

LE CONDOTTE SUICIDARIE IN CARCERE: RICERCA SUL FENOMENO IN ITALIA E IN EUROPA

Spacca A., Roma P., Ferracuti S., Tatarelli R.

Riassunto

Il suicidio ed il tentato suicidio nei contesti carcerari sono eventi frequenti e che suscitano ciclicamente allarme sociale e propositi correttivi di varia natura. In questo studio viene riportata un'analisi del fenomeno in Italia dal 1980 al 2005. I risultati indicano che il suicidio negli ambienti carcerari italiani è circa 25 volte più frequente rispetto alla popolazione generale. Per ciò che concerne il tentato suicidio i dati sono ancora più allarmanti. Il tasso di suicidi nel contesto carcerario italiano è rimasto sostanzialmente invariato nonostante numerosi intenti e propositi di psichiatria correttiva.

Parole chiave:

Suicidio, Tentato suicidio, Carcere, Psichiatria correttiva.

Summary

Suicide and suicide attempt in prison are widespread events that generates periodically social alarm and correctional purpose. In this study we conduct an analysis of phenomenon in Italy from 1980 to 2005. Results indicate that suicide in prison is about 25 times greater respect to suicide in general population. Results of suicide attempt are even more alarming. Moreover the rate of suicide is substantially unchanged in spite of correctional psychiatry intervention.

Key words:

Suicide, Suicide attempt, Prison, Correctional psychiatry.

Per corrispondenza:

Prof. Stefano Ferracuti, Dipartimento di Scienze Psichiatriche Medicina Psicologica, Università di Roma "La Sapienza", Viale dell'Università 30, 00185 Roma; e-mail stefano.ferracuti@uniroma1.it

Introduzione

Il tema del suicidio in carcere divenne oggetto di interesse per la comunità soltanto nel XX secolo, con il saggio di Szitty (1925), e di indagine scientifica dagli anni '70.

L'istituzione carceraria è una forma di risposta della società al comportamento criminale, forse insoddisfacente e parziale, spesso solo contenitrice di condotte non altrimenti controllabili. Le caratteristiche dell'ambiente carcerario si possono comprendere se considerate ed analizzate in riferimento agli aspetti formali e strutturali delle cosiddette "istituzioni totali" (Goffman, 1969) tra le quali il carcere è definito come "un luogo – in un regime chiuso e formalmente amministrato – in cui risiedono e a volte lavorano un gruppo di individui, per i quali, con motivazioni diverse, si ritiene opportuno rompere i legami con il mondo esterno" (Goffman, 1969). L'ambiente carcerario è regolato da norme interne rigide ed inflessibili che inducono uno stato di anomia (Durkheim, 1983), con notevoli conseguenze psicologiche e comportamentali sul detenuto. Si può dire che in carcere nulla è libero, tutto è coercito, indipendentemente dai bisogni, dai desideri e dalle esigenze personali. Peraltro, al fine di garantire un corretto espletamento delle funzioni dell'istituzione carceraria, si ricerca l'uniformità degli atteggiamenti e dei comportamenti dei detenuti, attraverso l'impostazione di "valori" comuni. Questo processo di progressiva acquisizione, implicita o esplicita, dei valori, degli atteggiamenti e dei comportamenti carcerari è stato definito da Clemmer (1940) *prisonization* e rappresenta un'altra conseguenza psicologica della carcerazione. Attraverso la *prisonization* si

eliminano le differenze individuali e si inducono abitudini comuni, sminuendo la persona e sostituendola con l'istituzione.

La costrizione dalla libertà, l'isolamento dalla socialità, l'anomia e la *prisonization* sono i passi salienti dell'instaurarsi di quei processi autodistruttivi che possono sfociare in una condotta suicidaria. Lo stato di disequilibrio psico-sociale vissuto dal detenuto, nel quale la gerarchia di valori si disgrega e viene a mancare ogni forma di regolamentazione della condotta personale, può portare a sminuire il disvalore del gesto suicidario.

Nella letteratura internazionale i primi apporti in materia sono di Danto (1973) che descrive ma non quantifica l'aumento della probabilità di commettere suicidio in carcere. Dooley (1990), valuta approssimativamente 12 volte superiore rispetto a quella della popolazione generale la possibilità di suicidio delle persone detenute. Questa percentuale è stata confermata anche da studi più recenti, dove il rischio di suicidio in carcere risulta di 11-14 volte più frequente nella popolazione carceraria rispetto a quella generale (McKee, 1998; Shaw et al., 2004).

Sono stati anche riscontrati una serie di fattori predisponenti e precipitanti della condotta suicidaria tra i quali risultano rilevanti:

a) *La durata del periodo di carcerazione.* Si evidenziano tre periodi di elevato rischio suicidario: – entro le prime 48 ore di detenzione (Frottier et al., 2002); – nel primo periodo di prigionia e attorno ai 60 giorni (Backett, 1987; Dooley, 1990; Kerkoff et al., 1990; Winkler, 1992; Markus et al., 1993; Shaw et al., 2004); – nelle condizioni detentive di lungo termine (Bourgoin, 1993; DuRand et al., 1995). Di solito i detenuti che commettono suicidio nelle prime 48 ore sono coloro che non hanno una storia significativa di criminalità (Arboleda-Florez et al., 1998).

Marcus e Alcabes (1993) sostengono che l'alta frequenza di suicidi nei primi giorni di carcerazione riflette, unicamente, la maggiore numerosità della popolazione carceraria all'inizio della detenzione.

b) *La malattia psichiatrica.* Farmer et al. (1996) e Felthous et al. (2001), utilizzando

informazioni raccolte dall'anamnesi clinica evidenziarono che più della metà del campione di soggetti suicidi da loro esaminato avevano avuto precedenti degenze psichiatriche e una storia di disturbi psichiatrici e trattamenti farmacologici, anche nel contesto carcerario.

Il disturbo da Asse I del DSM-IV (APA, 1994) maggiormente rappresentato nei suicidi in carcere, risulta essere la schizofrenia (Joukamaa, 1997; Pérez-Cárceles et al., 2001) seguita dai disturbi dell'umore (Rohde et al., 1997; Biggam et al., 1999; Felthous et al., 2001) e da condotte di abuso di sostanze (Farmer et al., 1983; Haw et al., 2001; Pérez-Cárceles et al., 2001; Shaw et al., 2004).

Il disturbo da Asse II del DSM-IV, maggiormente presente nella popolazione di suicidi in carcere è quello borderline (Schaffer et al., 1982; Haw et al., 2001), accompagnato da quello antisociale (Nordentoft et al., 1993).

c) *Precedenti tentativi di suicidio.* (Schaffer et al., 1981; Cosand et al., 1982; Penn et al., 2003). Studi recenti hanno riportato percentuali di reiterazione dell'atto suicidario comprese tra il 43 ed il 62% (Backett, 1987; Marcus et al., 1993; Laishes, 1997; Fruehwald et al., 2004).

d) *La condizione detentiva.* Preti et al. (2006), compiendo uno studio dettagliato nei carceri italiani dal 1990 al 2002, oltre a confermare come il tasso di suicidio in carcere sia molto più elevato rispetto alla popolazione generale, sottolinearono che il tasso di suicidio nelle carceri sovraffollate era circa 10 volte superiore rispetto a quelle che non lo sono. Questo risultato è stato confermato anche da Leese et al., (2006) che dimostrarono, attraverso un'analisi multivariata, come nei carceri inglesi e scozzesi il sovraffollamento risultava essere uno dei fattori di rischio più significativi per il suicidio.

Tra le modalità di suicidio in carcere il metodo più usato è l'impiccagione seguita dal taglio dei polsi, dal soffocamento con oggetti vari e in alcuni casi anche da overdose con farma-

ci psichiatrici (Felthous et al., 2001; Pérez-Cárceles et al., 2001; Shaw et al., 2004). I materiali più utilizzati per l'impiccagione sono la biancheria da letto, calzini, elastici di abbigliamento, lacci di scarpe e cinture; i principali punti di legatura sono condutture d'aria, ringhiere dei muri, sbarre dei letti o delle celle, armadi, lavandini, porte (Dooley, 1990; Dooley, 1997; Steinhauer, 1997).

Dal punto di vista temporale la maggiore parte dei suicidi avvengono nella tarda serata e durante la notte (Morrison, 1996; Dooley, 1997; Felthous et al., 2001; Pérez-Cárceles et al., 2001).

In Italia alla fine degli anni '80 per far fronte all'emergenza delle violenze e dei suicidi in carcere, il Direttore Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, promulgò la circolare "Tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati" (N. Amato, circolare n. 3233/5683 del Ministero XXX, del 30/12/1987) che istituiva il Servizio Nuovi Giunti. Nella circolare il potenziale suicida è considerato una persona soggetta a rischio di atti autolesionistici a causa di una vulnerabilità individuale da individuare nella psiche del soggetto. Secondo il progetto della circolare, l'esperto dovrebbe individuare le eventuali debolezze o vulnerabilità del potenziale suicida, e provvedere alla sua assegnazione in uno specifico reparto per nuovi giunti a rischio.

In Italia esistono pochi studi sistematici sul suicidio in carcere; tra questi, il già citato lavoro di Preti e Cascio (2006) che ha indagato il fenomeno dal 1990 al 2002. Oltre questo contributo, sono stati condotti dei primi studi descrittivi del fenomeno che però hanno riguardato periodi temporali limitati e specifiche condizioni legate al suicidio come per esempio la preesistenza di malattia mentale nel detenuto suicida (per esempio, Tatarelli et al., 1999).

Scopo del presente studio è: *a)* di presentare dati esaurienti sui suicidi nelle carceri italiane dal 1980 al 2005; *b)* proporre i dati dei tentativi di suicidio dal 1992 al 2005; *c)* comparare questi dati con l'andamento dei suicidi e dei tentativi di suicidio nella popolazione italiana generale; *d)* proporre un confronto tra i

dati italiani e quelli europei a nostra disposizione. Inoltre si vogliono evidenziare dei possibili spunti di ricerca sul fenomeno sempre allo scopo di ridurre l'incidenza.

Materiali e Metodi

È stato raccolto materiale inerente i suicidi nei carceri italiani tramite richiesta di consultazione degli archivi della Polizia Penitenziaria, del Corpo dei Carabinieri e del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia. I dati sulle condotte suicidarie della popolazione italiana sono stati estrapolati dalle pubblicazioni annuali dell'ISTAT (ISTAT, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005). I dati inerenti i suicidi e le condizioni detentive europee sono stati raccolti attraverso richiesta alle commissioni Affari Giudiziari e Penitenziari della Comunità Europea. I dati sul tasso suicidario in Europa sono stati ricavati dall'analisi delle statistiche Eurostat riportate sul sito della Comunità Europea (www.eurostat.it).

Ai dati sono state applicate statistiche parametriche (media e deviazione standard) e, per il confronto dei gruppi è stata applicata la statistica *t* di Student. Le analisi sono state effettuate tramite ausilio del software statistico S.P.S.S.-11 (Statistical Package for Social Sciences).

Risultati

La Tabella 1 riporta il numero assoluto di suicidi in carcere ed il tasso di suicidi ogni 10.000 detenuti per 23 paesi europei. I dati più recenti a disposizione sono dell'anno 2000 ed, inoltre, i dati non sono disponibili per la Russia e la Svizzera.

Sono stati divisi i paesi dell'Europa occidentale da quelli dell'Europa orientale per evidenziare che l'omicidio intra-carcerario è significativamente più frequente nei paesi occidentali ($t=3,43$; $p<.05$).

Il maggior tasso di *suicidi* si registra nelle carceri dell'Austria e della Francia (24/10.000). All'ultimo posto si situano la Norvegia e l'Islanda

Tabella 1. Numero di suicidi in carcere e tasso di suicidi ogni 10.000 detenuti nei paesi europei

<i>Nazione</i>	Numero medio detenuti	Casi di suicidio	Tasso ogni 10.000 detenuti
Austria	7.090	17	24
Belgio	8.630	16	19
Danimarca	3.380	5	15
Finlandia	2.850	3	11
Francia	50.670	120	24
Germania	78.707	78	10
Grecia	8.038	9	11
Irlanda	2.900	4	14
Islanda	93	0	0
Italia	53.481	56	10
Norvegia	2.450	0	0
Paesi Bassi	11.740	9	8
Portogallo	13.500	10	7
Inghilterra e Galles	58.300	81	14
Scozia (dati al 1998)	6.029	10	17
Spagna	45.310	18	4
Svezia	5.320	5	9
Media Europa Occidentale	19.225	29,4	14
Bulgaria	9.424	4	4
Polonia	65.336	46	7
Repubblica Ceca	22.800	11	5
Romania	49.682	5	1
Ucraina	198.885	31	2
Ungheria	15.821	5	3
Media Europa Orientale	190.492	17	4

da che nel 2000 non registravano suicidi. È importante sottolineare che in Islanda il numero dei detenuti nel 2000 era molto più basso (93) rispetto ai detenuti Norvegesi (2450). Confrontando questi dati con il tasso medio di suicidi della popolazione europea fornito dall'Eurostat (che ammonta a 1,54 suicidi ogni 10.000 persone), si deduce che i suicidi in carcere sono circa 9 volte più frequenti rispetto alla popolazione generale.

Prendendo in considerazione l'Italia, la Tabella 2 riporta i dati rilevati sui 207 istituti di detenzione italiani. Il numero medio di detenuti annui dal 1980 al 2005 risulta pressoché raddoppiato. Il tasso di suicidi (terza colonna) ogni 10.000 detenuti si attesta attorno ai 10-13 suicidi ogni 10.000 per anno, con i picchi all'inizio degli anni '80 prima dell'entrata in vigore della circolare suddetta. La media complessiva di questo periodo è di 11,62 suicidi ogni 10.000 detenuti (ds=2,48).

Rapportando il numero pressoché doppio di detenuti con il valore assoluto dei suicidi si nota come le condotte suicidarie aumentino del 30-35%, abbassando così il tasso di suicidi ogni 10.000 detenuti. In particolare confrontando gli anni dal 1980-84 con il periodo 2001-05 si rileva una differenza significativa tra le medie ($t=2,33$; $p<.05$) che indica un sostanziale decremento dei fenomeni suicidari, significativo proprio se rapportato all'incremento del numero dei detenuti.

Il gesto suicidario viene commesso quasi totalmente da uomini. D'altronde la percentuale di donne detenute rappresenta 8,1% e considerando gli anni dal 1990 al 2000 su 520 detenuti suicidi, 502 sono stati uomini e solo 18 donne (3,6%). Negli ultimi due anni, tuttavia il suicidio femminile sembra aumentare.

Nel 2004 sono avvenuti 4 suicidi femminili su 52 totali (7,7%) e nel 2005 su 57 suicidi totali 6 sono stati di donne (10,5%). Nella po-

Tabella 2. Detenuti suicidi e tentati suicidi in Italia dal 1980 al 2005

Anno	Numero medio detenuti	Casi di suicidio	Suicidi ogni 10.000 detenuti	Tentativi di suicidio	Tentativi ogni 10.000 detenuti
1980	30.186	40	13,3		
1981	30.636	54	17,6		
1982	32.275	58	18,0		
1983	37.537	45	12,0		
1984	40.932	46	11,2		
1985	41.495	44	10,6		
1986	36.423	43	11,8		
1987	31.563	51	16,2		
1988	31.634	44	13,9		
1989	31.126	38	12,2		
1990	28.113	23	8,2		
1991	30.637	29	9,5		
1992	41.393	47	11,4	531	128,2
1993	48.832	61	12,5	670	137,2
1994	50.757	50	9,9	639	125,9
1995	49.037	50	10,2	868	177,0
1996	47.309	45	9,5	709	149,9
1997	48.102	55	11,4	773	160,7
1998	48.153	51	10,6	933	193,7
1999	50.341	53	10,5	920	182,2
2000	53.455	56	10,5	892	166,9
2001	54.895	69	12,6	878	159,9
2002	55.670	52	9,2	782	140,5
2003	54.237	57	10,5	685	126,3
2004	56.068	52	9,3	713	127,16
2005	59.498	57	9,6	750	126,1

popolazione generale italiana il tasso di suicidi tra la popolazione maschile negli anni 2001-04 si è attestato tra 3,9 e 4,8 suicidi ogni 100.000 persone (Tab. 3). Negli stessi anni il tasso di suicidio in carcere si attestava tra 9,2 e 12,6 ogni 10.000 detenuti testimoniando quindi una frequenza di 25 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

Tra il 2001-2005 (Tab. 4), nelle carceri italiane la percentuale di suicidi di detenuti stra-

nieri era di circa il 23%, a fronte del 30% di stranieri sul totale dei detenuti. Tuttavia, negli ultimi due anni di tale periodo la percentuale dei suicidi è salita a oltre il 28%.

Rispetto ai *tentativi di suicidio* (Tab. 2) i dati dal 1992 al 2005 mostrano un tasso medio di 150,1 (ds=22,6) casi annui ogni 10.000 detenuti, con una tendenza alla flessione negli ultimi tre anni. I soggetti stranieri (Tab. 5) che negli ultimi 5 anni hanno tentato il

Tabella 3. Tasso di suicidi e di tentati suicidi ogni 10.000 abitanti nella popolazione italiana (anni 2001-2004)

Anno	Popolazione italiana	Suicidi tot.	Suicidi maschili	Tasso suicidi maschile ogni 10.000	Tentativi di suicidio	Tasso tentativi suicidio
2001	56.347.080	2819	2730	0,48	2992	0,53
2002	57.321.070	2949	2260	0,39	2964	0,51
2003	57.888.245	3361	2526	0,44	3412	0,58
2004	58.462.375	3265	non disp.	non disp.	3481	0,59

Tabella 4. Suicidi di soggetti stranieri nella popolazione carceraria italiana (anni 2001-2005)

Anno	Totale suicidi (di cui donne)	Totale suicidi stranieri (di cui donne)	Percentuale suicidi soggetti stranieri
2001	69 (2)	14 (0)	20,29 %
2002	52 (2)	11 (0)	21,15 %
2003	57 (2)	10 (0)	17,54 %
2004	52 (4)	14 (1)	26,92 %
2005	57 (6)	16 (1)	28,07 %

Tabella 5. Tentativi di suicidio di soggetti stranieri nella popolazione carceraria italiana (anni 2001-2005)

Anno	Totale tentati suicidi	Totale tentati suicidi stranieri (di cui donne)	Percentuale tentati suicidi soggetti stranieri
2001	878 (50)	288 (19)	32,80 % (38)
2002	782 (37)	263 (8)	33,63 % (21,62)
2003	685 (42)	211 (7)	30,80 % (16,66)
2004	713 (71)	246 (31)	34,50 % (43,66)
2005	750 (49)	289 (11)	38,53 % (22,44)

suicidio sono mediamente il 34% ($m=259,4$ $ds=32,5$) del totale. Nella popolazione generale italiana il tasso di tentativi di suicidio negli anni 2001-2004 si attesta tra il 5,1 e il 5,9 ogni 10.000 persone (Tab. 3). Pertanto nella popolazione carceraria il rischio suicidario aumenta notevolmente, affermandosi tra 126,3 e il 159,9%.

Le donne che hanno tentato il suicidio in carcere negli anni 2001-2005 vanno dal 4,7% ($n=8$) del 2002 al 10% del 2004 ($n=31$). Difficile calcolare il rapporto delle donne straniere che tentano il suicidio in carcere rispetto alle italiane in quanto i dati sulle donne straniere hanno una scarsa stabilità ed una variabilità troppo alta per trarne conclusioni ($m=5,87$; $ds=3,59$). Ad ogni modo tale rapporto raggiunge il picco nel 2004 con il 43,7% ($n=31$) di donne straniere suicide.

Globalmente le donne che tentano il suicidio rappresentano una percentuale maggiore rispetto alle donne che commettono suicidio in carcere.

Discussione e Conclusioni

Le analisi condotte portano a rilevare che in Italia il fenomeno suicidario nel corso degli ultimi 25 anni ha subito un complessi-

vo, ma non sostanziale, declino. In maniera allarmante, tuttavia, si nota che negli ultimi 5 anni il tasso di suicidi nella popolazione carceraria italiana è circa 25 volte più elevato rispetto a quello della popolazione generale (0,43/10.000 per la popolazione generale contro 11/10.000 riscontrato nella popolazione carceraria). Tale dato risulta molto più elevato rispetto ai recenti riscontri internazionali che riportano nella popolazione carceraria un incremento dei suicidi tra le 11 e le 14 volte rispetto alla popolazione generale (Dooley 1990; Shaw et al., 2004; Andersen 2005). Si deve comunque tener conto del fatto che la popolazione italiana presenta un tasso di suicidi più basso rispetto al resto della comunità europea. In questo senso, riferendoci al tasso Eurostat di suicidi nell'Europa (1,54/10.000), la popolazione carceraria italiana negli ultimi 5 anni, avrebbe una frequenza di 7 volte maggiore rispetto alla popolazione generale, rientrando quindi nella media descritta dagli studi sopra riportati. Tuttavia, a nostro avviso, è necessario fare riferimento ai dati della popolazione italiana in quanto portatrice di valori sociali, culturali e morali che non sono equiparabili alle altre popolazioni europee. Il riferimento all'Europa, quindi, se da un lato potrebbe normalizzare il quadro italiano dei suicidi in carcere – evitando di suscitare allarmi

sociali -, dall'altro svaluterebbe eccessivamente l'importanza (per non dire la gravità) della situazione riscontrata.

In Europa, in assenza di dati longitudinali, l'aspetto più rilevante che emerge dall'analisi dei dati nell'anno 2000, è la netta discrepanza tra l'elevato tasso di suicidi dei paesi dell'Europa occidentale rispetto a quelli dell'Europa orientale. Ulteriori studi dovrebbero escludere la presenza di errori di rilevazione, approfondire la stabilità nel tempo di questo dato e la presenza di differenze socio-culturali che possono spiegare tale fenomeno.

Molto grave risulta anche il problema dei tentativi di suicidio nell'ambiente carcerario italiano. Negli anni 2001-2004 i tentativi di suicidio in carcere hanno avuto una frequenza 25 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

Presi complessivamente questi dati sembrano evidenziare l'ampia diffusione delle condotte suicidarie nei carceri italiani e la scarsa efficacia della prevenzione attuata. Ciò implica la necessità di misure atte a ridurre le condotte suicidarie attraverso un programma di prevenzione che attualmente risulta inefficace. Per una corretta opera preventiva sarebbe opportuno, peraltro, avere dati più specifici in merito alle caratteristiche demografiche e alle condizioni ambientali nelle quali vengono attuati i propositi autolesivi (affollamento carcerario generale, situazione cella, ecc.) e sul momento temporale nel quale si situa la condotta suicidaria (quanto tempo dopo la carcerazione? quanto tempo dopo la sentenza definitiva? a quanto tempo dalla possibile scarcerazione? ecc.).

Attualmente per ciò che è di nostra conoscenza non esiste un protocollo univoco per l'effettuazione di queste ricerche, che risultano condotte solo in un numero esiguo di istituti di detenzione italiana.

Bibliografia

Andersen HS. Mental health in prison populations. A review--with special emphasis on a study of danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand* 110(Suppl424): 5-59, 2004.

Arboleda-Florenz J, Holley HL. Predicting suicide behaviours in incarcerated setting. *Can J Psychiat* 34: 668-674, 1989.

Backett SA. Suicide in Scottish prisons. *Brit J Psychiat* 151: 218-221, 1987.

Biggam FH, Power KG. A comparison of the problem-solving abilities and psychological distress of suicidal, bullied, and protected prisoners. *Crim Justice Behav* 26: 196-216, 1999.

Clemmer S. Prisonization. In "Freeman". San Francisco, 1940.

Cosand BJ, Bourque LB, Kraus JF. Suicide among adolescent in Sacramento County, California 1950-1979. *Adolescence* 17: 917-930, 1982.

Danto BL. Jailhouse Blues - studies of suicidal behavior in jail and prison. In "Epic. Publications", Orchard Lake, Michigan, 1973.

Dooley E. Prison suicide in England and Wales. 1972-87. *Brit J Psychiat* 156: 40-45, 1990.

Dooley E. Prison suicide-politics and prevention: a view from Ireland. *Crisis* 18: 185-189, 1997.

DuRand CJ, Burtka GJ, Federman EJ, Haycox JA, Smith JW. A quarter century of suicide in a major urban jail: Implications for community psychiatry. *Am. J. Psychiat* 152: 1077-1080, 1995.

Durkheim E. Il suicidio. Rizzoli (Ed.), Milano, 1987.

Farmer KA, Felthous AL, Holzer CE. Medically serious suicide attempts in a jail with suicide-prevention program. *J Forensic Sci* 41 (2): 240-246, 1996.

Farmer KA, Felthous AL, Holzer CE. Medically serious suicide attempts in a jail with suicide-prevention program. *J Forensic Sci* 140: 864-872, 1983.

Ferracuti F. Criminologia dei reati e del suicidio. Giuffrè (Ed), Milano, 1988.

Frottier P, Frühwald S, Ritter K, Eher R, Schwärzler J, Bauer P. Jailhouse Blues revised. *Soc Psych Psych Epid* 37: 68-73, 2002.

Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody: Case-control study. *Brit J Psychiat* 185 (6): 494-498, 2004.

Goffman I. Le istituzioni totali. Bompiani (Ed), Milano, 1969.

Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Brit J Psychiat* 178: 48-54, 2001.

He XY, Felthous AR, Holzer CE, Nathan P, Vaesev S. Factors in prison suicides: one year study in Texas. *J Forensic Sci* 46 (4): 896-901, 2001.

Joukama M. Prison suicide in Finland, 1969-1992. *Forensic Sci Int* 89: 167-174, 1997.

Kerkhof A, Bernasco W. Suicidal behavior in jails and prisons in the Netherlands: Incidence, characteristics and prevention. *Suic Life-Threat* 20: 123-137, 1990.

Laishes J. Inmate suicides in the correctional service of Canada. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention*

and Suicide Prevention. *Special Issue: Prison Suicide* 18 (4): 157-162, 1997.

Leese M, Thomas S, Snow L. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *Int J Law Psych* 29 (5): 355-60, 2006.

Marcus P, Alcabes P. Characteristic of suicides by inmates in an urban jail. *Hosp Community Psych* 44: 256-261, 1993.

McKee GR. Lethal versus nonlethal suicide attempts in jail. *Psychol Rep* 82: 611-614, 1998.

Morrison S. Custodial suicide in Australia: a comparative study of different populations. *Med Sci Law* 36: 167-177, 1996.

Nordentoft M, Rubin P. Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen. *Acta Psychiatr Scand* 8: 278-285, 1993.

Pérez-Cárceles M, Ínigo C, Luna A, Osuna E. Mortality in maximum security psychiatric hospital patients. *Forensic Sci Int* 119: 279-283, 2001.

Preti A, Cascio MT. Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1990-2002. *Med Sci Law* 46 (2): 127-134, 2006.

Rohde P, Mace D, Seeley JR. The association of

psychiatric disorders with suicide attempts in a juvenile delinquent sample. *Crim Behav Ment Health* 7: 186-200, 1997.

Schaffer CB, Carroll J, Abramowitz SL. Self-mutilation and the borderline personality. *J Nerv Ment Dis* 170: 468-473, 1982.

Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and adolescent. *J Am Acad Child Psychiatr* 20: 545-565, 1981.

Shaw J, Baker D, Hunth MI, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners. *Brit J Psychiat* 184: 263-267, 2004.

Steinhauser A. Analysis of cause of death in Central Rhine prisons and in police detention centers, 1949 to 1990. *Arch Kriminol* 199: 88-96, 1997.

Szitty E. *Selbstmörder*. C. Weller (Ed), Leipzig, 1925.

Tatarelli R, Mancinelli I, Taggi F, Polidori G. Suicide in Italian Prisons in 1996 and 1997: A descriptive Epidemiological Study. *Int J Offender Ther* 43 (4): 438-447, 1999.

Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community Ment Hlt J* 28: 317-326, 1992.