istituzione (12), altre volte rappresentano un fenomeno drammatico in cui istinti inconsci e sentimenti distruttivi prendono il sopravvento all'interno di una situazione non ulteriormente tollerabile.

Mentre una persona che tenta il suicidio cerca di porre fine a tutte le sensazioni, con una fuga definitiva dalla sofferenza emotiva, chi si auto-ferisce cerca una soluzione per rimanere in vita e continuare ad andare avanti, attraverso il sollievo temporaneo dal disagio psicologico.

Anche Gonin (13) ha interpretato l'autolesionismo come un comportamento finalizzato ad alleviare una condizione stressante e angosciante a livello psicologico.



In ambiente carcerario, l'autolesionismo è una sorta di valvola di sfogo, una via di scarico che permette agli auto-feritori di espellere tutte quelle sensazioni negative che hanno in corpo, come se l'unico modo per far tacere le emozioni negative fosse farsi del male (12).

In questo obiettivo ultimo, consistente nel contenere e alleviare emozioni dilaganti e struggenti per continuare a rimanere in vita, la mission degli operatori del settore deve prevedere osservazione, prevenzione e cura nell'evidenziare il disagio e nell'attuare ogni strategia utile al sostegno, al contenimento e al superamento di quello stato emozionale.

Nella storia del sistema penitenziario, inoltre, i tatuaggi sono stati e continuano a essere un mezzo di relazione molto diffuso che si serve di ciò che il recluso ha di più vicino e intimo: la propria pelle, la quale diventa "l'unica separazione tra sé e il mondo, superficie comunicativa, quasi rete osmotica" (12). Si potrebbe definire come una forma di autobiografia in cui il detenuto si racconta (13), un'autobiografia esistenziale, talvolta criminale, che funziona come strumento appunto di relazione: comunica un'identità, offre un'occasione di conoscenza, contribuisce a definire campi di appartenenza.

Ma non solo i tatuaggi, anche il corpo tagliato, ferito, sanguinante, il corpo cucito e oltraggiato è, evidentemente, una forma estrema e crudele di comunicazione che il detenuto offre a se stesso (quasi a comprova della sua autorità sul corpo che gli appartiene) e agli altri, in una sorta di appello, come a voler sottolineare la sua infelice esistenza.



2. Le aree di intervento

Il suicidio, è sempre un evento di enorme tragicità, così come i comportamenti autolesivi, rappresentano eventi di elevata criticità. Le aree di intervento si devono basare sull'esperienza e sulle evidenze scientifiche che indicano che gli elementi principali alla base del comportamento suicidario sono di natura bio-psico-sociale e sono costituiti da fattori ambientali, biologici, sociali.

Le azioni di prevenzione si basano principalmente sull'intercettazione del disagio attraverso l'individuazione e l'analisi dell'influenza dei fattori di rischio sull'eventuale presenza di un pensiero suicidario.

Il passo successivo sarà la definizione di un programma di intervento (integrato) che avrà l'obiettivo di ridurre l'influenza dei fattori precipitanti e/o fattori di rischio sul pensiero suicidario ed impedire che lo stesso si strutturi in maniera più profonda e si evolva in atto.

Il suicidio, nel più ristretto ambito penitenziario, insieme agli atti autolesionistici posti in essere da una moltitudine di persone detenute rappresentano la spia di un disagio e di una sofferenza. E' noto, non solo grazie all'esperienza che ciascun operatore matura sul campo, ma anche come dimostrato dai contributi scientifici che hanno affrontato il problema, che dietro un tentativo di auto-soppressione, con esiti esiziali o meno, possono esservi molteplici fattori: ambientali, psicologici, sociali, biologici. La problematica è complessa, appare enormemente vasta e pluridimensionale, è spesso concomitante ad altre ed è tale da ingenerare oltre che un impatto emotivo di fortissimo rilievo sugli operatori, anche una frammentazione degli interventi e una disomogeneità operativa. E' per tale ragione che la formazione del personale, ricopre un ruolo di cruciale importanza soprattutto in termini di accrescimento della sensibilità sia nei confronti di se stessi in quanto (come operatori) che per il singolo caso.

In base a quanto premesso si possono delineare le principali aree di intervento così da poter affrontare il fenomeno nei suoi diversi stadi di evoluzione che sono l'intercettazione del disagio, l'integrazione degli interventi, la gestione del caso, il monitoraggio dello stesso e il fronteggiamento del caso di suicidio.

2.1 L'intercettazione del disagio



Intercettare il disagio richiede la capacità di prestare attenzione alla presenza dei fattori di rischio significativi capaci di influenzare il processo evolutivo del pensiero suicidario oppure in grado di svilupparlo.

Come suggerito dal Piano Nazionale di Prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario già sopra menzionato, ampia rilevanza va data a tutti gli interventi di prevenzione che possano incidere, in senso migliorativo, sullo stato di sofferenza e disagio presente all'interno dei contesti penitenziari. In questo senso pare cruciale sottolineare l'importanza da attribuire all'ampliamento della c.d. area dell'attenzione. Si auspica che all'interno di ciascuna realtà penitenziaria siano chiari e fatti propri, da parte di tutti di tutti gli operatori, i segnali e fattori di potenziale rischio individuati dalle ricerche scientifiche in merito che sono principalmente:

- l'assenza di rete familiare, oppure grave conflittualità con i componenti del nucleo familiare;
- l'assenza o carenza di una rete di relazioni sia all'esterno sia all'interno dell'istituto;
- l'impatto della detenzione in sé sull'individuo (inteso come trauma con l'istituzione e con la propria vicenda giuridica);
- la tipologia di reato per cui la persona esprime sentimenti di vergogna, colpa, preoccupazione;
- la presenza di patologie psichiatriche, di dipendenze, di dolore cronico o altre patologie croniche e/o acute significative;
- gli eventi di vita stressanti (udienze e eventi anche esterni sia attuali che precedenti alla carcerazione);
- i pregressi e/o gli attuali eventi critici come comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo, ecc.
- la familiarità per comportamenti suicidari;
- l'espressione della sofferenza nelle sue diverse forme (crisi di pianto, insonnia, pigrizia o estrema irrequietezza, disturbi del sonno, disturbi alimentari, sbalzi di umore, perdita di interesse nelle attività e/o relazioni, ripetuti rifiuti di cure e/o richiesta di aumento del dosaggio dei farmaci).

Ulteriori fattori di rischio, specifici per i minori, sono:

- disagio psichico;
- stato di abuso e/o dipendenza patologica (ex DCPM 10/01/17);



- la condizione di minore straniero non accompagnato;
- eventi critici famigliari;
- violenze subite;
- la presenza nel funzionamento psicologico della tendenza a comportamenti antisociali, eterolesivi di tipo proattivo e premeditato.

Va evidenziato che nel contesto dei Servizi Minorili gli elementi di rischio su elencati sono riscontrabili nella quasi totalità dei minori e giovani. Questo perché le previsioni normative nell'area della giustizia penale minorile fanno sì che solo una parte ristretta dei ragazzi entrati nel circuito penale, quella più in difficoltà o che ha compiuto reati più gravi, arrivi in IPM e/o in CPA. Per tali motivi ed in ossequio alle indicazioni dipartimentali, all'atto dell'ingresso ed entro le 24 ore viene effettuato un colloquio di primo ingresso a cura dello psicologo dell'ULSS o, in sua assenza, dal medico di sanità penitenziaria. Tale colloquio è finalizzato ad una valutazione dello stato emotivo del ragazzo ed alla rilevazione di elementi relativi all'ideazione suicidaria. Concorrono alla valutazione di primo ingresso le informazioni raccolte da tutti gli operatori penitenziari che accolgono il minore.

2.2 L'individualizzazione e l'analisi dei fattori di rischio

In campo medico si definiscono fattori di rischio gli elementi statisticamente significativi che concorrono all'esordio, allo sviluppo e al decorso di una malattia (e/o di un comportamento).

Nell'ambito del suicidio i fattori di rischio sono gli elementi su cui si costruisce un comportamento suicidario. I fattori di rischio non rappresentano però gli elementi esclusivamente determinanti del comportamento suicidario. A questo proposito occorre sottolineare che i fattori di rischio entrano in relazione con caratteristiche individuali, emotive, relazionali e contestuali che potenziano o riducono tali fattori.

La condotta suicidaria, quindi, è sempre determinata da una molteplicità di fattori e anche il concomitare di più fattori di rischio non riesce, secondo le attuali conoscenze, a concretizzarsi in una soddisfacente capacità predittiva. Se consideriamo che un tumulto emozionale, fattori accidentali o l'impulsività possono determinare lo scatenamento del comportamento suicidario, si comprende come spesso un suicidio possa risultare un'evenienza altamente imprevedibile.

Come scritto nel documento N°8 - Quaderni ISSP (dicembre 2011) - *"le cause dei suicidi sono tante quanto i suicidi"*, quello che li accomuna è la presenza e strutturazione di un pensiero suicidario che rappresenta un anello di congiunzione tra le diverse storie.



Secondo la letteratura internazionale, con particolare riferimento alla realtà degli adulti, il rischio di suicidio è di 11-14 volte più frequente nella popolazione carceraria rispetto a quella generale (14, 15); un documento del Ministero della Giustizia lo definisce tra 15 e 18 volte più frequente nella popolazione detenuta rispetto a quella generale (16).

In letteratura sono stati definiti come fattori di rischio significativi precedenti tentativi di suicidio e/o pregressa ideazione suicidaria, patologie psichiatriche ed abuso di sostanze (17, 18); alti livelli di aggressività ed impulsività (19, 20); disturbi di personalità (21); relazioni interpersonali caotiche ed instabili (22, 23) e lo stress acuto connesso al percorso giuridico ed all'incarcerazione (24).

La storia familiare del soggetto ed i cambiamenti nella relazioni a causa della detenzione sono elementi importanti di vulnerabilità. Anche all'interno di famiglie e contesti funzionali la detenzione rappresenta un momento altamente stressante da affrontare: separazione fisica, difficoltà comunicative, senso di colpa e vergogna, rabbia, solitudine sono elementi di rischio significativi. L'impatto con l'istituzione penitenziaria, soprattutto per chi vive la prima esperienza contenitiva, porta a vissuti di ansia, paura, frustrazione, ai quali vanno ad aggiungersi i correlati legati alla separazione dal mondo esterno. Secondo un report del 2002, il periodo più critico per lo sviluppo di eventi suicidari è il primo mese di detenzione. Altri fattori di rischio riguardano anche altri aspetti del percorso detentivo come ad esempio le fasi di cambiamento della posizione giuridica del detenuto. I detenuti in attesa di giudizio ed i detenuti condannati avrebbero un tasso di suicidio rispettivamente di 7,5 e 6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale (25). In merito alle variabili giuridiche alcuni studi riportano che il suicidio è più frequente nei casi di attesa di rinvio a giudizio o sentenza di primo grado o di appello; negli anni 2000/2001 il 44,2% di suicidi è stato commesso da detenuti definitivi; nel 2002 il 36,4% e nel 2003 il 48,3%. Ogni fase processuale porta con sé dei risvolti emotivi legati alla sfiducia verso il futuro ed alla perdita di speranza. Altri elementi importanti sono gli aspetti specifici del sistema penitenziario che ospita l'individuo come il sovraffollamento. In uno studio del 2006 (26) è stato evidenziato un tasso di suicidio 10 volte superiore nelle carceri sovraffollate. Per quanto riguarda il regime di isolamento si registrano dati di criticità, dove nel 2010 il 60% dei suicidi avvenuti in Italia hanno riguardato detenuti in isolamento o in alta sicurezza.

La sempre più rinnovata consapevolezza della detenzione come fattore di rischio che già di per sé incrementa le possibilità di gesti infausti, esige, oggi più che mai, una presa di coscienza assai forte, da parte di tutti gli operatori, della necessità di una presa in carico del "benessere" di



tutto il sistema penitenziario in modo condiviso e congiunto. La responsabilità della presa in carico sia del singolo che dell'intero contesto è di tutti e per tale ragione vanno, in primis, ampliate le possibilità di segnalazione del disagio ad opera di chiunque possa intercettarlo (familiari, avvocati, operatori del terzo settore, volontari, compagni di detenzione) oltre all'essenziale e imprescindibile ruolo, in tal senso, degli operatori istituzionali. L'attivazione di reti e sinergie con le realtà esterne all'istituto per incrementare l'offerta trattamentale e il dialogo con le figure che portano avanti all'interno del carcere percorsi specifici, si rivelano essere un'importante strumento di conoscenza e, di conseguenza, operativo. Come allo stesso tempo i servizi territoriali o gli enti di formazione presenti nel territorio possono fungere da partner preziosi per l'attivazione di corsi che mirino a formare le stesse persone ristrette a essere d'aiuto in situazioni di forte disagio dei propri compagni di detenzione. Attenzione particolare va poi rivolta alle persone detenute portatrici di problematiche psichiche a favore delle quali la collaborazione con i servizi territoriali appare, più che negli altri casi, di fondamentale importanza.

2.3 La definizione e la pianificazione del programma di intervento

Elementi fondamentali per una definizione e pianificazione degli interventi sono la **raccolta delle informazioni, la loro condivisione ed elaborazione rispetto agli obiettivi ed al contesto**. In questo senso l'elemento della comunicazione tra i vari operatori appare cruciale per favorire il processo di definizione di un programma di intervento.

Un aspetto determinante nell'operatività quotidiana, è, senza dubbio, la condivisione delle informazioni relative alla persona che ha suscitato una preoccupazione e un allarme, sia che essi siano stati percepiti e valutati al suo ingresso, sia che ciò accada nel corso della detenzione.

Non pare quindi superfluo ribadire l'essenzialità di una comunicazione osmotica, efficace e a più livelli fra i diversi attori coinvolti. Un primo livello di comunicazione da curare è quello tra la Polizia Penitenziaria e le forze dell'ordine che hanno effettuato l'arresto. All'atto dell'ingresso, per esempio, può essere di grande aiuto l'acquisizione del verbale di arresto e un primo confronto con le forze dell'ordine che hanno materialmente effettuato l'operazione per ricevere un feedback in merito alle eventuali informazioni acquisite da parenti e amici, alla reazione della persona, al comportamento durante la traduzione, agli elementi familiari che possano avere avuto un peso significativo e possano rappresentare un ulteriore elemento di osservazione e conoscenza rilevante ai fini della presa in carico da parte dell'istituzione che accoglie la persona.



Un ulteriore livello è poi quello della comunicazione tra gli operatori penitenziari appartenenti alle diverse aree. Tali informazioni acquisite e tutte le altre che man mano si aggiungono, dovrebbero essere condivise tra il personale sanitario e quello penitenziario in diverse e concomitanti forme e costituiscono elemento cruciale per la costruzione del lavoro dello staff multidisciplinare. Oltre all'uso dei registri, delle schede e dello scambio di informazioni per vie informali sarà necessario istituire strutturate riunioni multidisciplinari che possano permettere la discussione dei casi che suscitano più preoccupazione. L'obiettivo delle riunioni sarà quindi quello di una presa in carico condivisa in cui non vi sia un accentramento di responsabilità in capo ad un solo operatore/area e contestualmente per strutturare un pensiero condiviso per l'utente in maniera tale che lo stesso possa essere al centro di una rete che opera in modo sinergico.

Più in particolare in merito allo strumento dello staff multidisciplinare, si rileva come questo sia chiamato a svolgere una duplice funzione, da un lato la gestione dell'emergenza, dall'altro la programmazione degli interventi e delle azioni conseguenti alla manifestazione di un disagio che perdura nel tempo in corso di detenzione. Alla luce delle variegate situazioni soggettive cui il personale deve far fronte, un'articolazione flessibile dello strumento dell'equipe multidisciplinare può risultare di grande aiuto anche in considerazione della peculiarità che ciascun istituto porta in sé in termini di capienza, tempistiche, personale disponibile e necessario a fronteggiare situazioni di tale complessità. Si ritiene che per ciò che riguarda la prima fattispecie menzionata, ovvero la gestione dell'emergenza, si possa demandare l'attivazione dei primi interventi necessari ad uno staff multidisciplinare, per così dire, "ristretto" e composto dal Direttore (o da un suo delegato), dal Comandante di Reparto (o da un suo delegato), dal Responsabile dell'Area Pedagogica (o da un suo delegato) e dal medico (o da un suo delegato); ciò al fine di approntare le necessarie prime misure affinché si allievi la situazione di dolore manifestata dal detenuto rimandando ad un momento successivo una strutturazione sinergica di interventi che coinvolga più figure professionali. Tale organizzazione consente un intervento in tempi brevi che non necessiti, quindi, della presenza di uno spazio di incontro tra le figure a intervalli regolari e predeterminati, ma che si attivi all'uopo secondo le modalità di convocazione che ciascuna realtà vorrà individuare. Tale equipe, così strutturata, avrà come obiettivi, per esempio, la scelta per il detenuto dell'allocatione in una camera di pernottamento più appropriata, l'acquisizione di informazioni, la predisposizione delle cure mediche del caso, l'agevolazione immediata di contatti con le figure affettive di riferimento se



presenti all'esterno, l'identificazione dei professionisti da investire per la presa in carico della persona in tale particolare momento della sua vita, l'inserimento del caso all'ordine del giorno della prossima riunione utile dell'equipe multidisciplinare che, come sopra detto, si riunisce a cadenza regolare e frequente per valutare le situazioni di disagio evidenziate e insorte in corso di detenzione. La programmazione e il monitoraggio dell'efficacia degli interventi predisposti per la gestione del caso è quindi affidata, in seguito, ad un'equipe multidisciplinare che potremmo definire "allargata" poiché, oltre ai membri precedentemente menzionati, vedrà il coinvolgimento dello psichiatra (nel caso di soggetto cui sia stata diagnosticata una patologia psichica durante la detenzione in istituto o comunque allorquando il medico lo ritenga opportuno), dello psicologo designato dalla ULSS per l'IPM ed il CPA (ex art. 80), dello psicologo e dell'educatore Ser.D. nel caso in cui il soggetto sia portatore di problematiche correlate alle dipendenze, il responsabile del servizio infermieristico e il Funzionario U.S.S.M. qualora i problemi manifestati dal detenuto siano legati a difficoltà legate ai rapporti con i familiari o, comunque, con il mondo esterno.

L'equipe, così articolata, prenderà in carico l'utente e formulerà un **progetto individualizzato di prevenzione** del rischio autolesivo/suicidario, utilizzando strumenti di monitoraggio e di verifica degli esiti, riunendosi periodicamente per verificare l'evoluzione dei casi trattati e le eventuali modifiche da apportare al suddetto programma. Tutte le azioni intraprese dall'equipe multidisciplinare verranno annotate nella documentazione clinica del detenuto e culmineranno nella predisposizione di un programma d'intervento e/o terapeutico. Si coglie l'occasione per ricordare che la possibilità offerta dallo strumento delle equipe multidisciplinari è anche quella, per ciascun operatore, di acquisire dai colleghi che svolgono un altro ruolo con una diversa professionalità elementi di interpretazione, di valutazione e di conoscenza di cui non è in possesso, ma di cui necessita e che, una volta acquisiti, si integrano alla propria specifica competenza permettendo il raggiungimento di obiettivi comuni.

2.4 La presa in carico

La presa in carico è una relazione di aiuto che ha l'obiettivo di proporre un intervento nei confronti di un soggetto che ha bisogno di una risposta in termini di trattamento. Una presa in carico richiede una conoscenza profonda della storia clinica, familiare e legale del soggetto. Il prodotto della presa in carico, la sua espressione finale, è la strutturazione di un programma individualizzato. La presa in carico congiunta, che è l'espressione di un accordo condiviso sul



percorso dell'utente, attraverso l'analisi dei fattori di rischio, dei fattori protettivi, degli interventi effettuati in passato e delle criticità del contesto, giunge alla proposta di azioni trattamentali che vedono impegnati, nel trattamento stesso, sia l'equipe penitenziaria che quella sanitaria.

Nel caso in cui l'evento di tentativo di suicidio o autolesionismo si sia verificato è necessario scongiurare un ennesimo tentativo autosoppressivo ed accompagnare la persona verso una "riabilitazione" volta al miglioramento delle condizioni che hanno portato il soggetto a compiere il gesto. La valutazione sulla natura delle azioni autosoppressive deve essere congiunta tra le aree sanitaria e penitenziaria. Non è semplice distinguere gli atti di autolesionismo dai tentativi di suicidio ed è per questo che, anche in merito a questo aspetto, è bene che la valutazione degli operatori sia fatta insieme e si addivenga ad una attribuzione di significato del gesto che sia condivisa da tutti gli operatori. La presa in carico congiunta da parte di tutti gli attori, come si è già più volte espresso, ma non sembra superfluo ribadirlo, è fondamentale. E' di enorme rilevanza far percepire alla persona di essere al centro di una rete che opera in modo consapevole e coordinato. Per fare questo, accostate alle riunioni multidisciplinari e alla predisposizione di riunioni multidisciplinari come sopra detto, uno strumento di analisi e di intervento fondamentale il colloquio individuale. Dopo aver prestato il primo soccorso e le cure mediche del caso e superato le emergenze sarà importante valutare congiuntamente il livello di intenzionalità e di rischio che l'evento si ripeta. In questo senso l'equipe multidisciplinare dovrà porre attenzione all'analisi del pensiero suicidario dell'individuo ed al significato che lo stesso assume nella storia passata e presente della persona. Un evento suicidario all'ingresso in carcere si differenzia, infatti, molto da un evento suicidario che avviene a fine pena, ed i fattori di rischio sono differenti tra loro, motivo per cui la presa in carico di un individuo richiede una specifica e profonda conoscenza della persona da parte di tutti i professionisti attivi nel processo trattamentale. Il principio alla base della gestione del caso di tentato suicidio sarà perciò quello di un supporto personalizzato e non standardizzato, ma tarato sul singolo.

Nella presa in carico sarà importante definire se agire su fattori ambientali, familiari, contestuali oppure individuali. Ogni caso richiede, infatti, interventi specifici e collegati a quella storia: per alcune persone sarà importante favorire colloqui con parenti e amici, estendere le possibilità di interazione con la comunità esterna; per altri sarà necessario agevolare la partecipazione alle attività intramurarie oppure attivare una vigilanza e osservazione della persona.



Altre azioni, che sono connesse ad una presa in carico da parte di tutto il sistema detentivo, possono configurarsi nella sensibilizzazione generale e nella formazione dei detenuti al supporto dei compagni di detenzione in maggiore difficoltà.

Di particolare importanza è infine il monitoraggio delle procedure di intervento e di scambio di informazioni messe in atto che devono trovare uno spazio di verifica e confronto all'interno delle riunioni dello staff multidisciplinare.

2.5 Il monitoraggio della situazione di disagio

Nel caso in cui tutte le misure di prevenzione ambientale e personale di prevenzione non abbiano sortito l'effetto sperato e l'evento si sia verificato, oltre alla realizzazione degli interventi, sarà necessario monitorare la situazione di disagio. Ciò è possibile, principalmente, mediante lo strumento del colloquio affinché ciascun operatore abbia il "termometro" del disagio della persona. Saranno necessarie riunioni periodiche dello staff multidisciplinare tra gli operatori per valutare se gli interventi posti in essere vadano rimodulati, modificati e in che modo. Al termine di ogni riunione si attribuiranno dei compiti e un tempo preciso di attuazione e di valutazione



3. La gestione del caso di suicidio

Per gli operatori è di enorme aiuto un momento dedicato all'analisi dell'evento suicidario, anche per confrontarsi sugli stati d'animo e sulle conseguenze emotive subite a seguito dell'evento.

Momento diverso sarà invece quello del c.d. debriefing, ovvero una riunione a carattere operativo per valutare in senso critico gli eventi, lasciandone una traccia capace di rappresentare da una parte una rielaborazione dell'evento e dall'altra un elemento di utilità per la gestione di altri casi.



Glossario

Autolesionismo:

Comportamento intenzionale di auto-danneggiamento, dove non vi sia evidenza di intenzionalità di morire. Possono comprendere vari modi per cui gli individui feriscono se stessi, come: auto lacerazione, sovradosaggi di farmaci e/o sostanze, ecc.

Centro di Prima Accoglienza (C.P.A.):

È uno dei Servizi minorili del Centro per la Giustizia Minorile. Ospita i minorenni (*dai 14 anni al compimento del 18° anno*) in stato di arresto, fermo o accompagnamento sino all'udienza di convalida (entro le 96 ore). Assicura la permanenza degli stessi, senza caratterizzarsi come strutture di tipo carcerario.

Debriefing:

Riflessione finale su un processo che analizza e valuta il percorso per la definizione degli aspetti negativi e positivi.

Ideazione suicidaria:

Cognizioni che possono variare da pensieri fugaci riguardanti il fatto che la vita non meriti di essere vissuta, a progetti ben concreti e meditati di auto soppressione; situazioni nelle quali l'individuo ha l'idea di autosopprimersi senza arrivare però alla messa in atto dell'agito suicidario, con un grado variabile di intensità, ed elaborazione; desiderio di essere morto, o un pensare alle modalità per uccidersi.

Istituto Penale per Minorenni (I.P.M.):

È uno dei Servizi minorili del Centro per la Giustizia Minorile. Assicura l'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria minorile quali la custodia cautelare, detentivi o l'espiazione di pena dei minorenni autori di reato. Gli I.P.M. possono ospitare anche detenuti ultra-diciottenni, fino al compimento dei 25 anni, quando il reato sia stato commesso prima del compimento della maggiore età. Negli I.P.M. vengono garantiti i diritti soggettivi dei minori alla crescita armonica psico-fisica, allo studio, alla salute, con particolare riguardo alla non



interruzione dei processi educativi in atto ed al mantenimento dei legami con le figure significative.

Presa in carico:

Definisce una relazione di gestione, aiuto ed intervento nei confronti di un soggetto. La presa in carico è l'assunzione di responsabilità da parte di un servizio nei confronti di una persona che ha bisogno di una risposta in termini di trattamento. L'espressione concreta della presa in carico è la formulazione di un progetto terapeutico riabilitativo.

Suicidio:

Il termine suicidio (formato sull'analogia del latino *homicidium* e composto da *sui*, genitivo del pronome riflessivo, e *-cidio*, dal tema di *caedere*, "tagliare a pezzi, uccidere") indica l'atto di togliersi deliberatamente la vita. Esso si riferisce a "Tutti i casi di morte risultanti direttamente o indirettamente da atti positivi o negativi provocati dalla stessa vittima e che sa che produrranno questo risultato" (27). In altri termini *"il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alla prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione"* (10). In via più generale il suicidio è "Un atto auto-inflitto, minaccioso della vita, fatale ed intenzionale, senza un manifesto desiderio di vivere; ci sono due componenti implicite: mortalità ed intenzionalità (28). La definizione di suicidio ha 4 elementi: 1) il suicidio ha avuto luogo solo in caso di morte; 2) è compiuto da una sola persona; 3) l'agente del suicidio può essere passivo o attivo; 4. fine intenzionale della propria vita (29).

Tentativo di suicidio:

Un comportamento di potenziale auto danneggiamento, con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza che la persona intenda uccidere se stessa. Un tentativo può o non può provocare delle lesioni.

Ufficio di Servizio Sociale per Minorenni:

È uno dei Servizi minorili del Centro per la Giustizia Minorile. Fornisce assistenza ai minori autori di reato in ogni stato e grado del procedimento penale, svolgendo attività di sostegno e



controllo nella fase di attuazione del provvedimento dell'A.G. a favore dei minori sottoposti a misure penali in accordo con gli altri Servizi descrizione dei servizi minorili.



Bibliografia

- (1) WHO (2007), Preventing suicide in jails and prisons, Department of Mental Health and Substance Abuse
- (2) Buffa P. (2008). Alcune riflessioni sulle condotte autoaggressive poste in essere negli Istituti Penali Italiani – in “Rassegna Penitenziaria” n. 3.
- (3) Bonner R. L., & Rich A. R. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behaviour: some preliminary data in college students. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 17. 50-63
- (4) Shea S.C. (1998). The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 58-72
- (5) Kessler R. C., Bergers G., Walters E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617-626
- (6) Mann J.J., Currier D. (2007). Prevention of suicide. *Psychiatric Annals*, 37, 331-339
- (7) Nordentoft M., (2007). Prevention of suicide and attempt suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Danish Medical Bulletin*, 54, 306-369
- (8) Shneidman E. (1996). Final thoughts and reflections. *The suicidal mind* (pp. 157-166), New York: Oxford University Press
- (9) Shneidman E. (1993). Suicide as a psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149
- (10) Shneidman E. (1985). Definition of suicide (pp. 202 – 213), New York: John Wiley and Sons
- (11) Caglio F., Piotti A. (2007). L'autolesionismo in carcere: analisi del fenomeno e rapporti con il suicidio. www.amicocharly.it
- (12) Baccaro L., Morelli F. (2008). *Il carcere: dal suicidio ed altre fughe. Ristretti Orizzonti*, Padova
- (13) Gonin D. (1994). *Il corpo incarcerato. E.G.A., Torino*
- (14) McKee G.R. (1988). Lethal vs nonlethal suicide attempts in jail. *Psychol. Rep.*, 82, 611-614
- (15) Shaw J., Baker D., Hunt I. M., Moloney A., Appkeby L. (2004). Suicide by prisoners. *National Clinical Survey. Br. J. Psychiatry*, 184, 263-267
- (16) Paradiso V. (2011). *Il suicidio in carcere: cause del fenomeno e strumenti di prevenzione. Quaderni ISSP, N° 8*



- (17) Baiillargeon J., et al. (2009). Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, 37, 188-193
- (18) Marzano, Fazel et al. (2010). Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: Case control-study. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 371-375
- (19) Haden S., Shiva A. (2008). Trait impulsivity in a forensic inpatient sample: an evaluation of the Barratt Impulsive Scale. *Behavioral Science and the Law*, 26, 675-690
- (20) Kavanagh L., et al. (2010). Neurocognitive deficits and psychiatric disorders in a NSW prison population. *International Journal of Law Psychiatry*, 33, 20-26
- (21) Campbell M. A., Doucette N. L., French S. (2009). Validity and stability of the youth psychopathic traits inventory in a nonforensic sample of young adults. *Journal of Personality Assessment*, 91, 584--592
- (22) Farina F., Arce R., Novo M. (2008). Neighborhood and community factors: effects on deviant behaviour and social competence. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 78-84
- (23) Hare H, Newmann C. (2005). Structural models of psychopathy. *Current Psychiatry Reports*, 7(1), 57-64
- (24) Bonner R. (2006). Stressful segregation housing and psychosocial vulnerability in prison suicide ideators, *Suicide and Life – Threatening Behaviour*, 36, 250-254
- (25) Jenkis R., Bhugra D., Meltzer H., Singleton N., Bebbington P., Brughat T., Coid J., Farrell M., Lewis G., Paton J. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behavior in prisons. *Psychol. Med.*, 35, 257-269
- (26) Preti A., Cascio M.T. (2006). Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1990-2002, *Med. J. Law*, 46, 127-134
- (27) Durkheim E. (1987). *Suicide. A study in sociology*
- (28) Davis J.H. (1988). Suicidal investigation and classification of death by coroners and medical examiners. Nolan J. (Ed). *The suicide case investigation and trial insurance claims. Tort and Insurance Practice Section*, 33-50. The American Bar Association, Washington, DC
- (29) Mayo D.J. (1992). What is being predicted? The definition of "suicide". In Maris R.W., Berman A.I. et al. *Assessment and prediction of suicide*, 88-101, Guilford, New York



Il presente documento è stato redatto dal seguente gruppo di lavoro:

- dott.ssa Flavia Rita Croce – Direttore Centro per la Giustizia Minorile del Triveneto
- dott.ssa Carla Sorice – Direttore dell’Istituto Penale per Minorenni di Treviso
- dott. Adriano Comito – Comandante di Reparto dell’Istituto Penale per Minorenni di Treviso
- dott.ssa Maria Catalano – Coordinatore Area Tecnica dell’Istituto Penale per Minorenni di Treviso
- dott. Giuseppe Lapomarda – Referente per la Sanità Penitenziaria del Centro per la Giustizia Minorile del Triveneto
- dr. Felice Alfonso Nava – Dirigente U.O. Salute Mentale e Sanità Penitenziaria Regione Veneto
- dott.ssa Giulia A. Bassetti – Funzionario U.O. Salute Mentale e Sanità Penitenziaria Regione Veneto
- dr. Vincenzo De Nardo – Responsabile UOSD Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 3 Serenissima
- dr.ssa Gabriella Rossi - Responsabile UOSD Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 5 Polesana
- dr. Sandro Vecchiato – Responsabile UOSD Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana
- dott. Michele Lovato – Ser.D. Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana
- dr. Biagio Modica – Medico di Sanità Penitenziaria dell’Istituto Penale per Minorenni Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

