



**UNIVERSITÀ
CUSANO**

FACOLTÀ DI PSICOLOGIA

**CORSO DI STUDI TRIENNALE IN SCIENZE E TECNICHE
PSICOLOGICHE (L-24)**

TESI DI LAUREA

**IL PESO DELLA COLPA: SALUTE MENTALE E SUICIDIO NEL
CONTESTO CARCERARIO**

LAUREANDO

Mattia Milano

RELATORE

**Chiar.ma Prof.ssa
Nicoletta Vegni**

ANNO ACCADEMICO 2023-2024

Indice

Introduzione.....	1
Capitolo 1 - La colpa e la pena: uno sguardo psicoanalitico.	4
1.1. <i>Pulsioni e conflitti: una prospettiva psicoanalitica</i>	4
1.2. <i>Le radici del senso di colpa e il ruolo del Super-io.</i>	8
1.3. <i>Aspetti psicoanalitici della colpa e della trasgressione.</i>	13
Capitolo 2 - Il concetto di salute mentale in carcere.....	18
2.1 <i>La tutela della salute in carcere.</i>	18
2.2 <i>La salute mentale in carcere ed impatto della detenzione.</i>	23
2.3 <i>Epidemiologia del disagio psichico in carcere e disturbi più diffusi.</i>	28
Capitolo 3- Il suicidio in carcere e la valutazione del rischio.	39
3.1 <i>Analisi delle teorie fondamentali sul comportamento suicidario.</i>	39
3.2 <i>Il suicidio nel contesto carcerario e strumenti operativi.</i>	47
3.3 <i>Analisi del sostegno psicologico e condizioni attuali delle carceri italiane.</i>	64
Conclusioni.....	79

Bibliografia

Sitografia

Ringraziamenti

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni la salute mentale nelle carceri è diventata una questione di crescente preoccupazione a livello globale, infatti, studi recenti hanno dimostrato che oltre il 50% dei detenuti soffre di disturbi mentali, una percentuale significativamente superiore rispetto alla popolazione generale.

Tale questione ha messo in luce non solo l'inadeguatezza delle risposte istituzionali ai bisogni di salute mentale dei detenuti, ma anche la necessità di urgenti riforme sistemiche.

La salute mentale in carcere ha sempre rappresentato per le politiche della sanità e della giustizia un tema minore, spesso sottovalutato o dimenticato. E dimenticati sono anche i detenuti con disturbi psichici silenti, detenuti spesso privi di risorse necessarie per essere rappresentati dai migliori avvocati e dai più famosi periti in grado di dimostrare al meglio le loro condizioni cliniche e le possibili alternative.

La gestione della salute mentale nelle carceri è una questione complessa. Le carceri, originariamente concepite come strutture di punizione e riabilitazione, hanno dovuto far fronte a un numero crescente di detenuti con disturbi mentali, molti dei quali già presenti in condizioni di libertà e aggravati dalle condizioni del carcere stesso.

I fattori che hanno contribuito al disagio psichico dei detenuti sono stati il sovraffollamento, l'architettura delle strutture, la mancata prospettiva futura e la privazione della socialità

Questa tesi si propone di esplorare il problema della salute mentali nelle carceri italiane e di analizzare le condizioni attuali e l'efficacia degli interventi finora attuati.

In maniera specifica questo lavoro intende indagare le dinamiche personali che hanno portato all'arresto, i meccanismi presenti nell'individuo al momento della carcerazione soffermandosi sulla

depersonalizzazione e sulla sindrome di “prisonizzazione”. Inoltre si è posta l’attenzione sui disturbi psichici più diffusi in carcere e come quest’ultimi hanno influito sull’ideazione suicidaria e sulla sua messa in atto.

Pertanto l’obiettivo di questo lavoro è indirizzato ad identificare le lacune esistenti nell’attuale gestione delle carceri e la difficoltà di approccio con i detenuti che presentano problemi psichici. Esso si inserisce nel dibattito sempre attuale sulla necessità di migliorare le condizioni delle carceri e del benessere mentale e fisico dei detenuti, riducendo così la circolarità criminale e favorendo una reintegrazione più efficace nella società.

La suddetta analisi si articola in tre capitoli. Nel primo capitolo vengono analizzati i concetti di colpa e pena attraverso la lente della psicoanalisi, delineando la visione di Freud con il concetto di Super-Io, e di altri psicoanalisti definendo anche il concetto di senso di colpa e gli aspetti della trasgressione.

Nel secondo capitolo viene approfondito il concetto di salute nelle carceri e di tutela di quest’ultima così come presupposto dal decreto legge del 1999 che indica le linee di indirizzo per il riordino del servizio sanitario penitenziario. Inoltre vengono analizzati le normative atte a consentire la tutela della salute mentale, l’impatto con la carcerazione, i rischi e le difficoltà della gestione dei detenuti con problemi psichici. Nell’ultimo paragrafo del capitolo sono stati approfonditi i disturbi più diffusi in carcere, specialmente quelli riguardanti i disturbi di adattamento e di personalità.

Nel terzo capitolo viene proposta un’analisi storica del suicidio e vengono analizzate le dinamiche che hanno portato l’individuo a mettere in atto un comportamento suicidario. Tale aspetto viene analizzato attraverso le teorie di diversi studiosi che nel corso degli anni hanno ampliato il dibattito. Viene in seguito approfondito, il suicidio in carcere, l’ideazione, la storia pregressa, i fattori di rischio e in

particolare i modelli operativi per prevenire tali comportamenti prendendo come esempio il protocollo operativo dell'ASL Roma 2.

Nell'ultimo paragrafo si analizzano le condizioni attuali delle carceri italiane attraverso la lente dell'Associazione Antigone, che si occupa di tutela dei diritti umani nel sistema penale e penitenziario, e le possibili soluzioni atte a migliorare il benessere dei detenuti.

Affrontare il problema della salute mentale nelle carceri è essenziale, non solo per i detenuti stessi, ma per tutta la società, per giungere a destrutturare la convinzione comune che chi si trova in carcere non meriti altro in più di quello che ha è un imperativo per ogni democrazia.

Capitolo 1 - La colpa e la pena: uno sguardo psicoanalitico.

1.1. Pulsioni e conflitti: una prospettiva psicoanalitica

La colpa e la pena sono due aspetti profondamente radicati nell'esperienza umana, influenzando il modo di pensare, sentire e agire di ogni individuo.

Nella vastità del panorama psicologico, la prospettiva psicoanalitica offre una lente unica attraverso la quale esplorare la complessità di questi concetti, Freud ad esempio, teorizza che i bisogni e i desideri umani sono radicati nell'operato dei fenomeni psichici inconsci, i quali agiscono indipendentemente dalla volontà conscia dell'individuo, e nel complesso gioco di forze istintuali note come pulsioni. Pertanto, elemento centrale della metapsicologia freudiana è il concetto di pulsione che aiuta a spiegare alcuni fenomeni psichici della devianza nell'ottica psicodinamica.

Secondo Freud, la pulsione è "un concetto limite tra lo psichismo e il somatico"¹; è uno stato di eccitazione di tipo somatico percepito soggettivamente come uno stato di tensione e/o eccitazione. Egli concepisce tale stato come una forma di energia che, generata nel soma, influisce sulla sfera psichica, facilitando processi mentali che spingono l'individuo all'azione.

È possibile definire la pulsione simile all'istinto poiché entrambi hanno derivazione biologica, ma la sua peculiarità e ciò che la differenzia dall'istinto è quella di promuovere processi mentali.

L'essere umano, nel corso della sua esistenza, deve confrontarsi con diversi fattori di eccitazione, che possono essere sia esterni sia interni: i fattori esterni sono quelli da cui il soggetto può facilmente fuggire o proteggersi (ad esempio le reazioni di fuga di fronte ad un predatore); al contrario, la pulsione che si origina da uno stato di

¹ S. Freud, *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in Opere vol.4, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

eccitazione interna, è qualcosa da cui l'organismo non può sfuggire e che in qualche modo deve essere scaricata andando così a costituire la molla del funzionamento di tutto l'apparato psichico.

È possibile suddividere la sistematizzazione scientifica di Freud in due diversi modelli, conosciuti oggi con i nomi di prima topica e seconda topica.

All'interno della prima topica Freud concepisce l'apparato psichico come suddiviso in tre diverse zone rispettivamente denominate sulla base della fondamentale caratteristica in ciascuna di esse contenuta, conscio, preconsciouso e inconscio: I) Conscio: sede di tutto ciò che è immediatamente accessibile ed utilizzabile nel funzionamento mentale di ciascuna persona; II) Preconsciouso: sede dei contenuti psichici che, pur essendo o comunque potendo apparire momentaneamente inconsci, possono in realtà divenire consci tramite uno sforzo non particolarmente eccessivo dell'attenzione; III) Inconscio: sede dei contenuti psichici stabilmente inconsci, che vengono mantenuti tali dalla forza di un meccanismo mentale denominato rimozione la quale può essere superata soltanto attraverso tecniche apposite e specificatamente al riguardo ideate dalla psicoanalisi. Per tale ragione, il contenuto di questo luogo della mente umana venne definito da Freud come il rimosso.

In questa prima istanza Freud definisce la rimozione in questi termini: "la sua essenza consiste semplicemente nell'espellere e nel tener lontano qualcosa dalla coscienza",² la sua finalità è quindi quella di tutelare l'equilibrio ed il benessere psicologico di ciascun individuo, va considerata una modalità universale dello psichismo umano, ed i suoi effetti sono facilmente evidenziabili anche nella comune vita quotidiana delle persone cosiddette normali soprattutto in comportamenti quali i lapsus ed i cosiddetti atti mancati.

² S. Freud, *Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti*, 1915-1917, Torino, Bollati Boringhieri, 2002, pp.94.

Secondo Laplanche e Pontalis, il conflitto intrapsichico può essere concettualizzato, nell'ottica della prima topica, "all'opposizione fra i sistemi inconscio e preconsciouso, separati dalla censura; questa opposizione corrisponde anche alla dualità del principio di piacere e principio di realtà, in cui il secondo cerca di garantire la propria superiorità rispetto al primo. Si può dire che le due forze in conflitto sono allora per Freud la sessualità e un'istanza rimovente che include le aspirazioni etiche ed estetiche della personalità; la rimozione sarebbe motivata da caratteri specifici delle rappresentazioni sessuali che le renderebbero conciliabili con l'lo e generatrici di dispiacere per quest'ultimo"³; il conflitto intrapsichico è dunque riconducibile ad un conflitto tra pulsioni, in particolare, tra pulsioni sessuali e pulsioni di sopravvivenza dell'individuo e altre gratificazioni di esigenze biologiche diverse dalla sessualità.

Nel 1922 Freud pubblica il libro *L'lo e L'Es* operando una modifica significativa al suo modello di funzionamento della mente. Pur mantenendo la distinzione tra conscio, preconsciouso e inconscio, viene integrato un unico insieme funzionale costituito da tre istanze: Es, lo e Super-io; Es: polo pulsionale della personalità, super-io: coscienza morale, io: parte organizzata e cosciente della personalità, che deve fare i conti con le esigenze dell'Es, del Super-lo e del mondo esterno.

"Nella seconda topica il conflitto può essere correlato a una più semplice conflittualità tra ognuna di queste istanze e ciascuna delle altre due, oltre che tra contenuti interni ad ogni singola istanza, ma poi prendendo anche in esame la possibilità che ognuna delle tre istanze psichiche teorizzate dalla seconda topica possa in un certo senso allearsi con una delle altre due per avere il sopravvento rispetto alla terza"⁴.

3 Laplanche, J., e Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. (trad.it. *Enciclopedia della Psicoanalisi*. Bari: Laterza, 1973).

4 F.Frati, *Il conflitto intrapsichico e l'evoluzione storica del suo approccio psicoterapeutico in psicoanalisi*, 2021, pp.672.

In *Precisazioni su due principi dell'accadere psichico*, nel 1911, Freud spiega come nel corso dello sviluppo infantile, si instauri un principio di realtà a discapito del più primitivo principio di piacere che spinge soltanto verso il soddisfacimento della pulsione. Alla base della formazione del pensiero e di adattamento alla realtà vi è uno sforzo volto ad abbandonare il pensiero primitivo onnipotente che spinge l'individuo a soddisfare il suo bisogno senza tener conto della realtà. Ne deriva che nel corso dello sviluppo l'individuo impari a rimandare il soddisfacimento della pulsione confrontandosi con la realtà oppure, ove necessario, a rinunciarvi del tutto, proprio grazie al principio di realtà che si instaura nel corso dell'infanzia quando il neonato inizia a sperimentare che non tutti i suoi desideri vengono immediatamente soddisfatti.

Ad opporsi al soddisfacimento immediato non vi è solo il principio di realtà ma è presente, secondo Freud, all'interno di ogni individuo un sistema di norme e divieti interiorizzati che chiama Super-io, il quale fa sì che ogni essere umano si astenga dal commettere atti riprovevoli alla propria coscienza, anche se ciò significa rinunciare al soddisfacimento di desideri. Questa sorta di censore interno ha dunque una duplice funzione positiva in quanto regolatore di desideri e pulsioni umane e una funzione negativa in quanto causa un senso continuo di frustrazione e oppressione interiore. In sintesi, il Super-io è secondo Le Guen "un'istanza psichica la cui funzione è sorvegliare l'Io, impartirgli degli ordini, dirigerlo e minacciarlo di punizione...".

Tornando al concetto di frustrazione, è proprio la graduale frustrazione dei bisogni dell'infante da parte del padre e della madre che permette al bambino di adattarsi progressivamente alla realtà e, identificandosi con i valori dei genitori⁵, impari a posticipare il soddisfacimento della pulsione, e talvolta a rinunciarvi, sia a prestare attenzione a ciò che nel gergo comune potremmo definire voce della

⁵ Attraverso le vicende del complesso edipico.

coscienza.

Il percorso di maturazione del bambino è possibile definirlo come un percorso di abbandono progressivo, nel corso dello sviluppo, della pretesa onnipotente che tutto sia dovuto.

I genitori dosando in modo accorto la giusta proporzione tra frustrazione e soddisfacimento, permettono al bambino di acquisire le basi per ciò che sarà il suo futuro adattamento alla realtà, e il futuro comportamento volto all'etica e al rispetto dei propri simili.

Si definisce quindi Super-io quell'istanza psichica che, al di là del timore delle ripercussioni esterne, guida l'individuo nel non compiere azioni dannose verso gli altri, percependole come moralmente riprovevoli agli occhi stessi dell'individuo.

1.2. Le radici del senso di colpa e il ruolo del Super-io.

Il termine "colpa", di origine giuridica, deriva dal latino "culpa", che indica "[...] ogni azione o omissione che contravviene a una disposizione della legge o a un precetto della morale, o che per qualsiasi motivo è riprovevole o dannosa [...]", contrapposto al "dolo" che costituisce invece un'infrazione volontaria.

In Psicoanalisi, si parla di senso di colpa, che non si limita alla mera violazione di un precetto morale, ma designa piuttosto l'emozione complessa che emerge in seguito a questa violazione. Questa condizione emotiva riflette non solo la consapevolezza della trasgressione, ma può essere influenzata anche da fattori consapevoli e inconsapevoli. Esperienza connessa a tale sentimento cosciente e doloroso è il sentirsi in colpa che nasce dal rimorso per aver infranto una legge morale o religiosa, più precisamente "uno stato affettivo susseguente a un atto che il soggetto considera repressibile, per ragioni che possono essere più o meno adeguate (rimorsi o autorimproveri anche apparentemente assurdi), oppure un senso

diffuso di indegnità personale senza riferimento a un atto preciso”⁶.

Secondo Freud “il senso di colpa normale e cosciente (la coscienza morale) non presenta difficoltà di interpretazione: esso è [...] l’espressione di una condanna dell’Io da parte della sua istanza critica. È presumibile che i noti sentimenti di inferiorità propri del nevrotico non se ne discostino granché [...].

Egli ritiene che sia possibile “azzardare l’ipotesi che una gran parte del senso di colpa debba normalmente restare inconscia [...]” e che “se qualcuno volesse sostenere la tesi paradossale che l’uomo normale non soltanto è molto più immorale di quanto egli creda, ma anche molto più morale di quanto egli sappia, la psicoanalisi, sulle cui scoperte poggia la prima parte dell’affermazione, non avrebbe, nulla da obiettare neppure sulla seconda parte”⁷.

A riguardo, Freud avanzò l’idea della presenza nell’essere umano di desideri inconsci considerati dall’istanza critica come immoralità e quindi tenuti lontani dalla coscienza e di cui l’individuo ignora l’esistenza. Desideri che, emergenti dall’inconscio, sono soggetti all’azione di un’istanza censoria interna che agisce al di fuori della consapevolezza dell’individuo e indipendentemente dalla sua volontà.

Egli inoltre sostiene che l’individuo non può avere conoscenza diretta di questa istanza, a meno che non venga resa cosciente tramite la terapia psicoanalitica, attraverso la quale è possibile rendere consapevoli sia questi desideri proibiti che i meccanismi di difesa, come la rimozione, che relega tali desideri nell’inconscio.

Secondo la psicoanalisi, il senso di colpa inconscio costituisce un sistema di motivazioni che fornisce una spiegazione per diversi fenomeni psicologici tra cui condotte delittuose, autolesionismo e comportamenti autodistruttivi che limitano il benessere dell’individuo e

⁶ J. Laplanche, J.B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, 1967 (trad. It. *Enciclopedia della psicanalisi*, Laterza, Bari, 1968, voce senso di colpa)

⁷ S. Freud, *Das Ich und das Es*, 1913 (trad. It. “L’Io e l’Es”, in *Opere*, vol.9, Bollati Boringhieri, Torino, 1996, pp 512-514).

interferiscono con il raggiungimento di una vita piena e serena.

Il senso di colpa inconscio è inoltre, secondo Freud, alla base delle nevrosi e della melanconia; esso si manifesta nei confronti delle pulsioni sessuali inconscie del soggetto che necessitano di essere repressi allo scopo di salvaguardare la vita sociale, repressione che trova espressione mediante una istanza psichica che agisce come censore morale, esercitando il ruolo di auto-osservazione, critica e formazione degli ideali e del Super-io stesso. In un primo momento Freud chiamò tale censore interno *Ideale dell'io*, considerandolo come facente parte di tutte quelle funzioni attribuite all'io; in un secondo momento verrà concettualizzato come una istanza o strutture a sé stante, denominata Super-io.

L'introduzione del concetto di Super-io segna un allontanamento da quello che era l'interesse predominante in Freud per la psicologia delle pulsioni introducendo una nuova visione del conflitto psichico, dove gli aspetti relazionali e in particolare i rapporti tra bambino e figure genitoriali rivestono un ruolo determinante. Freud considera il Super-io come il risultato dell'identificazione con le immagini parentali interiorizzate, sottolineando come quella parte del mondo esterno rappresentata essenzialmente dai genitori venisse assunta nell'io, attraverso l'identificazione, diventando parte integrante del mondo interno.

Questa nuova istanza psichica andrà, in un certo senso, a sostituire le figure genitoriali svolgendo quelle funzioni che a suo tempo venivano svolte da questi ultimi e quindi giudicherà l'io, gli impartirà degli ordini, lo orienterà e lo minaccerà con delle punizioni. E a tal proposito Freud scrisse: "Chiamiamo questa istanza Super-io, e la avvertiamo nella nostra funzione giudicante, come la nostra coscienza morale⁸".

8 S. Freud, *Compendio di psicoanalisi*, in *Opere*, vol. 11, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

Il grado di rigidità del Super-io correla direttamente con l'intensità del senso di colpa che permea la vita psichica dell'individuo, un fenomeno fortemente influenzato dall'educazione ricevuta: più questa è stata rigida e autoritaria, tanto più darà origine a un Super-io punitivo con eccessivi sensi di colpa.

Il senso di colpa, quale forza inconscia potente, incide significativamente sul comportamento e sulla patologia individuale, generando effetti soggettivi talmente pervasivi da escludere qualsiasi percezione conscia di colpevolezza.

È possibile trovare riferimenti al senso di colpa anche in Melanie Klein, la quale sostiene che il senso di colpa si esprime nella sofferenza e nel rimorso per gli impulsi aggressivi e distruttivi. Secondo la psicoanalista nell'inconscio coesistono desideri contraddittori: i desideri infantili e gli impulsi distruttivi che sono illimitati e si manifestano sia consciamente che inconsciamente attraverso tendenze opposte; ossia l'inconscio desidera contemporaneamente dare amore e fare riparazione dell'oggetto distrutto e ha fiducia che gli adulti lo aiutino a porre dei limiti alla sua aggressività e al suo egoismo, al fine di evitare la sofferenza derivante dal rimorso e per l'indegnità.

L'adattamento del bambino è mediato dal compromesso tra il suo odio aumentato dalle frustrazioni e il suo amore, unitamente al suo desiderio di riparazione in ogni caso accompagnato dalle sofferenze e dal rimorso, e tale compromesso andrà a costituire la base di tutte le relazioni sociali successive, "e di tutta la capacità adulta di amare e di svilupparsi culturalmente"⁹.

Nel corso dell'analisi della natura del senso di colpa e delle funzioni del Super-io, emerge chiaramente la predominanza delle forze psichiche, in particolare nella loro capacità di dettare regole morali che influenzano il soddisfacimento pulsionale. Questo solleva l'interrogativo

9 M. Klein, J. Riviere, *Love, Hate and Reparation*, 1964 (trad. It. *Amore, odio e riparazione*, Astrolabio, Roma, 1969, p.73)

fondamentale sull'effettiva portata del libero arbitrio umano: è realmente presente, o l'essere umano è principalmente influenzato da queste forze psichiche che operano al di là del suo controllo consapevole?

La "Psicologia dell'io", sviluppando una psicoanalisi dove le funzioni dell'io hanno un ruolo più determinante e attivo nella possibilità di decidere e di scegliere, tenta di rispondere a questo quesito. La Psicologia dell'io rifiuta l'immagine dell'uomo come creatura fatta di solo istinti, frenata solo dalla paura delle punizioni o dalla speranza di premi.

E proprio Anna Freud nell'opera *L'io e i meccanismi di difesa* sottolinea l'importanza delle relazioni tra l'apparato psichico individuale e il mondo esterno, prendendo l'io e le sue funzioni come strumento e oggetto di indagine.

Heinz Hartmann, ispirandosi proprio agli studi di Anna Freud, aprì nuovi orizzonti nello sviluppo della psicoanalisi considerando l'io non soltanto come apparato psichico che si adatta passivamente al conflitto tra mondo esterno e pulsioni, ma piuttosto come un sistema dotato di funzionamenti in parte autonomi e di attività psicologiche non conflittuali come la percezione, l'intenzione e il linguaggio. Secondo Hartmann "non ci sono persone morali e persone immorali ma solo persone malate e sane"¹⁰, non negando l'esistenza di sofferenze e conflitti psichici.

Pur confermando la non esistenza di un uomo puramente razionale, gli psicologi dell'io accentuano, molto più di Freud, la capacità dell'io di agire in modo decisivo e creativo e diviene centrale, in quest'ottica, il concetto di egosintonicità contrapposto a egodistonicità; le idee e le pulsioni personali assumono differenti significati in base alla loro coerenza con gli ideali individuali, presentandosi come egosintoniche o egodistoniche. Questa distinzione influisce sull'atteggiamento dell'individuo: mentre nel primo caso vi è

¹⁰ H. Hartmann, cit. In Lasch C., *The Minimal Self* (trad. It. *L'io minimo. La mentalità della sopravvivenza in un'epoca di turbamenti*, Feltrinelli, Milano, 2004, p.152)

accettazione e integrazione nella propria identità, nel secondo si genera conflittualità.

1.3. Aspetti psicoanalitici della colpa e della trasgressione.

Nel contesto della psicoanalisi contemporanea, particolare attenzione è stata posta alla comprensione della dinamica psicologica della colpa e della trasgressione.

Uno dei contributi più significativi a questo dibattito è offerto dalla teoria di Winnicott che offre una prospettiva ricca e articolata sui processi intrapsichici sottostanti a tali fenomeni.

Nella sua teoria Winnicott introduce il concetto di "falso sé" e "vero sé"; il falso sé si sviluppa in risposta a un ambiente che non è in grado di riconoscere e soddisfare adeguatamente i bisogni autentici dell'individuo. In questo contesto, l'individuo impara a conformarsi alle aspettative degli altri, reprimendo i propri desideri e bisogni percepiti come inaccettabili o pericolosi, processo di adattamento che può portare alla formazione di una falsa identità, basata su una conformità esterna piuttosto che su una vera espressione del sé.

La trasgressione, d'altra parte, può essere vista come un tentativo del vero sé di emergere e affermarsi nonostante la repressione dei bisogni autentici. Quando i desideri genuini vengono ignorati o soppressi, l'individuo può ricorrere a comportamenti trasgressivi come un modo per esprimere o soddisfare quei bisogni autentici che sono stati repressi. Questi comportamenti possono essere visti come una reazione di difesa contro la negazione del vero sé e una ricerca di autenticità e soddisfazione.

E proprio Winnicott afferma che "È un sollievo essere per un momento il proprio sé vero e non un falso sé"¹¹ indicando come

11 D. Winnicott, *The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies*

l'autenticità personale possa emergere brevemente nonostante le pressioni esterne.

Tuttavia, il conflitto tra falso sé e vero sé può generare un senso di colpa quando l'individuo agisce in modo trasgressivo. Questo senso di colpa può derivare dalla paura del rifiuto o del giudizio degli altri, così come dalla percezione interna di aver tradito le proprie norme morali o identitarie. Il conflitto interno tra il desiderio di autenticità e la paura del rifiuto contribuisce alla comprensione della colpa e della trasgressione secondo Winnicott.

Ulteriore prospettiva interessante da menzionare è quella di Jacques Lacan, uno dei più influenti teorici della psicoanalisi del XX secolo, il quale ci offre una prospettiva unica sulla colpa e sulla trasgressione attraverso concetti fondamentali della sua teoria.

Nel contesto Lacaniano, la colpa e la trasgressione sono intimamente legati alla complessa interazione tra il simbolico, l'immaginario e il reale.

Il concetto di simbolico rappresenta per Lacan il mondo dei significati condivisi e delle norme sociali che influenzano il modo in cui percepiamo e interpretiamo la realtà ed è proprio attraverso il simbolico che gli individui acquisiscono un senso di identità e si rapportano agli altri.

All'interno di questo contesto, Lacan introduce la nozione di legge simbolica, che rappresenta tutte le regole e le norme che governano il comportamento sociale e individuale. In quest'ottica la trasgressione, secondo Lacan, emerge quando un individuo cerca di sottrarsi a questa legge simbolica, sfidando le norme culturali e sociali stabilite, atto di trasgressione che può essere visto come un tentativo di affermare l'identità individuale e di rompere con le convenzioni sociali.

Tuttavia, Lacan sottolinea che la trasgressione non può mai

in the Theory of Emotional Development, 1965 (trad. it. "Processi maturativi e ambiente facilitante: Studi sulla teoria dello sviluppo emotivo, 2013, Armando editore).

essere completamente liberatoria, poiché l'individuo rimane intrappolato nei sistemi di significato e di relazioni di potere che definiscono la legge simbolica. Questo concetto di intrappolamento nel simbolico rivela un importante paradosso nella concezione Lacaniana della trasgressione: anche quando un individuo cerca di sfidare le norme sociali, continua a essere soggetto alle loro influenze e limitazioni.

Per comprendere appieno la complessità delle dinamiche psichiche coinvolte nella colpa e nella trasgressione, Lacan introduce anche i concetti di immaginario e reale. L'immaginario rappresenta il mondo delle immagini e delle rappresentazioni mentali, che possono influenzare la percezione dell'individuo di sé stesso e degli altri. Il reale, d'altra parte, rappresenta ciò che sfugge alla simbolizzazione e alla rappresentazione mentale, ed è spesso associato all'irrazionale e all'inconscio.

Ulteriore approccio innovativo al concetto di colpa e trasgressione all'interno del contesto psicoanalitico è fornito da Heinz Kohut, fondatore della Psicologia del Sé.

Heinz Kohut, pioniere della psicoanalisi contemporanea, ha delineato una visione illuminante della natura dell'identità individuale e delle dinamiche emotive che sottendono alla colpa e alla trasgressione. La sua teoria, incentrata sul concetto di Sé, definisce questa struttura complessa come il prodotto delle interazioni con le figure significative dell'ambiente sociale, specialmente durante l'infanzia e l'adolescenza sottolineando che: "uno sviluppo armonioso della personalità richiede un ambiente che rispetti e supporti i bisogni emotivi dell'individuo, permettendogli di esprimere e integrare il proprio sé in modo sano e coeso."¹²

Kohut riconosce inoltre l'empatia come un processo

¹² H. Kohut, 1971, *"The Analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders."* (trad. It. "Narcisismo e analisi del Sé", Bollati Boringhieri, Torino, 1977).

fondamentale che facilita la comprensione e la risposta ai bisogni emotivi degli altri.

Al centro della sua teoria si trovano le "necessità di autostima", che Kohut identifica come bisogni basilari per essere accettati e stimati, quando questi bisogni non sono soddisfatti adeguatamente, possono emergere sentimenti di colpa e insicurezza che influenzano il comportamento e le relazioni interpersonali.

Kohut propone anche i concetti di "oggetto di mirroring" e "oggetto di idealizzazione": il primo rappresenta una figura significativa che riflette e convalida l'esperienza emotiva dell'individuo, mentre il secondo rappresenta un modello ideale di perfezione e soddisfazione.

Nel contesto della colpa e della trasgressione, la teoria di Kohut suggerisce che queste esperienze possano emergere quando il sé si sente minacciato o compromesso nelle sue necessità fondamentali di accettazione e stima. Le trasgressioni possono quindi rappresentare un tentativo di compensare queste mancanze o di affermare l'identità individuale, mentre i sentimenti di colpa possono derivare dall'incapacità di soddisfare le aspettative dell'oggetto di mirroring o di idealizzazione.

Le tre teorie sopra citate ci aiutano a capire come la comprensione dei meccanismi sottostanti ai comportamenti trasgressivi e dei sentimenti di colpa, possano influenzare la pratica clinica e l'approccio con pazienti dove vi è un rapporto terapeutico con una situazione specifica come quella dell'espiazione afflittiva, concreta, di una colpa realmente riconosciuta da una sentenza del Tribunale, che riguarda un agito criminale, rappresentato da un comportamento offensivo, aggressivo e violento.

In quest'ottica l'evoluzione della personalità deviante è determinata dal rapporto tra le istanze psichiche, in modo particolare dal livello di debolezza dell'Io e dalla presenza o assenza di senso di colpa. La riabilitazione psichica e sociale è resa possibile solo se

vengono attivati processi di riparazione del vissuto della colpa, processi che necessariamente comprendono come parte integrante del processo l'espiazione.

Capitolo 2 - Il concetto di salute mentale in carcere.

2.1 La tutela della salute in carcere.

Nel corso degli anni, il concetto di salute è stato notevolmente rivisitato, ad oggi non si intende più come uno stato di assenza di malattia, ma uno stato di benessere e/o equilibrio di tipo psicologico ed emotivo dell'individuo all'interno del suo ambiente. L'OMS ne estende il significato riferendolo "ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni"¹³.

L'OMS, nella Carta di Ottawa, individuava le condizioni e le risorse fondamentali per garantire uno stato di salute soddisfacente, ovvero: "la pace, l'abitazione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità"¹⁴. Risulta evidente come la salute e nello specifico la salute mentale non sia una prerogativa esclusiva dell'individuo, ma piuttosto della società stessa in cui lui si trova, infatti, "ogni intervento volto a migliorare il benessere dell'individuo deve prevederne altrettanti volti a migliorare il contesto naturale in cui questo vive, facilitandone l'integrazione reale attraverso il soddisfacimento dei bisogni primari quali quello abitativo, lavorativo, lavorativo, relazionale ed affettivo"¹⁵.

Parlare di salute in alcune istituzioni, come quella carceraria, appare un compito assai arduo, nonostante venga pienamente riconosciuto come diritto fondamentale anche dall'ordinamento

¹³ WHO, 2013.

¹⁴ WHO, Carta di Ottawa, 2016

¹⁵ A.Sbardella, *Salute mentale e carcere*, Roma, Aracne, 2022, pp. 37.

penitenziario che con l'art. 11 della legge 354/1975 (ordinamento penitenziario riformulato) ribadisce che " i detenuti e gli internati hanno diritto a prestazioni sanitarie (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) pari a quelle di tutti i cittadini in attuazione del decreto legislativo 22 giugno 1999 n. 230 (passaggio della medicina penitenziaria al Servizio sanitario nazionale);

e inoltre prevede che sia messa a disposizione dei detenuti la carta dei servizi sanitari adottata dall'azienda sanitaria locale;

definisce la competenza dei giudici che possono decidere di eventuali trasferimenti in strutture sanitarie esterne o autorizzare visite a proprie spese da professionisti di fiducia;

stabilisce che, nella visita medica, effettuata obbligatoriamente all'arrivo in carcere, il medico deve annotare nella cartella clinica segni che possono essere indici di violenze o maltrattamenti e ne deve informare direttore e magistrato;

assicura la continuità terapeutica ai detenuti che sono trasferiti di sede, l'attività sanitaria deve: oltre che rispondere ai bisogni di salute del detenuto, deve essere anche proattiva, anticiparne perciò le esigenze; garantire visite quotidiane ai detenuti ammalati e a quelli che ne fanno richiesta in base ai criteri di appropriatezza clinica; svolgere le proprie funzioni senza limiti di orari"¹⁶.

La salute è quindi un diritto inalienabile della persona indipendentemente dalla condizione di libertà o detenzione sancito dalla Costituzione all'art.32: "La Repubblica tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti"¹⁷

Nonostante vengano ampiamente riconosciute e tutelate dalla legge, ad oggi le condizioni carcerarie non rendono possibile tali tutele, rendendo l'istituzione carceraria, in alcuni casi, un luogo di privazione

16 D.L. 2 ottobre 2018 n.123.

17 Costituzione Italiana, art.32.

della salute piuttosto che di tutela.

L'esperienza di detenzione è già di per sé un rischio per la salute a causa delle condizioni di degrado delle strutture come: l'architettura delle celle e degli spazi comuni, il sovraffollamento e per l'elevato turnover delle persone detenute che aumentano quindi il rischio di contrarre malattie infettive.

Diversi studi infatti, hanno evidenziato come nelle carceri sia maggiore il rischio di contrarre malattie infettive, in confronto alla popolazione generale libera, infatti, vi è tra la popolazione detenuta una maggiore prevalenza di infezione da HIV del 4,8% contro lo 0.2% della popolazione generale, e di HBV, HCV, sifilide e gonorrea¹⁸.

Il rischio di trasmissione delle malattie infettive all'interno non solo della popolazione detenuta ma anche nella comunità generale è inoltre aumentato attraverso il personale del carcere, i visitatori, e i contatti stretti avuti con detenuti in condizione di semilibertà¹⁹.

Tale rischio di trasmissione si trasla inequivocabilmente nella società "libera" rendendolo non solo un problema della realtà carceraria ma una questione di salute pubblica e che le malattie contratte o aggravate all'interno delle carceri abbiano un impatto anche sull'esterno.

La gestione della salute in ambito carcerario richiede un approccio integrato e multidisciplinare, volto a rispondere alle diverse esigenze sanitarie della popolazione detenuta. In particolare, con il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) del 1° aprile 2008 viene attuato il trasferimento delle funzioni sanitarie alle Regioni, delineando le modalità operative per garantire che i detenuti ricevessero cure sanitarie equivalenti a quelle disponibili per la

18 K. Dolan, A.L. Wirtz, B. Moazen, et al. *Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees*. Lancet 2016; 388: 1089-102.

19 G. Niveau, *Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: a review*. Public Health 2006; 120: 33-41.

popolazione generale²⁰.

L'assistenza sanitaria in carcere è strutturata per rispondere in modo efficace e tempestivo alle diverse esigenze della popolazione detenuta, garantendo cure di base, specialistiche, di emergenza e psicologiche. All'interno della Carta dei servizi per l'assistenza sanitaria per i detenuti e gli internati vengono ribaditi quali sono i criteri di assistenza sanitaria da rispettare ovvero:

L'assistenza medica di base, pilastro fondamentale del sistema sanitario in carcere, la quale è fornita da medici di medicina generale, i quali sono responsabili della gestione delle patologie comuni e delle cure di primo livello. I medici di base operano all'interno delle strutture carcerarie, effettuando visite mediche periodiche, gestendo le emergenze sanitarie minori e monitorando lo stato di salute generale dei detenuti. Questo servizio è essenziale per la diagnosi precoce e la gestione delle malattie croniche, riducendo il rischio di complicazioni gravi e migliorando la qualità della vita dei detenuti.

Oltre all'assistenza medica di base, i detenuti hanno accesso a una vasta gamma di servizi specialistici. Questi includono visite e trattamenti in diverse aree mediche, come cardiologia, dermatologia, psichiatria, odontoiatria, e altre specializzazioni. L'assistenza specialistica è organizzata sia attraverso ambulatori specialistici interni agli istituti penitenziari, sia mediante trasferimenti esterni presso strutture sanitarie pubbliche o private. Questa organizzazione è cruciale per garantire che i detenuti ricevano cure adeguate a condizioni di salute più complesse, che richiedono l'intervento di specialisti.

La gestione delle emergenze sanitarie in carcere è un aspetto critico del sistema di assistenza sanitaria. Le strutture penitenziarie devono disporre di protocolli chiari e ben definiti per affrontare situazioni di emergenza. Questi protocolli includono la presenza di personale

²⁰ Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 01 aprile 2008.

sanitario qualificato e la disponibilità di attrezzature di primo soccorso. In caso di emergenze più gravi, è previsto il trasferimento urgente dei detenuti presso ospedali esterni. La tempestività e l'efficacia della risposta alle emergenze sanitarie sono fondamentali per prevenire esiti fatali e garantire interventi appropriati.

L'assistenza psicologica e psichiatrica in carcere riveste un ruolo particolarmente importante, data l'elevata prevalenza di disturbi mentali, che verranno analizzati in seguito, tra la popolazione detenuta. I problemi di salute mentale possono essere aggravati dalle condizioni di detenzione, rendendo indispensabile un supporto psicologico e psichiatrico continuo e adeguato. L'assistenza psicologica è fornita attraverso colloqui individuali e di gruppo, mirati a sostenere i detenuti nel loro percorso di adattamento alla vita carceraria e a prevenire situazioni di crisi. L'assistenza psichiatrica, invece, include la diagnosi e il trattamento farmacologico dei disturbi mentali, nonché il monitoraggio dei pazienti con patologie psichiatriche severe.²¹ Questo modello integrato di assistenza sanitaria mira a tutelare il diritto alla salute dei detenuti, migliorando la loro qualità di vita e contribuendo a un ambiente carcerario più sicuro e umanitario. Tuttavia, è essenziale continuare a monitorare e migliorare tali servizi per affrontare le sfide persistenti e garantire un livello di cura paritario a quello disponibile per la popolazione generale.

Negli ultimi anni in Italia e in Europa, si è iniziato a riconoscere la necessità di intervenire in maniera efficace all'interno del contesto carcerario anche a garanzia della salute pubblica.

Due sono i principali fattori sui quali si sono concentrati i tentativi di intervento: il principio di equità e la protezione della comunità.

Come è stato precedentemente sottolineato il carcere è un luogo di concentrazione e moltiplicazione della malattia ma esso può

²¹ <http://rm.coe.int/090000168092a48b>, Council of Europe, *Gli Standard del CPT Rilievi essenziali e generali dei Rapporti Generali del CPT*, 2004 (ultimo accesso 03 giugno 2024).

diventare anche un luogo in cui fare diagnosi, prevenzione, educazione a stili di vita più sani mediante interventi utili non solo alla popolazione all'interno del carcere ma alla comunità di cui queste persone torneranno a far parte.

2.2 La salute mentale in carcere ed impatto della detenzione.

Unire la salute mentale e il carcere è, ad oggi, uno dei legami più complessi con cui la nostra società deve fare i conti basti pensare che nei 189 istituti penitenziari italiani, al 30 aprile 2024 risultavano presenti 61.297 detenuti a fronte di una capienza regolamentare di 51.167. I detenuti definitivi sono 45.236, mentre 9409 sono in attesa di giudizio, oppure con stato giuridico non definitivo²².

Tali numeri ci aiutano a comprendere come la salute mentale sia molto più precaria rispetto alla società libera, ma non solo, spesso chi arriva negli istituti di detenzione arriva con disagi psichici già manifestati, rischiando di aggravare la condizione preesistente o sviluppare altri disturbi, ciò dovuto probabilmente alle condizioni di sovraffollamento, di degrado già precedentemente menzionate, ma anche alla natura stessa del regime carcerario.

Nel 1975 viene sottolineato come sia fondamentale orientare il sistema detentivo in un'ottica di recupero e reinserimento, la custodia e la sicurezza permangono i caratteri distintivi del sistema carcerario moderno, inoltre come venne scritto da Foucault in *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione* il contesto detentivo è progettato per l'espiazione della pena, egli scrisse: "scompare dunque, all'inizio del secolo diciannovesimo, il grande spettacolo della punizione fisica; si nasconde il corpo del suppliziato; si esclude dal castigo l'esposizione

²² Ministero di Giustizia, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento - Sezione Statistica https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14.page (ultimo accesso 20 maggio 2024).

della sofferenza. Si entra nell'età della sobrietà punitiva²³.

È evidente che ad oggi tale presupposto, però, sia carente sia a partire dall'architettura stessa del carcere di chiusura e privazione e sia sull'aspetto educativo che è solo di tipo punitivo mai premiante e basato sull'infrazione della regola, ad esempio, alle persone detenute vengono sottratti 45 giorni dalla pena complessiva ogni 6 mesi se non hanno infranto le regole, non è previsto di contro una riduzione ulteriore per chi si impegna in attività meritevoli.

Si denota una passivizzazione dell'individuo in maniera coerente anche con le attività dette significative che sono scarse e non riescono a coinvolgere la maggior parte della popolazione carceraria soprattutto nei grandi istituti.

Altro fattore rilevante è l'isolamento che di fatti costituisce una conseguenza della punizione, isolamento di cui si conosce l'impatto negativo sulla salute e sul benessere e così come è sostenuto nell'art. 45 delle regole di Mandela dovrebbe essere utilizzato in circostanze eccezionali, come ultima soluzione, per il più breve tempo possibile e con controlli regolari²⁴.

Appare evidente come le condizioni detentive abbiano un enorme impatto sulla salute mentale e sul benessere così come viene precisato nel documento dell'OMS *Prison and Health* (2014) "il trattamento e la cura della salute mentale, in prigione, deve soddisfare tutti i bisogni, compresi quelli sociali e pertanto essere di natura psicosociale. È necessario garantire, prima di tutto, alle persone recluse il soddisfacimento dei bisogni e dei diritti fondamentali, come l'accesso al cibo, all'acqua, alla luce, all'esercizio fisico e ad un'occupazione

23 M.Foucault, *"Surveiller et punir. Naissance de la prison"*, Editions Gallimard, Paris, 1975 (trad it. di A. Tarchetti *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Einaudi, Torino, 1976.)

24 Ministero della giustizia, Rassegna penitenziaria e criminologica, *Standard Minimi delle Nazioni Unite sul trattamento dei detenuti - Regole Nelson Mandela*, <https://rassegnapenitenziaria.giustizia.it/raspenitenziaria/it/lettura.page?contentId=LTR389> (ultimo accesso 21 maggio 2024).

significativa²⁵. Tale menzione rimanda alla piramide dei bisogni dello psicologo Abraham Maslow, il quale teorizzò, nel 1954, un modello motivazionale dello sviluppo umano basato su una gerarchia crescente, centrato su di un meccanismo di autodeterminazione dell'individuo.

Alla base della piramide troviamo i bisogni fisiologici ovvero fame, sete, sonno, vale a dire tutti quei bisogni connessi alla sopravvivenza fisica dell'individuo, sono i primi a dover essere soddisfatti poiché mossi dall'istinto di autoconservazione.

Seguono i bisogni di sicurezza ovvero protezione, tranquillità, prevedibilità, cioè tutti quei bisogni che garantiscono all'individuo protezione e tranquillità.

Successivamente vi sono i bisogni di appartenenza cioè il bisogno di essere amato e amare, far parte di un gruppo, cooperare, questa categoria di bisogni rappresenta l'aspirazione dell'essere umano di essere un elemento della comunità.

Troviamo poi i bisogni di stima, l'essere rispettato, approvato e quindi sentirsi competente e produttivo.

E in ultimo i bisogni di autorealizzazione ovvero l'aspirazione di ogni individuo a essere ciò che vuole sfruttando le sue capacità fisiche e mentali.

Maslow riteneva che le persone debbano soddisfare i bisogni di livello inferiore prima di poter concentrarsi sui bisogni di livello superiore; tuttavia, tale gerarchia non è rigida e le persone possono muoversi avanti e indietro tra i vari livelli a seconda delle circostanze della vita. Inoltre, i bisogni fondamentali, una volta soddisfatti tendono a non ripresentarsi, mentre i bisogni sociali e relazionali tendono a rinascere. Ne consegue che l'insoddisfazione, può trovare una sua causa nella mancata realizzazione delle proprie potenzialità.

Analizzando la piramide di Maslow emerge la necessità che il

25 Blaauw E, Van Marle H., *Mental Health in prison*, in Moller L. et. Al., eds. *Health in prison. A WHO guide to the essentials in prison health*, Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 2007.

sistema carcerario diventi un luogo dove tali bisogni possano trovare piena soddisfazione, migliorando le condizioni strutturali e organizzative e con interventi volti al miglioramento sistematico dell'intera organizzazione.

Come già accennato in precedenza, con la detenzione si apre una nuova fase di vita in un nuovo mondo, vissuto come momento di vera e propria frattura nei confronti di tutto il resto. Contrariamente ad altri comportamenti problematici e altri insuccessi, in ambito scolastico e lavorativo, i quali trovano una serie di giustificazioni sia personali che all'interno dei contesti di appartenenza, il carcere stabilisce con chiarezza un confine tra il passato e il futuro. La detenzione rappresenta il momento di vera separazione, non solo fisica, ma anche interiorizzata della persona dalla sua rete sociale e la rinegoziazione di ruoli e contesti che comporta la trasformazione degli approcci intra ed intersubiettivi preesistenti e inevitabilmente una modifica degli aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali.

La dimensione del Sé identitario è quella che subisce l'impatto più significativo, venendo lentamente erosa e impoverita a favore di un progressivo adattamento al collettivismo imposto dall'istituzione carceraria.

Goffman denomina tale fenomeno come spoliamento materiale: all'ingresso, il detenuto viene privato dei suoi beni personali e deve consegnarli all'autorità carceraria. Nei casi di lunga detenzione, questa spoliamento si traduce in una perdita definitiva del Sé, accentuata dalla rottura dei legami affettivi, familiari e sociali. Questi fattori elevano una barriera tra il carcere e il mondo esterno, consolidando distanze e confini.²⁶

Con l'ingresso in carcere si parla spesso di spersonalizzazione²⁷

26 E. Goffman, *Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968.

27 Privare della personalità; privare di ogni idea personale e soggettiva, Dizionario Garzanti: *Il grande dizionario Garzanti della lingua italiana*, Milano, Garzanti, 1987.

ad indicare, proprio, la perdita di identità e unicità personale dovuta a circostanze estreme o oppressive, e per comprendere a pieno cosa significhi per un individuo la privazione della libertà, di autonomia e degli affetti è utile menzionare una citazione di Voltaire, il quale sosteneva che: "sbattere un uomo in carcere, lasciarlo solo, in preda alla paura e alla disperazione, interrogarlo solamente quando la sua memoria è smarrita per l'agitazione, non è forse come attirare un viaggiatore in una caverna di ladri e assassinarlo?"²⁸.

Alta sindrome di insorgenza carceraria è la sindrome di prisonizzazione che "consiste in un insieme di sintomi e segni clinici, derivati dalla detenzione in carcere, che costituiscono un processo di spersonalizzazione, di demolizione della propria immagine, di annichilimento dell'autostima"²⁹, individuata da Donald Clemmer nel 1940.

Tale sindrome può manifestarsi in vari modi, fra cui il suicidio, che è l'ipotesi estrema a cui arrivano quei soggetti della popolazione carceraria sopraffatti dalla perdita di speranza per il futuro e dall'impossibilità di gestire il presente, soprattutto negli istituti penitenziari in cui, per ostacoli spesso anche strutturali, non è possibile rendere l'esperienza carceraria proficua in vista di un reinserimento nella società durante e post pena.

Oltre agli istinti suicidi, tale sindrome si può tradurre nella cosiddetta sindrome persecutoria, caratterizzata da un atteggiamento sospettoso e diffidente, una forma di reattività all'ambiente carcerario con tendenze paranoiche³⁰, in cui, nello stato di regressione, il detenuto perde la propria autonomia e sviluppa un approccio ansiogeno nei confronti di qualsiasi novità, chiudendosi in se stesso, fino ad acuirsi in

28 Voltaire, *Taccuino di pensieri. Vademecum per l'uomo del terzo millennio* (a cura di Domenico Felice), Mimesi, Sesto San Giovanni, 2019.

29 https://it.wikipedia.org/wiki/Sindrome_di_prisonizzazione, (ultimo accesso 27 maggio 2024).

30 A. Carnevale, A. Di Tillio, *Medicina e Carcere. Gli aspetti giuridici, criminologici, sanitari e medico- legali della pena*, Ed. Giuffrè, Milano, 2006

forme di infantilizzazione, in cui la propria identità subisce una profonda disgregazione³¹.

Ulteriore aspetto che può assumere la prisonizzazione è la sindrome del guerriero, a cui è predisposto il detenuto particolarmente violento, in particolare tra i 30 e i 50 anni di età, condannato a lunghe pene, che "ha sostituito la speranza di uscire con un'affermazione narcisistica di sé, attraverso il controllo violento sugli altri"³².

Le patologie appena citate, di insorgenza prettamente carceraria, pongono l'attenzione sulla necessità di intervenire sulla salute mentale all'interno del carcere e sottolinea come sia fondamentale affrontare e superata la credenza, forse neanche troppo inconsapevole, che chi sta in carcere non merita poi molto di più del minimo indispensabile, superando quello che è un pensiero collettivo, e ribadendo la necessità di riabilitare piuttosto che punire tenendo conto che i soggetti che verranno poi liberati, dopo una sorta di parziale sospensione dell'esistenza, non avendo sperimentato nulla di nuovo e propositivo ricadranno, inevitabilmente, all'interno della circolarità criminale.

2.3 Epidemiologia del disagio psichico in carcere e disturbi più diffusi.

In Italia, al 30/04/2024, sono presenti in carcere 61.297 detenuti su una capienza massima regolamentare di 51.167.

Come precedentemente specificato, l'ingresso in istituto rappresenta uno dei momenti più critici per le persone detenute, è il momento in cui la persona perde il proprio ruolo sociale, viene privato dei suoi effetti personali, del suo spazio personale, della possibilità di decidere autonomamente e perde soprattutto il contatto con familiari e amici. Il detenuto diventa dipendente dell'istituzione sperimentando vissuti di frustrazione, impotenza. Un detenuto che ha difficoltà ad

31 M. Monzani, *Percorsi di criminologia*, Libreria universitaria, Padova, 2011.

32 M. Monzani, *Percorsi di criminologia*, op. cit., pp. 304.

adattarsi può sviluppare, specialmente all'inizio, psicopatologie come l'ansia da separazione, l'ansia reattiva alla perdita, crisi d'identità, o persino disturbi emotivi connessi al reato commesso.

Erving Goffman, celebre sociologo, ha individuato quattro momenti distinti nella vita detentiva, ciascuno caratterizzato da diverse dinamiche psicologiche e comportamentali del detenuto. La prima fase è quella iniziale, che coincide con l'arrivo del detenuto nell'istituzione. In questo periodo, il detenuto sperimenta un forte senso di disorientamento e spoliamento, perdendo molte delle sue connessioni con il mondo esterno e con la propria identità precedente.

La seconda fase è quella di adattamento regressivo, durante la quale il detenuto si rende conto della propria impotenza di fronte al sistema carcerario. Questa fase è caratterizzata da un senso di sconfitta e di resa, poiché il detenuto riconosce l'impossibilità di opporsi efficacemente alle strutture e alle regole dell'istituzione.

La terza fase è l'adattamento ideologico, in cui il detenuto inizia ad accettare, o a fingere di accettare, la propria condanna e le norme della vita carceraria. In questa fase, il detenuto può mostrare un'apparente conformità alle regole e alla disciplina imposta dall'istituzione, spesso come strategia per ridurre le tensioni e le punizioni.

L'ultima fase è quella dell'adattamento entusiastico, in cui il detenuto arriva a interiorizzare pienamente la realtà carceraria, fino al punto di temere il ritorno alla vita esterna. In questa fase, il detenuto può sviluppare una sorta di dipendenza dalla struttura e dalle routine carcerarie, vedendo la prigione come un ambiente più sicuro e prevedibile rispetto al mondo esterno ³³.

Queste diverse fasi di adattamento portano, inevitabilmente, a un

33 E. Goffman, *"Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza"*, Einaudi, Torino, 2010.

disturbo d'ansia generalizzato che se protratto può sfociare in attacchi di panico e claustrofobia dovuta all'architettura stessa del carcere, senso di irrealtà e psicosi. Inoltre, la maggior parte dei detenuti manifesta un'irritabilità permanente, data da sentimenti di rabbia che possono essere somatizzati per poi sfociare in patologie psicosomatiche.

Da molti anni è sotto la lente di ingrandimento di diversi enti nazionali e ricercatori il tema della tutela della salute mentale tra la popolazione carceraria. Molti studi scientifici hanno messo in luce come la popolazione carceraria sia contraddistinta da un'alta prevalenza di patologie mentali, con maggiore prevalenza di disturbi psichici e dipendenza da sostanze d'abuso.

La causa della aumentata prevalenza tra la popolazione carceraria delle patologie mentali ha natura multifattoriale, in particolare emergono fattori comportamentali e socioeconomici. Tra questi, un ruolo predominante è ricoperto dalla dipendenza da sostanze che, oltre alle conseguenze sulla salute mentale del detenuto, ha risvolti negati anche sulla salute stessa portando ad un aumento dell'incidenza di malattie infettive, cardiovascolari, dermatologiche, gastro-intestinali e anche di alcuni tipi di cancro³⁴.

Per comprendere meglio la prevalenza della patologia mentale tra i detenuti è utile menzionare uno studio condotto nel 1998 in Gran Bretagna: “su una popolazione carceraria complessiva di oltre 60.000 detenuti ambo sesso, il 90% dei soggetti arruolati nello studio di età superiore ai sedici anni soffriva o di problemi mentali o addiction o disturbo di personalità, e il 70% di due o più patologie in comorbidità”³⁵

Negli Stati Uniti, invece, in uno studio del 2017 pubblicato dal

34 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8430243/>, De Cataldo G. *Carcere, tossicodipendenti e AIDS*. Prog Med. 1993 Jan;84(1):1-4. Italia (ultimo accesso 27 maggio 2024).

35 <https://doi.org/10.1192/bjp.176.5.503>, N. Singleton., H. Meltzer., R. Gatward., *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*, London, office for national statistics, 1998 (ultimo accesso 27 maggio 2024).

Dipartimento di Giustizia, si è evidenziato come una percentuale del 36.9% tra i detenuti nelle carceri federali e del 44,3% tra i detenuti nelle carceri locali, presentava disturbi mentali pregressi. Tra questi prevalgono la depressione maggiore, il disturbo bipolare, i disturbi d'ansia e quelli post traumatici da stress³⁶.

Per quanto riguarda l'Italia, uno studio epidemiologico di particolare rilevanza, è quello multicentrico coordinato dall'Agenzia regionale di sanità Toscana, effettuato nel 2015, che ha coinvolto 15.000 detenuti presenti in 57 carceri del territorio nazionale, con lo scopo di avere un quadro preciso delle condizioni di salute dei detenuti e dei trattamenti farmacologici loro prescritti.

“Utilizzando come manuale diagnostico l'ICD-9-CM, il quadro statistico che emerge dallo studio è evidente: i disturbi psichici sono le patologie più frequenti. Il 41,3% dei detenuti visitati presenta almeno una patologia mentale, mentre le diagnosi di disturbi psichici sono state complessivamente 9.866, ossia il 43% del totale di quelle rilevate. Una percentuale importante se si pensa che la seconda categoria in ordine di frequenza, le malattie dell'apparato digerente, sono presenti nel 14,5% del campione in esame. La percentuale di disturbi psichici risulta inoltre drammaticamente maggiore se si analizza la fascia di soggetti compresa tra i diciotto e i ventinove anni, dove raggiunge il 60% circa delle diagnosi effettuate. Per ciò che concerne la diagnosi, la patologia psichiatrica maggiormente rilevata tra i detenuti uomini che rappresenta da sola oltre il 50% della diagnosi, è il disturbo mentale da dipendenza da sostanze, seguito dal disturbo nevrotico o reazione di adattamento (27%) e dal disturbo mentale alcol-correlato (9%). Tra le donne prevale invece il disturbo nevrotico-reazione di adattamento, con il 36,6% di diagnosi dell'ambito psichiatrico, a seguire il disturbo mentale da

³⁶ <https://bjs.ojp.gov/library/publications/indicators-mental-health-problems-reported-prisoners-and-jail-inmates-2011>, J.Bronson, M. Berzofsky, *Indicators of mental health problems reported by prisoners and jail inmates, 2011-2012*, U.S. Department of Justice office of justice programs Bureau of justice statistics, giugno 2017, pp. 1-16 (ultimo accesso 27 maggio 2024).

dipendenza da sostanze (32,5%) e il disturbo affettivo psicotico (10%)³⁷.

Tabella 4.1
Distribuzione (N e %) dei disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Categorie diagnostiche SIRSM	N	% sul totale dei disturbi psichici	% sul totale dei detenuti arruolati
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	4.902	49,6	23,6
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	2.733	27,6	17,3
Disturbi mentali alcol-correlati	885	9,0	5,6
Disturbi affettivi psicotici	433	4,4	2,7
Disturbi della personalità e del comportamento	262	2,7	1,6
Disturbi depressivi non psicotici	139	1,4	0,9
Disturbi mentali organici (senili, premenili, altro)	113	1,1	0,7
Disturbi da spettro schizofrenico	94	1,0	0,6
Oligofrenie e ritardo mentale	6	0,1	0,0
Disturbi del comportamento alimentare	5	0,1	0,0
Altro	314	3,2	2,0
Totale	9.886	100,0	41,3

38

Come evidenziato dallo studio precedentemente citato, uno dei disturbi più frequenti è il disturbo di adattamento. Si parla di disturbo di adattamento quando una persona che è stata recentemente esposta a una o più eventi o fattori stressanti, manifesta una risposta cognitiva, emotiva e comportamentale anomala, in un periodo che varia da qualche giorno a tre mesi dall'insorgenza degli eventi negativi.

“I sintomi causano una marcata compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo, scolastico o in altre aree importanti della vita dell'individuo”³⁹.

Il disturbo di adattamento è stato inserito all'interno del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-5, nella categoria dei disturbi legati a traumi o fattori di stress, I criteri diagnostici sono:

A. I sintomi emotivi o comportamentali devono essersi verificati

37 Ars Toscana, *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, 2015.

38

https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2015/carcere_2015_definitivo.pdf

39 R. Bachem, P. Casey, *Adjustment disorder: a diagnosis whose time has come*, in *Journal of affective disorders*, n.227, 2018, 99.243-253.

in risposta a uno o più eventi ambientali stressanti identificabili. Devo insorgere entro tre mesi dall'evento stressante

B. Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi e comportano

- marcata sofferenza che sia sproporzionata rispetto alla gravità o intensità dell'evento
- compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale lavorativo o in altre aree.

C. I sintomi correlati allo stress non corrispondono ad altro disturbo mentale e non rappresenta solo un aggravamento di un disturbo mentale pre-esistente.

D. I sintomi non corrispondono a un lutto normale.

E. Una volta che l'evento stressante o le sue conseguenze sono superati, i sintomi non persistono per più di altri sei mesi.

Il DSM-5 richiede di specificare quali siano i sintomi prevalenti e se si tratta di disturbo acuto, meno di sei mesi o persistente (cronico) sei mesi o più.

I Disturbi dell'Adattamento si presentano con i sottotipi:

- Con Umore Depresso. Le manifestazioni cliniche predominanti sono costituite da sintomi come umore depresso, facilità al pianto, o sentimenti di perdita di speranza.

- Con Ansia. Le manifestazioni cliniche predominanti sono costituite da sintomi come irritabilità, preoccupazione, o irrequietezza, oppure, nei bambini, timori di essere separati dalle figure a cui sono principalmente attaccati.

- Con Ansia e Umore Depresso Misti che è una combinazione di depressione e di ansia.

- Con Alterazione della Condotta. C'è un'alterazione della condotta con violazione dei diritti degli altri o delle norme o regole della società (per es., assenze ingiustificate da scuola, vandalismo, guida

spericolata, risse, inadempienza verso le responsabilità legali).

- Con Alterazione Mista dell'Emotività e della Condotta ci sono sia sintomi emotivi (per es., depressione, ansia) che un'anomalia della condotta⁴⁰.

I Disturbi dell'Adattamento risultano molto comuni, la percentuale in campioni di pazienti in trattamento ambulatoriale varia tra il 5% e il 20% mentre raggiunge il 50% in campioni di pazienti che si rivolgono a strutture ospedaliere di consultazione psichiatrica,

I dati riportano che il tipo di disturbo più frequente risulta essere quello depressivo, seguito da quello misto emozioni e condotta e poi quello con ansia.

Per quanto riguarda i fattori di rischio, alcune ricerche sottolineano la rilevanza che rivestono le esperienze infantili della persona, pertanto stress in età precoce, tra cui l'abuso, rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di questo quadro sintomatologico⁴¹.

Oltre alle caratteristiche stesse dell'evento precipitante possiamo considerare tra i fattori di rischio anche la capacità personale di risposta a un evento stressante, ovvero il modo in cui si valuta un certo evento in termini di gravità, quanto viene considerato significativo e le abilità di coping, ovvero le strategie e tecniche che le persone utilizzano per gestire lo stress, le difficoltà e le situazioni problematiche della vita, abilità che possono essere apprese e sviluppate nel tempo e variano notevolmente da persona a persona.

Notevoli conseguenze dello stress vengono registrate anche nel sistema nervoso centrale e nella biologia del disturbo di adattamento. È noto, infatti, che un evento stressante acuto o cronico comporta dei cambiamenti cellulari nell'ippocampo, zona del cervello coinvolta

40 American Psychiatric Association, DSM-V, 2014, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (quinta edizione), Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

41 R.E. Hales, S.C. Yudofsky, G.O. Gabbard., *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, Fifth Edition, in American Psychiatric Association Publishing, 2008.

principalmente nella memoria, nella regolazione emotiva e nella formazione di nuove cellule nervose. Lo stress provoca la produzione eccessiva di cortisolo, ormone steroideo prodotto dalle ghiandole surrenali, che causa un effetto diretto sull'ippocampo riducendone la neurogenesi, la dimensione e la funzionalità.

Soprattutto in seguito allo stress cronico l'ippocampo si atrofizza e viene influenzato da alcune tipologie di ormoni peptidici e proteici, tipicamente coinvolti nelle reazioni allo stress.

“Generalmente un evento stressante acuto attiva una mediazione della risposta immunitaria attraverso l'utilizzo di catecolamine, glucocorticoidi e mediatori immunitari prodotti localmente. Tuttavia, l'esposizione allo stesso evento stressante per diverse settimane provoca, al contrario, una soppressione del sistema immunitario”⁴².

Quando si parla di disturbo di adattamento in ambito penitenziario ci si riferisce, generalmente, a quello che Goffman chiama adattamento intransigente e adattamento regressivo, caratterizzato da sintomi di rifiuto, ritiro e protesta.

I detenuti mostrano uno stato di profonda sofferenza psichica caratterizzata da angoscia, ansia, impotenza e frustrazione che nella maggior parte dei casi vengono vissuti in solitudine. Il detenuto sceglie spesso di ritirarsi sviluppando sintomi internalizzanti oppure reagisce in modo aggressivo combattendo la realtà che non accetta e che quindi vuole contrastare oppure trova una modalità che rispetti sia sé stesso che il contesto, permettendogli di esprimere le proprie esigenze ed il proprio essere accogliendo situazioni, persone e regole diverse.

Un'altra categoria di disturbi molto frequenti in ambito

42 J.J. Strain, *The Adjustment Disorder Diagnosis, Its Importance to Liaison Psychiatry, and its Psychobiology*, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, n. 16(23), 2019, p.4645.

penitenziario sono i disturbi di personalità, in misura maggiore quelli del Cluster B che hanno come caratteristiche comuni una difficoltà nel controllo degli impulsi e nella regolazione emotiva, condotte di comportamento drammatiche, emotive o disregolate.

Il DSM-5 comprende all'interno del cluster B il disturbo di personalità narcisistico caratterizzato da un senso grandioso di importanza, bisogno di ammirazione e mancanza di empatia verso gli altri, spesso manifestato attraverso atteggiamenti di superiorità e arroganza, disturbo di personalità istrionico contraddistinto da un eccessivo bisogno di attenzione, comportamenti seduttivi o drammatici e una tendenza a considerare le relazioni più intime di quanto non siano realmente, disturbo di personalità borderline identificato da una marcata instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nell'umore, con comportamenti impulsivi e spesso autolesionisti e quello antisociale caratterizzato da una costante inosservanza e violazione dei diritti altrui, mancanza di rimorso, comportamento ingannevole e manipolativo, spesso associato a attività criminali⁴³.

Le revisioni sistematiche presenti in letteratura evidenziano una diffusione dei disturbi di personalità nella popolazione, in media del 47% nel genere maschile e del 21% nel genere femminile.

Uno studio condotto da Anselmi N. e Mirigliani N, del 2010 riporta che "in regime detentivo, su 100 pazienti esaminati, il 75% presenta un disturbo di personalità e, fra questi, il 55% un disturbo borderline e il 20% un disturbo antisociale. Spesso il disturbo borderline passa inosservato rispetto a quello antisociale, che si evidenzia di più per gli atti autolesionistici e i disturbi del comportamento"⁴⁴.

Nonostante la diffusione dei disturbi di personalità in ambito carcerario, il contesto stesso potrebbe rappresentare un luogo

43 American Psychiatric Association, DSM-V, 2014, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (quinta edizione), Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

44 N. Anselmi, A. Mirigliani, *Disturbi di personalità e autolesionismo in ambito penitenziario*, in Rivista Psichiatrica, n. 45, 2010, pp. 58-60.

privilegiato per l'osservazione e il trattamento dei disturbi gravi di personalità offrendo delle ricche potenzialità per gli operatori stessi. Tuttavia, le dinamiche istituzionali sembrano favorire e amplificare l'espressione dei tratti costitutivi del disturbo di personalità.

Si rende necessario un cambio di assetto e una maggiore formazione specifica degli operatori, in unione ad una supervisione ed analisi degli elementi contestuali così da favorire il trattamento psicoterapeutico e educativo, "bisogna proporre all'altro con relazione nuova, con un oggetto/soggetto stabile, costante, sano, empatico e in una parola in grado di resettare dei file con una nuova esperienza ristrutturante e trasformativa, che possa gradualmente modificare e sostituire le esperienze maladattive del passato dell'antisociale. Solo così si avrà modo di incidere in profondità"⁴⁵.

Per meglio comprendere il necessario cambiamento da apportare al sistema carcerario è utile menzionare un progetto condotto nei diversi istituti di detenzione italiani dove viene indagato il rapporto tra salute mentale, istituzione carceraria, aziende ospedaliere, famiglie e territorio.

Tale progetto persegue obiettivi di natura socioriabilitativa rivolti in maniera specifica a coloro che soffrono di disturbi psichici. In tale prospettiva emerge la testimonianza di un detenuto del carcere di San Vittore, uno degli istituti penitenziari più antichi e noti d'Italia, che negli ultimi anni, è diventato oggetto di numerosi studi e ricerche volti a comprendere le condizioni di vita dei detenuti e l'impatto della detenzione sulla loro salute mentale.

45 <https://www.kipjournal.it/lorganizzazione-della-salute-mentale-in-carcere-riflessioni-sui-disturbi-antisociali/>, A. Sbardella, *L'organizzazione della salute mentale in carcere: riflessioni sui disturbi antisociali* (ultimo accesso 07 giugno 2024).

La testimonianza del detenuto si colloca in una cornice carceraria fatta dal 60% dei detenuti sofferente di disturbi mentali, con una prevalenza significativa di depressione, ansia e disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

Luca è un detenuto di 28 anni, in carcere per furto aggravato che deve scontare una pena di 4 anni.

Luca ha iniziato a manifestare sintomi di ansia cronica e depressione pochi mesi dopo il suo ingresso a San Vittore. La sua testimonianza mette in luce l'impatto devastante della detenzione sulla salute mentale:

"L'assenza di spazi adeguati al supporto psicologico e l'indifferenza del personale carcerario hanno aggravato la mia condizione. Ogni giorno era una lotta contro l'ansia e i pensieri suicidi. Mi sentivo intrappolato non solo fisicamente, ma anche mentalmente. La notte non riuscivo a dormire, i miei pensieri erano ossessivi e mi tormentavano continuamente."

Luca ha trovato un po' di sollievo solo quando ha iniziato a partecipare ai gruppi di supporto organizzati da una ONG locale. Questi gruppi offrivano uno spazio sicuro dove i detenuti potevano esprimere le proprie emozioni e ricevere supporto psicologico⁴⁶.

Tale testimonianza mette in luce l'importanza di interventi strutturati e continui per affrontare i problemi di salute mentale nelle carceri attraverso risorse aggiuntive come l'assunzione di personale qualificato e la creazione di spazi dedicati alla terapia.

Inoltre, evidenzia la necessità di formare il personale carcerario per riconoscere e gestire i sintomi dei disturbi mentali, cruciale per ridurre l'indifferenza e migliorare l'assistenza ai detenuti.

E in ultimo dimostra la fondamentale rilevanza di un approccio olistico che comprenda terapia, attività ricreative e supporto sociale, il

46 Motto D., Caronni S., Ambroset S., Cova F., Pedone S., Cicu F., Pomati G., *Scarcerando (La salute mentale tra carcere e territorio)*, Milano, FrancoAngeli, 2008, pp.52-61.

quale può migliorare significativamente il benessere mentale dei detenuti, facilitando il loro reinserimento nella società e riducendo il rischio di recidiva.

Capitolo 3- Il suicidio in carcere e la valutazione del rischio.

3.1 Analisi delle teorie fondamentali sul comportamento suicidario.

L'OMS definisce il suicidio come un atto ad esito fatale attraverso il quale il soggetto, con coscienza e premeditazione, porta a termine lo scopo di morire o più semplicemente l'atto di uccidere deliberatamente sé stesso.⁴⁷

Per meglio comprendere la natura di questo delicato fenomeno è utile esaminare diverse teorie che nel corso degli anni hanno cercato di capire le motivazioni e i meccanismi che portano una persona a togliersi la vita.

Sigmund Freud fondatore della psicoanalisi, nel suo scritto *Al di là del principio di piacere*, introduce i concetti di Eros e Thanatos che indicano rispettivamente la pulsione di vita e la pulsione di morte.

Eros è quella forza psichica che spinge l'uomo ad agire per il raggiungimento del piacere, a tessere delle relazioni, creare legami, avendo quindi una spinta costruttiva e creativa. Ad essa vi si oppone Thanatos che rappresenta l'istinto di morte, pulsione distruttiva che spinge verso l'autodistruzione.⁴⁸

Il suicidio si potrebbe spiegare secondo Freud come un'ambivalenza verso sé stessi e gli altri e nel suo saggio *Lutto e Melanconia* afferma che i meccanismi psicodinamici sono quelli di ambivalenza nei confronti degli oggetti d'amore di tipo narcisistico, di identificazione con l'oggetto amato-odiato nel tentativo di riparare la sua perdita, vissuta come intollerabile ed infine di aggressione distruttiva dell'oggetto introiettato.⁴⁹

47 Organizzazione Mondiale della Sanità.

48 S. Freud, *Al di là del principio di piacere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1986.

49 <https://www.formazionepsichiatrica.it/rivista/pag-11.html>, R. Guerrieri, A. Bordone, *Aspetti psicologici del suicidio*, in *Formazione psichiatrica e scienze umane*, 2018 (ultimo accesso 14 giugno 2024).

Il suicidio esprime quindi un'aggressione contro una persona amata con la quale l'individuo si è identificato e costituisce così un omicidio mancato.⁵⁰

Anche Alfred Adler, fondatore della psicologia individuale, ha offerto una sua prospettiva sul comportamento suicidario. Egli lo ha analizzato in relazione ai sentimenti di inferiorità e a alle dinamiche sociali e familiari.

Secondo Adler, il comportamento umano è profondamente influenzato dalle interazioni sociali e dalla percezione personale di sé all'interno di queste relazioni, sostenendo che i sentimenti di inferiorità e di insicurezza possono portare a un senso di disperazione che, in casi estremi, può culminare nel suicidio.

All'interno della sua opera *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, Adler esamina il sentimento di inferiorità affermando che: "è il sentimento di inferiorità dell'individuo, derivante dalle esperienze dell'infanzia e dalle interazioni sociali, che può portare a un senso di disperazione e, in casi estremi, a pensieri suicidari."⁵¹ ritenendolo una componente universale dell'esperienza umana, ma che la risposta a questo sentimento potesse variare notevolmente da individuo a individuo. Quando una persona percepisce un'insormontabile distanza tra sé e gli altri, questo sentimento può diventare schiacciante e portare a una crisi esistenziale e in questi casi, il suicidio può essere visto come una tragica soluzione a questa disperazione.

Altre componenti fondamentali che vengono esaminate nella sua opera sono le dinamiche familiari e sociali, sostenendo che le esperienze nell'infanzia specialmente le relazioni con i genitori e i fratelli influenzino profondamente lo sviluppo della personalità e il senso di sé.

50 S. Freud, *Lutto e melanconia*, in *Opera completa di Sigmund Freud*, VIII, Bollati Boringhieri, Torino, 1980.

51 A. Adler, *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, 1995.

Adler ha sottolineato che un ambiente familiare non supportivo o critico può amplificare i sentimenti di inferiorità, aumentando il rischio di comportamento autodistruttivo.

Inoltre, le interazioni sociali negative e l'isolamento possono esacerbare questi sentimenti contribuendo ulteriormente alla vulnerabilità al suicidio.

In Italia una delle teorie più importanti sul suicidio è offerta da Enrico Morselli, il quale si avvicina allo studio del suicidio attraverso un'analisi statistica e comparativa, di dati raccolti da diversi paesi europei, cercando di identificare modelli e tendenze comuni, la sua metodologia è in gran parte basata sull'osservazione empirica e sull'analisi quantitativa.

Difatti, proprio la sua opera *Il suicidio: Saggio di statistica morale comparata* rappresenta una delle prime analisi sistematiche e scientifiche del fenomeno suicidario dove uno degli aspetti chiave di tale opera è l'attenzione ai fattori sociali e ambientali che influenzano il comportamento suicidario.

Egli sostiene che il suicidio deve essere analizzato nel contesto delle condizioni sociali ed economiche, e osserva una correlazione tra crisi economiche e aumento dei tassi di suicidio, attribuendo a disoccupazione e povertà un ruolo significativo come fattori stressogeni.

Inoltre, nota che i tassi di suicidio sono più elevati nelle aree urbane rispetto a quelle rurali, a causa della maggiore alienazione e isolamento sociale delle città.

Morselli esplora anche l'influenza delle diverse religioni e culture sui tassi di suicidio, rilevando che i paesi cattolici tendono ad avere tassi più bassi rispetto a quelli protestanti, attribuendo questa differenza alla coesione sociale promossa dalla religione.⁵²

Nonostante l'accento sui fattori sociali e ambientali, Morselli non

⁵² E. Morselli, *Il suicidio, Saggio di statistica morale comparata*, Fratelli Dumolard, Milano, 1879.

trascura le dimensioni psicologiche del suicidio, riconoscendo che la sofferenza psicologica, i disturbi mentali e le crisi personali giocano un ruolo significativo. Tuttavia, la sua enfasi rimane sulla comprensione di come questi fattori interagiscono con il contesto sociale più ampio.

Una delle idee più originali di Morselli è la sua teoria della civiltà infatti egli sostiene che i tassi di suicidio sono un indicatore della salute morale di una società evidenziando che le società più avanzate e complesse, con alti livelli di istruzione e sviluppo economico, tendono ad avere tassi di suicidio più elevati, questo perché il progresso e la modernizzazione portano nuove forme di stress e alienazione, aumentando la vulnerabilità degli individui al suicidio.

Ulteriore analisi interessante è quella condotta da Émile Durkheim il quale fu il primo fra tutti a studiare empiricamente il suicidio, utilizzando un metodo scientifico e statistico.

Nel suo saggio *Il suicidio*, Durkheim tenta di sviluppare una teoria basata sul solido sostegno di dati, scartando sistematicamente ogni prenozione aderendo in modo convinto ad un modello nettamente induttivista dove la conoscenza deriva dall'osservazione, dalla descrizione e dalla comparazione delle cose, e non quindi dalle idee su queste.

Per tali ragioni in quest'opera, il sociologo francese, riporta i risultati di un'analisi condotta su una serie di statistiche raccolte nei principali paesi d'Europa tra il 1841 ed il 1860 e su materiale già pubblicato sull'argomento.

Durkheim definisce il suicidio come "ogni caso di morte direttamente o indirettamente risultante da un atto positivo o negativo compiuto dalla vittima pienamente consapevole del gesto"⁵³ e parte dalla considerazione che il suicidio pur essendo un fatto individuale, dipende da fattori sociali diventando così un fatto sociale.

Dall'attenta analisi dei dati statistici a sua disposizione, Durkheim

53 E. Durkheim, *Il Suicidio, studio di sociologia*, Rizzoli, Milano, 2012.

passa in rassegna le correlazioni tra suicidio e fattori extrasociali, escludendoli uno ad uno. Secondo le sue analisi il suicidio non si può imputare alle malattie mentali, poiché le statistiche dimostrano che non vi fosse una correlazione tra suicidio e follia.

In maniera analoga, il sociologo, esclude che vi sia una correlazione tra suicidio e cause come la razza, l'ereditarietà, il clima, l'andamento stagionale della temperatura e l'imitazione.

Durkheim arriva alla conclusione, quindi, che il suicidio è più probabile quando i legami sociali si allentano, quando l'individuo non è più integrato in una rete relazionale, lasciato in balia di sé stesso senza la guida morale della società.

Per meglio spiegare la particolare condizione in cui si trova l'individuo quando manca il controllo della società su di esso Durkheim introduce il concetto di anomia, che significa assenza di norme.

Fermo restando che, secondo il sociologo, l'assenza totale di norme sia impossibile, è probabile che vengano a crearsi delle situazioni in cui vi sia una forte disgregazione, gli individui non hanno più riferimenti e sono così tagliati fuori dal tessuto sociale, ed è così che aumenta il rischio di autodistruzione.

L'analisi prettamente sociologica condotta da Durkheim ha permesso allo stesso sociologo di elaborare una tassonomia dei suicidi, indicando tre modalità sociali: il suicidio altruistico, egoistico e anomico.

Nel suicidio altruistico l'individuo si sacrifica per affermare o preservare i valori etici del gruppo cui appartiene. Per Durkheim si tratta di un atto positivo dal punto di vista sociale.

Nel suicidio egoistico, l'individuo ha sensazioni di esclusione e mancanza di integrazione in un gruppo che lo inducono a uccidersi. Si manifesta come scontro interiore tra desiderio di affermazione e reali possibilità di affermazione sociale. Per Durkheim si tratta di un atto negativo dal punto di vista sociale.

Nel suicidio anomico, ossia contro le regole, invece, le condizioni

di sofferenza dell'individuo sono poste in relazione alla società. Il suicidio anomico si manifesta come assenza di regole nel comportamento dei singoli individui e viene commesso generalmente da persone le cui passioni e desideri sono repressi da disciplina o regole autoritarie. Per Durkheim si tratta di un atto estremo, la cui frequenza aumenta sia nei momenti di crisi economica, sia nei momenti di benessere economico, mentre diminuisce nei periodi di depressione dovuti alla presenza di conflitti, guerre o disordini politici.

Se per Durkheim il suicidio è un fenomeno individuale dovuto a cause sociali, l'unica risposta possibile per arginarlo è costituita da azioni di reinserimento del soggetto all'interno del gruppo sociale di riferimento.

Secondo il sociologo, infatti, la reintegrazione delle persone in un gruppo è possibile attraverso il lavoro, che permette all'individuo di ricostruire il sentimento di appartenenza a un gruppo sociale e di riappropriarsi delle regole sociali.

L'educazione costituisce per Durkheim un ulteriore antidoto e un mezzo con cui è possibile prevenire o curare il senso di frustrazione che può portare l'individuo al suicidio.

Le teorie di Émile Durkheim sul suicidio, sebbene rivoluzionarie nel campo della sociologia, hanno attirato diverse critiche da studiosi successivi che hanno messo in luce le limitazioni e le lacune delle sue spiegazioni.

Albert Baechler, uno dei critici più noti di Durkheim, adotta un approccio esistenzialista e fenomenologico per esplorare il suicidio. Baechler contesta il determinismo sociologico di Durkheim, sostenendo che ridurre il suicidio a una mera conseguenza delle condizioni sociali sia una semplificazione eccessiva.

Baechler ritiene che il suicidio debba essere compreso come un atto significativo e intenzionale, che va oltre le influenze sociali. Egli propone che ogni suicidio sia un progetto esistenziale, una risposta

individuale a situazioni di vita insostenibili. In questo modo, Baechler evidenzia l'importanza di considerare l'autonomia individuale e le dimensioni esistenziali dell'atto suicidario, che le teorie di Durkheim tendono a trascurare.⁵⁴

Paul Farmer, antropologo medico e attivista per la salute globale, critica anche esso Durkheim per la sua mancanza di attenzione alle disuguaglianze strutturali e alle condizioni materiali di vita. Egli sottolinea che Durkheim non tiene sufficientemente conto delle disuguaglianze economiche e sociali che possono influenzare i tassi di suicidio. Le sue ricerche, infatti, dimostrano che la povertà, la mancanza di accesso ai servizi sanitari e altre condizioni materiali di vita sono fattori cruciali che Durkheim ha trascurato.

Inoltre, Farmer critica la generalizzazione delle teorie durkheimiane, sostenendo che non considerano adeguatamente le variazioni culturali e contestuali che influenzano il comportamento suicidario. Egli pone l'accento sulla necessità di analizzare i contesti specifici e le dinamiche culturali per comprendere appieno le cause del suicidio.⁵⁵

Erwin Ringel, psichiatra e psicoanalista, offre una critica basata sulla psicopatologia del suicidio, sottolineando gli aspetti psicodinamici e individuali che Durkheim ignora.

Ringel ritiene che per comprendere il suicidio non si possa fare a meno di considerare le dinamiche psicologiche e i disturbi mentali individuali. La sua teoria introduce il concetto di "presagio del suicidio", ovvero un insieme di comportamenti e segnali che precedono il suicidio, concetto che mette in luce la necessità di un'analisi più approfondita del processo psicologico che porta al suicidio, criticando Durkheim per la sua mancanza di attenzione ai fattori psicologici individuali.⁵⁶

Edwin Shneidmann, considerato uno dei pionieri della

54 J. Baechler, *Les suicides*, Calmann Lévy, Parigi, 1975.

55 P. Farmer, *Aggiustare il mondo*, Meltemi, Sesto San Giovanni, 2024.

56 E. Ringel, *Der Selbestmord*, Klotz Verlag GmbH, Magdeburg, 1997.

suicidologia moderna, ha sviluppato una teoria recente e innovativa che illumina una specifica dimensione del comportamento suicidario, introducendo il concetto di psychache, che significa tormento della psiche, per spiegare il suicidio definendolo come un dolore mentale intenso e insopportabile, una sofferenza psicologica profonda che non trova sollievo che deriva da vari fattori, inclusi problemi relazionali, perdite significative, fallimenti personali e conflitti interni.

All'interno del suo libro *Autopsia di una mente suicida* egli sostiene che "Il psychache si riferisce al dolore, all'angoscia, e alla sofferenza della psiche o della mente. Quando il psychache è ritenuto insopportabile e non è significativamente alleviato da altre esperienze, la mente si rivolge al suicidio come soluzione al problema del dolore psicologico intenso."⁵⁷

Shneidmann ha sottolineato che questo tormento della psiche è una condizione universale che può colpire chiunque si trovi in una situazione di disperazione estrema. Egli sostiene quindi, che il suicidio è fondamentalmente un tentativo di sfuggire a questo dolore mentale insopportabile.

Una delle teorie più recenti sviluppate sul suicidio, che permettono di comprendere ulteriormente le dinamiche del suicidio, è offerta dallo psicologo contemporaneo Thomas Joiner, il quale ha sviluppato una teoria interpersonale del suicidio.

Joiner identifica tre componenti principali, tutte necessarie e con giuntamente sufficienti affinché venga messo in atto un comportamento suicidario⁵⁸.

Il primo fattore è la sensazione di essere un peso che egli chiama onerosità percepita ovvero la convinzione dell'individuo di essere un peso per gli altri, credendo che la propria esistenza porti solo sofferenza e difficoltà alle persone care. Questa sensazione può

57 E.S. Shneidman, *Autopsia di una mente suicida*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2006.

58 T. Joiner, *Why people die by suicide*, Harvard university press, Cambridge, 2007.

derivare da varie circostanze, come problemi finanziari, malattie croniche o disabilità, e può essere estremamente debilitante per l'autostima e il senso di valore personale.

Il secondo fattore è il senso di isolamento e la mancanza di connessioni che egli chiama appartenenza contrastata, ovvero quando un individuo sente di non appartenere a nessun gruppo o di essere escluso dalle relazioni importanti, può sperimentare un profondo senso di alienazione e solitudine. Isolamento che può essere il risultato di perdita di relazioni, divorzio, trasferimenti o cambiamenti significativi nella vita sociale.

Il fattore che, in ultimo, determina il passaggio dall'ideazione all'azione è la capacità acquisita di compiere atti letali, che richiede il superamento della paura del dolore e della morte. Tale capacità può essere sviluppata attraverso esperienze traumatiche o dolorose, come l'autolesionismo, l'abuso fisico o sessuale o l'esposizione a eventi violenti, ripetuta esposizione che può desensibilizzare l'individuo alla paura del dolore e della morte, rendendo il suicidio un'opzione più accessibile.

La disamina di queste teorie permette di esplorare il fenomeno del suicidio da diverse prospettive, evidenziando come siano congiuntamente coinvolti sia aspetti intrapersonali che aspetti sociali.

Come precedentemente sottolineato il suicidio può essere influenzato da conflitti interni, dalla percezione di essere un peso per gli altri, dall'isolamento sociale e dalla sofferenza psicologica intensa, motivo per il quale è fondamentale indagare non solo i sintomi visibili, ma anche le radici psicologiche e sociali del disagio che può portare a tali pensieri e comportamenti.

3.2 Il suicidio nel contesto carcerario e strumenti operativi.

Tra le principali cause di mortalità nel mondo carcerario, il suicidio ne rappresenta il 30%⁵⁹. I più alti tassi di suicidio carcerario vengono riscontrati nei paesi nordici, seguiti da Francia e Belgio, dove i tassi di suicidio sono superiori a 100 suicidi ogni 100.000 detenuti⁶⁰.

Anche in Italia tale fenomeno sta suscitando un grande interesse soprattutto a causa della sua significatività in termini statistici, negli ultimi dieci anni, infatti, il tasso medio di suicidi ogni 10000 detenuti presenti è stato pari a 9.29, secondo i dati pubblicati dal dipartimento dell'amministrazione penitenziaria⁶¹.

Per meglio comprendere la rilevanza di questo fenomeno è utile paragonarlo al tasso di suicidio in Italia nella popolazione generale che, nel 2017, si attestava intorno allo 0.74 ogni 10000 abitanti⁶².

Per meglio comprendere il pensiero suicidario all'interno del contesto carcerario è utile riprendere il concetto di Shneidmann, precedentemente approfondito, il quale vedeva il pensiero suicidario come una visione dicotomica da parte dell'individuo e una difficoltà ad utilizzare strategie utili per uscire dal proprio dolore con un duplice risultato, da un lato la convinzione che il suicidio sia l'unica possibile soluzione al proprio dolore e dall'altro si hanno delle concezioni legate al pensiero magico, per la soluzione del proprio status.

Entrambe le due strategie rappresentano un circolo vizioso in cui lo stesso pensiero magico non potrà portare ad una vera soluzione della propria sofferenza, andando a rafforzare l'altro versante.

Ulteriore elemento utile alla comprensione del rischio di suicidio

59 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32144468/>, L. Favril, D. Indig, C. Gear, K. Wilhelm *Mental disorders and risk of suicide attempt in prisoners*, in Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. n.55(9), 2020, pp. 1145-1155 (ultimo accesso 15 giugno 2024).

60 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29179937/>, S. Fazel, T. Ramesh, K. Hawton. *Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors*, in Lancet Psychiatry, n.4(12), 2017, pp.946-952 (ultimo accesso 15 giugno 2024).

61 https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?contentId=SST241783, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Sezione statistica, *Eventi critici negli istituti penitenziari, Anni 1992 – 2022* (ultimo accesso 15 giugno 2024).

62 dati Istat.

in carcere è rappresentato dalla definizione di triade cognitiva di Beck, il quale usa tre aspetti salienti per descrivere la depressione la visione negativa di sé, del mondo e del futuro.

La visione negativa di sé stessi consiste nel vedersi come deboli, falliti, inutili e traslando tale visione nel contesto carcerario si è precedentemente evidenziato come l'ingresso in carcere porti proprio ad una valutazione negativa di sé stessi fino ad un annullamento della propria identità.

Uno dei primi elementi che si evidenzia in un detenuto sin dal primo ingresso in carcere è la depersonalizzazione, che si configura durante la detenzione come uno spartiacque identitario, in cui l'entrata in carcere mette in crisi l'io.

Inoltre, il carcere per ragioni legate proprio al suo mandato custodiale, tende ad imporre valori ed abitudini comuni a tutti, annullando le differenze individuali mettendo in crisi ogni assetto identitario.

La detenzione, come precedentemente detto, rappresenta un evento critico nella storia delle persone, per cui non sono insoliti vissuti di colpa e vergogna, soprattutto per coloro che si trovano alla prima detenzione.

Proprio per tale ragione, all'interno di diversi protocolli operativi inerenti alla valutazione del rischio di suicidio in carcere, viene proposto di portare attenzione ai livelli pervasivi di vergogna e colpa in quanto tali vissuti rappresentano elementi facilitanti il comportamento suicidario⁶³.

La visione negativa del mondo consiste nel sentirsi socialmente sconfitti, non all'altezza delle proprie e altrui attese.

In maniera lineare, traslando tale vissuto nel mondo carcerario è pensiero comune che il carcere rappresenta il luogo dove viene relegato ciò che non va bene per la società, ciò che deve essere tenuto fuori dalla vita comune.

63 Protocollo operativo ASL ROMA 2.

Tale opera di segregazione detentiva è volta proprio a ciò, ovvero a tener lontano ciò che costituisce un elemento di disordine sociale.

La visione negativa del futuro è legata a quella sensazione di impossibilità che le cose possano cambiare, visione che per motivi ovvi, appartiene spesso alla popolazione detenuta.

Basti pensare al vissuto di detenuti reclusi in grandi istituti penitenziari dove vi è una effettiva impossibilità, a causa di sovraffollamento e procedure operative ormai datate, di attuare progetti personalizzati volti ad aprire una finestra su un futuro diverso.

Oppure con chi vive in un così detto tempo sospeso, come accade per i detenuti in attesa di giudizio detti giudicabili, fatto di noia, ripetitività a causa della mancanza di lavoro, possibilità di trasferimenti improvvisi e attesa continua del cambiamento senza una chiarezza rispetto ai tempi giuridici del giudizio. L'insieme di tutto questo panorama incide inevitabilmente, in maniera determinante sulla visione del futuro, proprio perché diviene impossibile pensarlo e progettarlo.

Uno dei primi strumenti utilizzati e tutt'ora in uso per misurare la gravità degli atteggiamenti negativi nei confronti del futuro, che indica il rischio di suicidio in soggetti depressi o che hanno tentato il suicidio è la *Beck Hopelessness Scale (BHS)*⁶⁴.

Tale strumento, è un questionario di autovalutazione costituito da 20 items che riflettono diverse sfaccettature degli atteggiamenti negativi verso il futuro, così come sono generalmente verbalizzati dai pazienti. Gli item hanno una risposta dicotomica, vero/falso, il punteggio totale può variare da 0 a 20 ed i punteggi più elevati corrispondono ad una maggiore perdita di speranza⁶⁵.

Quest'ultima, definita come un insieme di aspettative negative

64 Beck et al., 1974.

65 <https://hdl.handle.net/11573/224834>, M. Pompili, P. Girardi, R. Tatarelli, *BHS – Beck Hopelessness Scale (AT Beck e RA Steer) Manuale (adattamento italiano)*, 2009, pp.1-40.

rispetto a sé e per la propria vita futura, oltre ad essere un sintomo comune a molte condizioni psicopatologiche, è certamente un elemento fondamentale nella dinamica suicidaria riscontrabile anche nei pazienti presenti in carcere.

Diversi studi effettuati hanno dimostrato che proprio la hopelessness è altamente correlata con l'intenzionalità suicidaria e, in misura inferiore, con la depressione, viene infatti documentato un parallelismo tra riduzione dell'intenzionalità suicidaria e depressione e punteggio della scala.

All'interno di tale strumento, gli autori hanno inoltre isolato tre fattori ovvero i sentimenti che esprimono gli aspetti affettivi, quali la speranza, l'entusiasmo e la fiducia e corrisponde agli items 1,6,13,15 e 19; il secondo fattore è denominato perdita della motivazione, caratterizzato dalla dimensione della rinuncia, ovvero il non desiderare nulla, non perseguire quanto desiderato, elementi definiti attraverso gli items 2,3,9,11,12,16,17 e 20; e infine il terzo fattore che riguarda le aspettative future e dunque ciò che riguarda l'anticipazione, negativa, di ciò che ci si può aspettare dalla vita: un futuro nero, le cose che non vanno, un futuro vago ed incerto, elementi definiti attraverso gli items 4,7,8,14 e 18⁶⁶.

Lo stato emotivo caratteristico delle situazioni di costrizioni, come lo stato detentivo, è quello dell'hopelessness-helplessness, ovvero la sensazione dell'impossibilità di essere aiutato e della disperazione, dimensioni che, come visto in precedenza, caratterizzano spesso il pensiero suicidario.

Ad oggi innumerevoli sono stati i tentativi per mettere in luce i fattori di rischio utili ad individuare quei soggetti potenzialmente in grado di mettere in atto condotte suicidarie.

I due paradigmi fondamentali a cui, da diverso tempo, vengono

66 <http://www.psychiatryonline.it/node/3673>, *La valutazione del suicidio*, 2020 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

attribuite le cause di un alto tasso di suicidi nelle carceri, sono l'importazione e la deprivazione⁶⁷.

Il paradigma dell'importazione sostiene che, la popolazione che si trova ristretta in carcere rappresenta un gruppo selezionato caratterizzato da maggiore vulnerabilità e soprattutto maggiormente esposta ad un più alto rischio di suicidio. La suddetta vulnerabilità, come dimostrato dallo studio condotto da Dirkzwager et al., nasce da una storia di vita personale caratterizzata da uno svantaggio sociale ed economico, con bassa scolarità, traumi pregressi e una minore possibilità di accesso ai servizi sanitari con conseguente maggior rischio di morbilità sia fisica che mentale⁶⁸.

A sostegno di questa tesi, diversi studi, come quello condotto da Carrasco-Barrios nel 2020, confermano che avversità nella prima infanzia, traumi, malattie fisiche, uno svantaggio socioeconomico, abuso di droghe e alcool, morbilità psichiatrica e tratti impulsivi ed aggressivi di personalità, rappresentano fattori di rischio per il comportamento suicidario, anche nella popolazione generale⁶⁹.

In definitiva è possibile affermare che, la maggior parte delle persone detenute, provenendo da fasce più svantaggiate, presentano una vulnerabilità per il rischio suicidario già in libertà, che viene inevitabilmente portato all'interno dell'istituzione detentiva e mantenuto anche una volta rilasciati.

Il paradigma della deprivazione, invece, sposta l'attenzione sugli effetti dannosi sulla salute provocati dall'incarcerazione, asserendo che

67 F. Taggi, R. Tatarelli, I. Mancinelli, *Il suicidio nelle carceri in Italia, uno studio epidemiologico (1996-1997)*, Rassegna penitenziaria e criminologica, 1998, pp. 197-214.

68 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34557852/>, A.J.E. Dirkzwager, R. Verheij, P. Nieuwbeerta, P. Groenewegen, *Mental and physical health problems before and after detention: a matched cohort study*, Lancet regional health- Europe, n.8, 2021, pp. 100154 (ultimo accesso 17 giugno 2024)

69 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32526975/>, M.T. Carrasco-Barrios, P. Huertas, P. Martín, C. Martín, M.C. Castillejos, E. Petkari, B. Moreno-Küstner, *Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis*, International Journal Environmental Research Public Health, n.17, 2020, pp.4115 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

le persone detenute sono esposte ad un aumentato rischio di suicidio a causa dell'ambiente altamente stressante e restrittivo in cui si trovano.

In particolare, il carcere andando a privare l'individuo di alcune attività significative come l'autonomia, contatti sociali e familiari, attività significative ed esponendolo a fattori stressogeni quali la privazione della libertà stessa, l'isolamento e il sovraffollamento, vittimizzazione e bullismo, influisce negativamente sulla salute mentale determinando un aumento del rischio suicidario tra le persone recluse⁷⁰.

Per meglio sostenere questa tesi sono stati effettuati degli studi che dimostrano proprio come l'isolamento, ad esempio, sia un fattore di rischio suicidario indipendente dalla patologia psichiatrica⁷¹, che i tassi di suicidio sono maggiori nelle prigioni di massima sicurezza⁷² e che il rischio suicidario sarebbe maggiore in particolari momenti della detenzione come l'inizio o in base allo stato giuridico del detenuto, ad esempio l'Organizzazione mondiale della sanità dimostra che la custodia cautelare sembra maggiormente correlata ad un rischio di suicidio, soprattutto nelle prime ore della carcerazione o nei giorni precedenti ad una possibile condanna, mentre i condannati mostrano la nascita del pensiero suicidario dopo i primi cinque mesi o 150 giorni dalla detenzione⁷³.

Il modello della deprivazione asserisce, dunque, che il solo contesto detentivo possa indurre un rischio suicidario per le sue stesse caratteristiche stressogene che vanno a determinare una situazione di privazione generale nel soggetto detenuto.

70 <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.avb.2020.101389>, E. Brown, *A systematic review of the effects of prison segregation*, in *Aggression and Violent Behavior*, n.52, 101389, 2020 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

71 <https://psycnet.apa.org/record/2014-07782-014>, F.Kaba, A. Lewis, S. Glowa-Kollisch, J. Hadler, D. Lee, H. Alper, D. Selling, R. MacDonald, A. Solimo, A. Parsons, & H. Venters, *Solitary confinement and risk of self-harm among jail inmates*, in *American Journal of Public Health*, n.104(3), 2014, pp. 442–447 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

72 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34427828/>, A. Bukten, M.R. Stavseth, *Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study*, in *European Journal of epidemiology*, n.36(10), 2021, pp. 1075-1083 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

73 WHO, 2017.

Nonostante l'eziologia del suicidio sia ad oggi ancora non pienamente chiarita, le prove disponibili suggeriscono che il comportamento suicidario non sia semplicemente la conseguenza di un singolo fattore, ma che piuttosto dipenda da dagli effetti cumulativi e interattivi della miriade di determinanti biopsicosociali.

Pertanto, le teorie, precedentemente citate, sono state superate per lasciare spazio a una combinazione dei due modelli di importazione e deprivazione, sopracitati.

Tale modello combinato supera la dicotomia sottolineando l'importanza dell'interazione dinamica tra gli individui e l'ambiente circostante, sostenendo che le carceri espongono individui vulnerabili a rischi aggiuntivi⁷⁴.

La prospettiva fondamentale che offre questo modello è l'idea che gli individui rispondano in maniera diversa ai fattori di stress ambientale, in gran parte in funzione della loro vulnerabilità sottostante, riconoscendo anche, che le persone vulnerabili possono far fronte con successo alla reclusione quando le condizioni di confinamento sono meno privative.

Nonostante le numerose ricerche effettuate, ad oggi è ancora difficile individuare i fattori predisponenti e precipitanti per il comportamento suicidario nelle persone ristrette in carcere, non è possibile stabilire quali soggetti abbiano più probabilità di agire il suicidio.

Coerentemente con la teoria presentata da Van Heeringen, secondo cui il rischio di mettere in atto un comportamento suicidario segue un processo in cui l'ideazione suicidaria ne costituisce la fase iniziale⁷⁵, è possibile sostenere che l'ideazione suicidaria rimane il

74

https://www.researchgate.net/publication/303432917_Suicide_distress_and_the_quality_of_prison_life, A. Liebling, A. Ludlow, *Suicide, distress and the quality of prison life*, in Handbook on prisons, 2016, pp. 224-225 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

75

fattore di rischio più importante per il comportamento anticonservativo nel corso di una detenzione.

Ciò nonostante, l'ideazione suicidaria da sola non è un fattore sufficiente a predire un futuro comportamento suicidario; gli studi dimostrano, infatti, che mentre si trovano in carcere, la grande maggioranza dei ristretti non tradurrà i propri pensieri suicidi in azione.

Inoltre, altre ricerche come quella condotta Favril nel 2020 e da Klonsky nel 2018, suggeriscono che i fattori associati all'ideazione suicidaria sono diversi da quelli alla base di un comportamento suicidario⁷⁶, mettendo in luce meccanismi sottostanti distinti tra l'ideazione ed il comportamento anticonservativo⁷⁷.

Tali ricerche dimostrano, in particolare che i fattori stressanti dell'ambiente detentivo come mancanza di autonomia, esposizione a timore per la propria sicurezza, mancanza di attività finalizzate e di sostegno affettivo e sociale ed i fattori di vulnerabilità personale possano contribuire insieme allo sviluppo di una ideazione suicidaria ma non siano associati allo sviluppo di comportamenti suicidari.

Inoltre, è stato dimostrato che, in presenza di un'ideazione suicidaria, comportamenti caratterizzati da disinibizione come l'uso di sostanze, comportamenti violenti e autolesionismo non suicida, insieme all'esposizione a traumi e comportamenti suicidari in altri individui, raddoppierebbero le probabilità di agiti suicidari tra le persone detenute.

I dati della letteratura dimostrano, verosimilmente, associazioni diverse tra i fattori di rischio e le fasi del processo suicidario nei

https://www.researchgate.net/publication/281122892_Kees_van_Heeringen_ed_Understanding_suicidal_behaviour_the_suicidal_process_approach_to_research_treatment_and_prevention, K. Van Heeringen, *Understanding suicidal behaviour: the process approach to research, treatment and prevention*, 2001 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

⁷⁶ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33183374/>, L.Favril,R. C. O'Connor, K. Hawton, F. Vander Laenen, *Factors associated with the transition from suicidal ideation to suicide attempt in prison*, in *European Psychiatry*, n.63(1), 2020, p.e101 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

⁷⁷ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30122276/>, E. D. Klonsky,B.Y. Saffer, C.J. Bryan, *Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update*,*Current Opinion in Psychology*,22, 2018, pp. 38-43 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

detenuti. Mentre i disturbi mentali e i fattori di stress specifici degli istituti penitenziari possono spingere le persone recluse a prendere in considerazione il suicidio, ad influire soprattutto sulla loro prepensione a tradurre i pensieri in azione sarebbe la presenza di una vulnerabilità importata, caratterizzata da una disinibizione comportamentale⁷⁸.

La letteratura sopra menzionata suggerisce che, effettuare un'azione di prevenzione efficace del suicidio, richiede di riconoscere l'importanza dell'interazione tra individuo e ambiente e che sia necessario utilizzare un approccio globale che comprenda sia l'individuazione precoce di soggetti più vulnerabili, sia interventi universali atti a migliorare le condizioni ambientali all'interno degli istituti penitenziari.

Interventi ambientali che saranno volti a garantire ai detenuti contatti con le persone significative all'esterno per ricevere il giusto supporto sociale, programmi di sostegno tra pari e la promozione di attività significative diurne.

Garantire la partecipazione ad attività costruttive fuori dalla cella come socializzazione, istruzione, lavoro ed esercizio fisico, può ridurre il rischio di suicidio e migliorare la salute mentale più in generale⁷⁹.

Una ricerca che indaga sulle esperienze dei detenuti che hanno tentato il suicidio, condotta da Marzano nel 2016, suggerisce che essere in grado di parlare con il personale ed essere ascoltati sia la chiave per la prevenzione⁸⁰.

Riguardo al tema della prevenzione, è importante considerare

78 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31736457/>, L. Favril, R.C. O'Connor, *Distinguishing prisoners who think about suicide from those who attempt suicide*, in *Psychological Medicine*, n. 51(2), 2021, pp. 228-235 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

79 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33634654/>, T. Stephenson, J. Leaman, É O'Moore, A. Tran, E. Plugge, *Time out of cell and time in purposeful activity and adverse mental health outcomes amongst people in prison: a literature review*, in *International Journal of Prisoner Health*, n. 17(1), 2021, pp.54-68 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

80 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27278569/>, L. Marzano, K. Hawton, A. Rivlin, E. N. Smith, M. Piper, S. Fazel, *Prevention of Suicidal Behavior in Prisons*, in *Crisis*, n. 37(5), 2016, pp. 323-334 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

che le linee guida a disposizione in talia sono quelle dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, risalenti a venticinque anni fa e ai piani regionali e locali di prevenzione, realizzati a partire da un accordo siglato tra governo, regioni e province autonome e enti locali il 21 luglio 2017, che definisce un piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti.

Soffermandoci sul documento dell'OMS, tale documento raccomanda come misure di prevenzione lo screening all'ingresso, l'attuazione di strategie efficaci a ridurre il bullismo ed altre forme di violenza negli istituti penitenziari e relazioni supportive tra agenti e detenuti. Inoltre, si raccomanda la formazione del personale di custodia che, grazie alla sua costante presenza nelle sezioni di detenzione, rappresenta la prima linea di prevenzione del suicidio insieme alle procedure di screening all'ingresso in istituto. Tale procedura di screening, così come viene riportato all'interno del *Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti*, è volta ad identificare il rischio di comportamenti autolesivi e suicidari, rimarcando però la necessità di separare i comportamenti e le scelte autolesive da quelle suicidarie in quanto si tratta di fenomeni diversi tra loro e non necessariamente collegati e collegabili.

Tale screening procede attraverso una serie di passaggi strutturati e procedure standardizzate attraverso la cooperazione di differenti figure, in prima istanza vi è la visita con il medico che effettua un'anamnesi approfondita; vi è poi il primo colloquio con lo psicologo del DSM o del Ser.D., dove oltre alla storia personale, familiare e relazionale, vengono approfondite eventuali problematiche legate all'abuso di sostanze, prestando attenzione ad eventuali sintomi e segni di patologie psichiatriche, che verranno, in un secondo momento, approfondite dallo psichiatra che approfondisce l'anamnesi di pertinenza, valuta la presenza di sintomi acuti, la capacità di adeguarsi alle regole e alla convivenza con altre persone, la suscettibilità a subire

violenze.

Ulteriori figure importanti dello screening iniziale sono l'esperto giuridico-pedagogico che fornisce informazioni rispetto al percorso giuridico, al contesto e alle sue regole, alle figure professionali a cui rivolgersi a seconda dei bisogni, prospettando un percorso rieducativo, il medico del Ser.D. che si occupa di approfondire l'anamnesi tossicologica e in ultimo il personale di polizia penitenziaria che oltre ad adoperarsi per soddisfare i bisogni primari delle persone come cibo, vestiario, materiale igienico, deve informare in modo chiaro sulle regole dell'istituto ed eventuali conseguenze in caso di infrazione, al fine di ridurre la conflittualità.⁸¹

Tornando al documento dell'OMS sopra citato, viene affermato che in caso di crisi suicidarie o tentativo di suicidio si ricorre al supporto tra pari con detenuti addestrati, appositamente formati a tale compito o il provvedimento di sorveglianza a vista in stanze videosorvegliate con la presenza fisica dell'agente penitenziario dinanzi la cella del detenuto.

Sempre l'OMS, in caso di suicidio, raccomanda di attuare delle procedure specifiche atte a documentare ufficialmente l'evento, con l'obiettivo di migliorare le attività future di prevenzione "ricostruire gli eventi che hanno portato alla morte del detenuto non precedentemente rilevati o presi in debita considerazione; valutare l'adeguatezza del sistema del sistema di risposta all'emergenza; delineare delle nuove regole che possano migliorare l'impegno futuro nella prevenzione dei suicidi"⁸².

Il Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario suggerisce di organizzare attività di intervento caratterizzate da:

81

<http://archivio.statoregioni.it/dettaglioDocf89c.html?idprov=19716&iddoc=59765&tipodoc=2&CONF=UNI>, Presidenza consiglio dei ministri, *Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti*, accordo Stato-Regioni, 27 luglio 2017.

82 WHO, 2007

- piena condivisione del complesso degli interventi da parte del Servizio sanitario nazionale e dell'Amministrazione della Giustizia;
- implementazione di organizzazioni funzionali dedicate a livello centrale, regionale e locale, costantemente integrate nelle professionalità e negli obiettivi;
- regolamentazione del monitoraggio degli interventi e degli esiti;
- definizione idonea a soddisfare adeguatamente i criteri di riferimento dei diversi attori interessati all'analisi e alla gestione del fenomeno suicidio;
- costante definizione e aggiornamento di protocolli operativi e locali;
- esclusione di ogni forma di iniziale coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici della salute mentale nelle attività per prevenire il rischio di riconduzione errata delle scelte suicidarie nell'ambito di condizioni patologiche psichiatriche⁸³.

Appare evidente come, il piano nazionale abbia come stretta necessità quella di includere all'interno dei piani locali di prevenzione al suicidio tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario, compresa la popolazione detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione il più possibile capillare, che consenta di rilevare eventuali segnali di disagio e sofferenza emotiva, in correlazione al rischio suicidario, promuovendo quindi una modalità di lavoro interdisciplinare tra le aree di intervento sanitaria e penitenziaria.

Come precedentemente affermato, l'intervento preventivo parte dalla valutazione del rischio all'ingresso e dal rilevamento di eventi stressanti nel corso della detenzione, in particolare monitorando i rapporti con i familiari, esito dei processi, colloqui con i legali, ecc.

Tuttavia nella pratica quotidiana vi sono numerosi fattori

⁸³ " Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti".

confondenti che rendono difficile l'individuazione del rischio suicidario con conseguente attuazione di interventi coordinati atti alla prevenzione, primo fra tutti la frequenza di quelli che secondo il Ministero della Giustizia, sono definiti eventi critici, ossia quelli che mettono a rischio la propria o altrui incolumità e più in generale la sicurezza all'interno degli istituti penitenziari⁸⁴, tra cui rientrano i casi di autolesionismo, i tentati suicidi, i suicidi e l'aggressione eterodiretta.

L'evento critico più frequente è quello dell'autolesionismo, che nel corso del 2023 secondo un rapporto di Antigone si sono registrati in media ogni 100 detenuti 16,3 atti di autolesionismo sul territorio nazionale.

L'autolesionismo è definito dall'Organizzazione mondiale della sanità come un "comportamento non fatale, intenzionale, volto a danneggiare sé stessi; che non prevede l'intervento di altre persone ed è finalizzato ad apportare, mediante le conseguenze fisiche attese, dei cambiamenti"⁸⁵.

Secondo il DSM-5 è un comportamento intenzionale e ripetuto, di procurarsi danni alla superficie corporea in grado di indurre sanguinamento, messo in atto con l'aspettativa che la ferita porti a danni fisici soltanto lievi, o comunque non mortali, e che da questo possa ottenere sollievo da una sensazione o uno stato cognitivo negativi.

Nonostante l'autolesionismo sia un sintomo presente in molti disturbi psichiatrici come il disturbo borderline, il disturbo del comportamento alimentare e disturbi da uso di sostanze, nel contesto detentivo assume tutt'altra valenza.

Spesso l'autolesionismo in carcere viene manifestato in assenza di altra sintomatologia psichiatrica in persone che non hanno uguali atteggiamenti in libertà. In carcere l'autolesionismo assume una

84 Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria.

85 Organizzazione Mondiale della Sanità.

funzione spesso anche comunicativa, viene utilizzato per manifestare il proprio disagio al fine di indurre nell'istituzione carceraria una risposta immediata.

I motivi alla base dell'autolesionismo sono diversi, ha evidentemente una dimensione manipolativa rispetto al contesto, ma è contemporaneamente una manifestazione di malessere che non trova altra forma di espressione.

Come sostenuto in diverse ricerche, come quelle di Portzky e McAuliffe, l'autolesionismo patologico diviene in persone con basse capacità di problem-solving, l'unica modalità di espressione di un dolore interiore^{86 87}.

Traslare questa evidenza in una realtà come quella detentiva, significa ammettere che tale atteggiamento può diventare l'unica modalità per manifestare il proprio disagio in un sistema che stigmatizza le manifestazioni emotive fisiologiche come segno di debolezza e sottostà a dinamiche relazionali rigide e gerarchiche anche tra le persone detenute. Non è raro infatti osservare, che qualcuno manifesti comportamenti autolesivi semplicemente per essere spostato di reparto a seguito di azioni vessatorie subite, questo accade poiché tra i detenuti vige un codice rigido secondo il quale non è possibile denunciare abusi, in quanto la denuncia espone ad ulteriori violenze.

Come precedentemente approfondito, la valutazione del rischio di suicidio è un atto complesso che parte dalla conoscenza approfondita del soggetto sia rispetto agli elementi della sua storia psicologica sia rispetto a quelli della detenzione.

Esistono alcune convinzioni secondo le quali la morte per

86 https://www.researchgate.net/publication/231824856_Problem-solving_and_repetition_of_para_suicide, C.McAuliffe, P. Corcoran, H.S. Keeley, *Problem solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study*, in *Psychological Medicine*, n.36, 2006, pp. 45-55 (ultimo accesso 19 giugno 2024).

87 <https://psycnet.apa.org/record/2007-10090-005>, G. Portzky, K. van Heeringen, *Deliberate self-harm in adolescents*, in *Current Opinion in Psychiatry*, n.20(4), 2007, pp. 337–342 (ultimo accesso 19 giugno 2024).

suicidio sarebbe in qualche modo prevedibile, convinzione che si discosta dal pensiero comune secondo il quale più che prevedere bisognerebbe prevenire. Come visto in precedenza, rispetto all'intenzionalità del suicidio, è che le persone non decidono all'improvviso di suicidarsi, ma piuttosto esiste per ogni individuo un elemento legato alla tolleranza oltre il quale la morte diviene la soluzione preferibile per porre rimedio, dopo un lungo periodo di sofferenza, allo stato di tormento interiore.

Dalla letteratura emerge che il raggiungimento di questo livello è graduale, così come dimostrato da Luciano Conti il quale sostiene che: "la percezione della realtà, generalmente selettiva, porta ad una progressiva crescita del desiderio di morire, fino al raggiungimento della soglia oltre il quale c'è il passaggio all'azione"⁸⁸.

Per definire meglio gli strumenti operativi a disposizione per la valutazione del rischio suicidario è utile prendere ad esempio il protocollo operativo dell'ASL Roma 2. All'interno di tale protocollo operativo uno degli strumenti utilizzati per la valutazione del rischio, in relazione anche alle pregresse condotte anticonservative, è il modulo C della Mini International Neuropsychiatric interview, che esplora l'ideazione suicidaria e i comportamenti messi in atto, esplorando il suicidio in maniera diretta, proponendo un livello di gravità dell'ideazione suicidaria.

Tale strumento viene utilizzato all'interno del colloquio clinico e si dimostra utile in quanto aiuta il paziente a definirsi ed esporsi permettendo un dialogo diretto e mirato sul suicidio⁸⁹

Altro strumento utilizzato dal protocollo operativo Asl Roma 2 è il

88 L. Conti, *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, S.E.E, Società Editrice Europea, Firenze, 2000.

89 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9881538/>, D.V. Sheehan, Y. Lecrubier, K.H. Sheehan, P. Amorim, J. Janavs, E. Weiller, T. Hergueta, R. Baker, G.C. Dunbar, *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*, in *J Clin Psychiatry*, 1998 (ultimo accesso 19 giugno 2024).

questionario sul benessere generale GHQ-12, strumento elaborato per individuare due categorie di difficoltà, l'incapacità ad eseguire le azioni normali e comparsa di nuovi stress, proponendosi di cogliere attraverso la presenza di quattro categorie di sintomi ovvero depressione, ansia deterioramento sociale ed ipocondria il cambiamento nel funzionamento tipico del soggetto⁹⁰.

Tale questionario aiuta il paziente a definire il proprio cambiamento rispetto alla situazione abituale di benessere, aiutando a cogliere il cambiamento in maniera ampia definendo il proprio ritmo sonno-veglia, la definizione della propria energia, la capacità di impegnarsi nelle cose, la fiducia e la valutazione di sé stesso, lo stato emotivo e le oscillazioni rispetto al proprio umore.

Appare evidente come attraverso la somministrazione di tali strumenti, si possano aggiungere elementi importanti che permettono di valutare il rischio suicidario e soprattutto la presa in carico del paziente con un rischio medio-elevato.

Nella valutazione del rischio bisogna avere sempre chiari quelli che sono gli elementi caratteristici di quella ideazione in quel soggetto, bisogna approfondire il percorso della storia dell'ideazione suicidaria, l'esordio, i cambiamenti esperiti dal soggetto, nonché gli aspetti cognitivi e di autovalutazione, elementi che sono altresì connessi, non solo con la progettualità del suicidio, ma anche con la difesa dal suicidio.

Per tale ragione, è importante far emergere vissuti e pensieri dolorosi, nonché limiti e risorse della persona così da aiutare il soggetto a comprendere che la scelta del suicidio, per quanto sia una decisione propria, avviene in un assetto psicologico in cui vi è un restringimento di opzioni ed alternative.

All'interno del protocollo operativo ASL Roma 2 viene dedicato

90 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/424481/>, D. P. Goldberg, V. F. Hillier, *A scaled version of the General Health Questionnaire*, in *Psychological Medicine*, n.9(1), 1979, pp. 139-145 (ultimo accesso 20 giugno 2024).

anche spazio al peer supporter, che prevede una formazione e sensibilizzazione dei detenuti stessi che tramite tale strumento possono intercettare e dare le prime risposte di sostegno e aiuto, considerati strumenti utili per tentare di fornire un approccio concreto ed allargato alla problematica dell'adattamento al contesto carcerario per i detenuti particolarmente fragili.

Si legge nel protocollo citato "il supporto tra pari (peer supporter) è una pratica di solidarietà, di scambio di informazioni e competenze, di sostegno reciproco tra le persone. Questo avviene tutti i giorni anche tra coloro che condividono luoghi, stili di consumo e socialità. Gli interventi ed i servizi che operano per la prevenzione di possibili rischi e la riduzione dei danni che possono manifestarsi in contesti collettivi, riconoscono l'individualità ed i saperi dei singoli soggetti e sostengono il supporto tra pari come pratica fondamentale per promuovere la qualità della salute e della vita. L'obiettivo del percorso formativo è valorizzare le competenze e l'esperienza dei detenuti e accrescere le loro conoscenze e abilità per sviluppare e sostenere pratiche di supporto tra pari sia nella vita di tutti i giorni che in collaborazione con gli interventi di riduzione del danno"⁹¹.

3.3 Analisi del sostegno psicologico e condizioni attuali delle carceri italiane.

Partendo dalle premesse precedentemente sviluppate, è possibile asserire che il carcere rappresenti un mondo a sé, un microcosmo che orbita attorno alla vita esterna ma da cui dipende ma da cui allo stesso tempo ha sviluppato una certa autonomia.

Sin dall'ingresso avviene un processo di riduzione, oggetti,

⁹¹ *Definizione di Protocollo operativo per la prevenzione dei comportamenti autolesivi e suicidari in carcere*, protocollo della ASL Roma 2, 2 agosto 2018.

abitudini e necessità rimangono sulla soglia, andando a rafforzare la sensazione personale di non avere un posto nel mondo.

Svanisce la dimensione privata e si impone prepotentemente la condivisione, spesso forzata di spazi, oggetti e persone, eliminando la dimensione personale di spazio, dormire lavarsi, parlare, mangiare avvengono tutte nello stesso luogo, con ritmo cadenzato, assieme all'altro.

Il carcere ha una sua materialità imposta, fatta di mura di cinta, sbarre, chiavi, corridoi, suoni che riecheggiano, radio, TV accese, ma ha anche degli aspetti prettamente simbolici che, nella quotidianità dei giorni di ogni detenuto, hanno un peso significativo. Come ad esempio il concetto di tempo e il suo utilizzo, che rispetto a quello a cui si è abituati fuori, si allunga, si deforma e si ripiega su sé stesso, diventando fortemente scandito, programmato e talvolta minaccioso.

Come precedentemente sottolineato, la privazione della libertà è fonte di un disagio significativo, causando diversi quadri psicopatologici come la depersonalizzazione.

L'intervento psicologico in carcere riveste, per tale ragione, un ruolo primario, sia per un generale mantenimento dello stato di salute e contenimento del disagio psichico sia per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario.

Rappresentando il carcere un mondo a sé fatto di privazione di libertà e relazioni significative, parlare di salute mentale diviene una sfida complessa e laboriosa che richiede lo sforzo congiunto di tutti gli attori in esso coinvolti.

Indubbiamente, il tema della salute mentale in carcere rappresenta uno dei nodi più difficili da sciogliere, da una parte per la necessità di garantire cure adeguate che non rendano il contesto detentivo un contesto peggiorativo del disagio psichico, dall'altra per garantire la sicurezza alla società libera e all'interno degli istituti stessi.

La sfida che oggi si pone davanti a chi opera in contesti detentivi

è quella di trovare una convergenza tra l'intento e la pratica, proprio perché a volte il mandato custodiale va a scontrarsi con il mandato sanitario, convergenza auspicabile in nome della persona.

L'équipe della salute mentale, che afferisce al Dipartimento di Salute Mentale rappresentandolo, si occupa di soggetti di reato che in anamnesi o durante la detenzione mostrano problematiche connesse alla patologia psichica.

L'équipe è, inoltre, titolare del programma terapeutico-riabilitativo del paziente autore di reato, per il quale viene progettato un piano terapeutico individualizzato.

L'intervento è progettato secondo i più recenti modelli dei PDTA nazionali, che si delineano attraverso la consulenza, l'assunzione in cura e la presa in carico.

Tali passaggi riflettono la complessità clinica impegnando, a seconda delle necessità, uno o più operatori dell'équipe, o a volte anche tutti.

In un'ottica multidisciplinare, lo psichiatra, lo psicologo, l'assistente sociale e il tecnico della riabilitazione offrono una lettura multidimensionale della domanda, ai fini di una valutazione psicodiagnostica con approfondimento clinico, che permette di effettuare la scelta del modello di percorso di cura più idoneo, così come il monitoraggio e revisione dello stesso.

È opportuno ora focalizzare l'attenzione sulla figura dello psicologo, la cui analisi risulta di fondamentale importanza nel contesto presente; all'interno dell'équipe della salute mentale, lo psicologo svolge un ruolo fondamentale che si riflette su più livelli del contesto. Il lavoro psicologico richiede una costruzione continua, in un'ottica di complessità e multidimensionalità, che tenga conto di vari aspetti: dalla relazione diretta con i pazienti alla facilitazione del rapporto tra le diverse aree dell'organizzazione carceraria.

La promozione e la prevenzione della salute mentale, mandato

deontologico professionale imprescindibile, devono essere delineate in un contesto particolarmente complesso come quello carcerario. Questo richiede una stretta collaborazione con altre figure di riferimento, quali gli agenti penitenziari, gli educatori, la direzione, gli infermieri e i medici.

Le richieste a cui deve far fronte lo psicologo sono diverse come offrire sostegno psicologico, prevenire il suicidio, facilitare la comunicazione tra il detenuto e le altre figure istituzionali, quando necessario agevolare il dialogo tra il detenuto e i familiari, comunicargli notizie spiacevoli come lutti, e promuovere l'accesso alle risorse presenti in carcere o sul territorio.

Le aree nelle quali è impegnato sono in particolare, il monitoraggio, la progettazione terapeutica, la valutazione diagnostica, il trattamento, il monitoraggio, la progettazione terapeutica e il post carcerazione. Lo psicologo, quindi, attraverso il colloquio può effettuare un intervento psicologico vero e proprio, finalizzato a fornire strumenti e strategie di cambiamento o mirare alla valutazione e diagnosi con l'intento di raccogliere un'anamnesi ed inquadramento diagnostico.

Garante di un buon colloquio è l'instaurarsi di una buona relazione e quindi un'alleanza terapeutica sana ed appropriata, che può permettere l'emergere di sentimenti, pensieri, vissuti e consentire la continuazione del rapporto nel tempo.

Scilligo, sostiene infatti che tre sono le condizioni essenziali per far sì che ciò avvenga: gli atteggiamenti e i comportamenti del professionista, alcuni aspetti legati ai valori e ai principi etici e la presenza di empatia, genuinità e rispetto⁹².

È importante inoltre per lo psicologo che opera nel contesto carcerario, possedere un buon livello di energia che permetta di controbilanciare l'assorbimento della stessa in un contesto che inevitabilmente richiede un lavoro complesso su vari livelli e con una vasta tipologia di utenza; deve inoltre possedere un buon livello di

92 P. Scilligo, *Io e Tu: parlare, capire e farsi capire*, Vol. 2, IFREP, Roma, 1999.

flessibilità e deve essere in grado di offrire un tipo di sostegno che responsabilizzi il paziente, rendendolo in grado di accedere alle risorse proprie e del contesto, al fine di ristrutturare la sua vita nel nuovo contesto detentivo.

Inoltre, è importante che lo psicologo in carcere si dedichi in modo autentico ai propri pazienti e che quindi apprezzi il proprio lavoro, traendo soddisfazione da ciò che fa, mantenendo un buon livello di coscienza di sé, soprattutto perché i pazienti con cui si lavora presentano gravi livelli di psicopatologia e atteggiamenti manipolativi che potrebbero condizionare la valutazione e avere un impatto negativo sull'andamento del colloquio.

Aspetto essenziale del lavoro nel contesto carcerario è il senso del potere. È importante in questo contesto intervenire in modo assertivo, offrendo riflessioni alla persona sulla sua visione della realtà e sui suoi comportamenti spesso incongrui, rischiosi, aggressivi, proprio perché in questo contesto il potere viene esercitato dai detenuti, senza il rispetto degli altri e delle regole, valicando norme e confini relazionali.

Il rischio per l'operatore, davanti a questa tipologia di utenti, è quello di passivizzarsi, diventando rinunciatario e sperimentando un senso di impotenza, così da lasciare che sia il paziente a gestire il colloquio o peggio aderendo al suo modo di vedere.

Di contro, altre volte il pericolo può essere quello di assumere una posizione di onnipotenza per cui, illudendosi di avere tutto sotto controllo, si diventa autoritari, forzando la persona detenuta ad aderire alle proprie soluzioni, causando una rottura nella alleanza terapeutica.

Altro aspetto da gestire è l'intimità, intesa come coinvolgimento profondo con l'altro, si può avere la tendenza confrontandosi con utenti difficili, aventi valori e storie di vita differenti, ad assumere una posizione di rifiuto e a mettere distanza. Diventa pertanto fondamentale che lo psicologo possieda una chiara identità personale e chiari confini dell'lo così da mantenere, nel corso dei colloqui, la propria prospettiva,

rispettando la propria e altrui libertà, creando allo stesso tempo una relazione finalizzata al raggiungimento degli obiettivi concordati nel setting e di lavoro psicologico.

La funzione della psicologia all'interno del contesto penitenziario, è soprattutto quella di mantenere l'attenzione sulla persona, sul suo funzionamento e sulle sue potenzialità evolutive, mettendo a disposizione tutti gli strumenti clinici per conoscerla e, ove possibile promuoverne la crescita personale e psicologica.

Come precedentemente specificato, lo psicologo effettua, al momento dell'ingresso del detenuto nell'istituto, una prima valutazione approfondita delle condizioni psichiche del soggetto, approfondendo la storia di vita del paziente, e da un lato individuando la presenza di eventuali eventi critici mediante l'anamnesi come l'uso di sostanze, precedenti psichiatrici, gesti autolesivi, separazioni conflittuali, lutti non elaborati, fallimenti personali, difficoltà relazionali, dall'altro identifica le risorse cognitive, affettive e relazionali che si costituiscono come fattori di protezione e di resilienza rispetto all'esperienza detentiva, facendo inoltre una lettura dell'impatto che l'esperienza dell'arresto può avere sulla struttura psicologica dell'individuo, concentrandosi sulle capacità di mediare con il contesto e di tollerare le frustrazioni.

Ad essere inoltre valutato dallo psicologo, è l'atteggiamento del paziente durante il colloquio clinico evidenziando la presenza di disagio psichico, prestando particolare attenzione al comportamento, alla forma e al contenuto del pensiero, allo stato emotivo e al tono dell'umore.

È possibile che si renda necessario l'avvalersi di tutta una serie di test psicometrici atti ad indagare ed approfondire alcune aree, tra cui l'area della personalità, dell'intelligenza, della psicopatologia o del deterioramento neuropsicologico.

Oltre a compiere valutazioni psicodiagnostiche e consulenze, lo psicologo struttura poi specifici percorsi di supporto psicologico, orientati al superamento del disagio psichico, alla promozione del

benessere individuale e potenziamento delle proprie risorse affettive e relazionali, con maggiore attenzione alle aree di fragilità individuate.

Questo è il caso più frequente di impegno dello psicologo in carcere, rappresentando la maggior parte del lavoro svolto quotidianamente.

Il colloquio clinico, come visto in precedenza, è lo strumento principale che utilizza lo psicologo in carcere, e si delinea come uno spazio di intervento utile a comprendere come sta il detenuto, quali risorse possiede, quale è la sua storia personale e familiare, il suo linguaggio emotivo, i suoi valori e bisogni immediati, le sue paure e la sua progettualità.

All'interno del carcere le sedute hanno luogo in uno spazio privo di funzione predefinita e per lo più si svolgono in una stanza adibita a vari usi, ovvero uno spazio che non può definirsi propriamente neutro e anche la stessa cadenza degli incontri può non venire rispettata per motivi non dipendenti dalla volontà dello psicologo.

Punto di partenza fondante per il lavoro dello psicologo nel contesto carcerario è che diverse evidenze scientifiche asseriscono che quanto più spazio viene offerto agli aspetti positivi e creativi dell'identità, tanto più essa si rinforza riducendo le parti distruttive e devianti.

La relazione assume un ruolo centrale in tutte le fasi del lavoro dello psicologo, costituendo lo strumento attraverso il quale è possibile attivare processi di consapevolezza, crescita, cambiamento e riflessione personale. Sono le esperienze supportate da relazioni significative a produrre cambiamenti, poiché veicolano processi di identificazione e interiorizzazione di regole e limiti, rendendo gli individui più permeabili agli stimoli positivi, con effetti evidenti sull'identità e sui comportamenti.

Spesso i detenuti hanno un funzionamento mentale carente o inaccessibile ai processi di simbolizzazione, e quindi spesso a rischio di acting out ovvero quel comportamento in cui una persona esprime

impulsi, desideri o emozioni inconsci, spesso di natura conflittuale o dolorosa, attraverso azioni piuttosto che parole; azioni che possono essere impulsive, inadeguate o distruttive e spesso si verificano senza consapevolezza o riflessione sul loro significato o sulle loro conseguenze.

A riguardo del tema di identità, depersonalizzazione e appartenenza a sotto culture gruppali, lo psicoanalista Bion offre degli spunti molto interessanti. Egli sostiene che il gruppo è il prodotto di un'attività mentale, di un'elaborazione fantasmatica, in gran parte illusoria, frutto della regressione inconscia e automatica che si verifica in chiunque si confronti con gli altri nella vita sociale. Tale confronto porta con sé una perdita di individualità, tuttavia a ciò corrisponde una crescita inversamente proporzionale del senso di appartenenza al gruppo, fantasticato inconsciamente come realtà autonoma, avente vita, volontà e motivazioni proprie, tale da influenzare il comportamento dei membri e tale da esserne influenzato, questo è il funzionamento basato su quelli che sono gli assunti di base teorizzati da Bion. Gli assunti base sono, secondo Bion, delle fantasie caricate emotivamente, legate agli scopi del gruppo; sono impulsi emotivi inconsci, fantasie di tipo onnipotente e magico che determinano l'organizzazione che il gruppo adotta e le modalità con cui affronta i compiti.

Bion individua tre tipi di assunti: il primo è l'assunto di base di dipendenza, durante il quale il gruppo è riunito per ricevere nutrimento spirituale e protezione materiale da parte di un capo infinitamente superiore; il secondo è l'assunto di base di accoppiamento, nel quale l'unità del gruppo è fondata sulla fantasia che dall'accoppiamento sessuale dei membri del gruppo possa nascere qualcosa o qualcuno che salverà il gruppo dalla sua miseria terrena; il terzo è l'assunto di base attacco-fuga, secondo il quale il gruppo si è costituito per difendersi o per aggredire qualcuno da cui si sente minacciato, talvolta solo fantasmatico.

Il gruppo, così come teorizzato da Bion, è caratterizzato dalla tendenza a fornire risposte automatiche facendo prevalere emotività, regole rigide e stereotipi, non vi è una elaborazione del pensiero ma piuttosto trascinati dall'emozione vi è una propensione all'azione, e i partecipanti mostrano atteggiamenti di competizione ed emotività; viene descritto da Bion come un gruppo che ha un'organizzazione protomentale.

Oltre al gruppo governato dagli assunti di base, Bion ha teorizzato un'altra modalità di funzionamento del gruppo, ovvero quella del gruppo di lavoro, che ha lo scopo principale di raggiungere il compito che si è dato e di sviluppare tale attività in gruppo. Questo gruppo è caratterizzato dal contatto con la realtà, capacità di collaborazione, controllo delle emozioni e tolleranza delle frustrazioni; è caratterizzato inoltre da uno sforzo cosciente e razionale ad orientarsi verso la risoluzione del problema. Il gruppo non espelle idee nuove, accetta le differenze legate al modo di essere degli individui, tollera il disaccordo e rimane unito lavorando sulle diversità consentendo che i pensieri possano essere pensati senza che l'emozione li trasformi in azione^{93 94}.

Prendendo come riferimento l'impianto teorico di Bion è possibile sostenere che il lavoro psicologico in carcere ha come finalità proprio quella di far nascere il pensiero, congiunto alla capacità di pensare le emozioni senza necessariamente agirle, imparando a tollerare la frustrazione e il tempo riflessivo dell'attesa.

In effetti, se il fine e lo strumento insieme del lavoro psicologico è avvicinare il paziente ai suoi pensieri e aiutarlo a riflettere e simbolizzare, per il detenuto questo intervento appare, ancor più importante, proprio perché i comportamenti che lo hanno portato alla detenzione, che sia un atto delittuoso o l'abuso di sostanze, sono molto

93 W. R. Bion, *Esperienze nei gruppi*, Armando Editore, Roma, 2009.

94 W. R. Bion, *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, Roma, 2013.

spesso degli agiti.

Appare dunque fondamentale lavorare al fine di riattivare i processi di simbolizzazione per aiutare il paziente a sviluppare e sostenere la propria capacità di pensiero e al contempo permettergli di sperimentare modalità relazionali per lui sconosciute che rappresentano nuovi modelli per interagire con gli altri.

È un lavoro che richiede allo psicologo impegno, costanza e un certo grado di flessibilità, è possibile immaginare che la funzione dello psicologo sia una funzione di ponte per il paziente autore di reato, tra sé e gli altri, tra le varie istanze presenti nell'istituto, tra l'esterno e l'interno, tra il reale e il fantasmatico, con l'obiettivo di aiutare il paziente a trovare una sua più giusta collocazione psichica nel mondo.

Soffermandosi su questi ultimi aspetti analizzati, è possibile affermare che le condizioni attuali delle carceri italiane siano carenti di tali prospettive e interventi.

Così come riportato dall'ultimo rapporto dell'associazione Antigone, che si occupa di tutela dei diritti umani nel sistema penale e penitenziario, il 12% delle persone detenute, quasi 6.000 persone, ha una diagnosi psichiatrica grave.

Il sovraffollamento, la carenza di personale specializzato e l'insufficienza di risorse dedicate sono fattori che contribuiscono significativamente al deterioramento del benessere psicologico dei reclusi. La presenza di disturbi mentali, come visto in precedenza, è particolarmente elevata tra la popolazione carceraria, spesso aggravata da condizioni di detenzione inadeguate e da una mancanza di supporto adeguato.

Nonostante alcuni progressi, come l'implementazione di programmi di assistenza psicologica e psichiatrica in alcune strutture, il sistema penitenziario italiano deve affrontare sfide importanti.

Molti detenuti con disturbi mentali non ricevono le cure necessarie, e le risorse limitate rendono difficile garantire un

trattamento continuo e appropriato. Inoltre, la formazione del personale carcerario in merito alle problematiche di salute mentale è spesso insufficiente, compromettendo ulteriormente la qualità dell'assistenza fornita.

I dati raccolti dall'Associazione Antigone nel rapporto 2024 offrono una visione chiara e drammatica della situazione.

Tale rapporto mette in luce che, dopo il 2022, l'anno da record con 85 suicidi accertati, il 2023 e il 2024 continuano a registrare numeri impressionanti.

Nel 2023 sono state almeno 70 le persone che si sono tolte la vita all'interno di un istituto di pena, nei primi mesi del 2024, almeno 30.

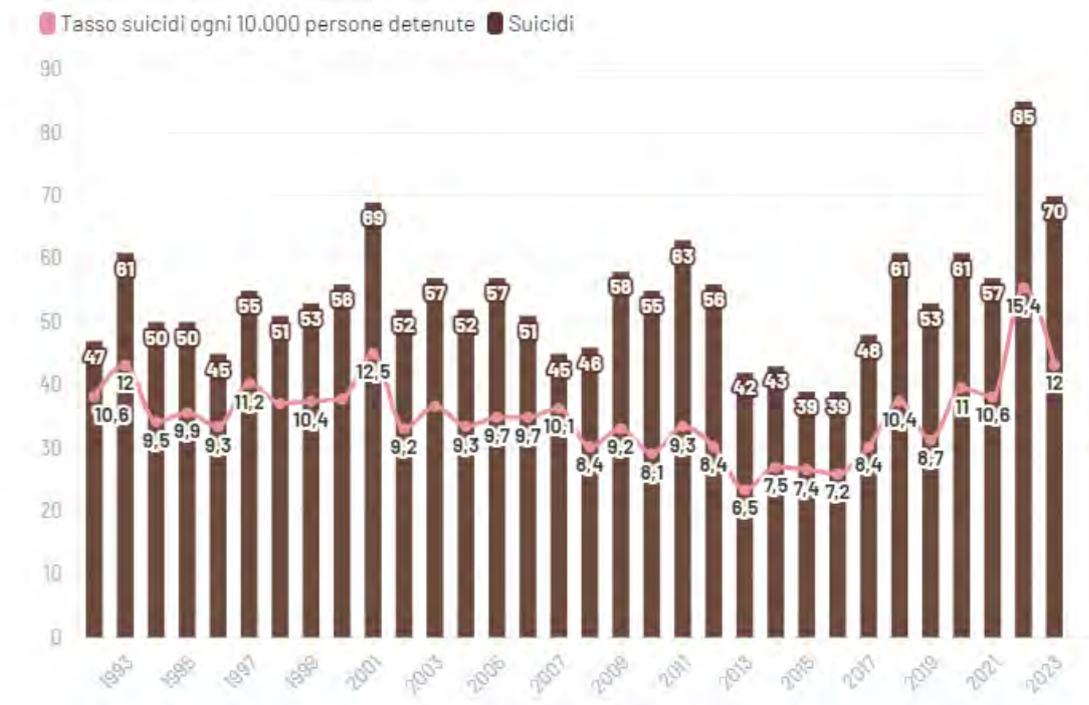
Sebbene in calo rispetto all'anno precedente, i 70 suicidi del 2023 rappresentano comunque un numero elevato rispetto al passato, il più alto dopo quello del 2022.

Guardando agli ultimi trent'anni, solo una volta si è raggiunta una cifra simile, con 69 suicidi nel 2001.

Ancora più allarmante è il dato relativo al 2024. Tra inizio gennaio e metà aprile, sono stati 30 i suicidi accertati, uno ogni 3 giorni e mezzo. Nel 2022, l'anno record, a metà aprile se ne contavano 20.

Dati che portano l'associazione ad affermare che “se il ritmo dovesse continuare in questo modo, a fine anno si rischierebbe di raggiungere livelli ancor più drammatici rispetto a quelli dell'ultimo biennio”⁹⁵.

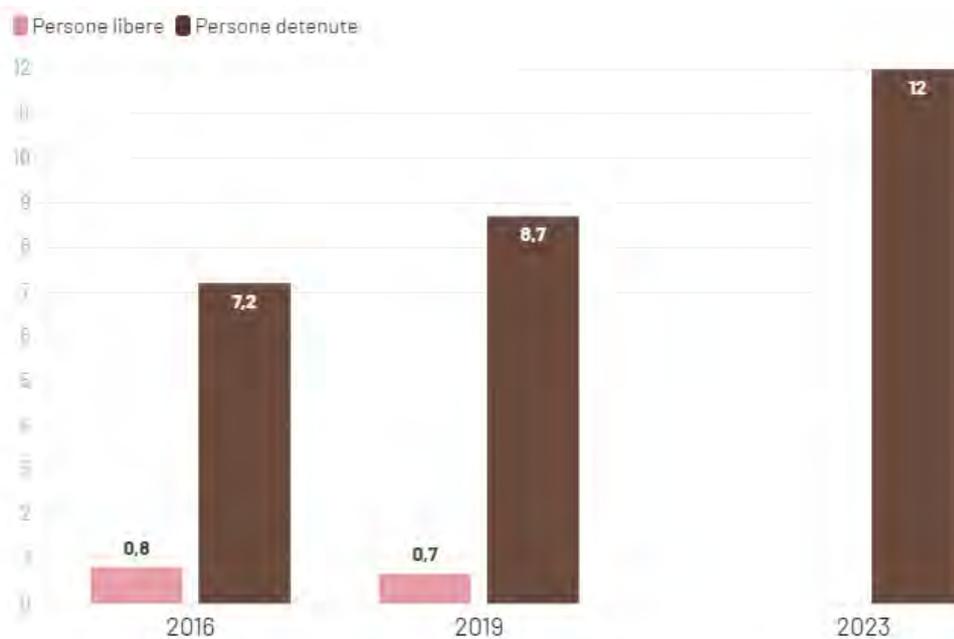
⁹⁵ <https://www.rapportoantigone.it/ventesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/nodo-alla-gola-emergenza-suicidi-in-carcere/>, Associazione Antigone, *Dossier sui suicidi in carcere nel 2023 e nei primi mesi del 2024*, in *Nodo alla gola XX Rapporto sulle condizioni di detenzione* (ultimo accesso 24 giugno 2024).



96

A riprova della natura strutturale del fenomeno è il confronto con quanto accade fuori dagli istituti di pena. Secondo gli ultimi dati pubblicati dall'OMS, il tasso di suicidio in Italia nel 2019 era pari a 0,67 casi ogni 10.000 persone. Nello stesso anno, il tasso di suicidi in carcere era pari a 8,7 ogni 10.000 persone detenute.

96 Fonte: Associazione Antigone, Suicidi in carcere anni 1992-2023.



97

Mettendo in relazione l'ultimo dato disponibile relativo alla popolazione detenuta, tasso di suicidi pari a 12 nel 2023, con quello della popolazione libera, tasso di suicidi pari a 0,67 nel 2019, si evidenzia l'enorme differenza tra i due fenomeni; in carcere ci si leva la vita ben 18 volte di più rispetto alla società esterna.

A livello europeo, l'Italia è in generale considerata un paese con un tasso di suicidi basso.

Secondo l'ultimo report dell'OMS *Suicide Worldwide in 2019*, il tasso di suicidi in Italia nel 2019 era di 0,67 casi per ogni 10.000 persone, era ben inferiore a quello di altre realtà europee come Francia con 1,38, Germania 1,23, Polonia 1,13, Romania 0,97, Spagna 0,77 e Regno Unito 0,79.

Tuttavia, secondo gli ultimi dati del Consiglio d'Europa, l'Italia si colloca ben al di sopra della media europea per quanto riguarda i suicidi in carcere. I dati si riferiscono al 2021, quando in Italia il tasso di suicidi

97 Fonte: Associazione Antigone, Tasso di suicidi in Italia fuori e dentro il carcere, anni 2016- 2019- 2023(solo carcere).

in carcere era pari a 10,6 casi ogni 10.000 persone detenute, mentre la media europea si attestava a 9,4.

Dai dati presenti in diversi report risulta che almeno 22 delle 100 persone decedute soffrirono di patologie psichiatriche, 12 pare avessero già provato a togliersi la vita in altre occasioni, emergono almeno 7 persone con un passato di tossicodipendenza e in ultimo erano invece almeno 6 le persone senza fissa dimora.

Come sottolineato in diverse occasioni ogni suicidio rappresenta il tragico risultato di profonde sofferenze e considerazioni personali, spesso complesse da affrontare, soprattutto in contesti difficili come quello carcerario. Tuttavia, è importante riconoscere che esistono anche elementi esterni che possono aggravare situazioni già complesse.

Oltre a promuovere percorsi alternativi alla detenzione per individui con problemi psichiatrici e di dipendenza, è cruciale migliorare le condizioni di vita all'interno degli istituti penitenziari. Questo per ridurre al minimo il senso di isolamento e marginalizzazione che molti detenuti vivono quotidianamente.

È necessario implementare interventi che possano avere un impatto positivo su tutta la popolazione carceraria, con un focus speciale su coloro che attraversano situazioni di particolare difficoltà.

Una delle principali strategie dovrebbe essere l'espansione delle opportunità di attività, inclusi programmi lavorativi, educativi e culturali.

Questi non solo mitigano la solitudine e la depressione, ma offrono anche una prospettiva di crescita personale e professionale.

Per contrastare il senso di isolamento, è essenziale rivedere le politiche riguardanti le comunicazioni esterne, attualmente, limitare le telefonate a 6 mensili da 10 minuti ciascuna è insufficiente.

La liberalizzazione delle telefonate, permetterebbe ai detenuti di comunicare liberamente con i propri cari, e potrebbe non solo migliorare il loro benessere emotivo ma potenzialmente salvare vite.

Inoltre, è imperativo implementare pienamente la sentenza della Corte Costituzionale che riconosce il diritto all'affettività, garantendo la creazione di spazi nelle carceri dove siano possibili colloqui intimi.

Tali interventi non solo rispettano i diritti umani fondamentali, ma contribuiscono anche a creare un ambiente più umano e favorevole al recupero e al reinserimento sociale dei detenuti.

Risulta fondamentale che l'Italia si adoperi per migliorare radicalmente le condizioni all'interno del sistema penitenziario, affrontando le sue sfide più urgenti e adottando riforme sostanziali per garantire un trattamento umano e dignitoso ai suoi detenuti.

Solo attraverso un impegno concreto e continuo per il rispetto dei diritti umani, si può aspirare a un sistema penale che non solo punisca, ma promuova veramente la rieducazione e il reinserimento sociale, riflettendo così la vera civiltà di una nazione in linea con quanto sostenuto da Voltaire il quale affermava: *“Non fatemi vedere i vostri palazzi ma le vostre carceri, poiché è da esse che si misura il grado di civiltà di una Nazione”*.

CONCLUSIONI

Questa tesi si è posta l'obiettivo di esaminare la complessa questione della salute mentale in carcere, mettendo in luce le problematiche esistenti e offrendo suggerimenti su come migliorare tali condizioni.

È stato possibile attraverso l'analisi della letteratura esistente identificare quali sono i principali disturbi diffusi all'interno delle carceri tra cui spiccano la depressione, il disturbo post traumatico da stress, i disturbi d'ansia, i disturbi di adattamento e i disturbi di personalità.

Inoltre la letteratura esistente ha evidenziato le condizioni carcerarie che hanno aggravato eventuali disturbi preesistenti come l'isolamento, l'impatto con la detenzione, la mancanza di attività ricreative e l'assenza di contatti con l'esterno.

Sempre attraverso la revisione della letteratura esistente è stato possibile individuare i programmi attualmente adoperati per la tutela della salute mentale in carcere, evidenziandone l'inefficacia e l'inadeguatezza. I principali ostacoli all'efficacia di questi programmi sono la mancanza di personale adeguatamente qualificato, risorse limitate e approcci frammentari.

L'integrazione di diverse discipline come la psicologia, la criminologia e la sociologia ha consentito un'analisi dettagliata e olistica del problema fornendo un contributo pratico ai fini delle raccomandazioni che mirano a contribuire al benessere dei detenuti e l'efficacia dei programmi di salute mentale.

Alla luce delle evidenze emerse dagli studi condotti sono state formulate diverse possibili soluzioni per migliorare le condizioni attuali delle carceri italiane. Tra queste soluzioni emergono la riduzione del

sovraffollamento, il miglioramento delle condizioni igieniche e il potenziamento delle attività ricreative e formative nonché aumentare le risorse e il personale, assicurandosi che ci sia un numero di professionisti sufficiente fornendo loro risorse che gli permettano di svolgere in maniera efficace il proprio lavoro; implementando programmi di prevenzione e trattamento efficaci basati su evidenze che affrontino in maniera specifica le esigenze dei detenuti con disturbi mentali, includendo interventi precoci e supporto continuo, soprattutto in pazienti che mostrano un alto rischio suicidario; riformulando le politiche riguardanti le comunicazioni con l'esterno, liberalizzando le telefonate in modo da permettere ai detenuti di comunicare con i propri cari, ciò migliorerebbe il benessere dei detenuti e potrebbe salvare delle vite; garantendo ai detenuti il diritto all'affettività così come è stato espresso dalla Corte Costituzionale, creando degli spazi adeguati a colloqui intimi; promuovendo una collaborazione interistituzionale garantendo un approccio multidisciplinare e continuo per la salute mentale dei detenuti.

La gestione della salute mentale in carcere rappresenta una sfida complessa e urgente, basti pensare che nello stesso momento in cui questa tesi viene redatta il numero di suicidi in carcere è di 60 da inizio 2024, un numero preoccupante se confrontato con gli anni passati.

Risulta fondamentale pertanto lavorare su alcune criticità, emerse in questo elaborato, nella convinzione che attuare le riforme suggerite non solo migliorerebbero la qualità di vita dei detenuti, ma contribuirebbero alla riduzione delle recidive e alla promozione di una società più sicura e inclusiva.

BIBLIOGRAFIA

Adler A., *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, 1995.

American Psychiatric Association, DSM-V, 2014, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (quinta edizione)*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

Baechler J., *Les suicides*, Calmann Lévy, Parigi, 1975.

Bion W. R., *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, Roma, 2013.

Bion W. R., *Esperienze nei gruppi*, Armando Editore, Roma, 2009.

Blaauw E., Van Marle H., Mental Health in prison, in Moller L. et al., eds. *Health in prison. A WHO guide to the essentials in prison health*, Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 2007.

Carnevale A., Di Tillio A., *Medicina e Carcere. Gli aspetti giuridici, criminologici, sanitari e medico-legali della pena*, Ed. Giuffrè, Milano, 2006.

Conti L., *Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria*, S.E.E, Società Editrice Europea, Firenze, 2000.

Dizionario Garzanti, *Il grande dizionario Garzanti della lingua italiana*, Milano, Garzanti, 1987.

Durkheim E., *Il Suicidio, studio di sociologia*, Rizzoli, Milano, 2012.

Farmer P., *Aggiustare il mondo*, Meltemi, Sesto San Giovanni, 2024.

Foucault M., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1976.

Freud S., *Al di là del principio di piacere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1986.

Freud S., *Compendio di psicoanalisi, in Opere, vol. 11*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

Freud S., *Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti*, Bollati Boringhieri, Torino, 1915-1917.

Freud S., *Lutto e melanconia, in Opera completa di Sigmund Freud, VIII*, Bollati Boringhieri, Torino, 1980.

Freud S., *Psicologia e Metapsicologia*, Newton Compton Editori, Roma, 2007.

Freud S., *Tre Saggi sulla teoria sessuale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.

Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 2010.

Goffman E., *Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968.

Hartmann H., cit. In Lasch C., *L'io minimo. La mentalità della sopravvivenza in un'epoca di turbamenti*, Feltrinelli, Milano, 2004.

Hales R.E., Yudofsky S.C., Gabbard G.O., *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Fifth Edition*, in American Psychiatric Association Publishing, 2008.

Joiner T., *Why people die by suicide*, Harvard University Press, Cambridge, 2007.

Klein M., Riviere J., *Amore, odio e riparazione*, Astrolabio, Roma, 1969.

Kohut H., *Narcisismo e analisi del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1977.

Lacan J., Il Seminario XI, *I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 2003.

Lacan J., *Scritti*, Biblioteca Einaudi, Torino, 2002.

Laplanche J., Pontalis J.B., *Enciclopedia della psicoanalisi vol. I*, Editori Laterza, Roma, 2008.

Le Guen C., *Dizionario Freudiano*, Borla, Roma, 2013.

Maslow A.H., *Motivazione e personalità*, Ed. Armando, Roma, 2010.

Monzani M., Percorsi di criminologia, Libreria universitaria, Padova, 2011.

Morselli E., *Il suicidio, Saggio di statistica morale comparata*, Fratelli Dumolard, Milano, 1879.

Motto D., Caronni S., Ambroset S., Cova F., Pedone S., Cicu F., Pomati G., *Scarcerando (La salute mentale tra carcere e territorio)*, Milano, FrancoAngeli, 2008, pp.52-61.

N. Anselmi, A. Mirigliani, *Disturbi di personalità e autolesionismo in ambito penitenziario*, in Rivista Psichiatrica, n. 45, 2010.

P. Scilligo, *Io e Tu: parlare, capire e farsi capire, Vol. 2*, IFREP, Roma, 1999.

Sbardella A., *Salute mentale e carcere*, Aracne, Roma, 2022.

Shneidman E. S., *Autopsia di una mente suicida*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2006.

Taggi F., Tatarelli R., Mancinelli I., *Il suicidio nelle carceri in Italia, uno*

studio epidemiologico (1996-1997), Rassegna penitenziaria e criminologica, 1998.

Voltaire, *Taccuino di pensieri. Vademecum per l'uomo del terzo millennio*, (a cura di Domenico Felice), Mimesi, Sesto San Giovanni, 2019.

Welldon E., *Playing with Dynamite*, Karnac, Londra, 2011.

Welldon E., *Relazione al convegno Crime in Mind and Action. Il Crimine Pensato e Agito*, 27 maggio 2013, Catania.

Winnicott D. W., *Processi maturativi e ambiente facilitante: Studi sulla teoria dello sviluppo emotivo*, Armando editore, 2013.

SITOGRAFIA

<http://www.treccani.it/vocabolario/>, Vocabolario Treccani online.

<https://www.researchgate.net/publication/358682352> Il conflitto intrapsichico e l'evoluzione storica del suo approccio psicoterapeutico in psicoanalisi, F.Frati, *Il conflitto intrapsichico e l'evoluzione storica del suo approccio psicoterapeutico in psicoanalisi*, in Ricerca Psicoanalitica vol.32, 2021.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427453/>, Dolan K., Wirtz A.L., Moazen B., et al. *Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees*. Lancet, 2016 (ultimo accesso 17 maggio 2024).

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14.page, Ministero di Giustizia, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento - Sezione Statistica (ultimo accesso 20 maggio 2024).

<https://rassegnapenitenziaria.giustizia.it/raspenitenziaria/it/lettura.page?contentId=LTR389>, Ministero della giustizia, Rassegna penitenziaria e criminologica, Standard Minimi delle Nazioni Unite sul trattamento dei detenuti - Regole Nelson Mandela (ultimo accesso 20 maggio 2024).

<http://rm.coe.int/090000168092a48b>, Council of Europe, Gli Standard del CPT *Rilievi essenziali e generali dei Rapporti Generali del CPT*, 2004 (ultimo accesso 03 giugno 2024).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29107817/>, R. Bachem, P. Casey, *Adjustment disorder: a diagnosis whose time has come*, in *Journal of affective disorders*, n.227, 2018, pp.243-253 (ultimo accesso 20 maggio 2024).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8430243/> , De Cataldo G., Carcere, *tossicodipendenti e AIDS*. In Prog. Med. 1993 Jan, n. 84(1), pp. 1-4. Italia, (ultimo accesso 17 maggio 2024).

<https://doi.org/10.1192/bjp.176.5.503> , N. Singleton., H. Meltzer., R. Gatward., *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales, London, office for national statistics*, 1998 (ultimo accesso 20 maggio 2024).

<https://bjs.ojp.gov/library/publications/indicators-mental-health-problems-reported-prisoners-and-jail-inmates-2011> , J.Bronson, M. Berzofsky, *Indicators of mental health problems reported by prisoners and jail inmates, 2011-2012, U.S. Department of Justice office of justice programs Bureau of justice statistics*, giugno 2017, pp. 1-16 (ultimo accesso 10 giugno 2024).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30122276/>, E. D. Klonsky, B.Y. Saffer, C.J. Bryan, *Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update*, *Current Opinion in Psychology*, 22, 2018, pp. 38-43 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33183374/>, L.Favril, R. C. O'Connor, K. Hawton, F. Vander Laenen, *Factors associated with the transition from suicidal ideation to suicide attempt in prison*, in *European Psychiatry*, n.63(1), 2020, p.e101 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27278569/>, L. Marzano, K. Hawton, A. Rivlin, E. N. Smith, M. Piper, S. Fazel, *Prevention of Suicidal Behavior in Prisons*, in *Crisis*, n. 37(5), 2016, pp. 323-334 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33634654/>, T. Stephenson, J. Leaman, É O'Moore , A. Tran, E. Plugge, *Time out of cell and time in*

purposeful activity and adverse mental health outcomes amongst people in prison: a literature review, in International Journal of Prisoner Health, n. 17(1), 2021, pp.54-68 (ultimo accesso 17 giugno 2024).

https://www.researchgate.net/publication/231824856_Problem-solving_and_repetition_of_para_suicide, C.McAuliffe, P. Corcoran, H.S. Keeley, *Problem solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study*, in Psychological Medicine, n.36, 2006, pp. 45-55 (ultimo accesso 19 giugno 2024).

<https://www.rapportoantigone.it/ventesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/nodo-alla-gola-emergenza-suicidi-in-carcere/>, Associazione Antigone, Dossier sui suicidi in carcere nel 2023 e nei primi mesi del 2024, in Nodo alla gola XX Rapporto sulle condizioni di detenzione (ultimo accesso 24 giugno 2024).

<https://psycnet.apa.org/record/2007-10090-005> , G. Portzky, K. van Heeringen, *Deliberate self-harm in adolescents*, in Current Opinion in Psychiatry, n.20(4), 2007, pp. 337–342 (ultimo accesso 19 giugno 2024).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/424481/>, D. P. Goldberg, V. F. Hillier, *A scaled version of the General Health Questionnaire*, in Psychological Medicine, n.9(1), 1979, pp. 139-145 (ultimo accesso 20 giugno 2024).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9881538/> , D.V. Sheehan, Y. Lecrubier, K.H. Sheehan, P. Amorim, J. Janavs, E. Weiller, T. Hergueta, R. Baker, G.C. Dunbar, *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*, in J Clin Psychiatry, 1998 (ultimo accesso 19 giugno 2024).