



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

Provveditorato Regionale per il Veneto – Friuli Venezia Giulia – Trentino Alto Adige

Piazza Castello, 12 – Tel. 0498242111 – E-mail: pr.padova@giustizia.it - PADOVA

LINEE GUIDA

PER GLI ISTITUTI PENITENZIARI DEL TRIVENETO IN MATERIA DI “PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO E AUTOLESIVO IN CARCERE”

Il presente elaborato, la cui ultima revisione è terminata in data 08/06/2018, è stato realizzato da apposita commissione, istituita con ordine di servizio del dr. Enrico Sbriglia, Provveditore Regionale per il Triveneto n. 13 del 31.03.2017 e formata dai seguenti componenti:

- dr. Armando Reho, Direttore Ufficio III Detenuti e Trattamento Provveditorato del Triveneto;
- dr. ssa Irene Iannucci, Direttore Casa Circondariale di Udine;
- dr. ssa Antonella Reale, Direttore Casa Circondariale Padova;
- dr. Felice Alfonso Nava, Dirigente Unità Operativa Sanità Penitenziaria Padova
- dr. Andrea Zema, Commissario Capo di Polizia Penitenziaria, Responsabile Area Sicurezza Casa Circondariale di Treviso;
- dr. Antonio Zaza, Commissario Capo di Polizia Penitenziaria, Capo Sezione "Detenuti e Internati" dell'Ufficio III Provveditorato del Triveneto;
- dr. ssa Sara Gambino, Funzionario Giuridico Pedagogico Sezione "Osservazione e Trattamento" Ufficio III Provveditorato del Triveneto.
- dr. ssa Marina Caneva, Assistente di Polizia Penitenziaria della Sezione "Detenuti e Internati" dell'Ufficio III Provveditorato del Triveneto.

- Con la collaborazione della dott.ssa Mariantonietta Milelli – Psicologo Psicoterapeuta presso sezione I.C.A.T.T Casa Circondariale Padova

Indice

Introduzione	3
1. Principi generali	5
1.1 Lavoro congiunto operatori del sistema penitenziario per un approccio olistico.....	5
1.2 Il pensiero suicidario	6
2. Le Aree di Intervento	8
2.1 Intercettare il disagio	9
2.1.1 Individuare ed analizzare i fattori di rischio	9
2.2 La Pianificazione degli interventi.....	11
2.3. La Presa in carico	13
2.4. Monitorare la situazione di disagio	14
2.5 La gestione del post facto	15
3. Suggerimenti Operativi	17
4. La Formazione	19
Glossario	20
Bibliografia	23

Introduzione

L'elaborazione del presente documento è frutto dei lavori della "Commissione per la presa in carico e la prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo in ambito penitenziario", costituita presso il Provveditorato per il Triveneto con Ordine di Servizio n.13 del 31/03/2017, e vuole rappresentare, in termini di predisposizione di buone prassi e linee guida su scala distrettuale, per le conseguenti iniziative da intraprendersi a livello locale, uno degli obiettivi prefissati sin dal momento dell'istituzione di tale organismo, unitamente allo studio approfondito del fenomeno anche a mente di come questo si sia declinato nelle singole realtà locali.

La Commissione, istituita a seguito della riunione tenutasi in data 03/03/2017 presso il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, le cui risultanze sono state condivise con lettera circolare GDAP n.0079280 del 06/03/2017, si è posta dunque quali finalità una presa in carico attenta e operativamente efficace della problematica a livello distrettuale, la verifica e il monitoraggio dei protocolli operativi esistenti nel Distretto con conseguente funzione di impulso, nonché un'analisi onnicomprensiva del fenomeno mediante un approccio universalista, considerando prioritarie tutte le azioni che, a vari livelli, possano ridurre la portata.

In fase di enunciazione dei principi, occorre tenere a mente la cornice normativa entro cui orientare le prassi operative.

I riferimenti normativi che in questa sede appare indispensabile richiamare muovono senza dubbio dalle linee guida "La prevenzione del suicidio nelle carceri", emanate nell'anno 2007 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che riportano un ampio numero di fattori ed elementi individuali e ambientali che, nella loro interazione, aumentano il rischio di suicidio.

Rilevando, inoltre, proprio nella detenzione una circostanza che genera stress, appare immediata la connessione con le disposizioni contenute nel 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 attenzione alla questione della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

Successivamente, nell'anno 2012, la Conferenza Unificata nella seduta del 19 gennaio ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", riservato esclusivamente al tema in esame. Tale atto, diffuso con lettera circolare n.3638/6088 n.0234197 del 19/06/2012, traccia un sistema integrato di interventi tra il Servizio Sanitario Nazionale e l'Amministrazione Penitenziaria e impegna le Regioni, l'Amministrazione Penitenziaria stessa 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.

Questo quadro costituisce il fondamento delle ulteriori implementazioni poste in essere e delle proposte di sperimentazione connesse alle Linee di indirizzo citate, prima fra tutte il perfezionamento degli orientamenti già stabiliti, delineatosi come un Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti, approvato dalla Conferenza Unificata in data 27/07/2017. Trattasi di documento che mira a concretizzare in tutte le strutture penitenziarie attività che, con costanza ed omogeneità, dispongano dei requisiti di assoluta condivisione della totalità degli interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Amministrazione Penitenziaria, implementazione di definite e dedicate organizzazioni funzionali a livello centrale, regionale e locale, regolare monitoraggio degli interventi e degli esiti, definizione di caso condivisa e adatta a soddisfare i criteri di riferimento delle diverse figure coinvolte e costante definizione e aggiornamento dei protocolli operativi locali¹.

La progressione verso un mutamento che si distingua per l'azione combinata e contestuale delle Amministrazioni coinvolte verso un proposito condiviso deve innestarsi nel contesto che è, più in generale, contraddistinto da un quadro detentivo che sta sperimentando un percorso di metamorfosi epocale, volto all'umanizzazione della vita detentiva, con l'obiettivo di tutelare la salute che allorquando, come previsto dalla definizione dell'O.M.S., corrisponde alla presenza di benessere e non solo all'assenza di malattia, indubbiamente assume un'importante significato in tal senso. Questo concetto si traduce in una ricerca del benessere che tenga in costante considerazione i bisogni e le necessità della persona ristretta, concetto a cui da tempo l'Amministrazione Penitenziaria pone peculiare attenzione mediante l'emissione di direttive per lo sviluppo dell'abilità di individuare il disagio e di porre in essere azioni preventive, che di seguito si richiamano:

- lettera circolare del 06/03/2017 avente ad oggetto "Presenza in carico del disagio e prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo in ambiente penitenziario", nella quale si ricordano tutti i riferimenti e le disposizioni dipartimentali in merito al tema;
- nota n.0163743 del 16/05/2017 "Misure di prevenzione del rischio suicidario presso gli istituti penitenziari e attività di monitoraggio";
- lettera circolare del 20/12/2017 avente ad oggetto "Alertamento eventi suicidari".

Il più recente aggiornamento, in particolare, richiama ancora una volta l'attenzione sul tema del suicidio alla luce dell'allarmante dato che ha registrato, per l'anno 2017, 48 casi di suicidio a fronte dei 39 segnalati nel 2016. Non trascurabile ai fini del presente studio appare la presentazione del dato

¹ Cfr. "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti", Rep. N.81/CU del 27 luglio 2017.

statistico relativo al fenomeno registrato anche per quanto riguarda il personale penitenziario, che dal 2013 al 2017 ammonta a 35 unità.

1. Principi generali

Di seguito si riportano alcuni principi individuati che ci si auspica possano contribuire ad orientare l'operato quotidiano in merito al tema di cui trattasi:

- la definizione e attribuzione di significati rispetto a ciò che si configura come autolesionismo o tentato suicidio deve essere comune tra le aree penitenziaria e sanitaria;
- la presa in carico dei soggetti che, in vario modo, esprimono un disagio, deve sempre essere congiunta, nel rispetto delle reciproche competenze;
- l'autolesionismo e il tentato suicidio pur non essendo sempre associati ad un aspetto psicopatologico sono sempre conseguenza di una condizione di sofferenza e disagio;
- qualsiasi figura operante all'interno dell'istituto penitenziario, nonché le reti familiari e sociali della persona detenuta, deve essere messa nelle condizioni di segnalare situazioni a rischio;
- la detenzione è di per sé un fattore di rischio; riducendone la sofferenza connessa, si riduce il rischio di eventi autolesivi o autosoppressivi;
- l'approccio al problema della prevenzione suicidaria deve essere olistico e quindi orientato alla promozione del benessere e della salute dei lavoratori e dei detenuti;
- la formazione del personale è determinante per la prevenzione e gestione di eventi autolesivi e autosoppressivi.

1.1 Lavoro congiunto operatori del sistema penitenziario per un approccio olistico

Il progetto operativo richiede, per la necessaria definizione e co-costruzione di un piano di intervento, la strutturazione di una cornice teorica di riferimento, una condivisione di linguaggi e significati per omogeneizzare i diversi *know-how* dei professionisti coinvolti. Una base comune facilita infatti la comunicazione aperta sul suicidio da sempre ostacolata da stigma, tabù, luoghi comuni, premesse sociali e personali. Poiché non tutti gli operatori potrebbero avere gli strumenti necessari per contribuire alla definizione di un intervento di prevenzione strutturato ed integrato è auspicabile che gli stessi (sia sanitari che penitenziari) siano in grado di intercettare 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. 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. Appare evidente che la prevenzione del suicidio parte da una corretta formazione e conoscenza del fenomeno. 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

Il pensiero suicidario è considerato il primo fattore di rischio per il comportamento suicidario (Bonner & Rich, 1987²; Shea, 1998³) al quale è associato un incremento del rischio di suicidio e dei tentativi di suicidio (Kessler, Borgers, & Walters, 1999⁴). La prevenzione del comportamento suicidario diventa più efficace se si è in grado di riconoscere il pensiero suicidario (Mann & Currier, 2007⁵; Nordentoft, 2007⁶), per cui le migliori strategie di prevenzione nascono in contesti in cui tutti i professionisti hanno strumenti idonei per intercettarlo.

Nella concettualizzazione di Shneidmann (1996)⁷ il suicidio è il risultato di un dialogo interiore, che nasce da uno stato di costrizione psicologica, una visione tunnel o binaria, un restringimento delle soluzioni normalmente disponibili per risolvere lo *psychache* (Shneidmann 1993a)⁸ 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 infatti 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”* (Shneidmann 1985⁹). 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

2 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

3 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

4 Kessler R. C., Borgers 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

5 Mann J.J., & Currier D., (2007). Prevention of suicide. *Psychiatric Annals*, 37, 331-339

6 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

7 Shneidmann (1998). *The suicidal mind*. New York. Oxford University Press

8 Shneidmann (1993a), *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson, Northvale, 1993a

9 Shneidmann E. S., (1993a) *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson, Northvale, 1993a

che nessuno possa aiutare, una visione disperata che non vede vie d'uscita. A tal proposito infatti emerge una forte stagnazione (di idee, di apatia e comportamenti) ed un ritiro dalle persone e 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 fondamentali¹⁰”* sia per la vita individuale che relazionale. Inoltre, il carcere (che rappresenta una vera e propria istituzione totale), per ragioni legate al proprio mandato disciplinario, 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 infatti dall'esplorazione del pensiero suicidario, contestuale e storica, per giungere poi ad una indagine sulla pianificazione, sui metodi e sui tempi. L'esplorazione della storia del pensiero suicidario può essere utile per mettere in luce i fattori di rischio specifici per quell'individuo, e permette una maggiore conoscenza della vulnerabilità individuale alla quale sarà possibile dare una risposta all'interno di una punteggiatura preventiva e non previsionale. La definizione del pensiero suicidario e la conoscenza della storia di questo pensiero (sia passata che recente) apre infatti il focus sia sulle criticità ma anche su eventuali risorse che in passato hanno aiutato l'uscita della persona da schemi rigidi di pensiero verso una maggiore flessibilità.

¹⁰ Paradiso V. (2011), “Il suicidio in carcere: cause del fenomeno e strumenti di prevenzione”. Quaderni ISSP, N° 8.

2. Le Aree di Intervento

Il suicidio, sia nella Società che all'interno di qualsiasi servizio che si occupi di aiuto alla persona, è un evento di enorme tragicità.

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, biologici¹¹.

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 intervento/ 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.

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 che paiono rappresentarne quasi la cartina tornasole. E' anche per tale ragione che la formazione del personale, in tal senso, ricopre un ruolo di cruciale importanza soprattutto in termini di accrescimento della sensibilità nei confronti di se stessi in quanto operatori e del singolo caso e, inoltre, di consapevolezza e conoscenza del fenomeno in senso più generale. Risultanze di studi evidence-based hanno dimostrato come un'adeguata formazione possa radicalmente incidere sul tasso di suicidio all'interno degli istituti¹².

Non esiste un rigido determinismo tra le condizioni che una persona vive e l'eventualità che la stessa ponga in essere un gesto suicidario, pertanto, il fenomeno può essere affrontato e analizzato nelle sue generalità, ma ogni caso e ogni esperienza umana sono da considerarsi irripetibili e singolari.

Pur tuttavia si ritiene doveroso mettere in campo tutte le risorse disponibili affinché venga scongiurato il rischio di eventi fatali e venga migliorato il contesto nella sua interezza. Si sono delineate, quindi, le principali aree di intervento così da poter affrontare il fenomeno nei suoi diversi stadi di evoluzione ovvero intercettazione del disagio, pianificazione degli interventi, la presa in carico, il monitoraggio del caso e la gestione del post - facto.

11 Cfr. World Health Organization – international Association for Suicide Prevention, Preventing Suicide in jails and prisons, Ginevra, 2007

12 Si pensi all'esperienza americana allorché nel 1998 il Governo degli Stati Uniti attivò un Ufficio che venne incaricato di svolgere esclusivamente la formazione del personale operante negli istituti e che ebbe come risultante una riduzione del tasso di suicidio all'interno degli istituti del 75%, a 25 anni dall'attivazione del servizio. Cfr. Pietro Buffa, La prevenzione dei suicidi in carcere - contributi per la conoscenza del fenomeno, Quaderni ISSP Numero 8, Dicembre 2011

2.1 Intercettare il disagio

Cogliere 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. Da questo processo ha origine il cosiddetto “attenzioneamento”.

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 coloro che vi abitano e degli attori che ivi operano a vario titolo, i segnali e fattori di potenziale rischio individuati dalle ricerche scientifiche in merito.¹³

2.1.1 Individuare ed analizzare i 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.

Nell'ambito della prevenzione 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. 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 il rischio di suicidio è di 11-14 volte più frequente nella popolazione carceraria rispetto a quella generale (McKee G. R., 1996; Shaw J. Et al., 2004), un documento del Ministero della Giustizia definisce una percentuale compresa tra 15 e 18 volte più frequente nella popolazione detenuta rispetto a quella generale (Paradiso, 2011)¹⁴

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 (Baillargeon et al, 2009)¹⁵;

13 World Health Organization – international Association for Suicide Prevention, Preventing Suicide in jails and prisons, op.cit.

14 Paradiso (2011) Op. cit.

15 Baillargeon 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, doi 37/2/188

Marzano, Fazel et al., 2010¹⁶); alti livelli di aggressività ed impulsività (Haden & Shiva, 2008¹⁷; Kavanagh, Rowe, Hersch et al., 2010¹⁸); disturbi di personalità (Campbell, Doucette & French 2009¹⁹); relazioni interpersonali caotiche ed instabili (Farina, Arce & Novo 2008²⁰; Hare & Newmann, 2005²¹) e lo stress acuto connesso al percorso giuridico ed all'incarcerazione (Bonner, 2006²²)

La storia familiare del soggetto ed i cambiamenti nelle 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 ridondanti. 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 2002²³, il periodo più critico è nel 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 (Jenkins R., et al., 2005). 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% è stato commesso da detenuti definitivi; nel 2002 il 36,4% e nel 2003 il 48,3%²⁴. 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 (Preti A. et al, 2006) 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 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 in modo condiviso e congiunto. E' necessario pertanto che, nella presa in carico sia del singolo che dell'intero contesto, venga ampliata la possibilità di segnalazione del disagio; comportamenti inusuali, frasi allusive, variazioni dello stato emotivo, situazioni di conflitto, infatti,

16 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*, 149, 371-375

17 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

18 Kavanagh L., et al. (2010). Neurocognitive deficits and psychiatric disorders in a NSW prison population. *International Journal of Law Psychiatry*, 33(1), 20-26

19 Campbell M. A., Doucette N. L., & French S. (2009). Validity and stability of the youth psychiatric traits inventory in a nonforensic sample of young adults. *Journal of Personality assessment*, 91, 584-592

20 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

21 Hare R., Newmann C., (2005). Structural models of psychopathy. *Current Psychiatry Reports* 7(1), 57-64.

22 Bonner R., (2006). Stressful segregation housing and psychosocial vulnerability in prison suicide ideators. *Suicide and Life – Threatening Behaviour*, 36, 250-254

23 www.gov.uk. Prison Service Internal Report Safer Custody, 2002

24 Soscia F. & Cardamone G., (2015), "La valutazione del rischio suicidario, l'autolesionismo e strategie di gestione". Edizione V, Marzo 2015.

possono essere intercettati anche da reti per così dire informali, ad esempio altri detenuti, volontari, familiari, avvocati: in tale prospettiva è opportuno incoraggiare tali figure a comunicare al personale penitenziario la percezione od il sospetto di un intento suicidario, procedendo anche successivamente all'eventuale attivazione, quando possibile, di contatti con la famiglia attraverso i funzionari di Servizio Sociale su segnalazione dell'Istituto. L'attivazione di reti e sinergie con le realtà esterne all'istituto e il dialogo con le figure che portano avanti percorsi all'interno, 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.

2.2 La pianificazione degli interventi

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

Un aspetto determinante nell'operatività quotidiana, in qualsiasi momento, 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. Tale concetto, che si supporrebbe essere oramai pacifico e facente parte di un patrimonio comune, si traduce ancor oggi, nella prassi, in uno degli aspetti più critici e lacunosi all'interno delle realtà locali. La comunicazione è spesso a compartimenti stagni, non ha carattere di continuità, è deteriorata per ragioni varie, è inefficace o in taluni casi, del tutto assente.

Non pare quindi superfluo ribadire l'essenzialità di una comunicazione osmotica, efficace e a più livelli. 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 titolo restrittivo e un primo confronto con le forze dell'ordine che hanno materialmente effettuato l'operazione per ricevere un feedback (ad esempio, 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). E'notorio che il momento dell'ingresso in istituto richiede particolare attenzione da parte di tutti gli operatori come sottolineato in più occasioni

nelle diverse disposizioni emanate dal DAP sul tema dell'accoglienza dei nuovi giunti²⁵. Un ulteriore livello è poi quello della comunicazione tra gli operatori 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 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 allevi 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 dell'allocazione in una camera di pernottamento 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

²⁵ Si richiamano, in particolare, la Lettera Circolare 6 giugno 2007 prot. 0181045 "I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza", Lettera Circolare 28 aprile 2010 prot. 0177644 "Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di provazione della libertà e per prevenire i fenomeni autoaggressivi", Lettera Circolare 25 novembre 2011 prot. 0446732 "L'accoglienza e la prevenzione del rischio suicidario", "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti", Rep. N.81/CU del 27 luglio 2017"

vita, l'inserimento del caso all'ordine del giorno della prossima riunione utile dell'equipe multidisciplinare che, come sopra detto, si riunirà 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 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 E.P.E. qualora i problemi manifestati dal detenuto siano legati a difficoltà inerenti i 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 settimanalmente 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. La possibilità offerta dallo strumento delle equipe multidisciplinari è anche quella, per ciascun operatore, di acquisire dai colleghi che svolgono un'altra professione 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.

2.3. 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 programma individualizzato di cui si è sopra detto è il prodotto della presa in carico, la sua espressione finale. 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 il nucleo penitenziario che quello sanitario.

Nel caso in cui l'evento di tentativo di suicidio o autolesionismo si sia verificato è necessario scongiurare un ennesimo tentativo autosoppressivo e accompagnare la persona verso una riabilitazione personale volta al miglioramento delle condizioni che l'hanno portata a compiere il gesto. 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, una modalità è, per esempio, durante il colloquio individuale, quella di riportare alla persona detenuta di essere a conoscenza degli interventi e dei colloqui già effettuati dagli altri operatori in supporto alle esigenze da egli/ella espresse.

Dopo aver prestato il primo soccorso e le cure mediche del caso, sarà importante valutare congiuntamente il livello di intenzionalità e di rischio che l'evento si ripeta e dunque porre attenzione al pensiero suicidario ed al significato che assume in quel momento storico ed affettivo dell'individuo per costruire una cornice di attenzione in base ai propri bisogni. Un evento suicidario all'ingresso in carcere si differenzia 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 sottostante sarà quello di un supporto personalizzato e non standardizzato, ma tarato sul singolo caso.

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.

In merito alle indicazioni più precise per il superamento di alcune criticità rilevate nelle singole realtà locali sulla gestione dei casi, si veda § 3 "Suggerimenti Operativi".

2.4. Monitorare la situazione di disagio

Nel caso in cui tutte le misure di prevenzione ambientale e personale non abbiano sortito l'effetto sperato e l'evento autolesivo o il tentamen si siano verificati, 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 tra gli operatori per valutare se gli interventi posti in

essere vadano rimodulati, modificati e in che modo, terminando ogni riunione attribuendosi dei compiti e una tempistica di attuazione di essi per poi rivederne i risultati più o meno efficaci e conseguenti alle scelte operative effettuate.

2.5 La gestione del post facto

Momento importante è rappresentato dal c.d. Debriefing, ovvero una o più riunioni a carattere multidisciplinare e operativo per valutare se qualcosa non ha funzionato, che cosa e perché, affinché si possano cogliere dall'evento accaduto tutti gli elementi per trasformarlo, nei limiti del possibile, in un'occasione di crescita personale e professionale.

I suicidi sono senza dubbio tra gli eventi più tragici in ambito detentivo. A seguito di un suicidio è cruciale non sottovalutare l'impatto emotivo sugli operatori, gli altri utenti del sistema, sia quelli vicini al suicida e sia quelli sottoposti ad una maggiore attenzione perché – a loro volta – presentano un significativo rischio di suicidio. Affrontare un caso di suicidio significa avere attenzione a tutti coloro che in qualche modo hanno avuto un legame con il suicida, a prescindere dalla natura o dal mandato di quel legame. Gli interventi dopo un suicidio avvenuto, o un tentato suicidio, dovrebbero includere azioni di Prevenzione Terziaria cioè le procedure finalizzate alla "**Postvention**"²⁶ ed all'evitamento dell'eventuale emulazione da parte di altri, in particolar modo coloro che hanno già posto in essere tentativi di suicidio, per ridurre al minimo le potenzialità del noto effetto Werther²⁷. Per postvention²⁸ (Shneidman E.) si intendono gli interventi messi in atto per permettere l'attuazione di processi di prevenzione terziaria²⁹ volti alla cura del contesto e soprattutto per gestire gli aspetti traumatici del suicidio (ma anche di un tentativo di suicidio). In letteratura sono definiti "*survivors of suicide*" coloro che avevano un legame specifico con il suicida, è noto che le emozioni tipiche dei survivors (senso di colpa, stigma e vergogna), sono riscontrabili anche negli operatori delle relazioni di aiuto, pertanto, appare opportuno attivare percorsi e spazi specifici dedicati al supporto degli operatori – santari e non – e degli altri detenuti. Si definiscono i seguenti elementi di vulnerabilità che richiedono una pronta attenzione:

1. Aver assistito alla scena o essere intervenuti nella fase del primo soccorso: in letteratura sono ampiamente evidenziati gli effetti negativi dell'esperienza altamente traumatica: disturbi del sonno, disturbi post traumatici da stress e vissuti di angoscia sono le tipiche espressioni correlate all'evento.

26 Vedi Glossario

27 Vedi Glossario

28 Shneidman E. (1998). *The suicidal mind*. New York. Oxford University Press

29 Francescato D., Tomai M., Ghirelli G., (2002). "Fondamenti di Psicologia di comunità", Carrocci, Roma

2. Aver avuto un legame, privilegiato ed esclusivo con la vittima, a prescindere dalla natura del mandato del legame.
3. Essere stato un "altro significativo" ovvero una persona emotivamente vicina al suicida.

3. Suggerimenti Operativi

Il presente paragrafo trae spunto dalla ricognizione effettuata da questa Commissione sui protocolli operativi e le prassi attualmente in atto in ciascun Istituto del Distretto e dai riscontri inviati dagli stessi in risposta alle note inviate in cui si è chiesto alle Direzioni di evidenziare le criticità riscontrate nell'operatività quotidiana in merito al tema e eventuali proposte migliorative dello stato attuale.

Le difficoltà riportate più diffuse sono relative alla comunicazione tra gli operatori e tra le aree, l'accentramento di responsabilità in capo da una sola area, la carenza di personale.

Si è ritenuto utile in questa sede, provare a delineare in modo schematico alcune proposte operative per superare le *empasse* e le criticità rilevate anche dalla disamina dei protocolli e delle prassi operative, talvolta lacunose sotto alcuni aspetti.

La tabella che segue è frutto del tentativo di offrire risposte operative a problemi concreti nella consapevolezza della complessità della problematica cui gli Istituti devono far fronte.

CRITICITA'	SUGGERIMENTI OPERATIVI
Assenza prassi operative definite o procedure presenti soltanto per i Nuovi Giunti	Si raccomanda la definizione di protocolli operativi scritti non soltanto per i Nuovi Giunti; inoltre che siano condivisi tra le aree penitenziaria e sanitaria e che siano chiari sul chi fa che cosa e siano tarati sulla realtà locale. Tale strumento consente una efficace presa in carico del caso, una chiara definizione delle competenze e una migliore gestione della situazione di emergenza.
Ricorso alla Grande Sorveglianza e/o Sorveglianza a vista, accentramento di responsabilità in capo ad una sola area anche in merito all'elaborazione di prassi	La Direzione dell'Istituto, quando sia stata intercettata una condizione di rischio suicidario, è bene che adotti un programma individualizzato (vedi paragrafo 2.2 la pianificazione degli interventi) evitando di attribuire al personale di Polizia Penitenziaria competenze esclusive che vanno, invece, inquadrare nel più ampio processo trattamentale di cui il comparto sicurezza è solo uno degli attori. La prassi della Sorveglianza a vista è, peraltro, in contraddizione con qualsiasi indirizzo scientifico sull'argomento della prevenzione del suicidio ³⁰ .
Difficoltà di relazione e di comunicazione tra le aree e tra gli operatori	Si auspica che gli operatori si impegnino a mantenere separate le sfere personali da quelle professionali, favorendo un clima lavorativo più sereno e di reciproca e leale collaborazione.

³⁰ Cfr. De Pascalis M. (a cura di), La via del cambiamento attraverso un modo d'essere diverso. La sorveglianza dinamica – Linee Guida per gli operatori penitenziari, ISSP quaderno n. 1, Roma 2013

CRITICITA'	SUGGERIMENTI OPERATIVI
Possibilità di segnalazione del disagio esclusivamente da parte degli operatori istituzionali	E' opportuno incoraggiare figure diverse da quelle istituzionali a comunicare al personale penitenziario la percezione o il sospetto di un intento suicidario o del disagio della persona, agevolando anche lo scambio di comunicazione con i familiari della stessa (si veda paragrafo 2.1.1. Individuare ed analizzare i fattori di rischio)
Assenza di un monitoraggio delle condizioni del detenuto a cadenza regolare e ravvicinata (es. in merito alla valutazione su restituzione degli oggetti di cui la persona viene privata)	Si raccomanda fortemente il confronto assiduo e regolare tra gli operatori affinché venga verificata l'attualità degli interventi già posti in essere e/o se gli stessi debbano essere modificati (si veda paragrafo 2.2. La Pianificazione degli interventi)
Mancata acquisizione del titolo restrittivo	Si invitano le Direzioni a sensibilizzare le Procure e le Forze dell'Ordine affinché venga consegnato il titolo restrittivo al Personale di Polizia Penitenziaria all'ingresso in Istituto
Riunioni troppo affollate	Si suggerisce la possibilità di strutturare le riunioni multidisciplinari in modo flessibile così come dettagliato nel paragrafo 2.2. La Pianificazione degli interventi
Carenza figure professionali (area trattamentale, psicologi, mediatori culturali)	Essendo l'implementazione degli organici degli istituti materia affidata ad ambiti decisionali altri rispetto alla dimensione locale, per ciò che riguarda il rischio suicidario, si suggerisce di fronteggiare la carenza di personale specifico allargando la rete dell'attenzione e favorendo, in merito al tema, un maggior coinvolgimento nell'attività di osservazione e trattamento di tutte le risorse disponibili nella maniera più efficace possibile. Inoltre, nella stipula di protocolli operativi al livello locale sarà bene rafforzare la presenza di specifiche figure come psicologi o altre di pertinenza sanitaria.

4. La Formazione

Così come per tutte le attività e gli interventi di cui si è finora trattato, anche per ciò che concerne la formazione si fa riferimento all'importanza della collaborazione tra le aree sanitaria e penitenziaria. Come specificato dal Piano Nazionale di prevenzione delle condotte suicidarie, le attività formative saranno inserite nei programmi annuali di formazione del personale e seguiranno la metodologia della c.d. formazione "a cascata".

Gli Osservatori permanenti sulla Sanità che rappresentano il livello di pianificazione regionale, si rivelano essere la sede opportuna per un lavoro congiunto di tipo programmatico e più generale, ma sensibile alle peculiarità di ciascuna articolazione periferica. Gli Osservatori, che si avvalgono sia in sede regionale sia provinciale, di strumenti operativi come i sottogruppi su specifiche competenze in cui personale dell'area sanitaria e dell'area penitenziaria lavorano insieme, elaborano proposte in un ambito allargato per dare un indirizzo alle realtà locali di propria competenza. Nella ristrettezza delle risorse disponibili, lo sforzo richiesto a tutti gli "addetti ai lavori" che operano a vari livelli, è quello di essere proattivi e propositivi affinché l'elaborazione di soluzioni operative migliorative possa provenire da tutti, così da incidere positivamente sul proprio contesto lavorativo, nel caso di specie più che mai, sia per ciò che riguarda la popolazione detenuta sia per ciò che concerne il benessere del personale; sarà, quindi, un investimento, di cui per primi gli operatori sul campo potranno beneficiare, se le singole Direzioni, in concerto con le Aziende sanitarie locali, vorranno facilitare la realizzazione di momenti formativi sulle tematiche che dalla singola realtà vengono percepite più importanti e urgenti sulla base del fabbisogno formativo rilevato. Le tematiche di maggior interesse per ciascun istituto potranno differirsi da quelle percepite prioritarie da altri istituti ed è per questo che un lavoro in stretta sinergia con le aziende sanitarie locali si ritiene possa dare buoni frutti. Tematiche oggetto di momenti formativi congiunti, oltre a quelle suggerite dal Piano Nazionale, potranno essere, per esempio, un approfondimento sull'evoluzione della sorveglianza e le modalità in cui oggi viene effettuata, gli studi sull'etnopsichiatria, l'ausilio dei peer supporter e dei care givers, la circolarità delle comunicazioni, il lavoro d'equipe.

Glossario

Autolesionismo Deliberato: "Comportamento intenzionale di auto-danneggiamento, dove non vi sia evidenza di intenzionalità di morire. Comprende vari modi per cui gli individui feriscono sé stessi, come: auto lacerazione, sovradosaggi, esibendo una deliberata imprudenza. (Hawton e Weatherall 2003)³¹. AAS/SPRC 2006³²

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

Disturbo di personalità: modalità rigide e strutturate di percepire reagire e relazionarsi alle altre persone ed agli eventi. Tali modalità riducono pesantemente le possibilità del soggetto di avere rapporti sociali efficaci e soddisfacenti per sé e per gli altri.

Effetto Werther: termine coniato da David Phillips (sociologo), si tratta del fenomeno di emulazione che prende il nome dal romanzo "I dolori del giovane Werther" di J.W. Goethe. In seguito alla pubblicazione del romanzo – che racconta la storia del protagonista che sceglie il suicidio per la sofferenza in seguito ad una delusione sentimentale – si verificò un'ondata di suicidi per emulazione in tutta Europa al punto che in alcuni paesi venne vietata la pubblicazione del romanzo. Situazione analoga vi fu in seguito alla pubblicazione del romanzo "Le ultime lettere di Jacopo Ortis" di U. Foscolo.

Fattori di rischio: specifica condizione statisticamente associata ad una malattia e che pertanto si ritiene possa concorrere alla sua patogenesi, favorirne lo sviluppo o accelerarne il decorso.

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. (Pavan, 1991)³³

31 Hawton K.D., & Weatherall R. (2003). suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patient OMS presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry* 182, 537-542

32 American Association of Suicidology AAS (2006). Resource sheet: the language of suicide. Core competencies for the assessment and management of individuals at risk for suicide. Washington, DC.

33 Pavan, (1991). Op cit

Parasuicidio:

- "Atto ad esito non fatale in cui l'individuo mette in atto deliberatamente un comportamento non abituale che, senza l'aiuto di altri, danneggia sé stesso: oppure gestione in eccesso di una sostanza generalmente riconosciuta come terapeutica che era stata descritta in dosaggio terapeutico, mirando ad ottenere, in diretta conseguenza di ciò, un danno fisico" Pavan 1991³⁴
- Tutti gli avvenimenti autolesivi che non hanno provocato la morte, indipendentemente dalla volontà dell'atto" Kreitman 1997³⁵

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:

- "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" (Durkheim, (1897)³⁶
- *"il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alle prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione"* (Shneidman, 1985)

Tentativo di suicidio:

- Un comportamento potenziale di auto danneggiamento con un risultato non fatale per cui c'è evidenza implicita o esplicita che una persona intende ad un certo livello di uccidere sé stesso. Il tentativo di suicidio può o non può provocare delle lesioni (O'Carroll 1996)³⁷
- Un comportamento di potenziale auto danneggiamento, con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza che la persona intenda uccidere sé stessa. Un tentativo può o non può provocare delle lesioni" (Strategia Nazionale per la Prevenzione del Suicidio, 2001)³⁸;
- Un atto distruttivo auto inflitto e non fatale, con un esplicito o dedotto intento di morire (Golsmith, 2002)³⁹;

34 Pavan L., (1991) Suicidio. In Trattato Italiano di Psichiatria 2°ed, Masson, Milano, 2393-422

35 Kreitman N. (1997) Parasuicide. Wilet, New York

36 Durkheim E. (1987)

37 O'Carroll P.W., Berman A.L., Maris R.W et al., (1996) Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. Suicide and Life-Threatening Behaviour 26, 237-252

38 Strategia Nazionale per la Prevenzione del Suicidio, 2001

39 Golsmith S. K., Pellmar T.C. Et al, (2002). Reducing suicide: A National imperative. The National Academies Press, Washington, DC

- Un comportamento potenzialmente autolesionista con un risultato non fatale, per cui c'è evidenza che la persona avesse l'intento di uccidere se stesso senza portare a termine l'intento a causa di un fallimento o di un intervento salvifico" (AAS/SPRC, 2006)⁴⁰
- "Un atto auto-inflitto, minaccioso della vita, fatale ed intenzionale, senza un manifesto desiderio di vivere; ci sono due componenti implicite: mortalità ed intenzionalità (Davis, 1988)⁴¹;
- 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 (Mayo, 1992)⁴²

Posvention: si definiscono con tale termine gli interventi e le attività di prevenzione, di aiuto e sostegno, messi in atto per facilitare il recupero del benessere – ed evitare altri esiti negativi – in seguito ad un comportamento suicidario.

⁴⁰ American Association of Suicidology AAS (2006). Op cit

⁴¹ Davis J.H. (1988). Suicidal investigation and classification of death by coroners and medical examiners. J Nolan (Ed) The suicide case investigation and trial insurance claims. Tort and Insurance Practice Section, 33-50). The American Bar Association, Washington, DC.

⁴² Mayo D. J.,(1992). What is being predicted? The definition of "suicide". In RW Maris, Al Berman, et al. Assessment and prediction of suicide, 88-101, Guilford. New York

Bibliografia

- American Association of Suicidology AAS (2006). Resource sheet: the language of suicide. Core competencies for the assessment and management of individuals at risk for suicide. Washington, DC.
- BAILLARGEON 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, doi 37/2/188
- 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
- BONNER R., (2006), Stressful segregation housing and psychosocial vulnerability in prison suicide ideators. Suicide and Life – Threatening Behaviour, 36, 250-254
- CAMPBELL M. A., DOUCETTE N. L., & FRENCH S. (2009), Validity and stability of the youth psychiatric traits inventory in a nonforensic sample of young adults. Journal of Personality Assessment, 91, 584–592
- DAVIS J.H. (1988). Suicidal investigation and classification of death by coroners and medical examiners. J Nolan (Ed) The suicide case investigation and trial insurance claims. Tort and Insurance Practice Section, 33-50). The American Bar Association, Washington, DC.
- DE PASCALIS M. (a cura di), La via del cambiamento attraverso un modo d'essere diverso. La sorveglianza dinamica – Linee Guida per gli operatori penitenziari, ISSP quaderno n. 1, Roma 2013
- DURKHEIM E. (1987): (1897), *Le Suicide*, Paris, Alcan [tr. it., *Il Suicidio. L'Educazione morale*, Torino, Utet, 1969].
- 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
- FRANCESCATO D., TOMAI M., GHIRELLI G., (2002), "Fondamenti di Psicologia di comunità", Carrocci, Roma
- GOLSMITH S. K., PELLMAR T.C. Et al, (2002). Reducing suicide: A National imperative. The National Academies Press, Washington, DC
- 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
- HARE R., NEWMANN C., (2005), Structural models of psychopathy. Current Psychiatry Reports 7(1), 57-64.
- HAWTON K.D., & WEATHERALL R. (2003). suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patient OMS presented to a general hospital. British Journal of Psychiatry 182, 537-542
- KAVANAGH L., et al. (2010), Neurocognitive deficits and psychiatric disorders in a NSW prison population. International Journal of Law Psychiatry, 33(1), 20-26
- KESSLER R. C., BORGERS 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
- KREITMAN N. (1997). Parasuicide. Wiley, New York
- MANN J.J. & CURRIER D., (2007). Prevention of suicide. Psychiatric Annals, 37, 331-339
- 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, 149, 371-375
- MAYO D. J., (1992). What is being predicted? The definition of "suicide". In RW Maris, Al Berman, et al. Assessment and prediction of suicide, 88-101, Guilford. New York
- 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
- O'CARROLL P.W., BERMAN A.L., MARIS R.W et al., (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. Suicide and Life-Threatening Behaviour 26, 237-252
- PARADISO V. (2011), "Il suicidio in carcere: cause del fenomeno e strumenti di prevenzione". Quaderni ISSP, N° 8.
- PAVAN L., (1991) Suicidio. In Trattato Italiano di Psichiatria. 2°ed, Masson, Milano, 2393-422
- Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti, Rep. N.81/CU del 27 luglio 2017.
- PIETRO BUFFA, La prevenzione dei suicidi in carcere - contributi per la conoscenza del fenomeno, Quaderni ISSP Numero 8, Dicembre 2011
- 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
- SHNEIDMANN (1993a), Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Jason Aronson, Northvale, 1993a.
- SHNEIDMANN (1998). The suicidal mind. New York. Oxford University Press.
- SOSCIA F. & CARDAMONE G., (2015), "La valutazione del rischio suicidario, l'autolesionismo e strategie di gestione", Edizione V, Marzo 2015.
- World Health Organization – international Association for Suicide Prevention, Preventing Suicide in jails and prisons, Ginevra, 2007
- World Health Organization – international Association for Suicide Prevention, Preventing Suicide in jails and prisons, op.cit.
- www.gov.uk. Prison Service Internal Report Safer Custody, 2002

Webgrafia

- American Association of Suicidology (AAS), www.suicidology.org
- Servizio per la Prevenzione del suicidio: www.prevenireilsuicidio.it
- International Association for Suicide Prevention: www.iasp.info
- World Health Organization: www.who.int