

**PSICOLOGIA DEL SUICIDIO IN CARCERE:
UNA VALUTAZIONE COMPARATIVA TRA NUOVI GIUNTI E
DETENUTI CON “FINE PENA MAI.”**

Domenica Laganà¹

Parole chiave: *psicologia, suicidio, carcere, nuovi giunti, ergastolani*

Abstract

Studi scientifici suggeriscono che il tasso di suicidi e tentati suicidi tra i detenuti è superiore rispetto a quello della popolazione generale (Cinosi, Martinotti, De Risio, & Giannantonio, 2013; Fazel, Grann, Kling, & Hawton, 2011).

Diviene quindi fondamentale l'analisi della psicologia del suicidio, concentrandosi in particolare sul fenomeno suicidario all'interno del carcere e sul confronto del fenomeno del suicidio tra i due gruppi di detenuti che sono considerati, secondo la letteratura scientifica (Boraschi & Manconi, 2006; Crighton & Towl, 1997; *World Health Organization*, 2007), maggiormente a rischio: i nuovi giunti e i detenuti con “fine pena mai”.

La complessità dietro il comportamento suicidario rende particolarmente difficile valutare la probabilità di suicidio. Questo non solo per i numerosi fattori di rischio e protezione coinvolti, ma anche perché maggiore è il rischio, più difficile è il controllo, il rigore e l'instabilità del contesto in cui risiede l'individuo. Il modello teorico combinato

¹ Università degli Studi di Torino

Prof.ssa Georgia Zara, Dipartimento di Psicologia Via Po, 14 10123 Torino
georgia.zara@unito.it

di Dear (2006) aiuta a capire perché il comportamento suicidario in carcere è per lo più imprevedibile. Tuttavia, il suicidio in carcere merita una maggiore attenzione psicologica, clinica e sociale per affrontare adeguatamente il tema della prevenzione e fornire alle persone più vulnerabili in carcere un sostegno e servizi adeguati per superare il loro pensiero suicida.

1. Introduzione

I primi studi empirici sul suicidio presero piede a partire dalla pubblicazione del lavoro di Emile Durkheim *Il suicidio. Studio di sociologia* del 1897.

Durkheim (1897) fu il primo a dare una definizione di suicidio, definizione che è ovviamente stata superata nel tempo, soprattutto per il suo carattere troppo vago e per l'omissione di una variabile molto importante: la volontarietà dell'atto. La volontà di una persona nel mettere in atto tale comportamento non può infatti essere trascurata.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce infatti il suicidio come l'atto volontario di porre fine alla propria vita, qualificando il gesto come condizionato da numerosi fattori individuali e ambientali. È quindi l'interazione di circostanze, interne ed esterne, percepite dal soggetto come insopportabili che indurrebbe la persona a mettere in atto un comportamento suicidario (2007).

Il suicidio è la seconda causa di morte principale nella popolazione mondiale compresa tra i 15 e 29 anni. Ottocento mila persone -una ogni 40 secondi- muoiono ogni anno proprio mettendo in atto un comportamento suicidario (*World Health Organization*, 2014)

Anche in Italia il suicidio è una delle principali cause di morte, per la precisione è la seconda causa nella popolazione compresa tra i 15 e i 44 anni. L'ultima indagine condotta dall'ISTAT, pubblicata nel 2014 relativa al 2012 e riguardante le principali cause di morte, stima attorno al 25% per gli uomini e al 15% per le donne la percentuale di morti dovute alla messa in atto di questo gesto estremo.

2. Il suicidio in carcere

Il suicidio è un fenomeno complesso e multicausale (*World Health Organization*, 2007). Gli studi più recenti (Giampieri & Clerici 2013; *World Health Organization*, 2007) individuano infatti nell'interazione tra fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali e ambientali la base per la messa in atto di tale gesto.

La letteratura scientifica e clinica (Borrill, 2002; *World Health Organization*, 2007) evidenzia che vi sono alcuni gruppi di individui che risultano maggiormente vulnerabili e pertanto più a rischio di mettere in atto comportamenti autolesionistici e suicidari, e la popolazione carceraria risulta essere tra questi.

“Il dato è secco ed eloquente: in carcere ci si uccide 19 volte più di quanto ci si uccida fuori del carcere” (Boraschi & Manconi 2006, p 117). Nelle carceri italiane il suicidio è infatti tra le prime cause di morte, come si può anche evincere dai dati riportati nella Tabella 1, ricavati da una recente analisi effettuata dal D.A.P.

Tabella 1. Eventi critici suddivisi per regione (Anno 2016).

Regione	Autolesionismo	Tentato suicidio	Suicidio	Decessi
Abruzzo	172	10	0	1
Basilicata	79	2	0	0
Calabria	198	46	2	2
Campania	770	87	2	14
E. Romagna	1.221	88	4	1
Friuli Venezia Giulia	124	11	0	1
Lazio	653	79	5	2
Liguria	452	30	1	2
Lombardia	944	91	1	10
Marche	129	16	0	0
Molise	42	2	0	0
Piemonte	643	67	4	2
Puglia	406	78	3	7
Sardegna	215	79	2	5
Sicilia	529	95	3	9
Toscana	1.115	124	6	5
Trentino Alto Adige	101	12	1	0
Umbria	225	26	1	0
Valle d'Aosta	34	0	0	0
Veneto	324	40	4	1
Totale	8.376	938	39	62

Fonte: Tabella adattata da D.A.P. su Centro Studi Ristretti Orizzonti

Una spiegazione riguardante il fatto che i detenuti rappresentano uno dei gruppi maggiormente a rischio di comportamenti anticonservativi può essere ricondotta alla presenza non solo di variabili individuali, proprie del detenuto, ma soprattutto alla condizione stessa della carcerazione. Vivere in un ambiente fortemente privativo,

sommato alla presenza di fattori endogeni può portare il detenuto al compimento di tali agiti. Inoltre, compiere un atto autoaggressivo o suicidario all'interno del carcere è solitamente indice di una volontà a porre fine non solo alla propria vita, ma anche alle sofferenze che la detenzione comporta (White, Schimmel, & Frickey, 2002).

3. Il rapporto interattivo tra fattori di rischio e fattori di protezione del comportamento suicidario

I suicidi sono la conseguenza di una complessa costellazione di fattori, di rischio e di protezione.

I fattori di rischio sono condizioni individuali o ambientali che aumentano il rischio e la possibilità che un comportamento si manifesti (Farrington & Zara, 2015); in questo particolare caso, che un individuo compia un atto suicidario. Sono fattori diversi tra loro e la copresenza di un numero significativo di essi aumenta la probabilità di azioni anticonservative che possono condurre al suicidio, dal momento che essi interagiscono tra loro secondo un processo cumulativo che facilita la manifestazione di un dato comportamento, secondo il principio di sommatività (Zara, 2016). È importante sottolineare che l'impatto che i fattori di rischio hanno sulla persona varia in base a delle caratteristiche fondamentali: alla vulnerabilità e alla sensibilità che la persona stessa ha per quel determinato fattore (dove per vulnerabilità si intende lo stato che aumenta la suscettibilità a una determinata condizione e indebolisce l'insieme di fattori protettivi che potrebbero arginare l'impatto di un determinato fattore sull'individuo (Zara, 2005); al contesto in cui la persona è inserita, in quanto può facilitarne o ostacolarne l'impatto; al periodo (inteso sia come lunghezza temporale sia come momento di vita in cui si trova la persona) di esposizione a tale fattore (*ibidem*). Inoltre l'impatto che un dato fattore di rischio ha sulla persona diminuisce ed è mediato dalla presenza di fattori di protezione. Per fattori di protezione del comportamento suicidario si intendono quei fattori definiti "speculari" e interrelati ai fattori di rischio che interagendo con quest'ultimi possono arginarne e limitarne la loro influenza nella messa in atto di tale comportamento (Zara, 2005), come ad esempio la presenza nel detenuto di una buona capacità di *coping*.

Vi è un ruolo interattivo e attivo notevole tra questi due ordini di fattori. La presenza dei fattori di protezione che interagiscono con i fattori di rischio fa sì che tanto più i primi siano presenti, meno influenza avranno i fattori di rischio sulla persona (Farrington & Zara, 2015; Zara, 2016).

Gli studi specialistici (Gupta & Girdhar, 2014; *World Health Organization*, 2007) che hanno esplorato il suicidio in carcere hanno evidenziato la presenza di quattro ordini di fattori maggiormente rilevanti, che si suddividono in:

- Fattore temporale: in carcere ci si toglie la vita soprattutto durante le prime settimane di detenzione o, peggio ancora, nei primi giorni (Albanese, 1983). L'impatto con il contesto carcerario è molto forte ed è spesso, quasi sempre, fonte di forte shock e stress che possono condurre il detenuto alla messa in atto di tale gesto.
- Fattore anagrafico, chi tenta il suicidio in carcere è spesso molto giovane (Boraschi & Manconi, 2006) e ha quindi scarsa confidenza e poca abitudine con il sistema carcerario; il soggetto infatti non è abituato a certe dinamiche e privazioni; trovandosi ad affrontare una realtà totalmente diversa rispetto a quella con cui si interfaccia ogni giorno, all'esterno, e questo può influire fortemente sul suo vissuto psichico ed emotivo.
- Collegato agli aspetti precedenti, il terzo fattore riguarda l'importanza della posizione giuridica (*World Health Organization*, 2007). I detenuti giovani hanno spesso alle spalle una carriera criminale molto breve, se non addirittura primaria, si trovano quindi in una situazione di primo contatto con l'istituzione carceraria che appare per loro destabilizzante; non avere certezze riguardanti la propria pena e trovarsi quindi in attesa di giudizio acutizzerebbe il rischio suicidario.
- Ultimo aspetto rilevante è la presenza di un forte sovraffollamento all'interno delle carceri (Huey & McNulty, 2005), fattore squisitamente esogeno che riguarda la complessa e precaria situazione che caratterizza le istituzioni penitenziarie soprattutto all'interno del nostro contesto nazionale. Il suicidio all'interno di carceri sovraffollate è 10 volte superiore che nelle altre carceri. Il sovraffollamento carcerario è un fenomeno endemico che mina le strutture penitenziarie di tutto il territorio italiano. Il detenuto si trova infatti in strutture non adeguate o comunque non compatibili con il rispetto della dignità umana (emblematica, a riguardo, la sentenza "Torreggiani e altri contro Italia" che condannò il nostro paese per violazione dell'articolo 3 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo).

4. L'importanza di un modello teorico combinato

Sono diverse le teorie che hanno tentato di offrire una spiegazione quanto più completa possibile del fenomeno del suicidio in carcere. Queste vengono raggruppate all'interno di due grandi prospettive diametralmente opposte: il modello di privazione della libertà (Clemmer, 1940; Goffman, 1961; Sykes, 1958) e il modello di importazione (Irwin & Cressey, 1962). Entrambe le prospettive presentano però dei limiti.

Il modello di privazione spiega nel dettaglio perché i detenuti, a causa della condizione in cui si trovano, tentano il suicidio (valutando quindi i fattori ambientali, esogeni), ma non spiega perché non tutti lo facciano, aspetto da ricondurre alle caratteristiche presenti in ogni singolo individuo -ogni persona infatti è unica.

Il modello di importazione attribuisce invece ai fattori interni del soggetto (fattori di rischio individuali, endogeni) le condizioni tali per cui un individuo arriva al suicidio, ignorando completamente tutta la parte contestuale e di sofferenza derivante dalla reclusione stessa, che indubbiamente riveste un ruolo importante.

Inizialmente era il modello di importazione quello maggiormente accreditato dai vari studiosi (ad esempio da Hatty & Walker, 1986), in quanto questo offriva delle variabili concrete da poter misurare, identificare e tenere sotto controllo quando presenti. Successivamente però si è visto come queste variabili avessero una valenza ambivalente: alcune volte, seppur presenti, non portavano il detenuto al compimento di un gesto anticonservativo; mentre altre volte era presente il gesto ma non le variabili identificate dai ricercatori (Liebling, 2006). Partendo dalle debolezze e dai limiti appena esposti di entrambe i modelli, si evince l'importanza di un'integrazione di questi in quanto risulta importante valutare sia le caratteristiche del singolo detenuto, ma tenendo in considerazione il particolare contesto in cui sono immerse, ossia l'ambiente carcerario.

La significatività del modello combinato (Dear, 2006) sta nel riconoscere che ogni singolo detenuto può rispondere in maniera differente alla sofferenza provocata dalla prigionia a seconda del proprio grado di vulnerabilità (Liebling, 1992, 2006). Secondo la prospettiva combinata, i detenuti che presentano un elevato grado di vulnerabilità (e

che quindi presentano un rischio suicidario maggiore) possono successivamente adattarsi alle condizioni di detenzione solo se il livello di privazione diminuisce; allo stesso tempo in condizioni maggiormente deprivanti i livelli di vulnerabilità dei detenuti aumentano e portano il soggetto a non riuscire a fronteggiare la situazione in cui si trova (Liebling, 2006).

5. I risvolti psicologici della reclusione

L'ingresso in carcere rappresenta per qualsiasi detenuto un'esperienza traumatica. Entrare in un contesto che sradica l'individuo dalla realtà vissuta fino a quel momento rappresenta un passaggio costellato da stati d'animo forti e contrastanti come ansia, preoccupazioni, in alcuni casi rabbia, che possono sfociare anche in comportamenti aggressivi (Bonta & Gendreau, 1990).

Le conseguenze derivanti dalla carcerazione possono colpire i detenuti in modo diverso, in momenti diversi della detenzione e possono portare a sviluppare risposte differenti.

Già con le prime ricerche riguardanti gli effetti psicologici della carcerazione (Bolton, Smith, Heskin, & Banister, 1976) si era giunti alla conclusione che la reclusione porta ad effetti psicologici e fisici negativi per il detenuto, il quale può presentare aspetti quali depressione, ritiro sociale ed emotivo, forte senso di frustrazione, ideazione o tentativi suicidari e sempre più elevati livelli di ostilità. Anche le ricerche più recenti confermano questi dati (Yang, Kadouri, Revah-Levy, Mulvey, & Falissard, 2009), aggiungendo che la detenzione può inoltre causare distacco emotivo, sentimenti di insoddisfazione nei confronti della propria vita, claustrofobia, stress, sentimenti di panico, fobie, incubi, eccetera, che possono portare a comportamenti autoaggressivi (MacKenzie & Mitchell, 2005).

La presenza di queste conseguenze viene ricondotta a due cause principali: da un lato vi è la perdita o comunque il distacco dal tipo di vita condotta all'esterno del carcere e quindi dalle proprie relazioni, dall'altro un ruolo fondamentale è rivestito dalla presenza della nuova condizione di carcerazione (*ibidem*).

6. Il rischio suicidario nei nuovi giunti e nei detenuti con ‘fine pena mai’

Il tema del suicidio in carcere richiama l’attenzione specialistica sulla necessità di una valutazione comparativa tra detenuti nuovi giunti e detenuti con fine pena mai. Questo perché entrambi i gruppi di detenuti sono considerati all’interno della letteratura scientifica (Boraschi & Manconi, 2006; Crighton & Towl, 1997; *World Health Organization*, 2007) come ad alto rischio di agiti suicidari.

6.1 I detenuti nuovi giunti

Con nuovi giunti si intendono tutti i detenuti nuovi arrivati all’interno dell’istituzione penale, i quali verranno collocati all’interno della sezione denominata “nuovi giunti”. All’interno di essa tutti i detenuti vengono subito sottoposti a un incontro con gli esperti ex articolo 80 della Legge n. 354/75, oltre che con il medico specialista. Questa è quindi la fase di accoglienza dei nuovi arrivati, i quali si differenziano tra coloro che possono aver avuto altre esperienze detentive e coloro che invece si trovano alla prima esperienza detentiva.

Tramite uno studio di meta-analisi condotto da Fazel e colleghi (2008), sono stati individuati dei fattori di rischio fortemente significativi per il suicidio in carcere tra i detenuti nuovi giunti che, se presenti, aumentano il rischio di possibili agiti suicidari. Grazie ai dati raccolti, è stato evidenziato la presenza di un forte legame affettivo all’esterno del carcere, fattore fortemente significativo perché lo shock derivante dall’incarcerazione è maggiormente acuito dalla separazione dai propri affetti che vengono lasciati fuori dal carcere e di cui non vi è la certezza che rimarranno invariati una volta che il detenuto avrà scontato la propria pena e tornerà libero (Dye, 2010; *World Health Organization*, 2007).

L’essere in attesa di giudizio rappresenta un altro fattore di rischio in quanto lo stato di incertezza creato dall’incertezza stessa della condanna, unita al trauma della reclusione, può incidere fortemente sulla creazione o sull’alimentazione di uno stato di ansia e angoscia nel vissuto del detenuto (*World Health Organization*, 2007).

Ulteriore fattore di rischio è la presenza di una recente ideazione suicidaria. Più l'intento sarà acuto, maggiore sarà la probabilità che il detenuto metta effettivamente in pratica, in futuro, questi pensieri.

Anche la presenza di disturbi o diagnosi psichiatriche al momento dell'entrata in carcere è visto come un fattore facilitante. In particolare si parla di quei disturbi come i quadri depressivi maggiori o i disturbi di personalità (in modo particolare quelli inseriti all'interno del cluster B) che a causa della presenza di un tono dell'umore basso con conseguenti pensieri negativi sulla propria vita in un caso, e la presenza di tratti aggressivi e impulsivi dall'altra, possono coadiuvare l'azione suicidaria in soggetti che vivono un momento particolarmente destabilizzante per la propria esistenza, come è l'entrata in carcere.

Ultimo fattore di rischio riguarda la presenza, nel detenuto, di problemi con l'alcol. L'alcol è un fattore significativo per il suicidio in quanto svolge una funzione bifasica all'interno dell'organismo del soggetto: nel momento in cui viene assunto attiva e disinibisce il soggetto, creando in quest'ultimo uno stato di apparente benessere, ma quando l'assunzione cessa si manifesta una funzione disforizzante che inibisce le funzioni psichiche e altera patologicamente l'umore nel senso di una depressione (Freilone, 2014).

6.2 I detenuti con “fine pena mai”

I detenuti che si trovano a scontare la pena dell'ergastolo sono condannati a scontare una pena perpetua, in quanto condannati per reati particolarmente gravi (previsti ad esempio dall'art. 4-bis, comma 1, dell'Ordinamento penitenziario, legge 354/75) e che sottendono un elevato grado di pericolosità sociale.

Sono detenuti che devono rispondere all'obbligo del lavoro e, nella precedente normativa, anche all'isolamento notturno, ma che possono avere la possibilità di essere ammessi al lavoro all'aperto, solo nel caso in cui si possa escludere che il lavoro stesso consenta al detenuto di collegarsi in qualsiasi modo con esponenti della criminalità organizzata o eversiva.

L'aver commesso uno di questi reati sopra citati può essere considerato un aspetto facilitante per un agito anticonservativo, per due motivazioni principali molto diverse tra loro: la prima riguarda il fatto che chi mette in atto questa tipologia di reati è in qualche modo "propenso" alla violenza e all'aggressività, sia che sia auto che etero diretta (Lutz & Corrine 2003). Altra ragione è il pentimento legato al reato commesso, ai danni provocati alla vittima e alla propria famiglia, che non permette al detenuto di riuscire a vivere la sua vita e la sua detenzione in assenza di tormento e rimorso (Liebling, 1996).

Si potrebbe ipotizzare che, dovendo scontare una condanna indefinita, l'elevato tasso di mortalità tra questo gruppo di detenuti sia da riferirsi al più lungo periodo detentivo che comporterebbe per il detenuto stesso l'avere a disposizione maggiori "opportunità" per la messa in atto di tale gesto (Borrill, 2002). In realtà è curioso notare il parallelismo presente con i detenuti nuovi giunti. Anche tra i detenuti ergastolani sembra infatti essere significativo il primo periodo detentivo (Borrill, 2002; Liebling, 2006), in modo particolare i primi giorni fino al primo mese di detenzione. Essendo anche i detenuti ergastolani, al momento del loro ingresso in carcere, nuovi giunti, l'instaurarsi delle dinamiche sopracitate (cfr. paragrafo 6.1) aumenta il rischio di suicidio anche in questi detenuti soprattutto durante i primi giorni di reclusione.

Il concetto di "primi giorni" di detenzione per gli ergastolani però varia dagli altri detenuti in quanto i detenuti che devono scontare l'ergastolo possono essere trasferiti, nel momento in cui la loro pena diventa definitiva, in diversi istituti penitenziari al fine di poter attuare un programma terapeutico il più possibile adatto al singolo, ma anche a seguito della collocazione in un istituto che accolga detenuti che devono scontare la pena dell'ergastolo. In questo caso quindi il soggetto si trova a vivere i cosiddetti "primi giorni" più volte e in ambienti differenti. Avviene quindi, ogni volta, un riadattamento delle proprie abitudini e del proprio comportamento a stili e contesti ambientali diversi (Porporino, 1990)

Significativo in questa prima fase detentiva è inoltre la presenza, in un'alta percentuale di detenuti ergastolani, di eventi *trigger* che possono scatenare la messa in atto concreta di tale gesto (Crighton & Towl 1997). In modo particolare tali eventi riguardano specificamente la conferma della condanna all'ergastolo dovuto al passaggio in

giudicato della sentenza, discussioni con i propri legali riguardo il significato della condanna, l'interruzione dei rapporti con i familiari una volta ricevuta la notizia della sentenza e, collegato a quest'ultimo aspetto, la presentazione di una richiesta di divorzio da parte del coniuge che si trova all'esterno del carcere.

Ovviamente il rischio per gli ergastolani non si esaurisce durante i primi giorni ma questi detenuti sono esposti anche successivamente alla possibilità di mettere in atto un agito suicidario. Col perdurare della pena infatti i fattori di rischio e gli eventi *trigger* a cui il detenuto farà fronte potranno ripresentarsi scatenando nello stesso una reazione autoaggressiva.

7. Conclusioni

L'influenza dei fattori di rischio esogeni ed endogeni sul rischio suicidario in carcere conduce alla conclusione che è importante l'utilizzo di un modello teorico combinato (Dear, 2006), il quale integra entrambe gli ordini di fattori per poter spiegare in modo esaustivo la complessità che caratterizza un comportamento suicidario.

Non va però dimenticato che ogni agito suicidario, anche nel contesto detentivo, è pervaso da una sorta di imprevedibilità (Liebling, 2006).

Entrare in carcere rappresenta un evento traumatico per qualsiasi individuo. Uno dei momenti più delicati per il verificarsi di eventi critici è infatti l'entrata nel sistema penitenziario (*World Health Organization*, 2007). Scontrarsi con un nuovo ambiente che comporta la rottura dei rapporti col mondo esterno, e quindi con i propri affetti, vivere in una situazione di incertezza non solo legata alla novità del contesto, ma in certi casi all'incertezza della pena stessa, può portare nei detenuti nuovi giunti reazioni quali ansia, stress e angoscia, che a loro volta possono scaturire anche in un agito suicidario (Bonta & Gendreau, 1990). La presa di consapevolezza del proprio stato detentivo fa sì che il detenuto affronti un processo di graduale adattamento al sistema carcerario, che però non sempre si risolve in un processo di cambiamento prosociale, portando invece a conseguenze connesse al malessere psico-sociale del detenuto (Carati & dell'Erba, 2014). Quando poi la pena non ha una fine, come nel caso degli ergastolani, tale processo potrebbe sfociare in uno stato d'animo caratterizzato da apatia, rassegnazione

per la propria condizione, e in alcuni casi in quadri psicopatologici depressivi (Jacobson, Edgar, & Loucks 2007).

In un ambiente così difficile diventa evidente l'esigenza per il detenuto di un supporto psicologico e psichiatrico che non si fermi solo a una mera valutazione iniziale, circoscritta al momento dell'accoglienza del detenuto all'interno del carcere; vi è infatti la necessità che esso continui durante il periodo di reclusione, soprattutto per quei detenuti identificati fin da subito come "a rischio" (*World Health Organization*, 2007).

Bibliografia

Albanese, J. S. (1983). Preventing inmate suicides: a case study. *Federal Probation*, 47, 65-9.

Bolton, N., Smith, F.V., Heskin, K.J., & Banister, P.A. (1976). Psychological correlates of long-term imprisonment. a longitudinal analysis. *British Journal Of Criminology*, 16, 38-47. DOI: 10.1093/oxfordjournals.bjc.a046691

Bonta, J. & Gendreau, P. (1990). Reexamining the cruel and unusual punishment of prison life. *Law And Human Behavior*, 14, 347-372. DOI: 10.1007/BF01068161

Boraschi, A. & Manconi, L. (2006). "Quando anno aperto la cella era già tardi perché: suicidio e autolesionismo in carcere 2002 – 2004". *Rassegna Italiana Di Sociologia*, 117-148.

Borrill, J. (2002). Self-inflicted deaths of prisoners serving life sentences 1988-2001. *British Journal of Forensic Practice*, 4, 30-38. DOI: 10.1108/14636646200300005

Cinosi, E., Martinotti, G., De Risio, L., & Di Giannantonio, M. (2013). Suicide in Prisoners: An Italian Contribution. *The Open Criminology Journal*, 6, 18-29.

Clemmer, D. (1940). *The Prison Community*. New York: Holt, Rinehart, And Winston

Crighton, D. & Towl, G. (1997) Self-inflicted deaths in prison in England and Aales: an analysis of the data for 1988-90 and 1994-95. In Towl, G. (Ed) *Suicide and*

selfinjury in prisons. issues in criminological and legal psychology. Leicester: British Psychological Society.

Dear, G. (2006). *Preventing suicide and other self-harm in prison*. houndmills, basingstoke, hampshire. Great Britain: Palgrave Macmillan.

Durkheim, É. (1897/2007). *Il Suicidio. Studio Di Sociologia*. Milano: Bur

Dye, M.H. (2010). Deprivation, importation, and prison suicide: combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal Of Criminal Justice*, 38, 796–806.

Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1721-1731.

Fazel, S., Grann, M., Kling, B., & Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191–195. DOI: 10.1007/s00127-010-0184-4

Freilone, F. & Valente Torre, L. (2014). *Psicopatologia clinica e Rorschach. La valutazione psicodiagnostica*. Torino: Tipografia Gravinese

Giampieri E. & Clerici, M. (2013). *Il suicidio oggi. Implicazioni sociali e psicopatologiche*. Milano: Springer Verlag. DOI 10.1007/978-88-470-2715-2

Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor-Double Day.

Gupta, A. & Girdhar, N.K. (2014). Risk factors of suicide in prisoners. *Delhi Psychiatry Journal*, 15, 45-49.

Hatty, S. & Walker, J. (1986). *A national study of deaths in australian prisons*. Canberra: Australian Centre Of Criminology.

Huey, M.P. & McNulty, T. (2005). Institutional conditions and prison suicide: conditional effects of deprivation and overcrowding. *The Prison Journal*, 85, 477–491. DOI: 10.1177/0032885505282258

Irwin, J. & Cressey, D. (1962). Thieves, convicts, and the inmate culture. *Social Problems*, 10, 142–155

ISTAT (2014). Report “Le principali cause di morte in Italia” riferite all’anno 2012. Roma.

Legge 26 luglio 1975, n. 354. *Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della liberta'.*

Liebling, A. (2006). The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. In G. Dear (Ed.), *Preventing suicide and other self-harm in prison* (pp. 16–28). Houndmills, Basingstoke, Hampshire, Great Britain: Palgrave Macmillan.

Mackenzie, D.L. & Goodstein, L. (1995). Long-term incarceration impacts and characteristics of long-term offenders. In T. Flanagan (Ed.), *Long-term imprisonment: policy, science, and correctional practice* (pp. 64-74). Thousand Oaks, Ca: Sage.

Porporino, F. (1990). Difference In Response To Long-Term Imprisonment: Implications For The Management Of Long-Term Offenders. *The Prison Journal*, 70(1), 35-45. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2005.12.004

Sykes, G. (1958). *The society of captives*. Princeton, NJ: Princeton University Press

White, T., Schimmel, D., & Frickey, R. (2002). A comprehensive analysis of suicide in federal prisons: a fifteen-year review. *Journal Of Correctional Health Care*, 9, 321–343.

World Health Organization. (2007). *Preventing Suicide In Jails And Prisons*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide. A global imperative*. Geneva, Switzerland: Author.

Yang, S., Kadouri, A., Revah-Levy, A., Mulvey E.P., & Falissard, B. (2009) Doing time: a qualitative study of long-term incarceration and the impact of mental illness. *Int J Law Psychiatry*, 32, 294–303. DOI: 10.1016/j.ijlp.2009.06.003

Zara, G. (2005). *Le carriere criminali*. Milano: Giuffrè Editore.

Zara, G. (2016). *Valutazione del rischio in ambito criminologico. Procedure e strumenti per l'assessment psicologico*. Bologna: Il Mulino.

Zara, G. & Farrington, D.P. (2015). *Criminal recidivism: explanation, prediction and prevention*. London And New York: Taylor & Francis Ltd