



*"Tutti gli uomini sani hanno pensato al suicidio"* Da A. Camus 'Il mito di Sisifo'

## **Indirizzi operativi per la prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere.<sup>1</sup>**

### **Introduzione**

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

Quando si approfondisce questo tema, ci si trova a "de-scrivere" gli agiti di persone che si sono trasformati in *eventi critici* per le istituzioni. Infatti, come recentemente affermato, *non è semplice mantenere un equilibrio emotivo stabile in presenza di uomini o donne che si autoferiscono, autosopprimono; non è semplice interpretare, nella dimensione individuale ed in quella collettiva, nella vita di sezione: le urla, le proteste, le richieste insistenti, i mugugni, i silenzi, e questi - lo sanno tutti- sono i peggiori, i più pericolosi; e quando avviene un suicidio in carcere è come se questa incapacità, di cui i singoli operatori sono incolpevoli, scuotesse la coscienza dell'intero sistema. Allora partono le inchieste, si cercano le responsabilità, si analizzano atti e si raccolgono testimonianze ma, contemporaneamente, inizia il lavoro di autocritica del sistema stesso* (Contestabile, 2009).

I comportamenti suicidari possono essere concettualizzati come processo complesso che spazia dall'ideazione suicidaria, che può essere comunicata con modalità verbali o

---

1 Gli indirizzi operativi sono stati elaborati dallo specifico Gruppo Tecnico Scientifico dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria a partire da un documento del Laboratorio Territoriale Sperimentale per la Sanità penitenziaria *"Eleonora Amato"* istituito con Decreto Dirigenziale AGC 20 della Giunta Regionale della Campania n°142 del 21/07/2011 e successiva Deliberazione D.G. ASL Caserta n. 1444 del 12/09/2011 ed operativo attraverso uno specifico gruppo di lavoro (componenti dell'AGC 20 della Regione Campania e della ASL Caserta) coordinato dal Responsabile dei progetti sulla sanità penitenziaria dell'Azienda Sanitaria di Caserta. Sulla base dell'esperienza di costruzione e sperimentazione di uno specifico assetto organizzativo della sanità penitenziaria aziendale - iniziata sin dall'entrata in vigore del DPCM 01.04.2008 presso la ex ASL CE2, ulteriormente implementata nella ASL Caserta e sostanzialmente recepita nel PSR 2011-2013 - , il progetto del Laboratorio è nato da un'idea di Eleonora Amato – responsabile della Sanità penitenziaria della Regione Campania, recentemente scomparsa. Il principale compito assegnato al Laboratorio è quello di affiancare le altre Aziende sanitarie regionali nella diffusione di una *cultura della salute in carcere* attraverso la concreta attuazione del modello organizzativo di riferimento, che valorizza le articolazioni sanitarie distrettuali e dipartimentali esistenti, assicurandone un costante coordinamento funzionale, sia a livello aziendale che regionale.



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

### OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA

non-verbali, alla pianificazione del suicidio, al tentativo, e nei casi estremi al suicidio vero e proprio. I comportamenti suicidi sono influenzati dall'interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, ambientali e situazionali (Wasserman, 2001).

Riguardo alla tipologia, alle caratteristiche ed all'epidemiologia del fenomeno dei comportamenti suicidi nelle carceri, la dimostrazione che la sua frequenza nei luoghi di reclusione sia evidentemente più alta che all'esterno, risale alla fine dell'800 (Morselli, 1879). In sede di letteratura internazionale i primi apporti in materia sono di Danto (1973), anche se quest'ultimo non fornisce alcuna quantificazione circa i livelli di probabilità di suicidio in carcere.

Gli ambienti carcerari si differenziano sia per la tipologia di detenuti ospitati che per situazioni contestuali: condizioni giuridiche di attesa di giudizio, condanne brevi o lunghe, ambienti sovraffollati, sussistenza o meno di possibilità di lavoro, livello di igiene, situazione socioculturale, prevalenza di HIV/AIDS, livello di stress, e accesso a servizi sanitari di base o ai servizi di igiene mentale.

Ognuno di questi fattori può influenzare il tasso dei suicidi in vari modi (WHO, La prevenzione del suicidio nelle carceri, 2010).

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

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

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

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

#### **Suicidi in carcere, la strage silenziosa<sup>2</sup>**

Tra le mura dei nostri penitenziari avviene una "strage silenziosa": nel 2011 i suicidi sono stati 66. Negli ultimi dodici anni, si sono avuti complessivamente 692 suicidi, cioè più di un terzo di tutti i decessi avvenuti in carcere (Ristretti Orizzonti). Il tasso di suicidi è estremamente elevato, piuttosto costante nel tempo con valori di 12-14/10.000 per anno. Si tratta di un tasso più di 20 volte superiore a quello registrato nel resto della

2 Fonte: Eurispes – Rapporto Italia 2012



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

### OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA

popolazione italiana, al quale si deve aggiungere il numero rilevante di tentativi di suicidio e atti di autolesionismo. Il 2-3% dei detenuti tenta il suicidio. Il 61% dei suicidi è di persone recluse da meno di 1 anno (vedi figura 1).

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

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

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

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

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

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



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

### OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA

corso del 2010 si sono contati ben 6.626 episodi di questo tipo messi in campo da singoli detenuti.

Invece, per il settore minorile, può essere considerato testo di riferimento in materia la ricerca pubblicata dal DGM - CEuS (Centro Europeo di Studi di Nisida – Napoli), nel 2010, intitolata *"Condotte suicidarie: un'analisi nel sistema degli istituti penali minorili"*. Tale pubblicazione, oltre a fornire un valido supporto conoscitivo sul fenomeno suicidario ed autolesivo fra gli adolescenti, ed in particolare fra quelli sottoposti a misure restrittive della libertà, promuove l'introduzione di nuovi strumenti tecnici capaci di sostenere il lavoro quotidiano di tutti gli operatori.

Tali strumenti, infatti, possono risultare preziosi per poter utilmente affrontare le condotte suicidarie e gli atti autolesivi dei minorenni sottoposti ad una misura privativa della libertà, che rappresentano un fenomeno doloroso e destabilizzante sia per i minori detenuti che per gli operatori tutti che lavorano nelle strutture; in particolare per gli operatori dell'area educativa che, nel settore minorile, con maggiore frequenza hanno possibilità di effettuare la presa in carico sia del singolo che dell'intero gruppo dei minori. E' necessario comunque sottolineare che l'inserimento di un minore in un contesto detentivo rappresenta un evento alquanto residuale, considerato che il sistema penale minorile italiano tende costantemente a contemporare i principi propri dell'azione penale con la tutela degli adolescenti in quanto soggetti in età evolutiva. Tale principio di minima offensività del processo penale orienta l'Autorità Giudiziaria a fare ricorso preferibilmente, e laddove possibile, a misure meno severe quali ad esempio il collocamento in comunità.

Tale misura, se da una parte assicura le esigenze di controllo e contenimento dei minori - perché costoro vengono totalmente affidati ad operatori dell'area pedagogica - dall'altra permette di inserirli in un contesto meno afflittivo o marginalizzante. Pertanto, l'esperienza della privazione della libertà può essere vissuta dai minori autori di reati in contesti a differente grado di 'afflittività'; pur tuttavia, episodi suicidari o autolesivi fra i minori sottoposti a misura penale, sia pur numericamente contenuti, si sono verificati sia in contesti carcerari che comunitari. Per comprendere questo dato è necessario tenere presenti le caratteristiche proprie dell'età adolescenziale e in particolare le peculiarità dell'adolescente autore di reato. Infatti, se l'adolescente in quanto tale è persona che attraversa una fase di trasformazione critica, durante la quale spesso le difficoltà vengono affrontate utilizzando meccanismi di acting-out come strategia di evitamento di una sofferenza psichica - nell'incapacità di mentalizzarla - l'adolescente autore di reato, spesso, manifesta un'esasperazione di tali meccanismi, oltre che una tendenza ad un esercizio compulsivo del rischio e la messa in atto di agiti auto o etero aggressivi. Tali manifestazioni possono raggiungere il loro apice in contesti dove la privazione della libertà, unitamente all'incertezza sugli sviluppi della vicenda penale, alla perdita della piena disponibilità del proprio spazio/tempo/affettività, possono amplificare l'incapacità di tollerare le frustrazioni e spingere ad agiti autolesivi o suicidari, che comunicano profondo disorientamento, perdita di speranza e desiderio di sottrarsi. Tale comunicazione arriva all'Istituzione in modo violento e come tale viene assunta, per poi essere rielaborata dall'équipe interistituzionale, allo scopo di riorganizzare e ricalibrare gli interventi per l'adozione di una strategia di metabolizzazione e di superamento dell'evento. Anche nei contesti minorili i gesti suicidari o auto lesivi, come accade per gli adulti, si manifestano perlopiù durante i primi tempi dell'esperienza restrittiva o in occasione di trasferimenti ad altra struttura o anche a ridosso di udienze significative.



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

### OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA

Allo stesso modo gli atti autolesivi sono più frequenti tra i minori stranieri e le ragazze italiane, così come i suicidi si verificano maggiormente tra i ragazzi italiani.

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

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

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

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

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

Molte delle caratteristiche dei detenuti suicidi sono comuni a tutti gli altri detenuti, e pochi studi hanno identificato elementi in grado di distinguere i detenuti che commettono suicidio dal resto della popolazione carceraria. Fattori socio-culturali, il substrato biologico, la genetica, lo stress sociale e talvolta disturbi psichiatrici rientrano nell'ampio spettro di fattori che, interagendo tra loro, conferiscono all'individuo un rischio elevato di suicidio. Dalle ricerche in materia, quindi, non ancora risultano chiarite le modalità con cui questi fattori interagiscono per generare un comportamento suicidario.

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, inoltre, riporta che in alcuni Istituti di pena sono stati avviati specifici programmi di prevenzione del suicidio, e che in alcuni Paesi sono anche state approvate normative nazionali e linee guida per la prevenzione del suicidio nelle carceri. All'implementazione di tali programmi sono seguite riduzioni significative del numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio.

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

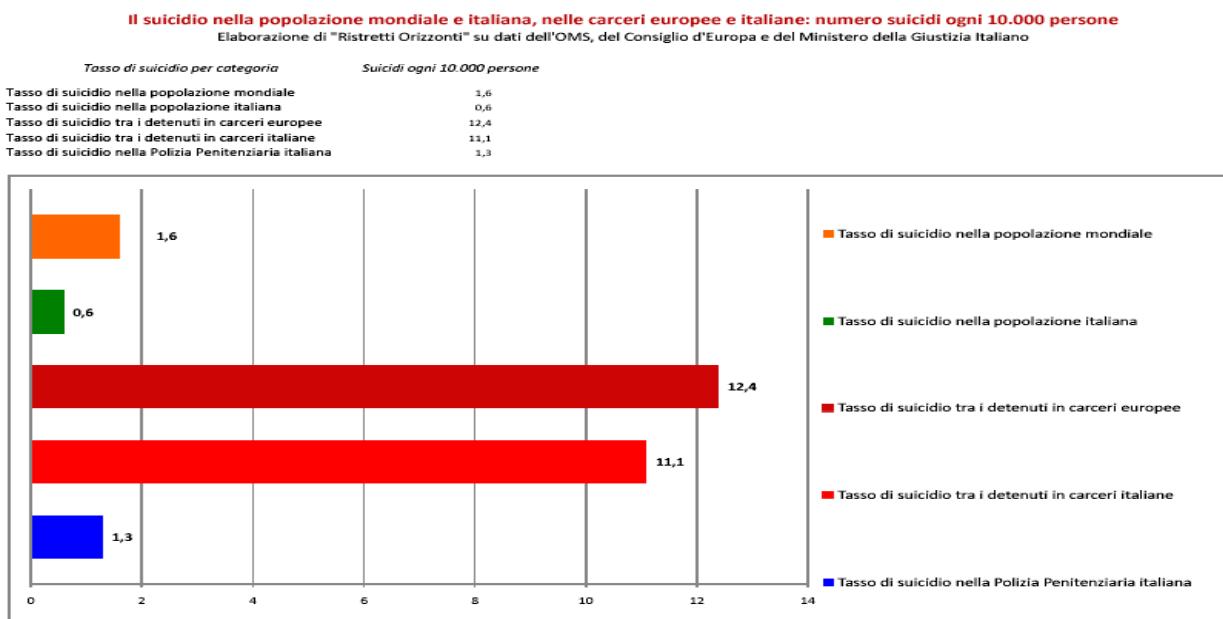
I profili delineati possono rivelarsi utili per identificare gruppi potenzialmente ad alto rischio che necessitano di monitoraggio ed interventi nel tempo. Va ricordato, inoltre, che man mano che sono implementati programmi di prevenzione del suicidio, i profili di alto



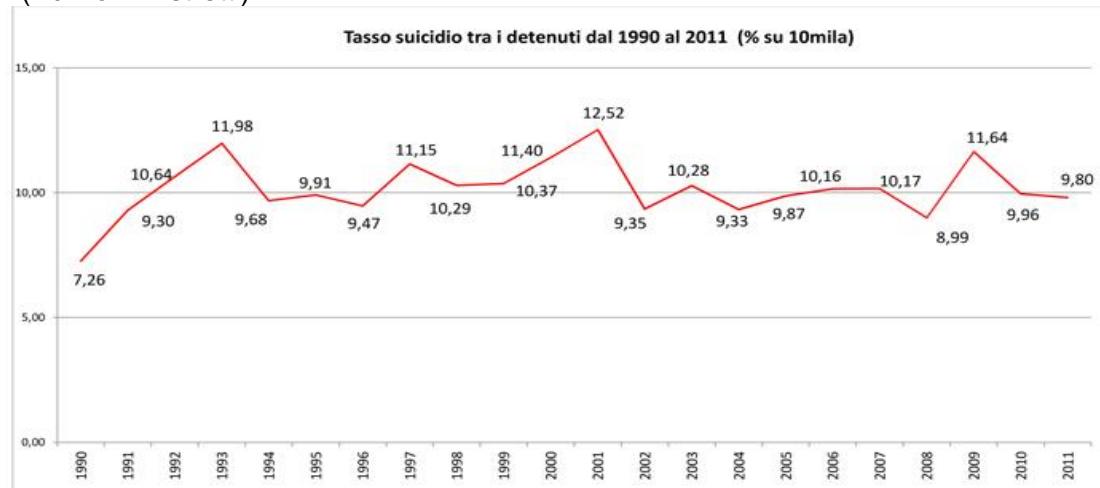
**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

rischio possono cambiare. Allo stesso modo, il tradizionale profilo dei detenuti ad alto rischio può variare secondo le condizioni locali (e contestuali) specifiche. Ne consegue che l'utilità dei profili suicidari dovrebbe essere **solo** quella di costituire un supporto per identificare gruppi o situazioni potenzialmente a rischio elevato, non una forma di categorizzazione definitiva ed esaustiva, astratta da altre variabili di contesto.  
Ove possibile, è opportuno elaborare dei profili che si basino sulle condizioni locali, da aggiornare regolarmente per cogliere ogni eventuale cambiamento.

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

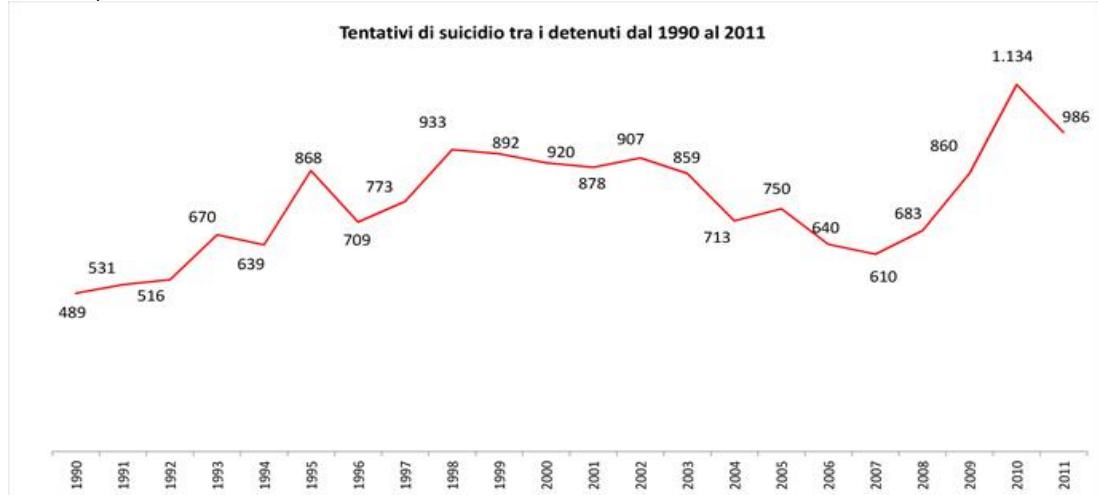


**Figura 2 - Tassi suicidio nella popolazione italiana detenuta (1990-2011)**  
(Edizioni Ristretti)

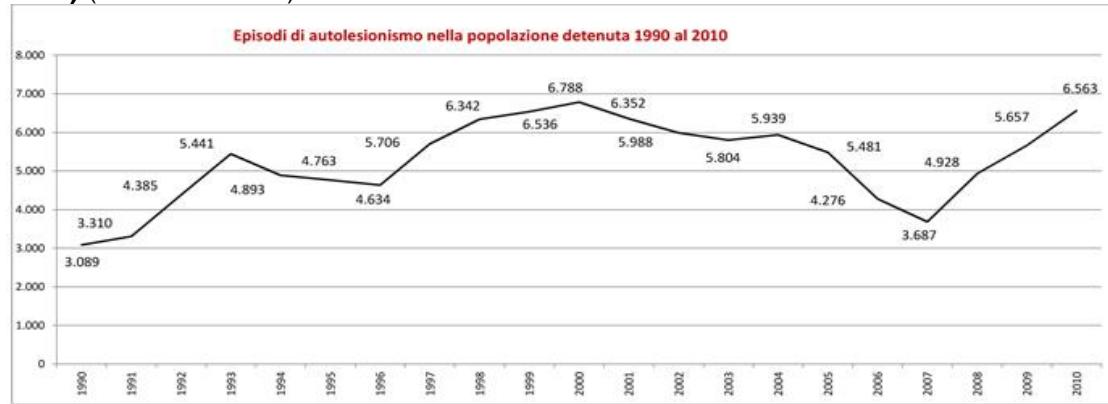




**Figura 3 –suicidi nella popolazione italiana detenuta (1990-2011) (Edizioni Ristretti)**



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



#### **Quadro normativo essenziale di riferimento.**

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

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



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

### OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA

"recepimento ed iniziali provvedimenti attuativi dell'Accordo del 19 gennaio 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante *Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*".

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

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

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

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

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

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

Per quanto attiene al settore minorile, a seguito dell'emanazione del DPCM 1.4.2008 e delle "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012), il Dipartimento Giustizia Minorile ha diffuso una circolare in data 28.2.2012 sostenendo la necessità di pervenire ad una omogeneità nei singoli programmi operativi regionali di prevenzione per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario. Il Dipartimento, inoltre, con circolare del 28.9.2012 ha avviato una ricognizione a livello nazionale circa i programmi operativi di prevenzione eventualmente attivati nei Servizi Minorili. Nei singoli Servizi Minorili il fenomeno risulta costantemente attenzionato anche attraverso l'emanazione di specifici ordini e disposizioni di servizio.

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



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

### OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA

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

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

Un valido programma di prevenzione per il suicidio con caratteristiche di applicabilità e completezza, dovrebbe accomunare tutte le strutture dove si eseguono misure privative della libertà, indipendentemente dalla loro grandezza, e interessare almeno la formazione degli operatori in ambito penitenziario e dei servizi minorili, lo screening all'ingresso, gli interventi specifici per i detenuti già presenti (adulti e minori) o per i minori collocati presso comunità ministeriali e le attività da assicurare quando si verifica un suicidio o un tentativo di suicidio.

E' da sottolineare che il successo di un siffatto specifico programma è strettamente connesso con la propedeutica implementazione dei nuovi modelli organizzativi richiesti dalla riforma della sanità penitenziaria (per la Regione Campania dettagliatamente descritti nelle Linee Guida ex DGRC 96/2011 e nel PSR 2011-2013), con particolare riferimento alla consequenziale capacità di apprestare soluzioni a storiche disfunzioni e/o lacune organizzative che, in primo luogo, determinano strategie e politiche di gestione non coerenti con le finalità dichiarate e le strategie effettivamente poste in essere.

##### A. La formazione degli operatori in ambito penitenziario.

La componente essenziale di ogni programma di prevenzione del suicidio è l'addestramento del Personale della Polizia penitenziaria, che costituisce una componente significativa di ogni istituto di pena. Nella realtà dei fatti, il personale sanitario, gli psichiatri o altri professionisti che lavorano nelle carceri raramente si trovano in grado di prevenire un suicidio, perché spesso questi vengono tentati nelle celle, e frequentemente durante le ore notturne o nei fine-settimana, quando i detenuti sono generalmente fuori dal controllo del personale fisso di un eventuale programma. Gli agenti spesso sono le uniche figure disponibili 24 ore al giorno; quindi formano la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio. Gli agenti, il personale educativo, così come il personale sanitario e quello psichiatrico saranno adeguatamente in grado di identificare il rischio, effettuare una valutazione, o prevenire un suicidio, solo se saranno stati prima adeguatamente formati allo scopo.

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

Il core di un addestramento iniziale dovrebbe vertere sui seguenti temi basilari: perché gli ambienti carcerari inducono ai comportamenti suicidari, le opinioni del personale penitenziario sul suicidio, i potenziali fattori predisponenti, periodi a rischio



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

### OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA

elevato, segnali d'allerta, recenti suicidi e/o tentativi all'interno dell'istituto, e le varie componenti del programma di prevenzione del suicidio. Inoltre, tutto il personale regolarmente a contatto con i detenuti dovrebbe essere formato anche al primo soccorso ed alle fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare. Tutto il personale dovrebbe anche essere addestrato all'utilizzo delle equipaggiature d'emergenza collocate nell'istituto. Si dovrebbero prevedere, sia nell'addestramento iniziale che negli aggiornamenti successivi, anche delle esercitazioni specifiche, finalizzate ad una pronta risposta in caso di tentativo di suicidio (Hayes, 2006).

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

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

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

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

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

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

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

Per dar vita a interventi di promozione del benessere, occorre effettuare un superamento del livello di analisi individuale e socio-relazionale, pianificando innovazioni di stampo organizzativo-istituzionale che siano tutte segnate dalla chiara e manifesta volontà di valorizzare le persone al lavoro, a partire dalla concordanza tra missione dichiarata e obiettivi realmente perseguiti, dal rapporto tra carico di lavoro, livello di controllo percepito sull'impostazione delle attività demandate, grado di autonomia ed



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

autorità decisionale effettivamente riconosciuta, tra responsabilità assegnate e risorse messe a disposizione, tra risultati raggiunti e riconoscimenti ottenuti per l'impegno e la professionalità dimostrate, anche a fronte del sistema di incentivi in vigore e dei criteri esistenti di avanzamento in carriera, valutati nella loro effettiva equità e trasparenza.

**B. Screening all'ingresso**

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

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

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

Nel caso di minori sottoposti a provvedimento penale, inoltre, è significativo l'aver assistito a episodi di autolesionismo, tentati suicidi o suicidi messi in atto da compagni di detenzione.

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

---

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



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

### OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA

autolesivi, tentativi di suicidio, suicidio). Abbiamo adottato questa tecnica anche nell'ambito della Giustizia minorile e nello specifico, vista la *delicatezza* del tema da affrontare, i membri del GTS (<sup>3</sup>) hanno concordato di selezionare quali esperti / testimoni privilegiati gli operatori impegnati con i minori di Area Penale, nelle diverse Aree del percorso penale minorile.

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

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

La scheda proposta è stata adeguata alle peculiarità dell'Area minorile con un'ulteriore versione, in modo da consentire una somministrazione e una rilevazione adeguata alle problematiche adolescenziali. Anche per i minori l'attività di screening deve avvenire sin dal momento dell'ingresso presso il Centro di Prima Accoglienza, dove, di regola il minore viene accompagnato al momento dell'arresto, in attesa dell'udienza del Giudice per le Indagini Preliminari. L'ingresso in CPA, infatti pur rappresentando un momento di transizione – che secondo la normativa deve necessariamente concludersi entro le successive 96 ore – è il primo impatto del minore con l'Istituzione e con la privazione della libertà. Pertanto, di rilevante importanza, in questa fase, è la presa in carico da parte dell'équipe multidisciplinare, completa dello specialista psicologo che, nell'ambito del suo specifico intervento professionale, potrà dare una lettura "tecnica e specifica" dei sintomi del minore legati alla privazione della libertà ma anche facilitare la lettura di tali sintomi da parte delle altre figure professionali interessate alla programmazione di interventi legati alla riduzione del rischio suicidario e degli atti auto lesivi. Tali informazioni rappresentano un utile strumento di programmazione degli interventi non solo per gli operatori degli altri servizi che avranno in carico il minore dopo l'udienza GIP, ma soprattutto per la polizia penitenziaria che opera in CPA e che assicura il proprio sostegno nella prima fase di impatto con il sistema penale nella quale il minore realizza le conseguenze dei suoi comportamenti devianti. Naturalmente tale attività di monitoraggio va effettuata ogni qual volta il minore fa ingresso in una nuova struttura detentiva e anche nelle Comunità Ministeriali, soprattutto quando non è transitato per il C.P.A. (Centro di Prima Accoglienza).

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

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



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

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

**C. Proposte di intervento sui detenuti già presenti**

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

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

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

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

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

Il gruppo è il luogo in cui *il fare* assume una dimensione collettiva e i processi di responsabilizzazione sono condivisi.

Quanto sopra risulta altrettanto significativo nell'ambito della Giustizia minorile, considerando le caratteristiche peculiari della fase evolutiva degli interessati (fase adolescenziale). Infatti, nello specifico va fatta particolare attenzione in quanto la qualità della relazione tra pari, sicuramente rappresenta un fattore di rilevante importanza.

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

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

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

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

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

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



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

### OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA

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

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

Come indicato nel documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, La prevenzione del suicidio nelle carceri) nei casi di suicidio, devono essere attuate procedure specifiche per documentare ufficialmente l'evento e per fornire un riscontro positivo finalizzato al miglioramento delle attività future di prevenzione. Gli operatori sanitari e gli agenti di polizia penitenziaria dovrebbero dunque analizzare l'accaduto nel tentativo di:

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

Gli agenti o altre figure operanti nelle carceri che hanno assistito a casi di suicidi avvenuti durante il loro servizio, possono manifestare reazioni emotive piuttosto variegate, che vanno dalla rabbia al risentimento, alla tristezza e ai sensi di colpa. Questi individui possono trarre beneficio da un "debriefing" più accurato, o da un supporto formalmente organizzato da parte di pari o da figure professionali appropriate.

I detenuti di giovane età sono soggetti a rischio particolare per i cosiddetti "suicidi fotocopia" (Hales, 2003), per cui il personale dovrebbe essere adeguatamente addestrato sul particolare rischio di queste fasce d'età. D'altra parte vi sono strategie in grado di ridurre il rischio di "contagio" e che includono l'accesso alle cure psichiatriche per i detenuti con disturbi psichiatrici diagnosticati, il trasferimento o il trattamento di quelli particolarmente suscettibili, e l'attenta gestione della divulgazione di un suicidio da parte delle autorità.

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

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

Proporre un gruppo di sostegno psicologico per detenuti significa porsi l'obiettivo di aiutare il detenuto ad adattarsi alle frustrazioni rafforzando le difese e facilitando così la propria capacità nel gestire le difficoltà della vita carceraria, tutto ciò avvalendosi dell'ausilio del gruppo, il quale accompagna il soggetto nel cammino che sta facendo.

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

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



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

- Affrontare la situazione di perdita della libertà;
- Contrastare l'isolamento attraverso la condivisione;
- Lavorare sulle prospettive future.

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

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

Per i minori, in particolare, non va sottovalutata l'esigenza di ascolto e di comprensione che questi manifestano se sottoposti a prolungati periodi di privazione della libertà. Per essi, infatti, anche la diversa percezione del tempo rispetto agli adulti, la possibilità di poter essere trasferiti in altri istituti, l'allontanamento dagli affetti familiari e dai contesti amicali, "l'essere tagliati fuori dal mondo", il dover sottostare ad un sistema di regole e, in alcuni casi, la convivenza forzata, rappresentano fattori ansiogeni che possono esporli al rischio suicidario o autolesivo. Tale situazione di sofferenza è anche più sentita nel caso dei minori stranieri, soprattutto nelle regioni meridionali dove la maggioranza dell'utenza è italiana e dove essi si trovano spesso soli, sradicati dalle proprie abitudini (alimentari, sociali, religiose) e dove in alcuni casi a tali disagi si aggiungono le difficoltà linguistiche e la scarsa accoglienza del gruppo dei pari.

Anche per loro il gruppo rappresenta quindi una significativa esperienza di supporto per il superamento delle inevitabili criticità correlate alla fase evolutiva adolescenziale.

**Figura 5 – Gruppi di sostegno.**

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

**Conclusioni**

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

- Attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle molteplici condizioni di rischio (non esclusivamente sanitarie ma soprattutto contestuali e socio-culturali)



## **GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

### **OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

- Attivare interventi di individuazione precoce delle fragilità psico-sociali (disagio psicologico, sociale e materiale), con particolare attenzione ai soggetti minorenni
- Curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti (sanitari e penitenziari) secondo moduli che tengano sempre conto delle specificità del contesto in cui si opera.

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



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSEVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

**Appendice**

**Schede personali di screening**

<b>Scheda personale di screening – adulti</b>	
<b>Dati anagrafici</b>	
Nome _____ Cognome _____ giunto il _____	
Età _____ sesso _____ stato civile _____	
Nazionalità _____ titolo di studio _____	
Condizione lavorativa precedente (segnalare eventuale recente perdita di lavoro) _____ _____	
Componenti del nucleo familiare _____ _____	
Specificare: _____ _____	
<b>Esperienza di detenzione</b>	
Prima esperienza di detenzione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
se non è alla prima esperienza, riportare le precedenti condanne _____ _____	
Il detenuto esprime livelli insoliti di vergogna colpa e preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Impatto con l'istituzione _____ _____	
<b>Abitudini e informazioni sanitarie</b>	
Eventuale terapia attuale _____	



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSEVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

Eventuali farmaci in uso e dosaggio

---

Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_

Consumo di tabacco: SI  NO

quantità di sigarette (n°/die)

---

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

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

---

---

---

Eventuale patologia psichiatrica in atto/pregressa

---

- A) Disturbo dell'umore: bipolare I  
bipolare II  
depressione ricorrente
- B) Disturbo d'ansia: disturbo di panico  
disturbo d'ansia generalizzato  
disturbo ossessivo-compulsivo
- C) Disturbo da abuso di sostanze
- D) Disturbo di personalità
- E) Comorbilità Asse I
- 

**Presenza Fattori di rischio:**

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

---

disposizioni di isolamento (specificare numero e motivazioni)

---

---

---

Rifiuto di partecipare ad attività intramurarie SI  NO

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

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

---



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

_____		
Storia di tentativi di suicidio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
numero _____		
Metodi impiegati		
0 impiccagione		
0 ingestione di farmaci		
0 flebotomia		
0 inalazione di gas		
0 altro		
Descrizione di un eventuale tentativo di suicidio, metodi impiegati, accorgimenti preparatori, conseguenze medico-chirurgiche		
_____		
_____		
Il detenuto ammette di avere al momento pensieri riguardanti il suicidio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Il detenuto afferma di avere attualmente piani suicidiari SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (da prendere in considerazione anche i contatti con i familiari ed altri detenuti vicini)		
Sentimenti di disperazione SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Segni di depressione SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (es. pianto, appiattimento affettivo, assenza di comunicazione verbale)		
Recenti eventi vitali stressanti SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Se SI specificare: relativi alla vita fuori del carcere		
_____		
_____		
relativi alla vita all'interno del carcere		
_____		
_____		
Insoddisfazione della vita in generale SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Paura o aspettative negative per il futuro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Aggressività eterodiretta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Dipendenza affettiva SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Presenza di malattie fisiche SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
specificare il tipo di malattia _____		



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

specificare la durata \_\_\_\_\_

Supporto sociale e familiare SI  NO

Relazione sentimentale stabile SI  NO

Buon adattamento all'ambiente carcerario  
(buone capacità di affrontare i problemi) SI  NO

Buona aderenza ai trattamenti SI  NO

## **Scheda personale di screening – minori**

## Dati anagrafici

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

giunto il \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Scolarità \_\_\_\_\_

Reato \_\_\_\_\_

## Componenti del nucleo familiare

---

For more information about the study, please contact Dr. [REDACTED] at [REDACTED].

I genitori sono: conviventi  separati

Psicopatologia familiare: SI  NO

se si, quale componente \_\_\_\_\_

diagnosi \_\_\_\_\_

Precedenti tentativi di suicidio: SI  NO  se si, quale componente \_\_\_\_\_

Nucleo conosciuto dai SS.TT.: SI  NO  se si, specificare i motivi

**Relazioni amicali**      presenti       assenti       se presenti, descrivere \_\_\_\_\_



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

**Esperienza di detenzione**

Prima esperienza di detenzione      SI       NO

se no, riportare le precedenti esperienze \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il minore esprime livelli insoliti di vergogna, colpa e preoccupazione per l'arresto/fermo      SI       NO

Impatto con l'istituzione (toleranza frustrazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sintomatologia psicopatologica**

Nessuna       Manifesta       Riferita

se si, diagnosi(DSM IV) \_\_\_\_\_

in carico al servizio Asl \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Eventuale terapia attuale  
\_\_\_\_\_

Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_

Consumo di tabacco      SI       NO

quantità di sigarette (n°) \_\_\_\_\_

Consumo alcolici      SI       NO   
quantità di alcolici (n° bicchieri) \_\_\_\_\_

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

In carico al SerT di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSEVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

**Presenza Fattori di rischio**

Storia di tentativi di suicidio      SI       NO       numero \_\_\_\_\_

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

Il minore ammette di avere al momento pensieri riguardanti il suicidio      SI     NO

Sentimenti di disperazione      SI       NO

Segni di depressione      SI       NO   
(es. pianto, appiattimento affettivo, assenza di comunicazione verbale)

Recenti eventi vitali stressanti(es. lutto/separazione)      SI       NO   
Se SI  
specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Insoddisfazione della vita in generale      SI       NO

Paura o aspettative negative per il futuro      SI       NO

Aggressività autodiretta (gesti autolesivi)      SI       NO

Aggressività eterodiretta      SI       NO

Dipendenza affettiva      SI       NO

Presenza di malattie fisiche      SI       NO

specificare il tipo di malattia \_\_\_\_\_

specificare la durata \_\_\_\_\_

Supporto sociale e familiare      SI       NO

Relazione sentimentale      SI       NO

Buon adattamento all'ambiente di restrizione  
(buone capacità di affrontare i problemi)      SI       NO

Buona aderenza ai trattamenti      SI       NO



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

**Schema di sintesi delle componenti chiave di un programma / intervento di prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere e negli istituti penali minorili\cpa\comunità.**

Componenti chiave di programma/intervento di prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere e negli istituti penali minorili\cpa\comunità: **riepilogo per punti**

**A. Formazione degli operatori in ambito penitenziario adulti\minori**

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

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

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

**sostegno:** nei casi di suicidio avvenuto.

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

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

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

Le *schede di screening* - adulti\minori - vanno intese come documento personalizzato ed individualizzato per ogni detenuto.

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

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

Ciascuna scheda, una volta aperta all'ingresso del detenuto, rimarrà un *diario personale* costantemente aggiornato con finalità di favorire la comunicazione tra il personale tutto, anche tramite lo svolgimento di riunioni d'equipe.

Obiettivo: reale *presa in carico* del detenuto.

**C. Interventi specifici per i detenuti già presenti**

**Adozione del *diario personale*.**

**Adozione di metodiche specifiche** tra le quali gli interventi di gruppo. In particolare, è raccomandata la costituzione di *gruppi centrati sul compito* (non gruppi terapeutici che lavorano in



## **GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria

Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria

### **OSSEVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

modo privilegiato sulle proprie dinamiche interne); un insieme di persone che si incontra per raggiungere un obiettivo ben preciso secondo regole condivise, centrato sugli aspetti consapevoli delle relazioni. Ruolo del conduttore improntato alla facilitazione dei processi comunicativi e di realizzazione del compito.

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

Intervento articolato su due livelli:

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

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

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

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



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

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

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



**Bibliografia**

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



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Area Generale di Coordinamento Assistenza sanitaria  
Settore Prevenzione, Assistenza Sanitaria, Igiene Sanitaria  
**OSSERVATORIO PERMANENTE SULLA SANITA' PENITENZIARIA**

ZIGLIO E., La tecnica Delphi. Applicazione alle politiche sociali, Rassegna italiana di valutazione, n.2, aprile-giugno 1996.

"Condotte suicidarie:un'analisi nel sistema degli Istituti penali minorili." – Quaderni dell'Osservatorio sulla devianza minorile in Europa – D.G.M.C.Eu.Nisida – GANGEMI EDITORE

### **Fonti normative essenziali**

DPR n°230 del 30/06/2000;

DPCM 01/04/2008;

Piano Sanitario Regione Campania, 2009-2011

Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Ministero della Salute

Piano Sanitario Regione Campania, 2011-2013

DGR Campania n°96 del 21/03/2011

Accordo Conferenza Unificata (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012; Allegato A)

DGR Campania n°96 del 13 marzo 2012

### **Siti Internet consultati**

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