



# Il rischio suicidario nel mondo penitenziario

**Stefania Anania**

*Dirigente Psicologo  
UOS Psicologia Penitenziaria  
ASST- Santi Paolo e Carlo, MI*

# IL SUICIDIO IN CARCERE

Il suicidio rappresenta la **prima causa di morte non naturale tra i decessi in custodia (18%)**, seguita dall'overdose (7%), con un rischio da 3 a 10 volte superiore rispetto alla popolazione generale (Vedi Deliberazione n. XI/6653/2022, Allegato Stato dell'Arte su Salute Mentale e rischio suicidario).

# IL SUICIDIO IN CARCERE

ANNO	NUMERO DI SUICIDI NELLA POPOLAZIONE DETENUTA
2024	83
2023	69
2022	84
2021	58
2020	61

Fonti: [www.sistemapenale.it](http://www.sistemapenale.it) – [www.antigone.it](http://www.antigone.it)

# PERCHE' IL CARCERE IMPATTA SUL RISCHIO SUICIDARIO?

- L'incarcerazione costituisce un fattore potenzialmente traumatico, in quanto
  - **Patogenetico:** contribuisce all'insorgenza di disturbi acuti da stress o sindromi da disadattamento
  - **Patoplastico:** modula l'**espressione della malattia**, ad es. favorisce molto l'esternalizzazione della sofferenza, soprattutto attraverso ciò che rimane nell'assoluta disponibilità della persona, e cioè il corpo (vedi espressione autolesionistica della sofferenza)

# IL LIVELLO 1 DEL RISCHIO SUICIDARIO O RISCHIO ALTO

## ***I FATTORI PROSSIMALI-1***

### **La triade cognitiva della suicidalità**

- **Sé:** immagine rigida di un sé inadeguato, senza aiuti esterni e risorse interne, nell'affrontare una situazione potenzialmente traumatica, senza speranza, inutile o addirittura di peso agli altri (onerosità percepita)
- **Altri:** rifiutanti, abbandonici, critici, esigenti, contrastano il bisogno di appartenenza
- **Futuro:** privo di speranza e di possibilità di un cambiamento



**RUMINAZIONE MENTALE IN CUI SI SELEZIONANO SOLO INFORMAZIONI  
CHE CONFERMANO GLI ELEMENTI DELLA TRIADE**

**DISPERAZIONE, RIGIDITA' DELL'IMMAGINE DI SÈ,  
PROCESSO MENTALE DI RUMINAZIONE**



**ATTRIBUZIONE ALLA MORTE DI UN  
SIGNIFICATO POSITIVO DI  
RISOLUZIONE DEI PROBLEMI  
Se muoio tutto questo finisce**



**INTENZIONALITÀ  
PIANO**

**CAPACITÀ  
ACQUISITA**  
da precedenti TS  
o numerosi gesti  
autolesivi di  
superare la paura  
del dolore



Senza Capacità  
acquisita il  
rischio di un esito  
letale della crisi  
suicidaria esiste  
ma è minore

## **Alcuni studi sfidano l'idea che il comportamento autolesionistico e il suicidio rappresentino entità completamente differenti:**

➤ Uno studio condotto in Inghilterra e nel Galles su 26.510 detenuti tra il 2004 e il 2009, mostra che giovani <20 anni, sia maschi (in prigioni di massima sicurezza) che femmine (in prigioni miste) bianchi, autori di reati di violenza, che avevano messo in atto gesti autolesivi, avevano più probabilità di commettere suicidio rispetto a detenuti che non avevano commesso tali atti. Infatti, le storie dei 109 suicidi avvenuti in prigione evidenziano tutte tentativi autolesionistici precedenti.

(K. Hawton, L., T. Adeniji, A. Sariaslan e S. Fazel, in Lancet, marzo 2014)

1. **Attribuzione di importanza alla relazione** e all'alleanza terapeutica nel supporto psicologico erogato.
2. **Compliance alla terapia farmacologica e psicofarmacologica.** Richiestedività di farmaci saltuaria e facilmente gestibile nella relazione.
3. **Ambivalenza nello scenario mentale** tra una polarità di ideazione suicidaria da una parte e progettualità in un futuro a breve e medio termine dall'altra.
4. **Aspettativa realistica di essere importante per i propri familiari** e di essere destinatario di un loro supporto.
5. **Espressione delle proprie emozioni e pensieri avversativi** nel “contenitore della relazione” con gli operatori. L'espressione è una condizione favorente la regolazione emotiva.
6. **Religiosità**
7. **Risorse cognitive e personali (strategie di coping adeguate, resilienza)**



## AMBIENTALI

1. Qualità e quantità del **controllo sulla circolazione di sostanze** stupefacenti, alcool e psicofarmaci di abuso da parte della polizia penitenziaria e dell'area educativa.
2. Qualità e quantità del **controllo sulle dinamiche di prevaricazione/sottomissione** nei gruppi dei detenuti.
3. Possibilità di **inserimento in percorsi trattamentali riabilitativi** che supportino la progettualità del detenuto.

## SOCIO-FAMILIARI

**Famiglia supportiva** nei confronti del figlio e **collaborativa** nei confronti degli operatori penitenziari. Una famiglia che continua a richiedere risorse al minore ristretto e lo colpevolizza per il flusso interrotto di quelle non è da considerarsi supportiva.

# LO PSICOLOGO IN CARCERE

La figura dello psicologo penitenziario è prevista **sia** dall'Ordinamento Penitenziario (Ministero di Giustizia), **sia** dal Servizio Sanitario Nazionale e dalle delibere regionali in materia di Medicina Penitenziaria.

Entrambi i Ministeri attribuiscono allo psicologo il compito di individuare e gestire il rischio autolesivo e anticonservativo.

## DELIBERAZIONE N. XII/3621/2024 Aggiornamento della DGR 4716/2016

**Individuazione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e prevenzione del rischio** attraverso l'attuazione di specifici programmi mirati alla riduzione del rischio suicidario e del fenomeno dell'autolesionismo, così come previsto dal Piano Regionale per la prevenzione del rischio suicidario, approvato con DGR n. 6653/2022.

## DELIBERAZIONE N. XII/3621/2024

### Aggiornamento della DGR 4716/2016

- La DGR n. 6653/2022 inserisce lo psicologo clinico **nell'Area di Attenzione e Sostegno tecnico-clinico** cioè fra quelle figure che «operano quotidianamente e che possono cogliere sintomi e/o richieste di attenzione e di cura nel corso di visite, colloqui, distribuzione di terapie» (assieme a medici, infermieri, SerD, psichiatri).
- La **competenza nella valutazione del rischio è dell'area sanitaria**, ma le informazioni, che devono essere tenute in considerazione ai fini della valutazione, pervengono da tutti gli altri operatori, penitenziari e sanitari, e la 6653 chiede di lavorare non solo in **un'ottica multidisciplinare, ma anche condividendo le decisioni**.

# LA GESTIONE PSICOLOGICA DEL RISCHIO SUICIDARIO

- **RACCORDO CON IL NPI/PSICHIATRA/EQUIPE DEL SERD** per valutare l'opportunità di terapia farmacologica, ev. anche di un breve ricovero;
- **NORMALIZZAZIONE/CONVALIDA EMPATICA** per cui il clinico tollera il l'idea del suicidio del paziente considerandola un'opzione comprensibile;
- **POTENZIAMENTO DELLE STRATEGIE DI REGOLAZIONE EMOTIVA** ad es. incoraggiamento ad elaborare le emozioni e non a controllarle, a identificare il sistema motivazionale attivo nel momento;
- **PSICOEDUCAZIONE** sulle trappole mentali dell'astrazione selettiva, del pensiero dicotomico che favoriscono la ruminazione suicidaria;
- **INSEGNAMENTO (O VALORIZZAZIONE) DI STRATEGIE DI COPING PER L'ADATTAMENTO ALLA CONDIZIONE DETENTIVA:** tecniche cognitive di problem solving, rifocalizzazione su compiti realizzabili (per promuovere la self-agency) o su temi non connotati negativamente.

# FORMATO GENERALE DEGLI INTERVENTI

- La PSICOLOGIA PENITENZIARIA è, nella sua fase iniziale, quella in cui si mette in paziente in sicurezza, parte della **medicina di iniziativa**.
- Non si aspetta che il paziente apra la porta dell'ambulatorio psicologico, andiamo noi da lui perché consideriamo l'incarcerazione un fattore potenzialmente traumatico.

# FORMATO SPECIFICO DEGLI INTERVENTI

## Interventi rivolti ai pazienti/utenti

### **Individuali:**

Valutazione dell' RA/RS,  
del rischio  
psicopatologico e di  
vittimizzazione.  
Valutazione  
psicodiagnostica, Pronto  
Intervento  
Supporto psicologico

### **Di gruppo:**

Promozione della salute

## Interventi di rete sanitaria e penitenziaria

**Rete penitenziaria  
e sanitaria interna**

**Rete esterna  
Segnalazione agli  
SST**

## Interventi rivolti agli operatori

### **Formativi**

Ad es. agli agenti sul  
RS/RA

### **Terapeutici**

Problematiche di stress  
lavoro correlate in  
Ambulatorio Ospedaliero

### **Debriefing**

In situazioni di  
emergenza, come  
l'emergenza coronavirus

# L'OPERATORE PENITENZIARIO

Il carcere è un' ISTITUZIONE TOTALE, pertanto chi vi presta servizio è sottoposto a una seppur parziale privazione della libertà.

La asimmetria operatore/utente deve soddisfare la necessità di accompagnare, riabilitare, vigilare, controllare i detenuti con una presenza costante e continuativa.

Pertanto anche l'operatore può essere esposto ai fattori di rischio e a quelli protettivi in materia di manifestazione di malessere psicologico, e di rischio autolesivo.



# IL SUICIDIO NEGLI OPERATORI

ANNO	NUMERO DI SUICIDI NEL CORPO DI POLIZIA PENITENZIARIA
2024	7
2023	1
2022	5
2021	5
2011-2022	78

Fonti: [www.polpenuil.it](http://www.polpenuil.it) (UILPA) – Associazione Antigone – Assoc. *CerchioBlu*

# L'OPERATORE PENITENZIARIO

L'operatore penitenziario quando entra in carcere è privato di quasi tutti suoi effetti personali e dei contatti diretti con i riferimenti esterni, per prestare servizio in un contesto lavorativo slegato e isolato da quello di appartenenza.

L'operatore deve inserire la propria attività in una cornice istituzionale in cui prevale l'intento restrittivo, e di sensibilizzazione rispetto al danno sociale e morale procurato dal detenuto.

Pertanto l'operatore «non è padrone in casa propria».

# INTERVENTI RIVOLTI AGLI OPERATORI

- Sono legittimati e accettati come utili quelli attivati a seguito di un evento critico ai danni di un detenuto (interventi di debriefing).
- Gli interventi connessi allo stress lavoro correlato sono di difficile realizzazione, anche quando viene rappresentata una domanda d'aiuto da parte dell'operatore stesso.

## LE RICADUTE DELLA «CARCERITE»

- Il suicidio dell'operatore penitenziario è un evento estremo al culmine di una situazione esistenziale dolorosa e complessa, ma il disagio connesso al contesto lavorativo carcerario ha lo stesso delle manifestazioni importanti, e che interferiscono significativamente con la qualità della vita.
- La «carcerite» è un termine gergale usato quando si riconosce che in un operatore 'qualcosa non va'.

## LE RICADUTE DELLA «CARCERITE»

- L'elevato grado di privazione a carico dei detenuti rende gli interventi degli operatori particolarmente 'speciali', investendo l'operatore di aspettative anche 'salvifiche', e nel contempo mettendo in pericolo l'efficacia dell'attività professionale.
- L'operatore affetto da «carcerite» effettua una sorta di inversione tra mondo esterno e carcere, nell'investimento delle proprie risorse vitali, anche a seguito dei feedback ricevuti dalla popolazione detenuta.

## LE RICADUTE DELLA «CARCERITE»

- L'iper-adattamento dell'operatore penitenziario al carcere, e il comfort da lui provato stando nel contesto detentivo, non gli consentono di riconoscere inizialmente la presenza di un disagio.
- Se da un lato la «carcerite» potrebbe sembrare protettiva, dall'altro aumenta il divario dentro/fuori, attaccando i reali fattori protettivi dal rischio autolesivo/suicidario.

## CONCLUSIONI

Il rischio suicidario in carcere, a danno sia di detenuti che di operatori, è l'esito di un complesso intrico multifattoriale, in cui il **contesto** ha un ruolo determinante, talvolta rispetto anche alle variabili endogene.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Giampieri E., Clerici M.(2013) *Il suicidio oggi*. Springer. Milano

Roberts A.R , Yeager K. R. (2012). *Gli interventi sulla crisi*. Una guida pratica.  
Springer, Milano.

Saita E.- Sorge A. (2022). *PSICOLOGIA PENITENZIARIA*. Vita e Pensiero, Milano



# GRAZIE DELL'ASCOLTO

**[stefania.anania@asst-santipaolocarlo.it](mailto:stefania.anania@asst-santipaolocarlo.it)**