



# Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA  
Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento

Oggetto: Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica.  
Assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive.  
Relazione.

## PREMESSA

In via preliminare è opportuno precisare che questa Amministrazione nell'intento di tutelare la salute mentale della popolazione detenuta ha dovuto tener presente che il problema delle malattie psichiatriche dei soggetti ristretti nelle strutture penitenziarie riguarda :

- i soggetti autori di reato riconosciuti non imputabili per vizio totale di mente ma considerati socialmente pericolosi e pertanto internati negli ospedali psichiatrici giudiziari;
- i soggetti autori di reato riconosciuti affetti da vizio parziale di mente che scontano prima la pena in istituti di pena ordinari e successivamente vengono internati per l'esecuzione di una misura di sicurezza;
- soggetti che nonostante siano affetti da una malattia mentale essendo riconosciuti imputabili espiano una condanna definitiva a pena detentiva;
- soggetti che presentano disturbi mentali nei cui confronti non si è ancora concluso l'iter processuale e che sono sottoposti alla misura cautelare della

custodia cautelare in carcere anziché di quella di cui all'art. 286 c.p.p - custodia cautelare in luogo di cura;

- soggetti che presentano patologie psichiatriche insorte dopo il fatto-reato e/o dopo l'inizio dell'esecuzione della pena.

Tale distinzione - avallata da un sistema eterogeneo di norme inserite in modo non organico sia nel codice penale sia in quello di procedura penale e che costringe molto spesso gli operatori penitenziari ad un lavoro di interpretazione non sempre agevole - era ben chiara anche al legislatore della L. 354/75 che, oltre a dettare disposizioni specifiche per gli O.P.G. e per gli istituti di esecuzione delle altre misure di sicurezza - case di cura e custodia - case di lavoro - colonie agricole - nell'art. 11 dedicato al servizio sanitario in generale ha testualmente stabilito, diversamente dalle altre branche specialistiche, che ogni Istituto Penitenziario e quindi non solo gli O.P.G. deve avvalersi dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria.

È noto infatti a chi frequenta il carcere che il disturbo mentale non è evento che riguarda solo gli internati o pochi detenuti per i quali potrebbero bastare alcune misure di contenimento. Si tratta purtroppo di un problema diffuso negli Istituti di pena ordinari.

L'obiettivo che questa Amministrazione ha inteso da tempo perseguire, pur consapevole delle enormi difficoltà ad esso legate, sostenute anche dalla normativa vigente, è quello di operare un profondo riassetto delle premesse teorico-organizzative che informano il sistema dell'assistenza psichiatrica penitenziaria, verso un recupero psichico, nell'ambito delle individuali possibilità dei pazienti detenuti ed internati mediante l'organizzazione e la realizzazione di un servizio psichiatrico intramurario in grado di assicurare la continuità terapeutica e di lavorare per una integrazione del paziente detenuto nel contesto di appartenenza, laddove possibile.

L'esigenza primaria di una riorganizzazione del servizio psichiatrico penitenziario, a parte la necessità di una stima del problema epidemiologico indispensabile per la formulazione di una mappa conoscitiva della realtà attuale su cui potere avanzare proposte di progetti adeguati, ha posto varie priorità. La più importante si fonda sul superamento nei luoghi di pena della mera attenzione per le situazioni di urgenza psichiatrica. Si impone infatti - secondo una impostazione "nuova" da noi introdotta - una presa in carico delle espressioni psicopatologiche dei detenuti e degli internati impostando così un collegamento funzionale ed organizzativo del carcere come portatore di una identità sanitaria integrata col resto del territorio con cui deve andare inevitabilmente ad articolarsi. Dunque, se pure fondamentali nella individuazione e nella gestione di un rischio primario, il colloquio di primo ingresso, la prima visita medica, il presidio psicologico e le eventuali successive segnalazioni e richieste di consulenze specialistiche sono strumenti il cui uso esclusivo mantiene questo limite.

## **PRIMI INTERVENTI SUI DETENUTI NUOVI GIUNTI AL FINE DI EVIDENZIARE DISTURBI MENTALI CORRELATI A RISCHI SUICIDIARI**

Uno dei problemi più evidenti che questa Amministrazione ha dovuto affrontare è stato quello di arginare il fenomeno dell'autolesionismo e del suicidio correlato sia alla presenza di patologie psichiatriche sia ad un mero disturbo di carattere psicologico dei soggetti ristretti.

Partendo dal presupposto, suffragato da indagini statistiche che il compimento di gesti autolesivi si verifica tra i detenuti nuovi giunti a seguito dell'impatto con il contesto carcerario nel 1987 con circolare n°3233/5689 è stato istituito il servizio psicologico nuovi giunti. All'interno di questo servizio lo psicologo riveste un ruolo di estrema importanza in quanto, dovendo valutare i rischi di autolesionismo e di

suicidio del detenuto nuovo giunto, è in grado di segnalare ad altre figure professionali, situazioni critiche permettendo così l'adozione di misure precauzionali atte a scongiurare la messa in atto di gesti autolesivi (grandi sorveglianze e sorveglianze a vista). Tale servizio è stato quindi attivato solo negli istituti penitenziari che hanno un numero rilevante di ingressi giornalieri. Gli Istituti penitenziari privi del presidio psicologico Nuovi Giunti hanno comunque a disposizione altri servizi per limitare la diffusione del disagio mentale.

Questa direzione Generale ha infatti emanato numerose direttive al fine di arginare la diffusione del fenomeno del disagio mentale ed ha più volte al riguardo sensibilizzato le Direzioni degli istituti penitenziari.

Merita, a tal proposito, di essere citata la circolare n. 3524-5974 del 12 maggio 2000 dal titolo "*atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri*" in cui non solo si ribadisce il contenuto della circolare istitutiva del servizio *nuovi giunti* ma vengono dettate ulteriori disposizioni in merito.

In tale circolare viene infatti specificato che:

- I detenuti nuovi giunti in ciascuno istituto Penitenziario devono sostare nei reparti di accettazione solo per il tempo strettamente limitato all'effettuazione della visita medica di primo ingresso e all'espletamento del colloquio con lo psicologo del servizio Nuovi Giunti per poi essere smistati nelle sezioni e nei reparti detentivi;
- L'assegnazione nei reparti detentivi non deve essere casuale ma effettuata in base a criteri oggettivi e soggettivi, quali le indicazioni dell'Autorità Giudiziaria, la posizione giuridica la pericolosità ecc.;
- L'intervento del servizio Nuovi Giunti non deve risultare fine a se stesso ma deve seguire ad esso un'effettiva presa in carico dei detenuti classificati a

“rischio “ non solo da parte degli specialisti in psichiatria e di altro personale appartenente all’area sanitaria ma anche di altri Operatori Penitenziari, sia della polizia penitenziaria , sia del trattamento a tal fine i provvedimenti con cui viene disposta la “ Grande Sorveglianza” o la “Sorveglianza a vista” non devono essere emanati in forma generica ma devono specificare in modo dettagliato motivo per cui viene disposta una tale misura cautelativa;

- L’istituzione di un apposito registro in cui devono essere indicati giornalmente i detenuti a “ rischio” in modo che *chiunque si succeda nei turni di servizio all’interno della sezione* venga posto nella condizione di conoscendo la particolare condizioni di alcuni ristretti di *modulare la propria attività in aderenza alle necessità del singolo caso.*

Le suindicate disposizioni ministeriali sono ovviamente applicabili anche per i detenuti che manifestano il proprio disagio successivamente all’ingresso in Istituto. Particolare importanza assume, a tal proposito, la figura dello specialista in psichiatria.

Per inciso, il suicidio rimane un gesto che, molto più della morte, deve essere elaborato da chi resta. Evento drammatico, definitivo, spesso legato ad evidenti patologie quali la depressione e la schizofrenia altre volte incomprensibile nei suoi significati, in carcere esso trova purtroppo una sua forte espressione.

## **ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO PSICHIATRICO**

Con circolare n. 577373/2 del 30 giugno 1999, questa D.G. ha provveduto a rimodulare il rapporto libero professionale degli specialisti in psichiatria, prevedendo per gli stessi una retribuzione oraria in modo da svincolarli da un’attività di mera consulenza, come avviene per le altre branche specialistiche. Stabilendo infatti una tariffa oraria e non a visita, lo psichiatra, diversamente dagli

altri specialisti, non è subordinato, per l'effettuazione delle visite, alla richiesta del medico incaricato ma decide nell'ambito della propria autonomia divenendo, in tal modo, parte integrante non solo dell'aria sanitaria ma di tutta l'istituzione penitenziaria viste le inevitabili connessioni con l'area della sicurezza e con quella trattamentale.

Una volta attivato il servizio, lo specialista in psichiatria, assicurando una presenza oraria, non solo è in grado di instaurare e di gestire un vero e proprio rapporto terapeutico con il paziente, ma viene posto nella condizione di monitorare costantemente la condizione di disagio psichico dei detenuti e di apportare perciò un notevole contributo agli altri operatori che prestano la propria attività all'interno degli Istituti penitenziari.

Il monte ore viene autorizzato per ciascun istituto in base alla capienza.

Questa Direzione Generale consapevole dell'importanza del ruolo che assume il servizio psichiatrico, così come è stato organizzato dalla citata circolare del 1999 in sede di programmazione per l'anno 2003, nonostante la riduzione economica, che ha costretto a ridefinire il servizio di consulenza specialistica così come è stato indicato con la circolare n°00576065 del 6 febbraio 2003, ha conservato per tutti gli Istituti penitenziari l'attivazione della branca specialistica in psichiatria, prevista anche dall'art. 11 dell'Ordinamento Penitenziario.

L'intento era di uscire dalla pratica di avere come scopo esclusivo dell'assistenza psichiatrica il controllo degli atti suicidari proponendo, da una parte, programmi e metodologie non più indifferenti alla tutela della salute mentale della popolazione detenuta, con azioni integrate dell'area sanitaria, trattamentale e della sicurezza; dall'altra, un discorso squisitamente psichiatrico, di reale impegno per la cura dei disturbi psichiatrici *strictu sensu*.

## **INTEGRAZIONE CON I SERVIZI TERRITORIALI**

Nell'ambito della psichiatria penitenziaria si pone da tempo come prioritaria l'esigenza di integrare il servizio psichiatrico penitenziario con quello territoriale al fine di un reinserimento sociale del soggetto ristretto.

La funzione rieducativa della pena di cui all'art. 27 della Costituzione non può attuarsi nei confronti dei detenuti psichiatrici se non coordinata con un piano di assistenza e di cura.

È noto infatti che la finalità della legge Basaglia (L. 80/1978) era quella di considerare il malato di mente come un soggetto da non isolare dal contesto territoriale, tipico di una concezione Lombrosiana ormai superata, e questa concezione non può non riguardare anche i malati di mente autori di reato, nonostante la suindicata legge non prenda in considerazione né gli internati negli O.P.G. né gli altri autori di reato, che pur affetti da malattia mentale sono stati riconosciuti imputabili.

Infatti il legislatore successivamente ha emanato numerose disposizioni in tal senso tra cui primeggia il D. Lgs 230/99 e in materia di psichiatria il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 21/4/2000.

Infatti, si sta sempre di più affermando la coscienza che, quando si parla di potenziamento e riqualificazione negli Istituti del servizio psichiatrico, non si può non puntare sulla fondamentale collaborazione del cosiddetto territorio che, lungi dall'essere un'astrazione, trova nei D.S.M. la naturale rappresentazione anche per quanto concerne le finalità previste dal Progetto obiettivo, da inquadrare nelle esigenze di contesto dei diversi territori.

Soffermandosi proprio sulle finalità del Progetto obiettivo in ambito penitenziario, che è il documento interministeriale Sanità-Giustizia-Tesoro e Bilancio che definisce gli indirizzi alle Regioni volti a garantire gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati, gli interventi sollecitati di prevenzione, cura e riabilitazione vedono coinvolti a diverso titolo le varie professionalità (psichiatri, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, agenti di Polizia penitenziaria), dunque risposte e soluzioni che aprono il complesso capitolo di una adeguata formazione degli operatori che trova la sua naturale articolazione nei D.S.M.; precise finalità del Progetto obiettivo sono anche attività di tutela e promozione della salute mentale, adozione di strumenti che consentano la domiciliazione della cura, il lavoro multidisciplinare, la formulazione di progetti di trattamento individuali, la continuità del trattamento e la presa in carico individualizzata. Non ultima poi è da citare la ricerca di cooperazione tra S.S.N. e questa Amministrazione per favorire l'assegnazione dei soggetti con disturbi mentali a sedi penitenziarie ubicate nello stesso ambito regionale o almeno confinante rispetto alla residenza che avevano prima di essere reclusi.

Gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati e gli strumenti da impiegare per raggiungerli, focalizzati dal Progetto obiettivo sono stati successivamente assorbiti e fatti propri dal D.P.R. 230/2000 (Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario). In particolare, nell'art. 20 il legislatore nel dettare *disposizioni particolari per gli infermi e seminfermi di mente* diversamente da quanto indicato in via generale dall'art. 17, che per l'assistenza sanitaria ai detenuti intesa in senso generale rimanda alla normativa vigente, specifica che nei confronti non solo degli internati infermi o seminfermi di mente ma anche dei detenuti il servizio sanitario pubblico *accede in istituto per rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari l'individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico..... necessaria per il loro successivo reinserimento sociale.*



Viene quindi evidenziata normativamente la necessità che l'assistenza sanitaria per il detenuto sia organizzata in maniera tale che l'intervento psichiatrico abbia una sua continuità anche attraverso forme di collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.).

In considerazione del fatto che questa collaborazione si è realizzata in modo assai variegato: psichiatri dipendenti dalle A.S.L. che svolgono attività extramoenia presso l'Istituto, convenzioni con A.S.L. che "prestano" le proprie équipes all'Istituto, protocolli d'intesa che non garantiscono una presa in carico il D.A.P. e precisamente la Direzione Generale dei detenuti e trattamento con nota n. 252624 del 13/7/2005, ha richiamato all'attenzione dei Provveditorati sul disposto dell'art. 20 del N.R.E. al fine di sollecitare le ASL territorialmente competenti all'adempimento di un loro obbligo istituzionale ossia la presa in carico dei pazienti con patologia psichiatrica, detenuti e internati, fin dal loro ingresso in istituto e, previo accordo con gli operatori penitenziari, alla individuazione delle strutture esterne utili al loro successivo reinserimento sociale. Verrebbe così attuata la specifica competenza istituzionale dei servizi psichiatrici territorialmente competenti.

L'importanza della necessità d'integrazione dei servizi era già stata comunque ribadita nei documenti di programmazione del servizio sanitario penitenziario soprattutto in quello del 2005 in cui reattivamente al tema della salute mentale dei detenuti ci si propone l'obiettivo di organizzare il servizio in due livelli:

- Potenziamento del servizio psichiatrico all'interno dell'istituto penitenziario coinvolgendo, per una gestione congiunta, non solo gli specialisti in psichiatria, ma anche gli operatori delle altre aree;
- Sensibilizzazione dei servizi territoriali esterni per una presa in carico del paziente detenuto da parte dei D.S.M., così come prevede anche il piano sanitario nazionale 2003-2005.

Detenuti affetti da problematiche di carattere psichico richiedono, infatti, delle modalità di gestione particolari anche al fine di limitare il compimento di gesti auto e/o etero aggressivi.

Si ritiene, infatti, funzionale al sistema la collaborazione attiva dello psichiatra con tutti gli altri operatori penitenziari, non solo in sede di *equipe*, intesa come gruppo di osservazione e trattamento, ma in modo che la sua opera, caratterizzata da una particolare competenza tecnico-specialista, non rimanga un qualcosa di a sé stante rispetto agli altri interventi.

Si raccomandava soprattutto, di favorire l'integrazione del servizio psichiatrico con quello psicologico.

Entrambi i servizi pur avendo competenze professionali diverse perseguono pur sempre un unico obiettivo: assicurare il benessere psicologico della popolazione detenuta.

Lo scopo che l'Amministrazione della Giustizia persegue è quello di trovare modalità organizzative che, fin dal momento dell'ingresso in istituto, favoriscono la gestione del detenuto con problemi di carattere psicologico-psichiatrico, in particolare se slatentizzati dal contesto penitenziario.

Per le ragioni sopra esposte risulta necessario che, per i soggetti che ne necessitano, il servizio psichiatrico sia attivato tempestivamente, fin dal momento dell'ingresso in istituto oltre che al coinvolgimento del servizio territoriale.

A tal riguardo si sottolinea anche quanto era già stato indicato a proposito nel citato D.M. 21/04/2000 del Ministero della Sanità ("Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario") che aveva infatti testualmente stabilito che, proprio per "*evitare duplicazioni e sovrapposizioni sfavorevoli al benessere psichico*", non solo prevedeva l'attivazione di un'apposita

*area in cui la questione del trattamento incontra quella della tutela e della promozione della salute mentale al fine di definire la forma migliore di trattamento nell'interesse della persona e dell'istituzione, ma prevedeva anche l'attivazione di scambi e cooperazione soprattutto nel servizio nuovi giunti.*

Nel Documento di programmazione inoltrato ai Provveditorati con nota n.0073545-2004 per la cura delle patologie psichiatriche si era anche raccomandato alle Direzioni di migliorare *l'offerta farmacologia anche con l'adozione dei nuovi antipsicotici atipici che, pur essendo più costosi degli antipsicotici delle precedenti generazioni, sono dotati di minori effetti collaterali.*

Alla luce di quanto esposto risulta comunque abbastanza evidente che la tutela della salute mentale della popolazione detenuta non può essere deputata esclusivamente all'istituzione penitenziaria, ma deve coinvolgere necessariamente anche il territorio affinché si realizzi un'effettiva continuità assistenziale con le strutture sanitarie esterne .

## **REPARTI DI OSSERVAZIONE PSICHIATRICA**

La particolare attenzione attribuita all'assistenza psichiatrica è confermata anche dall'attivazione di appositi reparti di osservazione di cui all'art. 112 D.P.R. 230/2000 la cui realizzazione è stata prevista in un apposito Programma Esecutivo denominato : "Realizzazione reparti per osservazione psichiatrica di cui all'art.112 D.P.R. 230/00 in ogni Provveditorato".

La realizzazione di tale reparti si attaglia con il disposto degli artt. 112 e 115 del Nuovo Regolamento d'esecuzione (D.P.R 230/2000). In tal modo, infatti, si rende concreta l'applicazione del suddetto art. 112, ove si evince che l'invio in O.P.G. per l'espletamento dell'osservazione costituisce l'eccezione (art. 112 c. 2) e non la

regola, visto che nel comma viene espressamente stabilito che “l'accertamento è espletato nel medesimo istituto in cui il soggetto si trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in un altro istituto della medesima categoria” e che l'osservazione può essere fatta in O.P.G. solo per “particolari motivi”.

L'allestimento di tali reparti, oltre ad essere perfettamente conforme alla normativa:

- consente di decongestionare gli Ospedali Psichiatrici giudiziari;
- armonizza il principio della tutela della salute con quello della territorialità della pena evitando, anche se per un breve periodo allontanamenti del ristretto dal nucleo familiare che, proprio nei momenti di fragilità psichica, potrebbero risultare ancor più destabilizzanti;
- riduce il costo delle traduzioni in quanto verrebbero evitati i trasferimenti dei detenuti in altre Regioni rispetto a quelle in cui è ubicato l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario;
- semplifica, rendendolo più celere, l'iter di assegnazione dei detenuti di cui è stata disposta l'osservazione, in quanto la relativa traduzione potrebbe essere disposta direttamente dai Provveditorati regionali.

In forza di questo programma esecutivo d'azione sono in via d'attivazione due reparti ( quello dell'istituto di Lanciano e quello dell'istituto di Cagliari) e 13 già attivi negli Istituti che seguono:

- Torino lo Russo Cotugno- due reparti di cui uno riservato ai collaboratori di giustizia e il reparto Sestante attivo già dal 2000
- Monza- un reparto
- Roma N.C. Rebibbia

- Perugia- un reparto in attesa dell'apertura del nuovo istituto di Perugia Capanne in cui saranno attivati due reparti di cui uno destinato alla popolazione detenuta femminile
- Bologna- un reparto
- Firenze Sollicciano- due reparti di cui uno destinato alla detenzione femminile
- Roma Rebibbia N.C – un reparto
- Reggio Calabria- un reparto
- Palermo "Pagliarelli"- un reparto

A questi reparti realizzati attraverso il P.E.A indicato devono aggiungersi altri due reparti preesistenti: quello presente nell'istituto di Livorno e quello di Napoli Secondigliano.

L'apertura di tutti i reparti potrà fornire ulteriori elementi di valutazione ai lavori della Commissione Interministeriale Giustizia-Salute istituita con D.M. 20 gennaio 2004 di integrazione del DM 16 maggio 2002 per lo studio di soluzioni operative e per proporre di possibili modelli innovativi delle attuali modalità di intervento posti in essere nei soggetti socialmente pericolosi affetti da patologie psichiatriche.

## **GLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI**

Come accennato in premessa, gli Istituti cui viene demandata l'esecuzione della misura di sicurezza detentiva sono gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e le Case di Cura e Custodia (da questo momento definiti solo O.P.G.). Il primo manicomio giudiziario (il nome "Ospedale Psichiatrico Giudiziario" venne attribuito dalla L. 354/1975) è quello di Aversa, creato con atto amministrativo nel 1876 come "Sezione per Maniaci" all'interno della Casa Penale per Invalidi, rispondendo al bisogno di accoglienza e trattamento medico, dell'epoca, di soggetti detenuti

“impazziti in carcere” (i cosiddetti “rei folli”) e di difficile gestione negli Istituti penitenziari ordinari. Solo nel 1891 venne formalizzata l’istituzione con R.D. dei manicomi giudiziari, con la funzione di accogliere i prosciolti per infermità mentale. Nel tempo nacquero diversi istituti e sezioni giudiziarie presso gli ospedali psichiatrici civili.

Attualmente gli O.P.G. sono sei di cui cinque (Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto) a diretta gestione di questa Amministrazione ed uno, Castiglione delle Stiviere, sulla base di una convenzione tra Ministero della Giustizia e azienda ospedaliera, Quest’ultimo, già sezione giudiziaria dell’O.P. civile, è l’unico dedicato all’esecuzione delle misure di sicurezza detentive delle donne.

Occorre, per inciso, accennare al fatto che la chiusura dei manicomi civili, disposta *tout court* dalla L. 180/78, ha privato gli O.P.G. di una valvola di uscita che consentiva una dimissione sicura degli internati ed ha interrotto un punto di riferimento, normativo ed organizzativo, cui adeguarsi rendendo impossibile il mutamento di questi istituti in senso ospedaliero e contribuendo al mantenimento della loro impostazione custodiale.

L’organizzazione strutturale dei sei istituti è piuttosto eterogenea: mentre Reggio Emilia e Castiglione delle Stiviere sono di recente costruzione, gli altri istituti sono stati ricavati dal riadattamento di edifici antichi, storicamente nati per altre funzioni. Solo Barcellona P.G. è stato edificato come manicomio giudiziario ma nel 1925. Oltre a sensibili diversità sul piano dell’organizzazione strutturale, i sei istituti divergono sul piano dell’organizzazione funzionale. Gli istituti a gestione diretta del Ministero della Giustizia sono condotti con larga prevalenza da personale della polizia penitenziaria, mentre l’istituto di Castiglione delle Stiviere è caratterizzato dalla esclusiva presenza di personale sanitario, inquadrato secondo i profili

professionale e gli accordi collettivi nazionali di lavoro delle aziende sanitarie (vedi tabella 1).

	Reggio Emilia	Montelupo F.no	Aversa	Napoli	Barcellona P.G.	Castiglione delle Stiviere
Polizia Penitenziaria	60	85	140	86	156	0
Personale Amm.vo	9	9	40	24	18	8
Personale tecnico	0	7	1	3	10	14
Personale sanitario ruolo	14	13	43	45	44	173
Personale convenzionato	58	42	41	51	66	3

Poiché è attualmente in fase di elaborazione una rilevazione eseguita il 31 dicembre 2004 delle categorie diagnostiche dei pazienti ricoverati in O.P.G., si fa riferimento a quanto pubblicato nello studio "Anatomia degli O.P.G." (V. Andreoli). Si tratta di dati rilevati il 12 marzo 2001 utilizzando quale riferimento il DSM IV (Diagnostic Statistic Manual IV version).

CATEGORIE DIAGNOSTICHE	TOTALE	% SUL TOTALE
Disturbi schizofrenici	478	37,3
Disturbi psicotici	307	23,9
Disturbi di personalità	190	14,8
Ritardo mentale	107	8,3
Disturbi dell'umore	34	2,7
Disturbi dell'ansia	28	2,2
Disturbi correlati all'alcool	20	1,6
Altre	66	5,1
Diagnosi dubbie	44	3,4
Nessuna patologia psichiatrica	8	0,6
TOTALE	1282	100,0

Per quanto riguarda la tipologia di categorie giuridiche dei pazienti presenti si distinguono:

- internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (**art. 222 c.p.**),
- detenuti assegnati alla casa di cura e custodia previo accertamento della pericolosità sociale (**art. 219 c.p.**)

- persone sottoposte alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario (**art. 206 c.p.**)
- detenuti minorati psichici (**art. 111 D.P.R. 230/2000** - Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario),
- detenuti imputati soggetti a custodia preventiva sottoposti a perizia psichiatrica (**art. 318 c.p.p.**),
- internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (**art. 212 c.p.**),
- detenuti condannati con sopravvenuta infermità di mente (**art. 148 c.p.**)
- detenuti cui deve essere accertata l'infermità psichica qualora non sia possibile sottoporli ad osservazione presso l'istituto penitenziario in cui si trovano od in altro istituto della medesima categoria (**art. 112 D.P.R. 230/2000** - Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).

La popolazione degli istituti è alquanto eterogenea e, di fatto, rende problematica la gestione dei pazienti che dal punto di vista giuridico hanno diverse esigenze in ordine alla sicurezza e allo sviluppo di progetti trattamentale riabilitativi.

## **ASPETTI STRUTTURALI**

Nell'approfondire alcuni aspetti che caratterizzano questa tipologia di istituti va detto che la strutturazione interna attuale degli stessi è, essenzialmente, caratterizzata da una suddivisione in reparti ai quali vengono assegnati le persone ricoverate, in base a criteri di natura giuridica e/o sanitaria. I criteri di natura giuridica sono rappresentati dalla posizione giuridica dell'internato che può essere



provvisoria, o per meglio dire dovuta al fatto che l'internato non ha ancora concluso per intero l'iter giuridico e gli viene, quindi, assegnata una misura di sicurezza provvisoria; oppure definitiva, dovuta al fatto, per contro, che tutti i procedimenti processuali si sono conclusi e che la misura è stata definitivamente emessa. In altre parole, si parla, generalmente, di internati "provvisori" o "definitivi". I criteri di natura sanitaria riguardano la presenza o meno di uno stato di acuzie del quadro psicopatologico o di peculiari problemi internistici e/o disabilità fisiche.

La inattuata chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ventilata per anni negli scorsi decenni, ha sostenuto una perdurante mancanza di politica manutentiva degli Istituti, alcuni dei quali ormai vetusti; tutto ciò ha causato un lento ma inesorabile degrado delle strutture che, nel tempo, ha comportato una progressiva chiusura di alcuni reparti a discapito della capienza e dell'abitabilità. Oggi gli istituti risultano sovraffollati, anche se nei fatti, il numero degli internati è complessivamente contenuto intorno alle 1200 unità. Molti reparti sono chiusi perché inagibili (Aversa, Napoli) o in via di ristrutturazione (Montelupo F., Barcellona P.G.). Interventi edilizi di ristrutturazione e di ampliamento (come progettato per l'O.P.G. di Barcellona P.G.) consentiranno un miglioramento delle condizioni di vivibilità degli Istituti a vantaggio della qualità di vita e degli interventi trattamentali.

## **ASPETTI SANITARI E TRATTAMENTALI**

Gli O.P.G. gestiti da questa Amministrazione, in base al R.D. 30/7/1940 n. 2041, sono diretti da personale medico di ruolo (una volta definiti "medici alienisti"). Questa figura, insieme a quella degli infermieri (assunta in base al comma 5 dell'art. 80 della L. 354/75), è l'unica professionalità medica appartenente ai ruoli organici di

questa Amministrazione. Inoltre, soltanto gli ultimi due concorsi banditi per l'assunzione di medici per O.P.G. hanno richiesto come titolo obbligatorio la specializzazione in psichiatria. I direttori, quindi non tutti psichiatri, hanno competenze di direzione amministrativa e sanitaria. L'attività clinica di base e specialistica viene assicurata da personale incaricato e convenzionato con questa Amministrazione il cui stato giuridico è regolato dalla L. 740/70 (disciplinante l'ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenente ai ruoli organici dell'Amministrazione Penitenziaria).

PERSONALE	Reggio Emilia	Montelupo F.no	Aversa	Napoli	Barcellona P.G.
Medici di ruolo	3	4	1	1	
Medici incaricati	3	4	4	5	
Medici SIAS	6	6	8	8	
Medici psichiatri	7	8	7	6	
Medici specialisti	4	9	9	14	
Infermieri di ruolo	11	9	42	34	
Infermieri a parcella	28	18	12	18	
Tecnici		7	1	3	
Ausiliari, OTA, OSA	10	0	0	0	
Educatori	3	2	1	4	
Esperti ex art. 80	1	2	2	2	
Ass. sociali	2	3	1	1	
Polizia Penit.	60	85	140	76	

Nonostante gli O.P.G. soffrano, in tutte le categorie professionali, della generale carenza di organico che affligge questa Amministrazione, è stato negli ultimi anni effettuato un viraggio ad un approccio prevalentemente sanitario nella gestione degli ospiti degli O.P.G., intrapreso dalle direzioni degli istituti.

Ormai l'attenzione posta al sostegno di una nuova e rigenerante impostazione degli istituti su aspetti prevalentemente sanitari, è tale che, con decreto del 20/1/2004, considerata, la necessità di individuare "nuove configurazioni degli interventi nei confronti di soggetti socialmente pericolosi affetti da patologie

psichiatriche ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari dell'Amministrazione Penitenziaria", si è ritenuto necessario attribuire alla commissione interministeriale Sanità e Giustizia, istituita con decreto del 16 maggio 2002 per il riordino della sanità penitenziaria, anche il compito di proporre adeguate soluzioni alle problematiche relative alla riforma delle suddette. La commissione ha nominato un gruppo tecnico ristretto che nei prossimi mesi terminerà il mandato affidato.

Notevole impulso è stato dato alle attività trattamentali (istruzione scolastica, formazione professionale, attività sportive e ricreative) e riabilitative (attività espressive, gruppi di auto aiuto, attività lavorative). In linea generale, le attività possono essere così riassunte; a) colloqui psichiatrici e visite internistiche periodiche settimanali dei singoli internati al fine di un iniziale inquadramento diagnostico; b) individuazione del trattamento psicofarmacologico ed internistico più indicato per il singolo internato; c) gestione degli episodi di riacutizzazione del quadro psicopatologico mediante più stretta osservazione psichiatrica, interventi psicofarmacologici d'urgenza e/o contenzione fisica; d) gestione delle emergenze e dei vari problemi medici mediante interventi di guardia medica ed anche specialistici con l'ausilio della strutture dell'Unità Sanitaria Locale territorialmente competente; e) avvio di progetti trattamentali risocializzanti e riabilitativi, mediante l'inserimento dei singoli internati, a seconda delle caratteristiche personologiche e quando il quadro psicopatologico ha raggiunto una fase di sufficiente compenso, in corsi di formazione professionale (es. giardinaggio, ceramica, falegnameria, legatoria), corsi di scuola elementare e media, corsi di risocializzazione ed attività espressive (disegno, pittura, musicoterapica, teatro, attività motoria, fotografia, cineforum ed attività audiovisiva, tennis), gruppi di auto aiuto per pazienti psichiatrici ed alcolisti ed in varie attività lavorative interne (scopino, spesino, conti correnti, muratore, lavanderia, magazzino, officina). Quando la posizione giuridica è definitiva, avviati i contatti con i servizi psichiatrici territoriali che dovrebbero esitare in programmi di futuro reinserimento all'esterno del paziente, è possibile

l'avvio di un intervento di riabilitazione più approfondito ed articolato. Oltre alle attività più sopra descritte, è possibile avviare un concreto programma di "sperimentazione esterna", caratterizzato da uscite dall'O.P.G. così articolate: licenze orarie con volontari e con personale sanitario per stemperare da un lato la crescente tensione emotiva derivante dal lungo internamento e dall'altro il progressivo riadattamento comportamentale del paziente alla vita esterna, dando così inizio ad un vero e proprio processo di riabilitazione. Allo stesso modo le uscite possono essere programmate per partecipare a gruppi di riabilitazione esterni, per l'inserimento in lavori socialmente utili o in future esperienze di cooperative di lavoro. Tutti questi progetti sono diversificati a seconda dei diversi istituti e del diverso contesto socio ambientali in cui gli O.P.G. si trovano. Risulta importante quindi la partecipazione del volontariato e degli Enti locali.

## **PROTOCOLLI DI INTESA CON LE A.S.L. DEL TERRITORIO NAZIONALE**

Tra le iniziative avviate, vi è la sottoscrizione di protocolli di intesa con le A.S.L. del territorio nazionale finalizzati alla presa in carico dei pazienti degli O.P.G. in preparazione delle dimissioni, anche in base a quanto disposto dall'art. 20 D.P.R. 230/2000. Tutti gli O.P.G. hanno sottoscritto protocolli, almeno con la A.S.L. territorialmente competente; alcuni, quali Reggio Emilia, anche con quelle di tutto il territorio regionale. Fondamentale la creazione di una rete di interventi su tutto il territorio: la precoce presa in carico permette di avviare i contatti con i servizi psichiatrici del territorio per garantire la dimissione di quei ricoverati che, per cessata pericolosità con compenso psicopatologico, non hanno ragione di rimanere in O.P.G., così come di coloro che sono ormai giunti alla scadenza della misura di sicurezza: favorire, incoraggiare, pretendere l'inserimento nel territorio salvaguarderebbe quei pazienti per i quali si profilano ingiustificate proroghe della misura di sicurezza (famiglie inesistenti o non disposte ad accogliere il paziente,

servizi territoriali non disponibili alla presa in carico). Effettivamente è possibile affermare che l'avvio dei protocolli con le A.S.L. ha permesso di ridurre il numero di proroghe della misura di sicurezza, che nel passato ha di molto prolungato il soggiorno dei pazienti negli O.P.G.; ovviamente ciascuna A.S.L. risponde con le risorse a propria disposizione, per cui l'intervento dei servizi territoriali è ancora disomogeneo. Sarebbe auspicabile la presenza di un maggior numero di strutture intermedie capaci di accogliere i pazienti in dimissione e garantire un graduale ritorno al territorio di appartenenza.

## **FORMAZIONE DEL PERSONALE**

L'Amministrazione si sta inoltre impegnando nell'attuare una specifica formazione degli operatori degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per ottenere una diversa risposta operativa da parte del personale coinvolto (Polizia penitenziaria, infermieri, medici, educatori, assistenti sociali), grazie alla conoscenza delle dinamiche che concorrono al manifestarsi, in particolare, del comportamento aggressivo. La formazione svolta può poi concorrere ad una facilitazione dei confronti tra operatori di professionalità diversa fino alla creazione di specifiche équipe trattamentali interne e, non ultimo, a rinforzare le motivazioni del personale su cui si possono frammentare i vari tipi di intervento.

L'esperienza maturata nel settore ha dimostrato che la formazione professionale può assicurare il corretto rapporto con il paziente psichiatrico nel momento in cui si manifestano episodi di aggressività auto od eterodiretta. Anche la contenzione che segue a stati di agitazione psicomotoria od il porre in essere di atti auto ed eterolesivi è un atto medico terapeutico che, proprio nei suoi contenuti, non corrisponde all'isolamento nei confronti di un detenuto riottoso, ma quale crisi

patologica va affrontata dal punto di vista sanitario, come comunemente avviene nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura del territorio.

## **PROGETTI PER LA REALIZZAZIONE DI ALTRE STRUTTURE**

L'Amministrazione sta valutando l'opportunità di aprire nuove strutture con impostazione prevalentemente sanitaria, a custodia attenuata e di tipo regionale. È il caso dei contatti intrapresi con la regione Calabria per l'apertura di un Ospedale Psichiatrico Giudiziario presso Gerace (RC) attraverso l'utilizzo di un immobile che potrebbe essere ceduto dalla Regione Calabria a questa Amministrazione in regime di comodato d'uso. Per la realizzazione di tale nuova struttura l'obiettivo è quello di formalizzare sul nascere i rapporti con A.S.L., Enti Locali, Regione per coinvolgere tutte le strutture sanitarie e sociali esterne nella gestione dell'internato fin dal momento dell'ingresso, al fine di adottare protocolli terapeutici congiunti che permettano un reinserimento sociale, il più rapido possibile, del ricoverato. La struttura, a carattere regionale, avrebbe dimensioni ridotte e potrebbe essere gestita da personale "misto" proveniente da questa Amministrazione e dai servizi territoriali, con una ridotta quota del personale di Polizia Penitenziaria, a vantaggio di quello sanitario, infermieristico ed ausiliario.

La Regione Sardegna ha progettato, su impulso dell'intervento della Presidente del Tribunale di Cagliari, la costruzione a proprie spese e gestione di un Ospedale Psichiatrico Giudiziario ad Ussana (CA). A carico dell'Amministrazione Penitenziaria graverebbero solo gli oneri relativi alla vigilanza.

Entrambi i progetti attendono una definizione politica degli intenti.

## **DATI RELATIVI AL DISAGIO MENTALE IN CARCERE**

Una delle principali novità che hanno connotato la nostra gestione della direzione generale detenuti è stata l'introduzione di un sistema informatizzato per la rilevazione dello stato di salute in carcere che prende il nome dal PEA denominato "Modifica del meccanismo di finanziamento della sanità penitenziaria attraverso il coefficiente di co-morbilità"- I.S.S.". (Indice di Stato di Salute). A seguito di tale innovazione si è in condizione per la prima volta di individuare quali siano le patologie diffuse nei nostri istituti di pena anche, nel caso che ci occupa, con riferimento al disagio mentale.

Dall'aprile 2004 al settembre 2005 è stata disposta ed effettuata la compilazione di apposite schede di valutazione delle patologie della popolazione detenuta. Dal preliminare esame dei dati, che sono tuttora in fase di elaborazione, è possibile evincere che su 105.752 schede raccolte le patologie mentali sono così distribuite: affetti da depressione sono circa 10.837 (pari al 10,25% sulle schede raccolte); delle altre patologie mentali (psicosi e nevrosi, esclusa la depressione) ne sono affetti circa 6.383 (pari al 6,04% delle schede raccolte).

I dati riferiti alla depressione si riferiscono alla prevalenza della patologia in toto; del 10,25% della popolazione affetta da depressione la metà circa soffre di forme non gravi. Probabilmente si tratta di forme reattive alla detenzione. Per quanto riguarda le altre patologie mentali, del 6,04% che ne è affetto, solo l'1,5% è portatore di patologie che compromettono gravemente la qualità di vita e richiedono un intervento integrato. A questo dato va aggiunto quello delle malattie neurologiche, malattie del sistema nervoso centrale per cui sono stati registrati 2915 casi (dato di poco inferiore al 3%). Inoltre 823 soggetti (0,8%) sono colpiti da deterioramento psichico.

Se può pertanto dirsi che il fenomeno dei disturbi psichiatrici è gravemente presente presso la popolazione detenuta, va tuttavia osservato come la effettiva emersione dello stesso si deve a questa rilevazione effettuata per la prima volta dall'amm.ne penitenziaria, potendosi ben ritenere che fosse già ampiamente presente in passato. Dunque, anche se i fattori di rischio quali il sovraffollamento e l'incidenza di soggetti espressione del disagio sociale fungono da motivi di incremento del fenomeno, la strategia del DAP per contrastare il fenomeno non potrà che essere multipiano. Accanto al potenziamento dei servizi psichiatrici, appositamente previsto, lo strumento principale per contrastare il fenomeno è e rimane il trattamento penitenziario, personalizzato ed incentrato il più possibile sulle esigenze individuali di ciascun soggetto, come ci siamo sforzati di realizzare con l'introduzione delle circolari a ciò dedicate a partire dal 2003. Lungi dunque dallo psichiatrizzare le carceri occorrerà prendersi carico delle esigenze di ciascuno associando ai necessari interventi sul piano sanitario una concreta attività di inserimento sociale la cui riuscita passa attraverso l'azione concertata con le istituzioni, il privato sociale, i nuclei familiari ed i servizi presenti all'esterno

## **CONCLUSIONI**

Dalla disamina della normativa e dei programmi e progetti attuativi, si può tranquillamente affermare che, allo stato, è possibile attuare collaborazioni ed integrare i servizi sanitari nell'ambito dell'assistenza psichiatrica negli istituti penitenziari ed in particolare negli O.P.G., mediante protocolli di intesa o convenzioni che possono essere stipulate a livello regionale (Regione - P.R.A.P.) o locale (Istituto - D.S.M.). Pur riconoscendo che la presenza di internati costituisce una piccola percentuale rispetto alla popolazione detenuta, l'Amministrazione pone una particolare attenzione agli O.P.G. al fine di evidenziarne le problematiche, elaborare modelli organizzativi, fissare protocolli uniformi di



intervento. Analogamente il disagio psichico negli istituti penitenziari costituisce un fenomeno rilevante - le cui esatte dimensioni solo adesso sono venute alla luce - la cui emergenza, sia dal punto di vista sanitario che delle opportunità di trattamento e di reinserimento sociale, richiede un importante sforzo congiunto dell'amministrazione penitenziaria e delle Istituzioni territoriali, non solo sanitarie.

IL DIRETTORE GENERALE

Sebastiano Ardita

## Le malattie mentali in ambito penitenziario

Disciplina normativa: Ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, art.222 codice penale

Nel caso di proscioglimento per infermità psichica (c.p.88), ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti (c.p.95), ovvero per sordomutismo (c.p.96), è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'Autorità di pubblica sicurezza .

La durata minima del ricovero nel manicomio giudiziario è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce (la pena di morte o) l'ergastolo, ovvero di cinque, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni.

Nel caso in cui la persona ricoverata in un manicomio giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l'esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nel manicomio.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche ai minori degli anni quattordici o maggiori dei quattordici e minori dei diciotto, prosciolti per ragione di età, quando abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato, trovandosi in alcuna delle condizioni indicate nella prima parte dell'articolo stesso.

Problematiche di salute psichica

### *Problematiche psichiche*

Nei detenuti sono stati riscontrati dei disturbi psicologici durante la detenzione, specie nella fase iniziale. È possibile suddividere i disturbi mentali in due grandi categorie:

- disturbi da cause organiche: in questa tipologia di disturbi è riconoscibile un'alterazione anatomica come esito di cerebropatia asfittica neonatale, da trauma, per problematiche vascolari (arteriosclerosi cerebrale, ecc.), tossiche (etilismo cronico, ecc.), infettive (encefaliti e loro postumi). Queste alterazioni organiche determinano disabilità diverse a seconda della causa, della zona colpita, della gravità dell'evento, sono in genere associati a disturbi della percezione, del pensiero, dell'area affettivo-emozionale e del comportamento di varia gravità e genere.

- disturbi da cause non organiche: in questi disturbi non è stata identificata una causa riferibile ad alterazione anatomica.

### *Psicosi carcerarie*

Nelle istituzioni penitenziarie le manifestazioni psicopatologiche sono particolarmente frequenti. Esse possono essere la continuazione o l'esacerbazione e di disturbi psichici preesistenti, oppure la strutturazione di una risposta di tipo psicotico ad eventi particolarmente traumatizzanti dal punto di vista psicologico, quali l'entrata in carcere, l'attesa di giudizio, la previsione di condanna, la sentenza stessa.

Consideriamo la "sindrome da ingresso in carcere", come una serie di disturbi non solo psichici, ma spesso psicosomatici, che compare tanto più frequentemente e pesantemente quanto più elevato è il grado di educazione, di sensibilità, di cultura dei soggetti detenuti. Il trauma da ingresso in carcere può diventare tanto più forte quanto maggiore è il divario fra il tenore di vita condotto in libertà e quello carcerario. La risposta del soggetto si modula in base alla sua struttura di personalità e alle abilità/capacità di adattamento in possesso, nonché all'ambiente-cella e ai compagni.

La capacità di adattamento sarà superiore in un soggetto con esperienza di precedenti carcerazioni, o che riesca a trovare nel carcere punti di riferimento (detenuti che appartengono alla stessa banda criminale, alla malavita della stessa zona o più semplicemente a piccola delinquenza dello stesso paese o quartiere).

È certo comunque che per molti soggetti alla prima detenzione, anche se per ciascuno in modo diverso, l'impatto con la struttura carceraria costituirà uno dei momenti più drammatici dell'esistenza. Vari tentativi di umanizzazione dell'impatto con il carcere e allo stesso tempo di prevenzione dei comportamenti a rischio sono stati fatti. Il più importante è sicuramente la predisposizione, attraverso la Circolare Amato del 30/12/1987 n. 3233/5683, del Servizio Nuovi Giunti effettuato dagli psicologi del carcere attraverso un colloquio con ogni singolo detenuto all'atto di ingresso in istituto; tale colloquio è volto a valutare la personalità del soggetto soprattutto al fine di prevenire eventuali gesti autolesivi.

Inoltre sono state riscontrate alcune forme morbose psicopatologiche caratterizzate dal legame esistente fra la loro insorgenza e lo stato di detenzione, ed è a queste particolari patologie che gli studiosi si riferiscono quando parlano di psicosi carcerarie, cioè vere e proprie forme psicopatologiche, con sintomi caratteristici, che insorgono in individui in detenzione e che non si osservano in altri ambienti.

In tale senso Calzolari definisce le psicosi come "quell'insieme di malattie che pongono l'individuo in una situazione, temporanea o permanente, di perdita più o meno totale della capacità di comprendere il significato della realtà in cui vive e di mantenere tra se e quella realtà un rapporto di sintonia sufficiente a salvaguardare un comportamento autonomo e responsabile. In base ai fattori eziopatogenetici possiamo suddividerle in due gruppi; le psicosi organiche (metaboliche, disendocrine, infettive, vascolari, degenerative, neoplastiche, post-traumatiche, genetiche) e le psicosi endogene (o funzionali), includenti le schizofrenie e i disturbi dell'umore".

L'ambiente delle istituzioni carcerarie può favorire la "soluzione", in chiave di malattia psichiatrica, a volte, ad una condizione di vita particolarmente difficile, nella fattispecie a quella del detenuto: si sottolinea la deprivazione sensoriale, la mancanza di affetti, di rapporti sociali, che caratterizzano l'isolamento carcerario. La situazione di "punizione" si alimenta con il vissuto depressivo, che permea i rapporti personali, le vicende giudiziarie, le prospettive di condanna e la stessa struttura penitenziaria, sviluppando processi di autocolpevolizzazione che, a loro volta, sostengono quelle forme psicopatologiche che si ricollegano con i sentimenti di colpa (ad esempio nevrosi o psicosi depressive).

La carcerazione, proprio per il suo essere un evento improvviso e destabilizzante, può favorire lo sviluppo del meccanismo della psicosi a causa dello scompenso di un io, già fragile, che non riesce più a mantenere più il suo già traballante equilibrio; può dare il via a forme di schizofrenia che si sviluppano in tutta la loro sintomatologia dopo l'arresto, oppure in forme border line che diventano chiaramente psicotiche.

Concludendo si vuole ricordare che tutte queste problematiche vengono curate ed assistite all'interno del carcere dal personale medico, in particolare dallo psichiatra dell'istituto, in quanto non è prevista una misura alternativa, che non sia quella del ricovero in O.P.G.. Dal punto di vista umano queste sono situazioni drammatiche in quanto creano angoscia e disperazione nei soggetti detenuti e producono effetti dannosi sulla psiche di un individuo, ma non sono così "gravi" da concedere l'incompatibilità con il carcere.

### *Sindrome di Ganser*

Continuando nell'analisi dei disturbi psichici, una peculiare forma reattiva alla carcerazione è la sindrome di Ganser (pseudo demenza psicogena o stato crepuscolare isterico). È un raro disturbo mentale che pur non presentandosi esclusivamente in carcere, si osserva generalmente in soggetti detenuti in attesa di giudizio. Consiste in una reazione isterica basata su di una motivazione inconscia del soggetto ad evitare la responsabilità. sforzandosi di apparire infermo di mente.

Uno tra i sintomi psicopatologici più caratteristici è il fatto che i soggetti non sono capaci di rispondere alle domande più semplici che vengono loro rivolte. sebbene dalle risposte è evidente che hanno capito il significato della domanda e nelle loro risposte tradiscono una sconcertante mancanza di conoscenze che essi hanno posseduto e che ancora, senza ombra di dubbio, possiedono. Gli individui praticamente parlano fuori tema, a vanvera, trascurano la

risposta corretta e ne danno un'altra simile, ma inesatta. Calcolano di traverso nell'esecuzione di calcoli semplici, mentre magari sono capaci di svolgere correttamente quelli più complessi e difficili.

La sindrome di Ganser è caratterizzata da un comportamento bizzarro, da allucinazioni visive ed uditive, da deliri, da disorientamenti, da amnesia, da convulsioni isteriche, da marcata variabilità dell'umore.

Il detenuto può fare cose strane durante la visita: si può spogliare ed indossare gli abiti al rovescio, chiedere un biglietto per il treno eccl2. Sul piano espressivo, non c'è dubbio che tale condizione si presenti con un quadro di una certa gravità, ovvero apparentemente si qualifichi per la ricorrenza di sensibili alterazioni delle funzioni psichiche (dell'orientamento, della memoria, dell'attenzione). "Ma si tratta di sintomatologia "pseudo demenziale", a metà strada cioè fra la simulazione e la reazione inconscia e con pressoché costante componente isterica a sostegno; può apparire psicotica ma la somiglianza è solo superficiale, a meno che naturalmente il quadro clinico non sia spia di una reale forma psicotica".

La sintomatologia è contraddistinta dal puerilismo che si nota dall'aspetto recitativo o "bamboleggiante" che questi soggetti assumono. Si tratta di reazioni relativamente rare, che compaiono per lo più in soggetti dotati di modesta intelligenza o con personalità premorbosa di tipo isterico, che reagiscono a condizioni ambientali stressanti, o comunque vissute con senso di pericolo o incapacità, con il ricorso a comportamenti apparentemente "folli", ovvero che egli ritiene possano essere interpretati come tali, in maniera in parte conscia ed in parte inconscia.

La sindrome ganseriana impone una diagnosi differenziale con la simulazione in quanto restano dubbi circa il fatto che sia una simulazione cosciente o incosciente. È considerata di difficile trattamento intramurario in quanto, per definizione, si risolve nella rimozione della causa che l'ha prodotta.

Se la somiglianza con quadri più gravi (demenza o comunque deterioramento su base organica da un lato e psicosi dall'altro) è solo superficiale, "se manca quell'uniformità sintomatologica che riflette la globale, reale compromissione dello psichismo e che si traduce in più gravi alterazioni del comportamento che tipicamente compaiono nelle condizioni alle quali il Ganseriano tenta di assomigliare, il giudizio non potrà che essere negativo".

In altri termini, la sola ricorrenza dei sintomi più esteriori della Sindrome di Ganser, ovvero un parziale disorientamento unito ad apparente perdita del patrimonio conoscitivo, non costituisce condizione sufficiente ad integrare quei requisiti di particolare gravità richiesti dal IV comma dell'articolo 275 codice di procedura penale.

I sintomi possono sparire d'improvviso quando il tribunale giunge ad un verdetto, anche se questo è sfavorevole. Da sottolineare che la sindrome si presenta sempre dopo che il reato è stato commesso, quindi la sua presenza non ha alcun effetto sul giudizio medico - legale circa la responsabilità del soggetto e la sua imputabilità riferita al momento del fatto.

#### *Sindrome da "prisonizzazione"*

Una molteplicità di vissuti soggettivi sono alla base di quella che viene indicata, sul piano nosografico, come sindrome da prisonizzazione, sindrome che si articola in una vasta gamma di quadri psicopatologici che vanno dalla comune e breve reazione ansioso-depressiva sino alla sindrome ganseriana.

Per Clemmer con il termine "prisonizzazione" si intende l'effetto globale dell'esperienza carceraria sull'individuo. Indica l'assuefazione allo stile di vita, ai modi, ai costumi e alla cultura generale. Quasi un percorso di adattamento progressivo alla comunità carceraria culminante nell'identificazione più o meno completa con l'ambiente, con i suoi usi e costumi, con le sue singolari abitudini, con la sua cultura, con il suo codice d'onore, con i suoi esempi da imitare. Le esigenze di ordine, di controllo e di sicurezza inducono l'istituzione penitenziaria a ricercare ed alimentare l'uniformità degli atteggiamenti e dei comportamenti dei detenuti, attraverso l'imposizione di "valori" comuni. Questi "valori" altro non sono che i prodotti delle finalità e delle funzioni carcerarie, indotti in vari modi, esplicitamente o implicitamente, tramite un lento e spesso inconsapevole processo di assimilazione. I detenuti "acquistano familiarità

con i dogmi e i costumi esistenti nella comunità. Sebbene questi cambiamenti non avvengano in tutti gli individui, tutti sono comunque soggetti a certe influenze che possiamo chiamare i fattori universali della prisonizzazione.

L'accettazione di un ruolo inferiore, l'acquisizione di dati relativi all'organizzazione della prigione, lo sviluppo di alcuni nuovi modi di mangiare, vestire, lavorare, dormire, l'adozione del linguaggio locale, il riconoscimento che niente è dovuto all'ambiente per la soddisfazione dei bisogni, e l'eventuale desiderio di un buon lavoro sono aspetti della prisonizzazione che possono essere riscontrati in tutti i detenuti. Questi, comunque, non sono gli aspetti che ci preoccupano di più. Le fasi della prisonizzazione che ci preoccupano di più sono le influenze che fomentano o rendono più profonda la criminalità e l'antisocialità e che fanno del detenuto un esponente caratteristico dell'ideologia criminale nella comunità carceraria".

Attraverso la prisonizzazione l'istituzione penitenziaria tende ad eliminare le differenze individuali nei ristretti, assimilandoli e fagocitandoli". I bisogni, i desideri e le esigenze personali del detenuto sono, così, annullati e sostituiti da altri eteroindotti e più coerenti con le finalità dell'istituzione. D'altro canto però Clemmer afferma anche che ogni individuo sente l'influenza dei cosiddetti fattori universali, ma non ogni individuo diventa prisonizzato per altri aspetti della cultura. Se una prisonizzazione avviene o meno - continua Clemmer - dipende in primo luogo dall'individuo stesso, vale a dire dalla sua sensibilità alla cultura che a sua volta dipende soprattutto dal tipo di relazioni che aveva avuto prima dell'incarcerazione, vale a dire dalla sua personalità. Sul piano clinico Catanesi sostiene che la comune reazione d'ansia iniziale, a volte con spunti fobici e diverse manifestazioni somatiche, nel tempo di 2-3 giorni, viene sostituita dalla sindrome da prisonizzazione vera e propria oppure il soggetto, per lo più nei casi di recidivi, comincia a muoversi lungo le direttive di un progressivo adattamento. In realtà il soggetto detenuto vive sensazioni angosciose ed opprimenti, può presentare tratti fobici, che possono trasformarsi in paura per la propria incolumità fisica. Solitamente questa fase, definita di "iperestesia" agli stimoli ambientali, si esaurisce in 2-3 settimane. Si nota come all'ansia siano correlati sintomi quali insonnia, inappetenza e un'incapacità di gestire la propria emotività. Queste sono le manifestazioni più dolorose sulle quali è necessario intervenire non solo farmacologicamente, ma soprattutto psicologicamente, poiché in questo momento il soggetto, sentendosi perso, può andare incontro ad improvvisi gesti autolesivi.

Il disturbo si trasforma poi in depressione caratterizzata dal ritiro in se stessi, la paura è sostituita dallo sconforto, sono presenti idee di rovina. L'evoluzione e la capacità di far fronte a questa forma depressiva dipendono dalla personalità, dalle risorse individuali, dal rapporto con i compagni di cella e dal sostegno della famiglia che il detenuto è in grado di avere. Un ruolo predisponente rivestono anche l'età, il recidivismo criminale, il condizionamento regionale.

Si può, in accordo con Fratelli, applicare la teoria di Goffman, relativa alle "istituzioni totali" (usata dall'autore in riferimento agli ospedali psichiatrici e la loro interazione con i degenti dell'istituzione stessa), anche ai detenuti, in quanto i reclusi sono sottoposti ad un processo di "spoliazione del sé", separati come sono dal loro ambiente originario e da ogni altro elemento costitutivo della loro identità.

Sostiene sempre Goffman che all'interno dell'istituzione si verificano delle vere e proprie "esposizione contaminanti" dovute alla soppressione della privacy ed all'imposizione di condizioni ambientali sfavorevoli e fonti di malessere. Questo perché:

tutte le espressioni della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto il controllo della stessa autorità;

ogni fase delle attività giornaliere del detenuto si svolge in mezzo a tanti altri detenuti che sono trattati nella stessa maniera e a cui si richiede di fare la medesima cosa;

tutte le fasi sono strettamente correlate e calcolate nel tempo.

In questo sistema, in cui tutto è automatizzato, sono pochi i detenuti che reagiscono, che riescono a resistere e a vincere l'ambiente; molti, invece, sono quelli che lo subiscono. In ogni sistema penitenziario vi è purtroppo una duplice contraddizione di fondo duplice: si ha la

pretesa di insegnare al detenuto il modo di vivere e di comportarsi nel mondo libero e nello stesso tempo lo si costringe a vivere nel carcere che di quel mondo è l'antitesi.

- "Carcere: La salute appesa a un filo". Il disagio mentale in carcere e dopo la detenzione (Venerdì 20 maggio 2005 - Casa di reclusione di Padova) Alessandro Margara

Io partirei cercando di percorrere rapidamente questo tratto di riflessione. L'altro giorno in televisione c'era una trasmissione che si intitolava: "È troppo facile uscire dal carcere". Ovviamente si parlava dei casi più recenti e la domanda è molto difficile. Io non credo che sia molto facile tranne quando ci si accorge dei casi abbastanza difficili, in cui sembra appunto che sia troppo facile, quello che invece su cui bisogna rifletterci è che è facile entrarci. Allora parliamo di numeri: nel 1990 i detenuti erano 30.000 e le misure alternative erano 6.300; oggi i detenuti sono 57.000 e le misure 50.000 e soprattutto ci sono in attesa di decisioni circa 70.000 richieste di misure alternative. Allora l'area della penalità attuale, dalle 36.300 del 1990, in 15 anni è passata a circa 180.000 unità. Per il gruppo di 57.000 detenuti, la popolazione penitenziaria è rappresentata per i 2/3 da quella che possiamo chiamare detenzione sociale, ovvero detenzione che fa riferimento a fenomeni sociali trattati penalmente. Sapete che questo percorso è stato tracciato e seguito con molta determinazione dagli USA, è quello che viene sintetizzato dal sociale al penale, quindi il penale è usato come strumento di intervento sociale.

Dunque i 2/3 dei detenuti sono tossicodipendenti, immigrati e tutte le altre varie criticità: dalle persone con problemi psichiatrici, alle persone con problemi di abbandono sociale, che sostanzialmente interessa appunto i 2/3, 38.000 persone su 57.000. Perché insisto su questo? Perché effettivamente riguarda un pochino ciò che sinteticamente potremmo chiamare "l'esplosione del penale" che si è moltiplicato in 15 anni di 5 volte tanto. Questo accade in conseguenza di una certa politica, che è quella che vi ho detto, che è sintetizzata bene dall'espressione "dal sociale al penale".

Ma che cosa comporta tutto questo? Comporta che abbiamo una popolazione penitenziaria in cui il grosso è rappresentato da persone che hanno problemi di adattamento sociale, difficoltà, disagi di carattere sociale che interessano appunto i tossicodipendenti, le altre aree di laicità e gli stessi emigrati. Quindi facciamo una riflessione: entrare in carcere, come è stato dimostrato nell'intervento precedente, è per la persona una fatica, una difficoltà.

Queste crescono, e questo è stato chiarito anche nell'intervento precedente, se le carceri sono congestionate, difficili da gestire perché sono molto più affollate di quanto possano accogliere. Inevitabilmente la gestione diventa più difficile, ogni servizio diventa più complicato ed è ancor più difficile quando per molte di queste persone si aggiungono problemi di carattere sociale e di disagio. A questo punto arriviamo quindi a dire che per la collettività intera è un problema difficile da affrontare, quindi c'è una grossa fetta del carcere che soffre particolarmente e che non ha risposte adeguate. Durante questo periodo, nonostante che la clientela interna aumentasse, le risorse d'aiuto a queste persone sono diminuite.

Tutto l'intervento che riguarda l'aiuto sanitario alle persone, non solo è diminuito – le risorse sulla sanità sono diminuite di almeno il 30% in pochi anni – ma ciò è avvenuto mentre l'aumento della popolazione è cresciuto, come già prima ho accennato. Alcune iniziative legislative in corso non solo rischiano, ma hanno certamente come prospettiva quella di rendere ancora più difficile la situazione. Il progetto Fini sulle dipendenze inevitabilmente aumenterà l'area delle penalità; il progetto di legge che riguarda l'inasprimento della recidiva idem. Dobbiamo renderci conto che al fondo di tutto c'è una direttrice di marcia che va verso un'ulteriore esplosione della penalità, anziché il contenimento e la marcia indietro rispetto alla stessa.

Bisogna comunque pensare a far fronte a questa situazione; l'impressione è che l'Amministrazione penitenziaria non colga tutte le possibilità che, tutto sommato, le sono offerte. In alcuni casi la regione sta assumendosi la spesa farmacologia, e quindi una parte considerevole della spesa sanitaria, che viene sostenuta, attraverso convenzioni dirette tra Amministrazione e regione. In Toscana attualmente sta partendo un'esperienza, già sostenuta in precedenza con fondi dell'Amministrazione, per l'aiuto al disagio psichico, quindi mettendo

a disposizione personale apposito destinato alle situazioni di difficoltà delle persone. Questa esperienza è sostenuta dai fondi regionali. Io ho l'impressione che, se volesse, l'Amministrazione potrebbe cogliere il momento per risolvere questo problema, che era stato tracciato dalla legge del 1988 e dal decreto legislativo del 1999, e che prevedeva il passaggio delle funzioni della sanità penitenziaria dal ministero di Giustizia, al sistema regionale. Esiste anche una legge della Regione Toscana che sostiene la competenza definita dalla regione in materia di sanità penitenziaria, e quindi una legge che regola direttamente il passaggio.

Non mi soffermo su queste cose, è un discorso leggermente complicato che comunque trova nella competenza sanitaria delle regioni, riconosciuta dall'articolo 117 della Costituzione. La possibilità di soluzione, quindi sarebbe ora di affrontare e di risolvere questo discorso che viene strascicato da anni senza effettivamente concludersi. Ne verrebbero dei vantaggi sicuri? Non lo so. Anche perché poi questo discorso del passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario pubblico è sempre stato considerato un passaggio a costo zero, il che è difficile da riconoscere e da accettare. Il problema in cui ci si imbatte non è solo quello del morire di carcere, ma soprattutto del non vivere in carcere. La non vita che il carcere dà in molte strutture in cui non ci sono risorse di lavoro, dove la vita si trascina in una cella tutt'altro che vuota, ma sovraffollata. Con poche ore d'aria, che sono l'unica risposta che viene data; con scarsi interventi di carattere generale e scarse possibilità.

Questa è la situazione che interessa una parte notevole della popolazione penitenziaria. Ecco questa non vita è il fondo su cui ci si muove, è la patologia di fondo che bisognerebbe curare. Assistere il disagio psichico, diciamo, aiutando coloro che non reggono una certa condizione, e assistere la patologia. Bisognerebbe che la patologia venisse meno, che ci si interessasse effettivamente di cambiare le cose, che ci fosse da lavorare, da muoversi, da vivere fuori dalla cella. Queste dovrebbero essere risposte fondamentali. Il disagio psichico ha purtroppo dei limiti e sono la possibilità che consiste solo nel parlarne, che è già qualcosa, nel prendere atto di un contatto con le persone.

Dopo di che cosa succede? È stato citato prima il servizio dei Nuovi giunti, è quello che più o meno si ispira a questo intervento per il disagio psichico di cui ho parlato e che attiva anche la Regione Toscana nell'ambito dei suoi istituti. Ma che cosa può fare se praticamente il resto rimane quello che è attualmente? Se gli operatori diagnosticano, danno delle indicazioni, ma quelle indicazioni poi non possono trovare le modalità di attuazione? Se si dice che una persona deve essere impegnata, deve fare qualcosa, avere delle prospettive e non si è in grado né di dargli delle prospettive né il lavoro? Gli impegni, il discorso rimarrà drammaticamente lo stesso.

Ecco, con qualche difficoltà io penso che si debba dire che si sta battendo contro un muro, che è tutto abbastanza difficile, ma voglio anche dire che bisognerebbe affrontare alcuni problemi cruciali che sono quelli del contenimento della penalità e del cambio della vita in carcere. Per quanto riguarda il contenimento della penalità, un'ultima considerazione. È chiaro che intervenire sul Codice penale è fondamentale, ma la risposta sul Codice penale riguarda la criminalità effettiva, la criminalità che tradizionalmente è considerata delinquenza. Qui noi abbiamo questo oggetto continuo di penalità che ci viene da leggi specifiche che riguardano settori specifici: la punizione della dipendenza, la punizione della immigrazione, tutte queste sono cose che richiedono o la riforma del Codice penale, si intende estesa anche a questa, oppure il nodo maggiore che determina l'esplosione della penalità resta irrisolto.



# Ministero della Giustizia

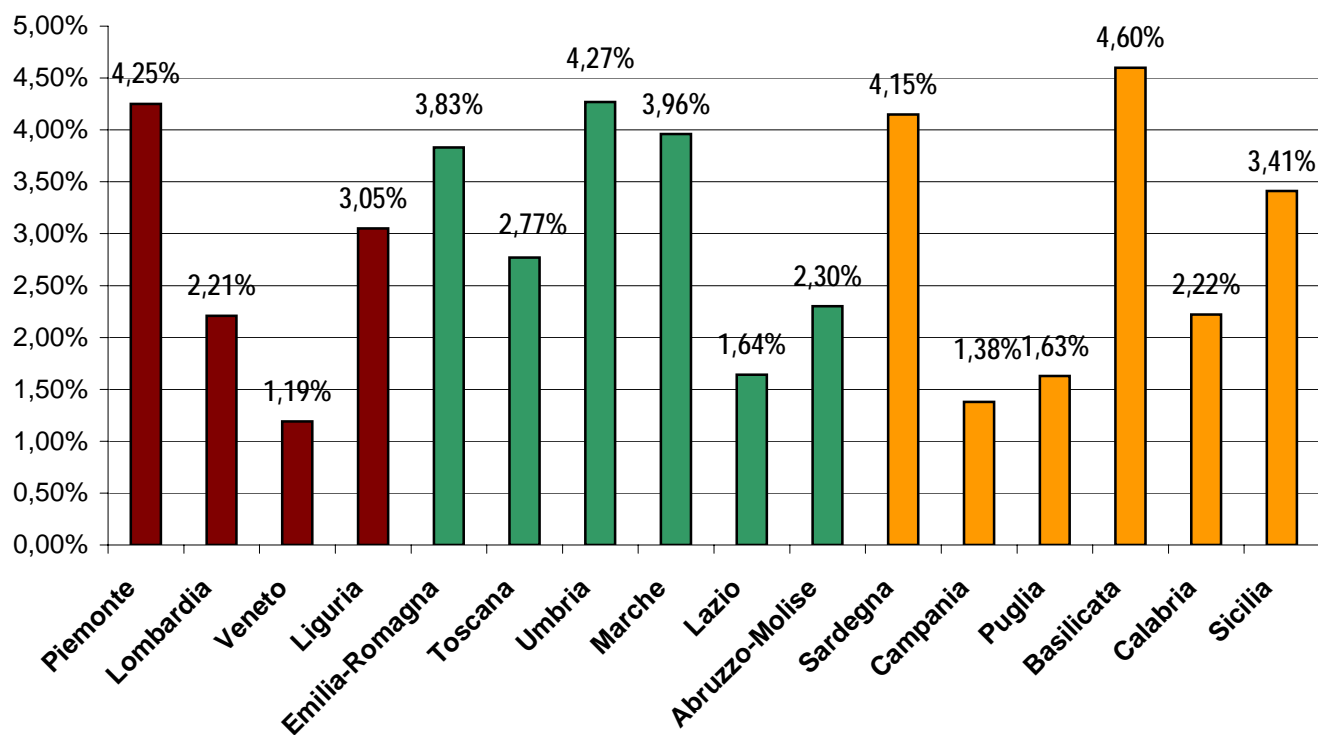
Direzione Generale Detenuti e Trattamento

UFFICIO III - SERVIZIO SANITARIO - Dir. Dr.ssa B. Brunetti

Rilevazione negli Istituti Penitenziari dal 01/01/04 al 30/09/05 -

R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche

Provveditorati	n° Schede	Affetti	R
Piemonte	18256	775	4,25%
Lombardia	17958	396	2,21%
Veneto	6651	79	1,19%
Liguria	2033	62	3,05%
Emilia-Romagna	11642	446	3,83%
Toscana	8131	225	2,77%
Umbria	1943	83	4,27%
Marche	1237	49	3,96%
Lazio	4825	79	1,64%
Abruzzo-Molise	2392	55	2,30%
Sardegna	3085	128	4,15%
Campania	9173	127	1,38%
Puglia	9065	148	1,63%
Basilicata	544	25	4,60%
Calabria	5271	117	2,22%
Sicilia	3546	121	3,41%
<b>ITALIA</b>	<b>105752</b>	<b>2915</b>	<b>2,76%</b>



IDEAZIONE, SVILUPPO E REALIZZAZIONE : Dr. V. De Donatis , Dr. O. Sagulo





# Ministero della Giustizia

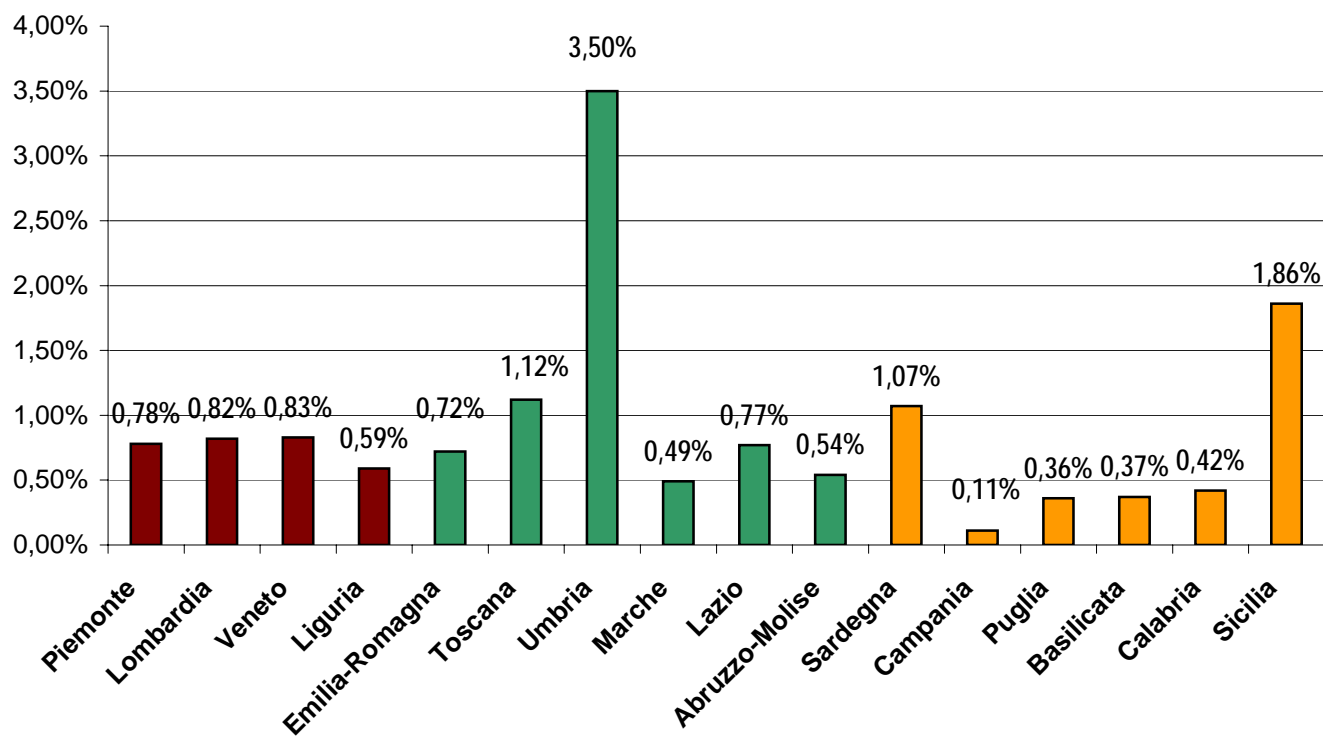
Direzione Generale Detenuti e Trattamento

UFFICIO III - SERVIZIO SANITARIO - Dir. Dr.ssa B. Brunetti

Rilevazione negli Istituti Penitenziari dal 01/01/04 al 30/09/05 -

T) Deterioramento mentale

Provveditorati	n° Schede	Affetti	T
Piemonte	18256	143	0,78%
Lombardia	17958	148	0,82%
Veneto	6651	55	0,83%
Liguria	2033	12	0,59%
Emilia-Romagna	11642	84	0,72%
Toscana	8131	91	1,12%
Umbria	1943	68	3,50%
Marche	1237	6	0,49%
Lazio	4825	37	0,77%
Abruzzo-Molise	2392	13	0,54%
Sardegna	3085	33	1,07%
Campania	9173	10	0,11%
Puglia	9065	33	0,36%
Basilicata	544	2	0,37%
Calabria	5271	22	0,42%
Sicilia	3546	66	1,86%
<b>ITALIA</b>	<b>105752</b>	<b>823</b>	<b>0,78%</b>



IDEAZIONE, SVILUPPO E REALIZZAZIONE : Dr. V. De Donatis , Dr. O. Sagulo