


SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE SEDE CATANIA

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

# OLTRE LA RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA: LA TERAPIA DIALETTICO-COMPORTAMENTALE (DBT) NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO IN AMBITO PENITENZIARIO. UNA *NARRATIVE REVIEW*

Dott.ssa Carmen Leotta

Anno 2026

# OLTRE LA RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA: LA TERAPIA DIALETTICO-COMPORTAMENTALE (DBT) NELLA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO IN AMBITO PENITENZIARIO. UNA *NARRATIVE REVIEW*

***Carmen Leotta***

## ABSTRACT

**Obiettivi.** Esaminare il ruolo della *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) nella prevenzione del rischio suicidario in ambito penitenziario, analizzandone i presupposti teorici, gli adattamenti al contesto detentivo e le evidenze di efficacia disponibili.

**Metodi.** È stata condotta una *narrative review* della letteratura scientifica e della documentazione istituzionale pubblicate tra il 2000 e il 2026. La ricerca è stata effettuata nelle banche dati PubMed, APA PsycNet, Science Direct, Semantic Scholar, Springer Nature Link e Sage Journals.

**Risultati.** Le evidenze esaminate suggeriscono che la DBT possa favorire la riduzione dei comportamenti autolesivi e suicidari, migliorando le capacità di regolazione emotiva e di tolleranza della sofferenza nei soggetti detenuti. Particolare interesse emerge per il modello DBT-CM (*Corrections Modified*), che integra *skills training*, formazione del personale penitenziario e *peer support*.

**Conclusioni.** La DBT appare un approccio promettente per la prevenzione del suicidio in carcere; tuttavia, sono necessari ulteriori studi controllati e longitudinali per confermarne efficacia e sostenibilità applicativa.

**Parole chiave:** Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT); rischio suicidario; contesto penitenziario; prevenzione del suicidio; regolazione emotiva

## INTRODUZIONE

Il suicidio di un individuo in stato di detenzione rappresenta la manifestazione più estrema del disagio psicosociale che caratterizza le strutture penitenziarie e che coinvolge gli operatori chiamati ad intervenire sia sotto il profilo operativo che sotto quello umano e deontologico.

La propensione a compiere gesti autolesionistici o suicidari all'interno degli istituti di pena nasce dall'intreccio tra vulnerabilità individuali e fattori di stress ambientali e organizzativi. Tra le fasi a più alto rischio si colloca l'ingresso in istituto (World Health Organization, 2000), momento in cui la privazione della libertà determina la cosiddetta "sindrome da ingresso": un evento traumatico legato all'impatto con la realtà detentiva, alla rottura delle reti relazionali e alla perdita dell'autonomia personale (Bartolini, s.d.). A tale vulnerabilità iniziale si sommano fattori cronicizzanti quali la convivenza forzata, la riduzione degli spazi personali, la carenza di attività lavorative o rieducative, la presenza di comorbilità psichiatriche e le problematiche legate alla dipendenza da sostanze. Il prolungarsi di giornate prive di occupazione incrementa notevolmente i livelli di ansia, frustrazione e depressione cronica. Allo stesso modo, la scarcerazione o l'accesso a una misura alternativa alla detenzione possono rivelarsi momenti estremamente complessi, specialmente per chi non può contare su una rete di supporto.

I rilevamenti dell'Istituto Superiore di Sanità e dei report internazionali mettono in luce un divario drammatico tra la popolazione generale e quella detentiva: in Italia, mentre la mortalità per suicidio nella popolazione libera si mantiene su livelli inferiori alla media europea, all'interno degli istituti di pena si registra un'incidenza sproporzionatamente elevata e in costante *escalation* negli ultimi anni[1] (Antonelli, 2026).

[1] *Nota integrativa sul trend epidemiologico (2021-2025):* Nel 2021 il tasso di suicidi nelle carceri italiane era pari a 10,6 casi su 10.000 detenuti (oltre 18 volte superiore a quello della popolazione generale, pari a 0,59/10.000). Nel 2023 il dato è salito a 10,9/10.000, superando la media europea dei contesti detentivi (8,9/10.000; Consiglio d'Europa). Nel 2025 il tasso ha

L'analisi dei dati dell'Amministrazione Penitenziaria relativi ai suicidi in carcere traccia un profilo ben preciso: l'incidenza prevale tra gli uomini in età matura e, dal punto di vista restrittivo, nei circuiti a media sicurezza delle strutture di medie e grandi dimensioni, con eventi acuti che tendono a concentrarsi in prossimità di snodi giudiziari critici, prescindendo dalle condizioni di sovraffollamento della singola cella. Sotto il profilo criminologico, tra le categorie di detenuti maggiormente a rischio autosoppressivo vi sono gli autori di maltrattamenti contro familiari o conviventi e di atti persecutori, nonché di femminicidi e/o omicidi in danno di familiari o conviventi (Napolitano & Parisi, 2026).

Leggere tale fenomeno quale campanello d'allarme di un disagio associato a molteplici fattori di rischio solleva inevitabili interrogativi, tra i professionisti della salute mentale, circa l'efficacia e l'adeguatezza degli interventi psicologici adottati all'interno degli istituti di pena.

Pedrola- Pons et al. (2024) hanno dimostrato che la Terapia Cognitivo- Comportamentale (TCC) è efficace nel ridurre l'ideazione suicidaria a breve termine (≤ 6 mesi) tra i detenuti ad alto rischio suicidario. Inoltre, come affermato da Tong et al. (2025) "*la TCC riduce costantemente l'incidenza di comportamenti suicidari e autolesionistici e allevia i sintomi depressivi nei periodi di follow-up a breve, medio e lungo termine*".

La terapia cognitivo-comportamentale *standard* è orientata principalmente alla ristrutturazione dei pensieri disfunzionali e all'identificazione e modifica delle distorsioni cognitive e delle credenze di base (Beck, 2022). Tuttavia, tale paradigma incontra dei limiti applicativi di fronte a contesti caratterizzati da forte deprivazione. In primo luogo, la ristrutturazione cognitiva potrebbe rischiare di risultare parziale o inadeguata dinanzi alla condizione del soggetto detenuto, la cui sofferenza si fonda su una realtà oggettivamente restrittiva, avversiva e priva di autonomia. In un simile ambiente, i pensieri percepiti come negativi ("*la mia vita è*

raggiunto i 13 casi su 10.000 detenuti (pari a 74 eventi fatali complessivi), registrando un valore oltre 22 volte superiore a quello della popolazione libera (ISS; Napolitano & Parisi, 2026; Antonelli, 2026).

*rovinata*", "*sono in trappola*", "*non ho controllo sul mio futuro*") non sempre costituiscono mere distorsioni cognitive da ristrutturare, bensì risposte disadattive ma congrue a un contesto fortemente stressante e deprivante, ovvero valutazioni realistiche della condizione di detenzione**.** In alcuni casi, un utilizzo non sufficientemente contestualizzato delle tecniche di ristrutturazione cognitiva potrebbe essere percepito dal detenuto come invalidante, compromettendo l'alleanza terapeutica. La struttura carceraria è, per sua natura, uno dei massimi esempi di ambiente invalidante, in cui i vissuti soggettivi dell'individuo vengono costantemente disconosciuti, minimizzati o puniti dall'istituzione. In questo contesto, spingere sulla ristrutturazione cognitiva senza l'utilizzo di protocolli CBT strutturati e mirati, potrebbe rischiare di replicare la dinamica traumatica dell'istituzione, portando il paziente alla chiusura o all'*escalation* comportamentale (Hayes & Hofmann, 2018).

Secondariamente, le dinamiche psicologiche prevalenti nella popolazione detenuta, spesso connotate da traumi complessi, elevata reattività emotiva e marcata impulsività, rendono difficile l'accesso alle risorse cognitive superiori durante le fasi di crisi acuta. Nelle situazioni di emergenza, infatti, l'attivazione emotiva prevale sulla capacità razionale del pensiero, rendendo la sola messa in discussione delle credenze uno strumento insufficiente a prevenire l'atto impulsivo.

In questo scenario, la *Dialectical Behavior Therapy* offre un cambio di paradigma: sposta il focus dalla modifica del contenuto del pensiero (cosa si pensa), tipica della Terapia Cognitivo-Comportamentale *standard*, al cambiamento della relazione con i propri stati cognitivi ed emotivi (come ci si relaziona a ciò che si pensa e si prova). Attraverso la dialettica tra accettazione e cambiamento, l'integrazione di abilità di *mindfulness* e la tolleranza della sofferenza, la DBT offre all'individuo strumenti alternativi utili per far fronte all'angoscia.

L’obiettivo di questa *narrative review* è esaminare le evidenze di efficacia e l’applicabilità dell’integrazione della DBT nei contesti detentivi, analizzando e sintetizzando la letteratura scientifica sul ruolo e sull’utilità clinica della Terapia Dialettico-Comportamentale nella prevenzione del rischio suicidario tra la popolazione detentiva, descrivendo al contempo un protocollo riadattato (DBT- CM) di tale intervento.

## METODOLOGIA

La ricerca bibliografica è stata effettuata attraverso le banche dati PubMed, APA PsycNet, Science Direct, Semantic Scholar, Springer Nature Link e Sage Journals.

Sono stati esaminati report istituzionali e documenti prodotti da organismi nazionali e internazionali operanti nei settori della salute mentale e dell'Amministrazione Penitenziaria.

Sono stati considerati articoli scientifici, studi sperimentali, studi quasi-sperimentali, revisioni della letteratura e documenti istituzionali pubblicati tra il 2000 e il 2026, prevalentemente in lingua inglese e italiana, pertinenti all'evoluzione e all’applicazione della DBT nei contesti forensi e penitenziari e alla gestione del rischio suicidario nella popolazione detenuta. La selezione delle fonti è stata orientata alla rilevanza rispetto agli obiettivi della presente revisione e alla coerenza con il tema dell'integrazione degli approcci di terza onda nei programmi di prevenzione del suicidio in carcere.

## La *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) per la gestione della disregolazione emotiva e dell’impulsività

La DBT è un trattamento cognitivo-comportamentale sviluppato da Marsha Linehan a partire dagli anni ’70 (Linehan, 2021) presso la University of Washington di Seattle (USA).

Inizialmente rivolto a soggetti ad alto rischio suicidario cronico (Maffei, 2018), esso è diventato il primo trattamento *evidence-based* per il disturbo borderline di personalità (Sampl et al., 2010).

Uno dei principali punti di forza è la sua attenzione alla riduzione dell'impulsività e dell'aggressività e poiché si concentra specificamente sui deficit nella regolazione delle emozioni è considerata particolarmente adatta ai detenuti (Streb et al., 2026), riducendo, inoltre, l'incidenza di comportamenti autolesionistici e suicidari (Shelton et al., 2011).

Pur essendo fondata su principi cognitivo-comportamentali, il suo tratto distintivo risiede nell'approccio "dialettico", attraverso il quale si costruisce l'equilibrio tra accettazione e cambiamento: il paziente è incoraggiato ad accettare sé stesso e le sue esperienze emotive attuali, lavorando al contempo per un cambiamento comportamentale.

Come riportato da Maffei (2018), il protocollo *standard* della Terapia Dialettico-Comportamentale si articola in quattro componenti d'intervento fondamentali:

1. Terapia individuale: all'interno dell'impostazione DBT individuale, l'obiettivo primario risiede nel bilanciamento tra accettazione del sé e spinta al cambiamento. Al paziente si richiede di sforzarsi subito di eliminare quei comportamenti a rischio per la sua vita e la disponibilità ad apprendere nuove modalità adattive (*coping*) grazie all'aiuto del terapeuta. Al contempo, quest'ultimo deve accettare di prendere in carico un quadro clinico ad elevato rischio suicidario, adattando il proprio intervento in funzione delle specifiche esigenze del paziente.
2. *Skills training*: strutturati in un formato di tipo didattico, questi incontri consentono ai pazienti di acquisire ed esercitare abilità comportamentali specifiche nell'ambito della regolazione delle emozioni (comprendere e modulare le risposte emotive), dell'efficacia interpersonale (promuovere l'assertività e favorire il mantenimento delle

relazioni), della tolleranza della sofferenza (gestire e contenere le situazioni critiche) e della *mindfulness* (migliorare la presenza mentale e la consapevolezza).

3. *Coaching telefonico*: strumento che garantisce un contatto diretto con il terapeuta negli intervalli tra le sedute, la cui finalità è quella di offrire una breve consultazione nel momento in cui i pazienti mostrano difficoltà a comprendere e ad applicare efficacemente le abilità apprese alla vita di tutti i giorni (come gestire forti impulsi suicidari, un litigio con il *partner* o trovarsi di fronte ad una situazione temuta).
4. *Team meeting* di consultazione per i terapeuti: riunioni d'*équipe* a cadenza settimanale pensate per sostenere i professionisti a mantenersi entro gli standard di aderenza ai principi della DBT, per limitare il fenomeno del *burn-out* e per sviluppare nuove abilità finalizzate a incrementare i propri livelli di competenza.

**Adattamento DBT per la popolazione carceraria**

Implementare la DBT, originariamente progettata come intervento basato sulla comunità, in un ambiente correzionale richiede modifiche alle procedure e ai materiali. Berzins e Trestman (2004) descrissero i primi adattamenti DBT per i contesti forensi e carcerari.

Tra i suoi adattamenti, in ambito penitenziario prevale la DBT- CM (*Corrections Modified),* sviluppata a partire dai primi anni 2000 dal *team* di ricerca guidato dal Dr. Robert L. Trestman, dell'Università del Connecticut (Trestman et al., 2004).

In risposta alle specifiche esigenze logistiche di questo contesto (ad es. tempo limitato per i colloqui di terapia individuale, protocolli di sicurezza, trasferimenti dei detenuti presso altri istituti), questo adattamento propone attività modulari più brevi e mirate ma più estese nel tempo per offrire maggiori opportunità di coprire tutti i moduli di competenze (gruppi di *skills training* di 60 minuti, due volte a settimana per 16 settimane, ciascuno correlato da specifici

*homework*), pone maggiore enfasi sugli interventi di gruppo e sul supporto tra pari, utilizza un formato modulare che consente ai partecipanti di entrare ed uscire dal programma in modo flessibile secondo le necessità e riconosce al personale penitenziario un ruolo attivo sia nella co-conduzione degli interventi sia nel consolidamento delle strategie DBT nella vita penitenziaria (Sampl et al., 2010; Shelton et al., 2011). La ***Tabella 1*** sintetizza le principali variazioni operative della *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) tra il protocollo standard e quello adattato al contesto carcerario.

***Tabella 1.*** *Principali modifiche strutturali e operative del protocollo Dialectical Behavior Therapy (DBT) nel contesto penitenziario rispetto al modello standard.*

| **Modulo / Dimensione** | **DBT Standard (Linehan, 1993)** | **DBT-CM (Trestman et al., 2004) / Contesto Penitenziario** |
|---|---|---|
| Coaching extra-seduta | Telefonico, h24 con il terapeuta | Sostituito da *Peer Support* (es. Progetto "*Listener"*) e schede di autosupporto |
| Durata e Frequenza Group Skills | 2,5 ore/settimana per 24 settimane | Moduli più brevi e frequenti (60 min, 2 volte/settimana per 16 settimane) |
| Coinvolgimento dell'Ambiente | Rete familiare/sociale esterna | Coinvolgimento e formazione della Polizia Penitenziaria e del personale di sezione |
| Accesso ai gruppi | Coorti chiuse | Moduli "a cancelli aperti" (*open-enrollment*) per gestire trasferimenti e scarcerazioni |

**Attività pratiche di *distress tolerance* e *mindfulness* per persone in stato di detenzione ad alto rischio suicidario**

Tra novembre 2015 e settembre 2016, il personale sanitario dell'NHS Foundation Trust ha avviato un progetto in due penitenziari dell'Inghilterra settentrionale, di cui uno per adulti maschi e l'altro per minori (Biddle et al., 2018). L'iniziativa mirava a prevenire il suicidio e l'autolesionismo, da un lato accrescendo le competenze degli operatori penitenziari a contatto con detenuti con problemi di salute mentale, dall'altro erogando trattamenti terapeutici direttamente all'interno delle celle.

Il progetto pilota, rivolto ai detenuti inseriti nella procedura di prevenzione e gestione del rischio suicidario (ACCT – *Assessment, Care in Custody and Teamwork*), ha visto l'introduzione di strumenti psico-educativi e sensoriali concreti, quali le *Big Orange Box (Bob Boxes***)** e i *Relaxation Packs*.

Dal punto di vista teorico e clinico, questi kit operativi non costituiscono semplici passatempi ricreativi, bensì rappresentano un'applicazione strutturata del modulo di *Tolleranza della Sofferenza (Distress Tolerance)* e della *Mindfulness* propri del modello di Linehan. In particolare, le risorse contenute nelle *Bob Boxes* — materiali artistici, giochi di stimolazione cognitiva, oggetti tattili e supporti audio — riflettono direttamente le strategie di autosostegno in acuto basate sui protocolli DBT:

- Strategie di distrazione: l'uso di rompicapo (come il cubo di Rubik) e di attività espressive (disegno, origami) consente di reindirizzare temporaneamente l'attenzione logico-cognitiva lontano dai pensieri angoscianti e dall'ideazione suicidaria, riducendo l'urgenza dell'impulso autolesivo durante i picchi di attivazione emotiva.
- Autorassicurazione e autoregolazione emotiva attraverso i cinque sensi (*Self-Soothe*): l'impiego di matite acquerellabili (vista), palline antistress (tatto), ascolto di brani audio dedicati (udito) e kit per l'aromaterapia (olfatto) presenti nei *Relaxation Packs* guida il

soggetto detenuto a rimodulare lo stato di *arousal* agendo direttamente sui canali sensoriali e somatici.

- Consapevolezza del momento presente e *grounding***:** i manuali di rilassamento guidato, gli esercizi di respirazione e lo yoga favoriscono l'ancoraggio al corpo e la presenza mentale (*Mindfulness*), aiutando l'individuo a risentire il proprio corpo in modo sicuro e non minaccioso, interrompendo i cicli di ruminazione e derealizzazione tipici degli stati di ansia acuta e di somatizzazione del trauma detentivo.

Di fondamentale rilevanza clinica risulta, infine, l'integrazione dei "Profili dei Detenuti" (*Prisoner Profiles*), schede di monitoraggio che declinano operativamente il concetto DBT di *Chain Analysis* (analisi catenaria). Attraverso questo strumento, il soggetto viene guidato a identificare i propri eventi scatenanti (*trigger*) e a condividere con gli operatori penitenziari le strategie di fronteggiamento (*coping*) ritenute più efficaci, trasformando la gestione della crisi da una risposta meramente contenitiva/imposta a un processo collaborativo di autoregolazione emotiva.

**Formazione del personale penitenziario e della *peer support***

Fase imprescindibile nell'implementazione del protocollo DBT-CM (*Corrections Modified*) all'interno degli istituti di pena è la formazione preliminare erogata dall'équipe clinica a gruppi selezionati di operatori della Polizia Penitenziaria e del personale multidisciplinare. I risultati di uno studio quasi-sperimentale condotto da Trupin et al. (2002) su ragazze adolescenti detenute in una struttura di riabilitazione giovanile dello Stato di Washington suggeriscono che la formazione specialistica del personale rappresenta una variabile determinante nell'efficacia della DBT. Gli autori rilevano, infatti, che gli esiti più favorevoli si osservano nei contesti in

cui gli operatori ricevono una preparazione approfondita e un supporto formativo costante, tali da consentire un'applicazione coerente e rigorosa del modello terapeutico.

Tale modulo d'orientamento mira a illustrare i presupposti teorici e le abilità cliniche fondamentali del modello DBT, fornendo al personale penitenziario strategie pratiche per promuoverne e sostenere l'applicazione quotidiana da parte della popolazione detentiva, oltre a incrementare la sensibilità nei confronti della salute mentale nei contesti restrittivi.

A supporto dell'operatività quotidiana, oltre alla distribuzione di materiale informativo cartaceo, possono essere predisposti strumenti digitali consultabili tramite rete locale o risorse dedicate. Tali sussidi — concepiti come vere e proprie "Guide per il personale penitenziario" e distribuiti nelle varie sezioni dell'istituto — offrono indicazioni tempestive per la gestione delle manifestazioni acute legate al rischio suicidario e ai comportamenti autolesivi, affrontando ambiti critici quali disregolazione della rabbia, stati d'ansia, elaborazione del lutto, attacchi di panico, isolamento sociale, compromissione dell'autostima e disturbi del sonno.

Un'ulteriore specificità applicativa riguarda l'adattamento delle componenti d'intervento alle rigidità strutturali dell'ambiente carcerario. Nello specifico, la discontinua disponibilità della risposta terapeutica individuale e la sostanziale impossibilità di fruire del *coaching* telefonico extra-seduta — pilastro del protocollo DBT standard — rendono indispensabile l'integrazione di strategie basate sul supporto tra pari (*peer support*).

In questo scenario si inserisce il programma "*Listener*" (Ascoltatori), concepito originariamente dall'organizzazione non profit *Samaritans* e introdotto per la prima volta nel Regno Unito nel 1991, presso la prigione di Swansea, in Galles (Jaffe, 2012; Griffiths & Bailey, 2015). Il modello è finalizzato alla prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo attraverso un intervento di supporto tra pari: alcune persone in stato di detenzione, selezionate su base volontaria e opportunamente formate, offrono ascolto empatico e sostegno emotivo immediato,

continuativo (24 ore su 24) e in condizioni di riservatezza a chiunque versi in una situazione di sofferenza psicologica.

Nel contesto italiano, tale metodologia è stata recepita ed esperita da circa un decennio grazie a protocolli d'intesa tra le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e l'Amministrazione Penitenziaria. Un'esperienza pilota di rilievo si è concretizzata presso la Casa Circondariale di Roma "Regina Coeli", culminata con la consegna formale degli attestati di formazione nel febbraio 2023 (Garante dei diritti delle persone private della libertà personale – Regione Lazio, 2023).

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Le evidenze empiriche e teoriche esaminate confermano la complessa specificità del fenomeno suicidario nell'inquadramento clinico-penitenziario. Sebbene il paradigma cognitivo-comportamentale (TCC) di seconda generazione costituisca un intervento d'efficacia consolidata per la remissione dell'ideazione suicidaria nella popolazione clinica generale, la sua adattabilità nei contesti di restrizione della libertà evidenzia alcune criticità. In un ambiente oggettivamente avversivo, caratterizzato dalla compromissione dell'autodeterminazione, l'adozione di sole tecniche di ristrutturazione cognitiva rischia di determinare un effetto iatrogeno di invalidazione emotiva.

Interpretare l'angoscia o la disperazione legate alla condizione detentiva quali meri "*bias* cognitivi" o "credenze disfunzionali" nega il vissuto sofferto del paziente, minando l'alleanza terapeutica proprio con soggetti ad elevata reattività ed impulsività. In questa cornice, la Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) e altri approcci di "terza onda" operano un sostanziale cambio di paradigma: imperniando la prassi sulla polarità dialettica tra accettazione e trasformazione, la DBT offre strumenti alternativi, ed integrativi, per sostenere l'inevitabile sofferenza della detenzione senza canalizzarla in condotte autolesive o suicidarie.

L’interiorizzazione di abilità di *mindfulness*, *distress tolerance* e regolazione affettiva dota il soggetto di repertori somatici, cognitivi e comportamentali in grado di modulare l'iper-arousal emotivo e prevenire l’improvvisa trasformazione dell'angoscia acuta in agito impulsivo.

L’inquadramento dei protocolli DBT nel contesto restrittivo impone un profondo ripensamento dei setting d'intervento tradizionali. Come evidenziato dall'adozione del modello *DBT-CM* e dalle pratiche di supporto multilivello (tra cui i kit esperienziali *Bob Boxes* e i programmi *Listener*), l'integrazione di strategie di terz’onda risulta perseguibile mediante una determinata flessibilità organizzativa.

L'efficacia di tale modello si impernia su tre capisaldi clinico-istituzionali:

- Modularità e flessibilità strutturale (*Open-Enrollment*): l'articolazione di sessioni di *skills training* brevi e ad accesso continuo compensa l'elevato *turnover* e la discontinuità della permanenza detentiva. Massimizzare il tempo che i detenuti trascorrono fuori dalla cella svolgendo attività mirate è altrettanto importante per ridurre i tassi di suicidio e autolesionismo.

- Riconfigurazione del ruolo della Polizia Penitenziaria: gli ambienti e gli interventi che sembrano in grado di ridurre il rischio di suicidio e autolesionismo tra i detenuti includono quelli che creano opportunità di interazioni e relazioni positive tra personale e detenuti. La formazione del personale di custodia trasforma la sezione detentiva in un ambiente di convalida emotiva, in cui le abilità di autoregolazione trovano costante riscontro e promozione.

- Sistematizzazione del supporto tra pari (*Peer Support*)**:** in sostituzione del *coaching* telefonico extra-seduta, l'addestramento di detenuti-ascoltatori rappresenta una rete informale ma strutturata di contenimento relazionale, attiva h24 nei momenti di acuzie psicopatologica.

## LIMITI E FUTURA RICERCA

Nonostante i positivi riscontri clinico-operativi, la rassegna dello stato dell'arte evidenzia nodi metodologici che ne limitano la generalizzabilità e richiedono un vaglio critico rigoroso:

- Prevalenza di disegni esplorativi: gran parte dei dati disponibili deriva da studi pilota, ricerche quasi-sperimentali o coorti ristrette, privi della necessaria potenza statistica.
- Carenza di RCT su popolazioni ad elevata complessità: si evidenzia una grave mancanza di studi controllati randomizzati focalizzati su soggetti detenuti esposti a grave rischio autolesivo o affetti da forme complesse di doppia diagnosi e trauma complesso.
- Criticità nel monitoraggio longitudinale: la discontinuità intrinseca ai percorsi giudiziari e la variabilità dei tempi di permanenza in istituto compromettono spesso la tracciabilità degli esiti clinici a lungo termine e dei tassi di reiterazione del gesto suicidario a seguito del reinserimento in libertà**.**

Risulta indispensabile promuovere studi longitudinali e trial clinici multicentrici volti a valutare l'efficacia dei singoli moduli DBT (es. l'impatto isolato del modulo di *Distress Tolerance* rispetto al protocollo completo) e l'esito costo-efficacia degli interventi integrati di formazione del personale e *peer support*.

## IMPLICAZIONI CLINICHE, ISTITUZIONALI ED ETICHE

In conclusione, l'adozione della DBT nei contesti detentivi non rappresenta soltanto un'alternativa psicoterapeutica orientata all'efficacia clinica, ma risponde a una precisa responsabilità etica e istituzionale. Prevenire il suicidio in carcere richiede il passaggio da

un modello puramente custodialistico e securitario a un modello di cura orientato alla promozione della resilienza e dell'autoregolazione emotiva.

Investire nella standardizzazione e nell'istituzionalizzazione dei protocolli DBT-CM all'interno del sistema penitenziario significa dotare gli operatori della salute mentale e della sicurezza di strumenti condivisi, validati e realmente sostenibili per tutelare il diritto alla salute e alla vita di una delle popolazioni più vulnerabili della nostra società.

## BIBLIOGRAFIA


Antonelli, S. (2026). *Dossier su suicidi e decessi in carcere nel 2025 e nei primi mesi del 2026*. Associazione Antigone, XXII Rapporto sulle condizioni di detenzione. https://www.rapportoantigone.it/ventiduesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/dossier-su-suicidi-e-decessi-in-carcere-nel-2025-e-nei-primi-mesi-del-2026/

Bartolini, M. (s.d.). *Problematiche psichiche e compatibilità carceraria*. In *La questione psichiatrica all'interno degli istituti di pena.* Ristretti Orizzonti. http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/bartolini/compatibilita.htm

Beck, J. S. (2022). *La terapia cognitivo-comportamentale* (3ª ed.; trad. it. a cura di A. Montano). Astrolabio Ubaldini.

Berzins, L. G., & Trestman, R. L. (2004). The development and implementation of dialectical behavior therapy in forensic settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, *3*(1). https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/14999013.2004.10471199

Biddle, P., Dyer, W., Hand, R., & Strinati, C. (2018). Reflections on a project to prevent suicide and self-harm among prisoners identified as high risk in two prisons in Northern England. *Health & Justice*, *6*(1), Article 22. https://doi.org/10.1186/s40352-018-0080-7

Garante dei diritti delle persone private della libertà personale – Regione Lazio. (2023, 1° febbraio). *Regina Coeli, consegnati gli attestati del primo corso per Peer supporter.* https://www.garantedetenutilazio.it/regina-coeli-consegnati-gli-attestati-del-primo-corso-per-peer-supporter/

Griffiths, L., & Bailey D. (2015). Learning from peer support schemes: can prison listeners support offenders who self-injure in custody? *International Journal of Prisoner Health, 11*(3), 157-168. https://doi.org/10.1108/ijph-01-2015-0004

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based cbt. I processi e le competenze cliniche di base della terapia cognitivo-comportamentale*. Giovanni Fiorini Editore.

Jaffe, M. (2012). *Peer support and seeking help in prison: a study of the Listener scheme in four prisons in England.* https://keelerepository.worktribe.com/output/409113

Linehan, M. M. (2021). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello DBT* (M. Ascoli, C. D'Amore & A. Pace, Trad.). Raffaello Cortina Editore.

Maffei, C. (2018). Dialectical Behavior Therapy. In G. Melli & C. Sica, *Fondamenti di psicologia e psicoterapia cognitivo-comportamentale: Modelli clinici e tecniche d'intervento* (pp.187- 196). Edizioni Centro Studi Erickson.

Napolitano, E., & Parisi, M. (2026, 9 marzo). *Circolare 9 marzo 2026 – Ulteriori linee guida per la prevenzione delle autolesioni in ambito penitenziario*. Ministero della Giustizia. Disponibile su: www.giustizia.it

Pedrola-Pons, A., Sanchez-Carro, Y., Pemau, A., Garcia-Ramos, A., & De la Torre-Luque, A. (2024). Efficiency of psychological interventions in the prevention of suicidal behavior and self-injury in penitentiary population: A systematic review. *International Journal of Law and Psychiatry, 92*. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101948

Sampl, S., Wakai, S., & Trestman, R. L. (2010). Translating evidence-based practices from community to corrections: An example of implementing DBT-CM. *The Journal of*

*Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention, 2*(2), 114-123. https://doi.org/10.1037/h0100463

Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of a dialectic behavior therapy – Corrections modified (DBT- CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 24*(2), 105-113. https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2011.00275.x

Streb, J., Bagheri, M., Müller, C., Wittkowski, M., Pichlmeier S., & Dudeck, M. (2026). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Patients in Forensic Psychiatry and Prison: Primary and Exploratory Meta-Analyses. *Criminal Justice and Behavior*, *53*(7). https://doi.org/10.1177/00938548261430844

Tong, F., Zhang, Y., & Jiao, Y. (2025). The efficacy of cognitive behavioral therapy on reducing suicidal symptoms among adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *16*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1672957

Trestman, R. L., Gonillo, J., & Davis, H. (2004). *Dialectical Behavior Therapy-Corrections Modified (DBT- CM) treatment manual*. University of Connecticut Health Center.

Trupin, E. W., Stewart, D. G., Beach, B., & Boesky, L. (2002). Effectiveness of a Dialectical Behaviour Therapy Program for Incarcerated Female Juvenile Offenders. *Child and Adolescent Mental Health, 7*(3), 121-127. https://doi.org/10.1111/1475-3588.00022

World Health Organization. (2000). *Preventing suicide: A resource for prison officers*. (Documento n. WHO/MNH/MBD/00.5). https://iris.who.int/handle/10665/66725