

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA  
FACOLTÀ DI GIURISPRUDENZA  
Corso di Laurea in Giurisprudenza**

**Tesi di Laurea**

**TUTELA DELLA SALUTE PSICHICA ED ESECUZIONE  
PENALE IN CARCERE**

**Relatore:**

**Chiar.mo Prof. Carlo Alberto Romano**

**Laureanda:**

**Camilla Bolzoli**

**Anno Accademico 2005/2006**

*“...il male anche in carcere è banale.  
Nessuna grandiosità nel supplizio penitenziario;  
quello che produce sul corpo del condannato lo  
produce più per ottusità che per sadismo”*  
(Pavarini)

## Premessa

E' avvertita a livello internazionale l'esistenza di un disagio psichico (espresso da una larga parte dei detenuti) maggiore e diffuso negli istituti di pena ordinari: la gestione della quotidianità penitenziaria implica il dovere di una continua riflessione sulla comprensione dei suoi fenomeni e dei loro incessanti cambiamenti normativi, strutturali ed umani.

Ad esempio, è stato rilevato<sup>1</sup> che l'incidenza dei suicidi è circa sedici volte maggiore che nella vita libera (il tasso all'interno degli istituti di pena è pari a 11,6 suicidi ogni 10.000 detenuti contro lo 0,7 su 10.000 abitanti). A ciò si devono aggiungere gli eventi autolesivi, i rifiuti di nutrirsi e di curarsi.

A riguardo, la letteratura è concorde<sup>2</sup> nell'evidenziare che questi episodi non debbano essere intesi generalmente ed automaticamente quali manifestazioni psicopatologiche ma come modalità marginali di rivendicazione ed espressione.

Tuttavia, sebbene in alcuni casi si riconoscano vere e proprie “strategie” autolesive, capaci di collegare efficientemente fini e modalità senza produrre danni irreparabili, resta non trascurabile che questi comportamenti siano rilevatori di profondi stati di disagio di cui è doveroso prendersi cura. L'attività dell'Amministrazione Penitenziaria si esplica per mezzo di azioni apparentemente paradossali, meglio comprensibili solo attraverso un'ottica istituzionale e modellata sull'autoreferenzialità.

---

<sup>1</sup> Manconi.L., *La morte vive con noi*, in magazine 2 Giornale di S.Vittore, VI, 1, 2001

1) <sup>2</sup> Ceraudo. F., *Autolesionismi in ambito penitenziario*, in atti del convegno A.M.A.P.I. “Autolesionismi in ambiente penitenziario”. Modena, 1990. Galliani I., *Aspetti criminologici degli autolesionismi in ambito penitenziario*, in atti del convegno A.M.A.P.I. *Autolesionismi in ambiente penitenziario*. Modena, 1990

Con quest'ultimo carattere si suole intendere che la conoscenza di un fatto, nell'ambito di un sistema burocratico, costituisce un precedente ineliminabile di cui si deve tenere conto necessariamente per il futuro, pena la constatazione di non averne adeguatamente previsto le contromisure pur sapendo gli effetti già rilevati in situazioni analoghe. La necessità di garantire la incolumità dei detenuti comporta, allora, decisioni che possono apparire insensate, generate da automatismi valutativi che suscitano quel fenomeno, noto nelle P.A., per cui la iperegolamentazione delle procedure di funzionamento dei servizi pubblici finisce con il togliere qualità ai servizi stessi e determinano la trasposizione dei mezzi ai fini.

La codificazione sedimentata è sicuramente peggiorativa della vita detentiva.

A contrario, nel tentativo di organizzare una risposta congrua e idonea a mantenere la sua validità nel tempo, sarebbe necessario sperimentare, valutare, provare e riprovare, consapevoli che si potrà incorrere in errori e nelle conseguenti responsabilità.

In questa prospettiva, una corretta, concreta e puntuale riflessione sui fenomeni di disagio personale espresso dai detenuti può sicuramente non essere sufficiente ad escludere errori di valutazione ma permette di dimostrare che, più che sulle "carte", si è concretamente cercato di gestire il disagio dell'individuo. Infatti, la cura e la comprensione della cultura e dell'atteggiamento degli operatori verso un fenomeno umano così grave, quale il disagio di una persona rinchiusa in carcere, costituiscono il vero problema.

Per muoversi in questa direzione è fondamentale individuare i problemi che si vogliono affrontare e, soprattutto, riflettere con gli operatori che dovranno poi concretizzare l'idea, ascoltando le preoccupazioni dei detenuti, verificando se all'interno dell'attuale organizzazione vi siano le condizioni qualitative e quantitative necessarie, accettando ma contrastando gli stereotipi, le ansie e timori che ogni cambiamento alimenta<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Buffa P., Atti della giornata di studi *Carcere: la salute appesa ad un filo*. Il disagio mentale in carcere e dopo la detenzione (Venerdì 20 Maggio 2005- Casa di reclusione di Padova)

Si tratta, quindi, di porre in essere una operazione che si snoda su piani teorici, organizzativi e culturali.

Tra gli operatori penitenziari è diffusa la sensazione di essere pochi ed insufficienti, oberati di compiti quotidiani: questo implica rilevanti conseguenze sul livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni.

La sensazione di solitudine, la limitata gratificazione e la mancanza di progetti strutturali e finalizzati determinano fenomeni di <corto circuito><sup>4</sup> che limitino l'inclinazione alla sperimentazione che, se da un lato è vista come inaccettabile considerati i carichi di lavoro eccessivi, dall'altro è l'unica strada da percorrere per uscire da situazioni di inerzia.

Del resto non è neppure semplice condividere prima, e mettere in pratica poi, la considerazione che il conto delle risorse umane e professionali disponibili può essere cambiato dall'idea che si vuole attribuire all'insieme delle persone che lavorano in un istituto penitenziario e non dei loro ruoli formali considerati singolarmente ed isolatamente.

Se non viene sradicata l'opinione per cui solo la categoria degli educatori possa occuparsi del disagio, allora il conto delle risorse si ferma su numeri ridicoli ed insufficienti, confermando la difficoltà (se non addirittura l'impossibilità) di agire efficacemente.

Tuttavia, se a queste persone si affiancano anche i medici, gli infermieri, gli assistenti volontari, i poliziotti penitenziari, i funzionari direttivi, ognuno con compiti e metodologie diverse ma finalizzate ad un unico obiettivo, allora si potrà notare che il rapporto tra risorse e problemi cambia e assume dimensioni ammissibili.

E' indispensabile un collegamento funzionale ed organizzativo affinché il carcere assuma un'identità sanitaria in tale contesto non separata dal resto del territorio, con cui è necessaria un'integrazione. Si tratta di superare gli ostacoli imposti dalla nostra cultura per cui l'attenzione ad una persona detenuta è compito solo di alcune categorie professionali e percorrere una strada più laica che, nel rispetto dei vari ruoli profes-

---

<sup>4</sup> Supra nota 3

sionali, sia idonea a creare una cooperazione tra gli operatori impegnati a costruire un progetto su quella persona.

## **CAPITOLO I**

### **OMBRE E LUCI SULL'ASSISTENZA PSICHIATRICA IN CARCERE**

SOMMARIO: 1.1 Brevi cenni sui motivi di una debole incidenza della psichiatria in carcere. – 1.2. Il ruolo della psichiatria nel trattamento del sofferente psichico autore di reato. - 1.3. Un 'auspicabile integrazione tra sapere psichiatrico-forense e sapere psichiatrico-clinico. – 1.4. Scissione tra responsabilità del sistema penale e del sistema sanitario?

L'attuale sistema penitenziario italiano si basa sulla legge n. 354 del 26 luglio 1975, cosiddetto Ordinamento Penitenziario e sul D.P.R. n. 431 del 29 aprile 1976, Regolamento di esecuzione. Attraverso tali normative il nostro paese è riuscito, finalmente, a conformarsi al dettato costituzionale che, all'art. 27 comma 3°, prevede che "le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato".

L'ordinamento penitenziario italiano, in conformità al dettato costituzionale e in aderenza ai principi enunciati nella "Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo" proclamata dalla assemblea generale delle Nazioni Unite il 1° dicembre 1948 a New York, nella "Convenzione europea dei diritti dell'uomo" siglata in Roma il 4 novembre 1950, nel "Patto internazionale sui diritti civili e

politici" approvato dall'assemblea generale delle Nazioni Unite il 19 dicembre 1966, ed in particolare nelle "Regole Minime dell'O.N.U. per il trattamento dei detenuti" adottate con risoluzione del 1° Congresso delle Nazioni Unite per la prevenzione del crimine e il trattamento dei delinquenti, in data 30 agosto 1955 e, per ultimo, nelle "Regole Minime del Consiglio d'Europa per il trattamento dei detenuti" adottate con risoluzione del Comitato del Consiglio dei Ministri del Consiglio di Europa in data 19 gennaio 1973, si articola e si sviluppa attraverso alcune importanti direttrici:

1. l'espiazione della pena improntata ai criteri di umanità, salvaguardando la dignità e i diritti spettanti ad ogni persona;
2. la rieducazione del detenuto e il suo reinserimento sociale come scopo principale dell'espiazione della pena;
3. la prevenzione della criminalità<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Psichiatria e carcere. *Perché la psichiatria in carcere? Aspetti legislativi ed esigenze sanitarie.*

Da [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)

I seri problemi attuali dell'Amministrazione della Giustizia, correlati allo sviluppo dei comportamenti delinquenti, e gli ostacoli alla gestione del sistema penitenziario, hanno individuato il bisogno di aggiornamenti legislativi circa quest'ultimo punto, che sono disciplinati dalla legge, prima citata, 26 luglio 1975, n.354.

La novità introdotta da questa legge è ravvisabile nel programma di introdurre, con la sua attuazione, un sistematica e diffusa collaborazione tra le varie scienze sociali a carattere empirico.

L'art. 80 disciplina, infatti, che "per lo svolgimento delle attività di osservazione e trattamento, la Amministrazione Penitenziaria può avvalersi di professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica".

In quest'ottica, è dunque riconosciuto il valore dell'apporto cognitivo ed interpretativo dei diversi operatori delle scienze sociali, la cui opera, proprio nello spirito di queste discipline, sembra legittimo essere considerata collegiale ed interdisciplinare.

E' proprio questa collegialità che assicura un'osservazione più oggettiva ed approfondita del singolo caso e, quindi, un'analisi più precisa, regole di trat-

tamento più idonee alle esigenze effettive ed, infine, una prognosi più valida e propizia.

Questa nuova struttura operativa, posta tra quelle proprie dell'istituto penitenziario e quelle della società esterna, potrà promuovere la sua azione sul singolo individuo e anche effettuare speciali forme di osservazione diagnostica e di trattamento, da lui stesso chieste durante la detenzione (affidamento in prova ai servizi sociali, semilibertà, liberazione anticipata, etc.), più giustificabili ad hominem dei provvedimenti indiscriminati di amnistia e indulto o degli interventi di grazia sovrana.

### 1.1. *Brevi cenni sui motivi di una debole incidenza della psichiatria in carcere.*

La resistenza mostrata dalla psichiatria nei confronti del disagio psichico espresso dai detenuti ha origini remote. Agli inizi dell'Ottocento, la psichiatria moderna inaugurò il suo ingresso nel Foro proponendo, per i tempi, forme più <umane> di trattamento rispetto al mero ricorso agli strumenti penali.

Nella elaborazione della dottrina della monomania ad opera della psichiatria francese della prima metà dell'Ottocento<sup>6</sup> si può scorgere, infatti, un progetto <terapeutico> intorno al quale si accese e si svolse un dibattito serrato e drammatico tra medicina e

---

<sup>6</sup> Pinel Ph., *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*. ETS, Pisa, 1985; *La Manlia*, Marsilio. Venezia, 1987



giustizia; da un lato, gli psichiatri che volevano sottrarre alla pena capitale autori di reati determinati solo da un impeto, da una forza irresistibile, da un furore subitaneo ed improvviso: soggetti affetti, secondo loro, da quella <malattia della volontà> che andava sotto il nome di monomania istintiva; dall'altro i giuristi, i penalisti e gli amministratori della giustizia che vedevano nella monomania un espediente pericolosamente utilizzato dagli psichiatri <per strappare i colpevoli alla giusta severità delle leggi><sup>7</sup>.

Anche in Italia si insistette in modo particolare affinché la monomania, in specie, e le <frenopatie>, in genere, venissero accolte nel Foro: ciò soprattutto per sottrarre alla pena di morte autori di reati gravi, considerati in tal modo malati da ricoverare in manicomio civili, piuttosto che criminali da condannare<sup>8</sup>.

Ben presto, però, si sviluppò una forte corrente di pensiero che affossò i progetti terapeutici in tema di trattamento dell'autore di reato malato di mente, per sostituirli con quelli di controllo e di neutralizzazione del <socialmente pericoloso>.

Sul finire del 1800, antropologi criminali, freniatri e medici legali italiani discussero a lungo sulla organizzazione e sull'utilizzazione dei manicomio criminali che, sul modello di quelli già esistenti in Irlanda, Scozia, Inghilterra ed alcuni Stati americani, stavano sorgendo anche in Italia.

A tal fine, la perizia psichiatrica doveva essere innanzitutto uno strumento al servizio della prognosi di pericolosità, postulata di fatto per quasi tutti gli autori di reato, particolarmente se <vittime della epilessia, della pazzia morale e della monomania impulsiva>.

Al loro tempo, i freniatri, di fronte alla sostanziale povertà di nozioni psicopatologiche ed assenza di strumenti terapeutici adeguati, si preoccuparono da un lato di sottrarre il malato di mente alla carcerazione -ritenuta ingiusta -, dall'altro di collaborare al controllo sociale, attraverso la struttura manicomiale. Nonostante la diffidenza del-

---

<sup>7</sup> Fornari V.- Rosso R., *Perizia psichiatrica e prospettive terapeutiche*.

Rivista criminologica 1, gennaio 1993

<sup>8</sup> Verga A., *Monomania istintiva*, Gazzetta Medico lombarda. Milano, in : studi frenatrici, Mannini-Wiget. Milano, 1897

la psichiatria accademica a riconoscere l'importanza degli studi sull'uomo delinquente in quanto tale, si è assistito così alla nascita della psichiatria forense e, contemporaneamente, al disconoscimento, da parte del potere-sapere psichiatrico, della nuova branca e della sua fonte, che proprio in carcere affonda le radici.

In questo contesto, fu inevitabile il disinteresse psichiatrico nei confronti delle condotte patologiche, a sostegno, piuttosto, di altri fenomeni: affetti e sensazioni, idee e trascorsi, emozioni e situazioni.

Corollario di questo atteggiamento fu che, dopo l'applicazione della L. 180/78 (che avrebbe dovuto resuscitare interesse per il soggetto portatore di sofferenza psichica), la giovevole attenzione del clinico verso il carcere sia andata definitivamente scemando.

Infatti, la L. 180/78 si è piuttosto preoccupata di ridefinire le competenze psichiatriche, nell'intento di formulare un progetto che non era commisurato al comportamento antisociale espresso dalla persona affetta da un disagio psichico<sup>9</sup>.

Ad esempio, l'intervento del magistrato comporta per il malato di mente <speciale> (cioè giudiziario) un regime differenziato rispetto a quanto previsto nella psichiatria civile, dove, in linea di principio, sono riconosciuti il *diritto* alle cure e la *volontarietà* delle stesse.

Tali diritti sono fortemente limitati nell'ambito del penale, dove l'intervento assume quasi sempre carattere di coazione, di *dovere*, in analogia con il T.S.O. previsto dalla suddetta legge 180/78.

La scarsa accortezza di questa scelta è ravvisabile nell'attività degli psichiatri che operano nei penitenziari i quali, mentre si negava la funzione dello psichiatra in rapporto alle condotte devianti, anche se indotte da alterazioni della mente gravi come i disturbi di personalità, dovevano poi in pratica occuparsene.

Come si può, in questi casi, articolare il discorso del diritto alle cure con la necessità di controllo? Come si concilia la libertà dello psichiatra di proporre ed attuare un trat-

---

<sup>9</sup> Brandi G. – Jannucci M., *Ipotesi e prospettive di assistenza psichiatrica in carcere ad opera del Servizio Sanitario Nazionale. Da Carcere e territorio* (Gatti U. – Gualco B.)

tamento sanitario con lo obbligo per tutto il personale dei Servizi di eseguire l'ordine del giudice?

Da ciò gli inevitabili contrasti e problemi denunciati dagli psichiatri sul come, se e perché utilizzare la psichiatria del territorio con funzione integrante la psichiatria giudiziaria; quali spazi individuare per una psichiatria civile che non accetta l'attribuzione di nuove funzioni di controllo e di vigilanza vicaria, e d'altra parte, nutre più o meno fondati timori di essere inquisita dalla magistratura per reati quali il rifiuto di atti d'ufficio, l'omissione di soccorso, l'abbandono di persone incapaci, quando non di lesioni personali colpose fino all'omicidio colposo.

Inevitabilmente, il disinteresse degli psichiatri per le psicopatologie carcerarie ha lasciato il posto a medici spesso non attenti al problema e, nella migliore delle ipotesi, volti a curare, sovente in modo sbrigativo, solo ciò che si poteva rilevare ad un primo approccio con il detenuto<sup>10</sup>.

E a questa stasi dell'assistenza psichiatrica neppure la criminologia è stata di ausilio, essendo la stessa esclusa in Italia, per scelta accademica, da una funzione curativa ed avendo quindi perso, nel tempo, l'interesse per gli stati di sofferenza<sup>11</sup>.

Considerata complessivamente, questa situazione non potè non condurre ad una separazione tra sapere e pratica, tra “diagnosi-prognosi forense” e “diagnosi-prognosi medica”, tra terapia e giudizio.

Questa scissione non ha incentivato la crescita delle conoscenze sui due fronti e non ha permesso un progetto di salute mentale per le persone detenute e sofferenti; il tutto a scapito dei soggetti interessati direttamente dal disagio psichico. Il circuito di emarginazione e di controllo costituito dal carcere, nel quale è convogliata una parte dei pazienti psichiatrici, di fatto innalza la soglia di tolleranza del contesto sociale nei confronti dei malati di mente.

---

<sup>10</sup> Supra nota 5

<sup>11</sup> Supra nota 5

Esso consente una limitata applicazione della nuova politica psichiatrica, ma solo nei confronti dei pazienti più trattabili. I costi sono scaricati su quelli più disadattati, più disturbanti, con minore opportunità di recupero, che sono appunto criminalizzati.

A questi ultimi è negato, di fatto, il diritto di avvalersi dell'assistenza psichiatrica secondo quanto previsto dalla legge.

Infatti, quando vengono inseriti in carcere, essi sono assimilati ai delinquenti comuni. Spesso la loro condizione di sofferenza psichica non è identificata tempestivamente o viene comunque sottovalutata

Questo si verifica soprattutto per quelle patologie la cui sintomatologia non è tale da turbare le esigenze di ordine e di disciplina della struttura carceraria.

Molte forme depressive, ad esempio, rimangono celate fino al momento in cui il detenuto pone in essere un gesto clamoroso quale può essere appunto un tentativo di suicidio, un atto di autolesionismo o un'aggressione.

Deve essere inoltre considerato che anche nei casi in cui i disturbi psichiatrici fossero diagnosticati, le possibilità di trattamento sono limitate.

Il carcere, infatti, non dispone di reparti destinati a soggetti con disturbi psichiatrici né di personale stabile con una formazione specializzata.

Esso si avvale soltanto di specialisti esterni che operano in regime di consulenza.

Questi pazienti sono inseriti nei reparti comuni o, al massimo, nei centri clinici e sottoposti alla disciplina valida per tutti i detenuti. Conseguentemente vanno incontro quasi sempre ad un aggravamento della loro condizione che, nell'ambiente oppressivo e violento del carcere, non di rado innesca comportamenti aggressivi.

Il poco che è possibile fare e che di norma non va oltre la terapia farmacologia ed una qualche forma di sostegno psicologico è spesso vanificato dalla mentalità burocratica e punitiva esistente all'interno del carcere<sup>12</sup>.

In sostanza, nel momento in cui la psichiatria si è liberata di un ruolo di controllo, si è verificato un effetto perverso.

---

<sup>12</sup> Russo G. – Salomone L., *Rassegna penitenz. e criminologica*, anno III, 2-3, 1999. Conclusioni

Tale ruolo di fatto è stato delegato ad altri e viene esercitato con strumenti e modi che non tengono conto in alcun modo delle esigenze di tutela del paziente psichiatrico.

Tra un controllo “forte” della psichiatria manicomiale e la rinuncia al controllo da parte della nuova psichiatria, è necessario trovare una terza via.

Allo stato, la psichiatria forense, per svolgere un <ruolo> terapeutico, inteso in senso lato, può arricchire la sua funzione tradizionale con quelle: di *mediazione*; di *informazione* in ambito giuridico e medico-legale; di *formazione* in tema di rapporti con i sistemi del controllo sociale e della giustizia<sup>13</sup>.

## 1.2. *Il ruolo della psichiatria nel trattamento del sofferente psichico autore di reato.*

La psichiatria clinica si è strutturata, nel suo percorso storico che le ha consentito di acquistare lo status odierno di disciplina scientifica, rapportandosi prevalentemente con i comportamenti umani, più che con la sofferenza soggettiva degli individui.

Con ciò, si vuole sottolineare come la stessa si sia precocemente distinta da tutte le altre branche del sapere medico.

All'intervento di queste ultime si accedeva di regola, già in età classica, mediante *ricorso di elezione*: attraverso una scelta volontaria e personale da parte del soggetto bisognevole di cura<sup>14</sup>.

Alla medicina psichiatrica, invece, si accedeva mediante un *ricorso per riferimento*: infatti, c'era qualcuno che decideva che qualcun altro avesse bisogno dell'intervento di quello specifico operatore sanitario. E questa decisione riguardante un altro non era mai fondata sulla evidenza o sull'aperta denuncia da parte dell'altro di una sofferenza soggettiva; di regola, invece, sui comportamenti (di volta in volta eccentrici, anormali, inspiegabili, violenti, pericolosi, etc.) posti in essere dall'altro.

---

<sup>13</sup> Supra nota 3

<sup>14</sup> Manacorda A., *Il ruolo della psichiatria clinica nel trattamento del sofferente psichico autore di reato.*

Par. 1 Rivista criminologica 1, gennaio 1993

Poco influiva, per avere il ricorso per riferimento, che l'altro esprimesse una sofferenza anche intensa e lacerante, se a questa non corrispondevano, o ad essa non si accompagnavano condotte comunque allarmanti. E per converso, poco influiva, nell'evitare il ricorso per riferimento al tecnico della psichiatria, il fatto che ad una determinata condotta del tipo di quelle prima accennate, non solo non corrispondesse uno stato di sofferenza soggettiva di carattere psichico; ma che questa condotta si accompagnasse invece – come può accadere – ad una percezione soggettiva di benessere, o addirittura di intensa felicità.

E' solo all'inizio del XX secolo, soprattutto grazie alle letture psicoanalitica e fenomenologica, che la psichiatria – essenzialmente nella sua versione della psicologia clinica – sviluppa in modo più consistente la propria attenzione alla sofferenza soggettiva.

Dal punto di vista pratico ed applicativo, la sua diffusione è però frenata da diversi fattori.

Tra questi è bene ricordare, innanzitutto, quelli di carattere socio-culturale ed economico.

Nate nell'ambito dei ceti culturalizzati, queste discipline sono infatti concepite sui contenuti emozionali e di pensiero che a quella specifica cultura tipicamente appartengono. Il loro codice operativo è quello dei ceti culturalizzati. Il loro mercato è privatistico, in un mondo nel quale peraltro iniziano da poco a nascere i primi embrioni della medicina sociale; ed anche questo le rende prerogativa di pochi.

La complessiva evoluzione economica e socio-culturale dei Paesi europei, nonché di quelli i cui assetti storici e sociali hanno comunque matrice europea, porta ad un apprezzabile incremento e diffusione delle strategie di attenzione alla sofferenza soggettiva.

Questa strategia finirà così per plasmare di sé anche le agenzie pubbliche deputate all'intervento terapeutico in psichiatria. Ciò si mostrerà più ampiamente, nel nostro Paese, alla fine degli anni '70, quando il modello d'intervento pubblico avvia la pro-

pria trasformazione: da intervento di psichiatria ad intervento di tutela della salute mentale.

Ma le agenzie pubbliche sono fortemente ancorate, nella loro generalità, a modelli di lettura e di intervento che privilegiano l'aspetto delle condotte piuttosto che quello della sofferenza psichica soggettiva. Sono agenzie a prestazione apparentemente gratuita utilizzate dalla fascia di popolazione ad un tempo meno culturalizzata e meno abbiente. Il ricorso ad esse è in buona misura ricorso per riferimento.

Godono inoltre di poteri autoritativi diversamente dimensionati e strutturati, che derivano dal loro essere espressioni periferiche del potere amministrativo centrale. Questi poteri consentono loro anche la possibilità di incidere sui comportamenti e sulle condotte: se occorre, in modo autoritativo e coattivo. Il mandato di controllo sociale al quale esse adempiono è piuttosto rigoroso.

Inversamente, le agenzie private prestano per loro stessa natura maggiore attenzione al versante della sofferenza soggettiva. Il ricorso ad esse è in prevalenza ricorso di elezione. Sono prive di potere autoritativo, e pertanto non possono incidere sulle condotte umane in via coattiva. Partecipano del libero mercato, e si rivolgono quindi ad un pubblico dotato di sufficiente potere contrattuale di carattere patrimoniale.

Ci sono poi alcune forme interessanti di passaggio dell'intervento dall'agenzia pubblica alla privata, e viceversa.

Il *diritto alla terapia*, nominalmente non distinguibile dal *diritto alla cura*, costituisce sicuramente uno degli aspetti del *diritto alla salute*<sup>15</sup>.

Il diritto alla salute non è pacifica acquisizione di sempre. Introdotto dalle moderne Costituzioni come retaggio della Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino del 1793, subisce nel tempo costanti seppur irregolari ampliamenti, e solo in epoca relativamente recente ha conosciuto la estensione dalla sola tutela fisica anche a quella psichica.

Come regola generale, il trattamento del sofferente psichico autore di reato è volto a modificarne i comportamenti e le condotte, in modo che essi non si rivelino in futuro

---

<sup>15</sup> Manacorda A., *Il ruolo della psichiatria clinica nel trattamento del sofferente psichico autore di reato*. Par. 3, Rivista criminologica 1, gennaio 1993

più o meno densi di contenuti antiggiuridici. Il trattamento è, cioè, volto alla attenuazione o alla eliminazione di quella che nella nostra normativa è definita come pericolosità sociale.

Naturalmente, l'intervento è più completo e pregevole se, oltre alle condotte, riesce a modificarne anche la radice genetica psicopatologica (o quella che è ritenuta tale); ed ancor di più, se riesce, in aggiunta a ciò, a modificare, attenuandolo, l'eventuale stato di sofferenza soggettiva dell'individuo.

Il settore della psichiatria che si occupa dell'intervento sul sofferente psichico autore di reato (psichiatria giudiziaria) non utilizza strumenti diversi da quelli impiegati dalla psichiatria civile (nel senso di non giudiziaria), nella sua parte che si occupa in prevalenza dei comportamenti e delle condotte. Infatti, sono usati in prevalenza strumenti di intervento farmacologico e non c'è dubbio che una parte di queste somministrazioni vada più o meno ad incidere consapevolmente non tanto sulla condizione clinico-psichiatrica di base, quanto invece su quella che si crea a causa della restrizione penitenziaria.

Se i trattamenti più frequenti in ambito psichiatrico giudiziario sono quelli farmacologici, non mancano esempi - più sporadici e frammentari in Italia, più sistematici in altri Paesi europei e non- di interventi attuati con strumenti differenti: in particolare, con strumenti psicoterapeutici individuali o di gruppo. In questi casi la certezza è che, anche quando si utilizzino strumenti di intervento psicoterapeutico, il traguardo il cui perseguimento è di fatto privilegiato rimane sempre quello della modifica comportamentale e condottuale: se si può, stabile e duratura.

L'intervento psicoterapeutico è allora, per questi motivi, un intervento basato prevalentemente su presupposti di tipo cognitivo (piuttosto che sul profondo); talvolta ha connotazioni tipicamente comportamentistiche; spesso si risolve in un condizionamento-decondizionamento. Per alcuni aspetti, quindi, si avvicina più agli interventi pedagogici e psico-pedagogici, che non a quelli



psicoterapeutici veri e propri. Tutto quanto detto finora sembra poter far sorgere la legittima opinione che- più che del *diritto alla cura* da parte del sofferente psichico autore di reato – si sia in realtà parlato di un suo *dovere di cura*.

La letteratura in ambito di diritto sanitario, ed in particolare quella concernente il *diritto alla cura* contrapposto al *dovere di cura*, non può prescindere dal dettato costituzionale.

< *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività* (omissis)>. (art. 32, I co. Cost.)

La lettura di questa parte della norma può essere duplice. Si può infatti sostenere che la tutela della salute sia da un lato fondamentale diritto dell'individuo; ma che essa sia, inoltre, anche interesse della collettività. Interpretando la norma in questo modo, i due valori (diritto dell'individuo ed interesse della collettività) sono considerati come tra di loro del tutto distinti, in qualche misura reciprocamente indipendenti, e pertanto in grado di rapportarsi reciprocamente in vari modi.

I modi estremi sono, da un lato, quello della concorrenza (il che si realizza quando un singolo atto avente incidenza sulla salute risponde congiuntamente al diritto dell'individuo e all'interesse della collettività); dall'altro, il modo della confliggenza, e quindi della mutua esclusione (che si realizza quando un singolo atto avente rilevanza sanitaria privilegia il diritto dell'individuo a scapito dell'interesse della collettività, o viceversa).

Nell'ambito di questa lettura dualistica, i trattamenti sanitari coattivi (quali i trattamenti per malattie mentali; il trattamento del sofferente psichico autore di reato; le vaccinazioni obbligatorie) sono interpretati come rispondenti alla ratio della tutela della salute come interesse della collettività, con corrispettiva inevitabile compressione di uno o più diritti fondamentali dell'individuo.

Il tema trattato in questo paragrafo assume quindi, nella lettura dualistica dell'art. 32 della Costituzione, il senso tipico di un dovere di cura in capo al soggetto con disturbo psichico. Sempre in questa lettura, tale dovere può essere anche considerato come del tutto scisso dal diritto dell'individuo alla salute, trovando invece il proprio esclu-

sivo fondamento nell'interesse della collettività alla salute di quei determinati e singoli individui.

Una diversa lettura dell'art. 32 della Costituzione, di tipo unitario, vede invece il diritto dell'individuo e l'interesse della collettività come assolutamente inscindibili tra di loro, e pertanto mai configgenti, né contrapponibili.

In questa lettura, l'interesse della collettività ricomprende il diritto dell'individuo (di tutti gli individui), in quanto l'individuo non è in alcun caso considerabile come avulso dalla collettività e ad esso estraneo; ed in quanto a sua volta la collettività altro non è se non ciò che risulta dalla sommatoria e dalla interazione di tutte le singole individualità, nessuna esclusa<sup>16</sup>.

Nella lettura unitaria della norma costituzionale, anche i trattamenti coattivi devono poter essere ricondotti nell'alveo di un diritto alla cura da parte dei singoli.

Questo diritto, per certi aspetti inconsapevole e pertanto non personalmente azionato, dovrebbe poter rientrare nella nozione di tutela della salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo, e pertanto interesse della collettività.

Perché la cura coattiva possa rientrare in maniera sostanziale nel diritto alla salute; perché questo inserimento non si risolva in un'operazione meramente nominalistica, occorre però che anche lo psichiatra si senta meno vincolato di quanto oggi non sia ai compiti di controllo disciplinare che gli sono attribuiti.

Occorre, pertanto, che egli sappia in concreto rivedere, trasformare e magari invertire quella scala di priorità che oggi vede la modifica comportamentale e condottuale del sofferente psichico autore di reato al primo posto; ed all'ultimo, l'attenuazione della sua sofferenza soggettiva.

A questo punto è evidente che, se ha un senso parlare di terapia e di cura del sofferente psichico, questa terapia e questa cura non possono non passare anche per la soggettività della persona affetta dal disturbo. E deve ritenersi che questa esigenza non possa venir meno, anche quando la cura del sofferente psichico lo concerna in quanto autore di un reato.

---

<sup>16</sup> Manacorda A., *Il ruolo della psichiatria clinica nel trattamento del sofferente psichico autore di reato* Par. 6 Rivista criminologica 1, gennaio 1993

D'altra parte, il medico che deve occuparsi del trattamento di soggetti con queste caratteristiche ha, come compito conferitogli dalla società, l'attenuazione o il superamento delle quote di pericolosità sociale che a questi soggetti siano connesse. E non si vede come possa attendere ad un compito di questo genere senza entrare in rapporto con la soggettività di queste persone, riuscendo a modificarla, se ne è in grado, e tentando per questa via di modificare anche gli aspetti salienti del loro comportamento<sup>17</sup>.

### 1.3. *Un'auspicabile integrazione tra sapere psichiatrico-forense e sapere psichiatrico-clinico*

Paradossale e lungimirante, rispetto alla situazione di scissione ed ignoranza descritta, sembra essere il D. Lgs. 230/99 con la sua attenzione al valore dell'intervento di promozione e tutela della salute mentale in carcere; un intervento che, con il mutare dei tempi, richiederebbe una collaborazione tra pratica e ricerca, anche per valutare l'utilità delle barriere che fino ad ora hanno separato il sapere psichiatrico-forense ed il sapere psichiatrico-clinico.

Tuttavia, se la psichiatria non è isolatamente considerata ma viene armonizzata con la totalità della assistenza sanitaria in carcere, non si possono trascurare alcuni problemi di impatto della consulenza psichiatrica sul sistema sanitario del carcere, dovuti alla fragilità tecnica e strutturale di quest'ultimo: predominante attenzione all'urgenza; difficoltà di accesso volontario ai luoghi di cura; opportunità di chiedere assistenza esterna solo per il tramite di procedure burocratiche; concezione della salute vincolata ad arcaici modelli anteriori al contributo bioetico, concepita più come un dovere che come un diritto soggettivo.

In aggiunta a questi aspetti generali è da sottolineare un problema specifico per l'intervento psichiatrico, se non fosse superata nella cultura giuridica e nelle sue nor-

---

<sup>17</sup> Manacorda A., *Il ruolo della psichiatria clinica nel trattamento del sofferente psichico autore di reato*. Par. 4 Rivista criminologica 1, gennaio 1993

me la dicotomia tra lo organico e lo psichico, che tutte le moderne conquiste delle neuroscienze e della medicina tendono ad abbandonare.

Ci si può riferire, ad esempio, all'opportunità di usare alternative alla carcerazione in presenza di gravi disturbi psicopatologici non reattivi, a fronte dell'art. 147 I co. n. 2 c.p. che disciplina lo accesso a queste misure solo "se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di grave infermità fisica". Un'interpretazione restrittiva di questa disposizione, che si basi su una precisa distinzione tra i due ambiti, non solo sarebbe in contrasto con un principio costituzionale e morale di equità, ma anche renderebbe superfluo il lavoro psichiatrico intramurario, aprendo altre contraddizioni con misure in questo senso più progredite e più ampie, come quelle riferite alle condizioni di salute che portano ad un'incompatibilità con la carcerazione (art. 146 I co. n. 3 c.p.) che rimandano genericamente a "malattia particolarmente grave", senza differenziare la natura della malattia, con l'indispensabile valutazione della gravità-secondo parametri clinici-, dalla quale far derivare l'incompatibilità con lo stato detentivo<sup>18</sup>.

#### 1.4. *Scissione tra responsabilità del sistema penale e del sistema sanitario?*

Tra le varie categorie di professionisti nominati dalla legge n. 354 è opportuno esaminare quella degli psichiatri; infatti, la presenza della psichiatria in carcere, oltre ad essere imposta dalla legge, è resa necessaria dalle molteplici esigenze sanitarie che sempre più frequentemente si riscontrano nelle istituzioni.

Lo specialista nominato non è limitato alla formulazione della diagnosi, ma è tenuto anche ad esporre un giudizio clinico sull'evoluzione futura della malattia, tenendo conto dei mezzi terapeutici disponibili; da ciò si può dedurre che la prognosi clinica dipenda senz'altro dagli strumenti che si possono impiegare e dalla loro utilità.

---

<sup>18</sup> Ferranini L.- Peloso P.F - Cechini M., *Les revenants: espressione, progetti e criticità dell'intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e di custodia*. Da *Carcere e territorio*. (Gatti U. – Gualco B.)

Lo psichiatra dovrà pertanto considerare le opportunità contemplate dal sistema penale che fondamentalmente sono ricondotte alle misure di sicurezza (detentive e non), espressione di custodia piuttosto che di cura. E' da ricordare che, in passato, la presunzione dell'esistenza della pericolosità sociale in capo al reo psichicamente sofferente ha portato a ripetute applicazioni di misure della sicurezza provvisoria, fondate su una particolare attenzione alle esigenze di difesa sociale.

Oggi il nostro ordinamento ha in parte eliminato queste anomalie: la pericolosità sociale è un concetto non scientifico e, quindi, non deducibile dalla sola presenza della malattia mentale ma da più fattori di competenza soprattutto della criminologia.

Infatti, è necessario individuare tutti gli elementi inerenti all'ambiente in cui si è dato origine al reato ma anche a tutto ciò che verrà a contatto con il soggetto interessato.

Rebus sic stantibus, sarebbe forse auspicabile, per conciliare il bisogno di difesa sociale con la tutela della salute del reo malato di mente, cercare una più decisiva distinzione di responsabilità tra il sistema penale, che dovrebbe limitarsi ad individuare la responsabilità penale del soggetto, ed il sistema sanitario, preponendo quest'ultimo al suo trattamento; specificata dalla autorità giudiziaria la causa della responsabilità penale in una matrice psicopatologica, dovrebbe intervenire l'autorità sanitaria per iniziare la terapia.

Recenti posizioni della Corte Costituzionale sembrano condurre ad una tale soluzione: infatti, a riguardo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, la Corte, con la sentenza n. 253 del 18 luglio 2003, ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 222 c.p., nella parte in cui non permette al giudice, nei casi indicati, di adottare, in luogo del ricovero in O.P.G., una misura di sicurezza diversa, prevista dalla legge, adatta a garantire cure idonee al soggetto affetto da infermità mentale e a contrastare la sua pericolosità sociale. La Corte, nella medesima sentenza, ha poi precisato che l'automatismo di una misura segregante e "totale", come il ricovero in O.P.G, imposta dalla disposizione, quando appare in concreto inadatta, lede le esigenze essenziali di protezione dei diritti della persona e, in particolare, del diritto alla salute ex art. 32 Costituzione.

Tenendo conto di queste considerazioni, si può constatare che una presenza psichiatrica in carcere, permanente e non secondaria, accompagnata dall'attuazione di un progetto che promuova e tuteli la salute mentale intramuraria, se è sicuro che migliorerà il benessere del detenuto affetto da disturbo psichico e le occasioni di creare una rete riabilitativa tra interno ed esterno, porterà anche ad uno sviluppo del contributo prognostico teso ad una riammissione accorta di tali soggetti ai benefici esterni, offrendo ai magistrati di sorveglianza quegli argomenti orientativi che possono solo basarsi sulla relazione terapeutica e che difficilmente sono tratti dalla c.d. osservazione scientifica della personalità, mai a sufficienza delineata e menzionata, pur rappresentando un caposaldo del trattamento penitenziario<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> De Ferrari F.- Romano C.A., *Sistema penale e tutela della salute*, Cap. VIII.

## CAPITOLO II

### IL RICONOSCIMENTO DELLA TUTELA PSICHICA IN CARCERE

SOMMARIO: 2.1. I precedenti normativi dagli inizi del 1900 alla L. 180/1978.- 2.2. La L. 26 Luglio 1975, n. 354.- 2.3. La L. 13 Maggio 1978, n. 180 ed il movimento “anti-psichiatrico”.- 2.4. Il D. Lgs. 22 Giugno 1999, n. 230 e la aspirazione ad offrire a <tutti> i cittadini livelli essenziali ed uniformi di assistenza.- 2.5. Il D.P.R. 30 Giugno 2000, n. 230.- 2.6. L’importanza delle circolari ministeriali.

Sono soprattutto due i motivi che giustificano la vivacità, e talvolta le polemiche, concernenti il dibattito sui problemi del trattamento sanitario dei malati di mente autori di reato; essi riflettono lo intreccio tra la variegata e complessa realtà psicologica individuale e la non meno complessa e mutevole realtà ambientale:

- 1) la necessità di storicizzare qualsiasi intervento, sintonizzandolo sulla base della sensibilità sociale e del livello delle conoscenze scientifiche;
- 2) l’esigenza di garantire a tutti i cittadini la più adeguata assistenza, specie in un campo ove questa esigenza è sottolineata dal contrasto, spesso stridente, tra il dettato costituzionale che riconosce a tutti i cittadini il diritto alla salute e talune forme di trattamento dalla discutibile, se non dubbia, valenza terapeutica.

Ci dovrebbe essere, infatti, un rapporto dinamico e complementare tra la norma che detta e la realtà che muta.

La norma, pur nella indiscutibile fedeltà ai principi costituzionali, non può non riflettere gli aspetti più significativi e rilevanti della realtà umana e sociale. Questa, a sua volta, è influenzata dagli effetti che la norma inevitabilmente produce.

Non sempre però la realtà ha rispecchiato tale esigenza. Infatti vi è stata, per esempio, ampia distanza tra il progresso della cultura e della prassi psichiatrica e la legislazione speciale per i malati di mente autori di reato.

Non si è voluto negare la specificità della condizione del malato di mente autore di reato; si contestava la pretesa di applicare al malato di mente autore di reato un trattamento ispirato ad una criteriologia, quella manicomiale, ormai superata. Questo trattamento sembrava non più rispondere né ai principi costituzionali, né al livello dell'attuale <cultura> psichiatrica, né alla percezione mutata della malattia mentale (e della pericolosità del malato di mente) che della <cultura> psichiatrica è fattore non secondario<sup>20</sup>.

In quest'ottica possiamo interpretare il sistema penitenziario italiano basato sulla L. 26 Luglio 1975, n. 354, c.d. "Ordinamento penitenziario". Con la riforma contenuta in questa legge, la Amministrazione Penitenziaria acquisisce lo strumento normativo indispensabile per adeguarsi ai precetti costituzionali dell'umanizzazione delle pene e del trattamento rieducativo dei condannati (art. 27 III co. Cost.).

Ogni Stato ha una scelta importante da compiere riguardo all'Amministrazione Penitenziaria: o emarginare totalmente i detenuti all'interno delle strutture carcerarie, facendo di esse delle mere strutture di difesa della "parte sana" della società, o stabilire dei ponti che prevedono l'apertura del carcere verso la società attraverso l'istituzionalizzazione di una vasta serie di legami e di rapporti strutturali e funzionali con il territorio.

Se viene seguita la linea repressiva, il carcere dovrà essere dotato di un apparato medico in grado di curare intra moenia quei corpi che hanno maggiori necessità, finendo per medicalizzare i bisogni. Se, invece, è seguita la linea del reinserimento sociale, allora la medicina penitenziaria e la psichiatria in particolare diventano un sostegno di fondamentale importanza.

Se si sceglie, come il nostro Stato ha fatto, la strada della risocializzazione del detenuto, è necessario ricordare che il carcere ha la capacità di sconvolgere tutto: i rapporti con la famiglia vengono lentamente interrotti, fino ad essere completamente recisi, si riducono le possibilità di trovare un lavoro, le speranze di seguire una strada migliore.

---

<sup>20</sup> Greco O.- Catanesi R., introduzione di *Malattia mentale e giustizia penale*, 1988



E' quindi facile immaginare come la personalità di molti detenuti possa risultare sconvolta.

Il carcere aliena, disgrega, è un momento vorticoso dove tutto si proietta lontano. E' difficile individuare spazi per la dimensione umana, fisica ed affettiva. Paura di aggressioni, incertezze del proprio futuro, stati depressivi e di rovina, sindromi psicosomatiche, crisi d'ansia possono rendere la sopravvivenza in carcere ancora più difficile.

Alle forme di patologia fisica si aggiungono forme di sofferenza psichica, di disturbi della personalità e, in rari casi, forme di patologia mentale determinate dalle condizioni di vita proprie di ogni carcere.

Particolare preoccupazione desta anche la constatazione del considerevole incremento di detenuti tossicodipendenti con problemi psichiatrici. In questi soggetti, associate alla tossicodipendenza, si presentano spesso anche patologie psichiatriche che il carcere, inevitabilmente, può evidenziare.

### *2.1. I precedenti normativi dagli inizi del 1900 alla L. 180/1978.*

Fino all'entrata in vigore della L. 13 Maggio 1978, n. 180 l'assistenza psichiatrica era regolata da un corpo di leggi che si trovavano raccolte in una pubblicazione dal titolo "Disposizioni e regolamento sui manicomi e sugli alienati".

Di tale corpo legislativo facevano parte:

- la legge 14 Febbraio 1904, n. 36 "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati";
- il R.D. 16 Agosto 1909, n. 615 "Regolamento sui manicomi e sugli alienati";
- il Decreto Luogotenenziale 25 Maggio 1916, n. 704 "Modificazione degli artt. 2 della L. 14 Febbraio 1904, nn. 86 e 49 del relativo regolamento approvato con R.D. 16 Agosto 1909, n. 615, sui manicomi e sugli alienati";

- il D.P.R. 11 Febbraio 1961, n. 249 “Disposizioni relative agli enti operanti nel settore sanitario”;
- la legge 18 Marzo 1968, n. 431 “Provvidenze per l’assistenza psichiatrica”.

Il termine alienazione, che si usava per definire la malattia mentale, rispecchiava il modo di considerare il malato come un individuo estraneo e pericoloso per la società. Infatti, fino al 31 Maggio 1978 vigeva in Italia un sistema assistenziale psichiatrico dominato dalla finalità della difesa sociale, rispetto alla quale la cura del malato veniva ad essere un carattere secondario della organizzazione manicomiale.

Infatti, la legge 11.02.1904, n. 36 recante “Disposizioni sui manicomi e gli alienati”, integrata dal regolamento di esecuzione 16.08.1909, n. 615, prevedeva e regolava il complesso sistema di istituti per l’assistenza psichiatrica in cui dovevano essere “custodite e curate le persone affette, per qualunque causa, da alienazione mentale quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo”.

Pertanto, per essere ricoverati, era sufficiente che qualcuno lo richiedesse al pretore, su presentazione di un semplice certificato medico ratificato dall’autorità locale di Pubblica Sicurezza.

Compito dello psichiatra, quindi, era quello di individuare, descrivere e classificare i sintomi dei soggetti inseriti nei manicomi, istituzioni volute per difendere la parte “sana” della popolazione.

Nel 1968 entra in vigore un primo intervento legislativo che restituisce al malato di mente una parte dei suoi diritti di malato e di cittadino. Questa legge, infatti, ha rappresentato il primo tentativo di collocare gli interventi nei confronti della malattia mentale su un piano diverso da quello di pura difesa sociale, avvicinando sempre più i soggetti malati di mente alle risorse terapeutiche della società, mediante la rivalutazione dei concetti di prevenzione e di cura, l’introduzione del ricovero volontario nell’Ospedale Psichiatrico, la possibilità di convertire il ricovero coattivo in ricovero volontario e l’istituzione in ogni provincia dei Centri di Igiene Mentale<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Psichiatria e carcere. *La carriera del “folle” autore di reato*. Da [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)

## 2.2. *La L. 26 Luglio 1975, n. 354.*

Il trattamento penitenziario, nella più ampia e comprensiva accezione, comprende quel complesso di norme e di attività che regolano ed assistono la privazione della libertà per l'esecuzione di una sanzione penale<sup>22</sup>.

Sono comprese in questo concetto le norme dirette a tutelare i diritti dei detenuti, i principi di gestione degli istituti penitenziari, le regole che attengono alle somministrazioni ed alle prestazioni dovute ai privati della libertà.

I principi a cui si ispira il trattamento penitenziario adottato in Italia traggono origine da una vasta elaborazione dottrinale e scientifica protesa a conciliare le acquisizioni della scienza criminologica, l'evoluzione del pensiero filosofico e le disposizioni della nostra Carta costituzionale.

La riforma penitenziaria del 1975 segna una storica svolta, almeno dal punto di vista dei principi ispiratori, della legislazione sul penitenziario, poiché sostituisce definitivamente il regolamento carcerario fascista del 1931.

Quest'ultimo si ispirava ad una filosofia di applicazione della pena che aveva caratterizzato la normativa in materia sin dall'Unità d'Italia, e che vedeva nelle privazioni e nelle sofferenze fisiche gli strumenti per favorire il pentimento e la rieducazione del reo. Fino a quel momento il carcere era stato concepito come luogo impermeabile ed isolato dalla società libera.

L'isolamento trovava espressione nella disciplina dei rapporti con la società esterna.

Lo stesso valeva per le visite degli istituti penitenziari ad opera di persone estranee alla amministrazione, riservata solo ad un elenco tassativo di personalità.

L'impermeabilità del luogo e l'isolamento dalla società trovavano conferma anche nelle strutture architettoniche dei penitenziari, per lo più ispirate al modello del Panopticon di Bentham.

---

<sup>22</sup> Canepa V.G., *Personalità e delinquenza*. Milano, 1974. Da Canepa M.- Merlo S., *Manuale di diritto penitenziario*. Le norme, gli organi, le modalità dell'esecuzione delle sanzioni penali. Cap. I.

Il sistema penitenziario delineato dal regolamento del 1931 si articolava in una serie di strumenti volti ad ottenere, anche attraverso punizioni e privilegi, nonché tramite quotidiane pratiche di violenza, un'adesione coatta alle regole, con una costante violazione delle più elementari norme del rispetto della dignità della persona.

Con la legge 26 Luglio 1975, n. 354 il lungo percorso della riforma penitenziaria raggiunse una tappa decisiva, dando seguito alle indicazioni contenute nella Costituzione.

In primo piano vi è la figura del detenuto e non più, come accadeva nel regolamento del 1931, la dimensione organizzativa dell'amministrazione penitenziaria con le esigenze di disciplina ad essa connesse. L'impianto dell'ordinamento penitenziario pone adesso alla base del trattamento i valori dell'umanità e della dignità della persona.

L'ordinamento penitenziario vigente è stato concepito e voluto dal legislatore in funzione non della sola custodia del detenuto e neppure del mero riconoscimento del suo diritto elementare ad un trattamento conforme alla sua qualità di persona ma - ma in ossequio all'art. 27 della Costituzione - in funzione del recupero sociale del condannato.

La privazione della libertà, aspetto affittivo della pena, diventa il mezzo per tendere al recupero sociale del condannato mediante il suo trattamento individualizzato.

L'art. 1 O.P. disciplina che <il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona> e aggiunge, poi, che < il trattamento è improntato ad assoluta imparzialità, senza discriminazioni in ordine a nazionalità, razza e condizioni economiche e sociali; a opinioni politiche e a credenze religiose>.

E', inoltre, statuito che <nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi>, mentre <il trattamento è attuato secondo un *criterio di individualizzazione* in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti>.

Il “trattamento penitenziario”, così delineato nei suoi principi portanti, non deve essere confuso con il “trattamento rieducativo dei condannati e degli internati”. Quest’ultimo costituisce una parte rispetto al tutto nel senso che, nel quadro generale e nei principi di gestione che regolano le modalità della privazione della libertà personale, si inserisce il dovere dello Stato di attuare la esecuzione della pena o della misura di sicurezza in modo da <tendere alla rieducazione> del soggetto.

Per poter attuare un trattamento rieducativo nei confronti di singoli soggetti, è necessario aver previamente indagato sulle condizioni delle persone medesime, sulla loro struttura psico-fisica, sui motivi personali e sociali che hanno condotto alla violazione della norma penale.

Occorre, quindi, procedere all’osservazione dei soggetti allo scopo di individuare la natura, la portata, i caratteri di un intervento rieducativo.

Il rapporto tra l’osservazione penitenziaria ed il trattamento rieducativo si pone nei termini della attività diagnostica rispetto all’intervento terapeutico, essendo evidente che, mentre la prima deve necessariamente precedere e condizionare il secondo, è chiaro che lo svolgimento della terapia richiede una costante analisi dei risultati, una verifica delle condizioni della persona per le opportune modifiche o integrazioni degli interventi di trattamento<sup>23</sup>.

L’osservazione della personalità, così come il trattamento rieducativo, dovrà ricercare, fin dove è possibile, la collaborazione del soggetto poiché <lo Stato non può imporre la virtù.

Esso può solo, o meglio deve, creare le condizioni perché l’uomo possa condurre una vita virtuosa onde lo individuo, se lo crede, ne possa approfittare><sup>24</sup>.

L’osservazione ed il trattamento devono procedere, necessariamente, di pari passo.

---

<sup>23</sup> Canepa M. – Merlo S., *Manuale di diritto penitenziario*. Le norme, gli organi, le modalità dell’esecuzione delle sanzioni penali. Cap. I.

<sup>24</sup> Bettiol G., *Il mito della rieducazione*, in *Sul problema della rieducazione del condannato*. Padova, 1964, citato da Canepa G., *Personalità e delinquenza*. Da Canepa M – Merlo S., *Manuale di diritto penitenziario*. Le norme, gli organi, le modalità dell’esecuzione delle sanzioni penali. Cap. I.

Per poter procedere alle attività di osservazione e trattamento, la scienza criminologica ha sostenuto la necessità di inserire, nel trattamento penitenziario: servizi di osservazione; servizi di trattamento differenziato; servizi sociali; servizi post-carcerari; servizi psichiatrici.

E' stata auspicata, inoltre, la possibilità di operare tenendo presenti i principi della comunità terapeutica non soltanto negli ospedali psichiatrici ma anche negli istituti penitenziari<sup>25</sup>.

La scienza criminologica ha sempre sottolineato la necessità della individualizzazione del trattamento, inteso come complesso delle misure e delle tecniche tendenti ad eliminare dalla personalità del delinquente tutto ciò che direttamente o indirettamente ha contribuito a causare il comportamento antisociale.

Il trattamento penitenziario in senso criminologico e, quindi, terapeutico, è stato definito come quel complesso di misure che, attuate nel rispetto dei valori fondamentali dello stato di diritto, hanno lo scopo di:

- modificare la personalità del reo in senso eticamente valido e socialmente congruo;
- rimuovere tutto ciò che ha contribuito a causare il comportamento criminoso per evitare la recidiva;
- dotare il soggetto della capacità di adeguarsi al minimo etico giuridico-sociale;
- rendere, in conclusione, favorevole la prognosi di un reinserimento nella società.

Nel considerare lo svolgimento dell'attività di osservazione e di trattamento non si possono trascurare alcuni elementi essenziali riguardanti le caratteristiche della società penitenziaria.

Essa è originata da un atto di violenza - seppur legittimamente attuata -, che consiste nella privazione della libertà personale nei confronti di una pluralità di soggetti da

---

<sup>25</sup> Bandini T.- Gatti U., *La comunità terapeutica nelle carceri*, in Quaderni di criminalità clinica, anno XII, 1970. Da Canepa M. – Merlo S., *Manuale di diritto penitenziario*. Le norme, gli organi, le modalità dell'esecuzione delle sanzioni penali. Cap. I

parte dello Stato. Tale società, quindi, racchiude ed esprime i connotati di questo originario atto di violenza e li somma alle tendenze aggressive dei singoli.

Si tratta, inoltre, di una società priva di qualsiasi elemento di coesione che non sia l'azione di privazione della libertà.

La fondamentale difficoltà dell'operatore penitenziario nell'approccio con i soggetti, si sostanzia nella traslazione, nella vita penitenziaria, delle patologie delinquenziali di taluni, degli smarrimenti momentanei di altri, cementata da una comune tendenza reattiva nei confronti della istituzione.

E' da considerare, in aggiunta a quanto detto, la tipica tendenza delle strutture parzialmente chiuse (quali gli istituti penitenziari) a deformare la realtà dilatando la portata dei fenomeni e filtrando gli avvenimenti attraverso i canoni di una cultura che tende ad accreditare gli elementi più appetibili – anche se negativi – nella vita del gruppo rispetto alla scala dei valori propri della società libera.

Si è, quindi, in presenza di una sub-cultura carceraria che tende ad esprimere rigide regole di condotta contrastanti con la regolamentazione statale ma spesso idonee a coesistere con questa ultima tramite un processo di sostanziale annullamento e si caratterizza anche per autonome manifestazioni del linguaggio. Tipica manifestazione di questo aspetto è l'atteggiamento persecutorio adottato dalla generalità delle comunità carcerarie nei confronti dei soggetti resisi responsabili di atti incestuosi o di violenza sessuale su minori. In questa realtà, lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento trova un significativo condizionamento. E ciò dà fondatezza alla tesi di chi ha sostenuto e sostiene la necessità di svolgere l'attività di osservazione della personalità in centri autonomi, altamente specializzati e sistemati logisticamente in modo tale da consentire una progressiva selezione dei soggetti.

Per quanto riguarda il trattamento rieducativo, si deve sottolineare che la sua individualizzazione deve essere intesa come adozione delle metodologie terapeutiche specificamente adeguate alla personalità dei singoli soggetti ma non esclude che la concreta attuazione sia realizzata agendo su gruppi di soggetti opportunamente costituiti sulla base del riscontro di comuni esigenze.

L'adozione del principio della comunità terapeutica conduce al tema della istituzione di circuiti penitenziari differenziati, ai quali assegnare i soggetti sulla base delle necessità di cura e dei livelli di progressione del trattamento.

L'osservazione scientifica della personalità ed il trattamento rieducativo, se attuati con l'impegno di operatori altamente qualificati e specializzati, possono costituire risposta adeguata alle resistenze ed ai condizionamenti ambientali prima citati.

L'art. 13, II co. O.P. statuisce che <nei confronti dei condannati e degli internati è predisposta la osservazione scientifica della personalità per rilevare le carenze fisiopsichiche e le altre cause del disadattamento sociale, L'osservazione è compiuta all'inizio dell'esecuzione e proseguita nel corso di essa>.

Quindi, <per ciascun internato e condannato, in base ai risultati dell'osservazione, sono formulate indicazioni in merito al trattamento rieducativo da effettuare ed è compilato il relativo programma, che è integrato o modificato secondo le esigenze che si prospettano nel corso dell'esecuzione> (art. 13, III co. O.P.). Le indicazioni generali e particolari del trattamento sono inserite, unitamente ai dati giudiziari, biografici e sanitari, nella cartella personale, nella quale sono successivamente annotati gli sviluppi del trattamento pratico e i suoi risultati.

La compilazione del programma individualizzato di trattamento è assegnata ad un <gruppo presieduto dal direttore e composto dal personale e dagli esperti che hanno svolto le attività di osservazione della personalità> (art. 29 reg. esec.).

<L'osservazione scientifica della personalità è diretta all'accertamento dei bisogni di ciascun soggetto connessi alle eventuali carenze fisiopsichiche, affettive, educative e sociali che sono state di pregiudizio all'instaurazione di una normale vita di relazione> (art. 27, I co., reg. esec.).

In aderenza a basilari principi di relazione umana, l'ordinamento prevede che <deve essere favorita la collaborazione dei condannati e degli internati alle attività di osservazione e di trattamento> (art. 13, V co. O.P.).

La normativa disciplina espressamente (art. 27 reg. esec.) che l'osservazione sia attuata nella fase iniziale della detenzione (con acquisizione di dati giudiziari e peni-



tenziari, biologici, psicologici e sociali e con analisi delle esperienze di vita dell'interessato) e sia proseguita, nel corso del trattamento, per gli eventuali interventi correttivi.

E' inoltre previsto (art. 28 reg. esec.) che <l'osservazione scientifica della personalità è espletata, di regola, presso gli stessi istituti dove si eseguono le pene e le misure di sicurezza. Quando si ravvisa la necessità di procedere a particolari approfondimenti, i soggetti da osservare sono assegnati, su motivata proposta della direzione, ai centri di osservazione>.

Questi centri <sono costituiti come istituti autonomi o come sezioni di altri istituti. Svolgono direttamente le attività di osservazione ex art. 13 e prestano consulenze per le analoghe attività di osservazione svolte nei singoli istituti> (art. 63 O.P.).

L'attività di osservazione è svolta dagli educatori, eventualmente da professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica (art. 80, IV co. O.P.), da personale incaricato giornaliero (art. 80 II co. O.P.) nonché dagli assistenti sociali per quanto attiene alle valutazioni di collegamento con l'ambiente esterno.

Il gruppo per l'osservazione scientifica della personalità, coordinando la propria azione con quella di tutto il personale addetto alle attività di rieducazione (art. 82 O.P.) perviene, sotto la guida del direttore, alla compilazione del programma di trattamento ed alle sue eventuali variazioni.

A tale scopo, il gruppo tiene riunioni periodiche per esaminare gli sviluppi del trattamento praticato ed i suoi risultati (art. 29, reg. esec.).

L'attuazione di tutti i punti della legge non è stata immediata. Molti anni sono dovuti passare prima che si desse avvio ad una reale, quanto lenta, riforma dei vari apparati delle istituzioni carcerarie, a partire dagli edifici, alcuni addirittura di epoca rinascimentale, fino al personale qualificato e al trattamento stesso delle pene e dei detenuti.

### 2.3. *La L. 13 Maggio 1978, n. 180 ed il movimento “anti-psichiatrico”.*

Fin dagli inizi degli anni Sessanta il movimento culturale c.d. “antipsichiatrico”, capeggiato da Franco Basaglia, iniziò un percorso di rinnovamento che, passando per la costituzione di una prima comunità terapeutica, si pose l’obiettivo di scardinare l’istituzione psichiatrica, intesa come scienza medica, ma soprattutto come strumento di controllo sociale, e sfociò nella L. 180/1978.

Partendo dalla contestazione radicale dell’ideologia del controllo sociale, l’ideologia antipsichiatrica si basa sui seguenti principi:

- 1) abrogazione della legge psichiatrica del 1904 e disconoscimento della pericolosità quale connotato proprio della malattia mentale da equipararsi ad ogni altra malattia che possa colpire l’uomo;
- 2) abolizione degli ospedali psichiatrici esistenti e di ogni altra possibile istituzione psichiatrica di ricovero;
- 3) un concetto di cura connotato dai caratteri della volontarietà e della territorialità, intendendosi con questo ultimo termine che la terapia deve essere instaurata nell’ambiente di origine del malato, senza ricovero ospedaliero;
- 4) istituzione per legge regionale di dipartimenti di salute mentale, ove si svolgano le funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale;
- 5) limitazione dei trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale in condizione di degenza ospedaliera;
- 6) esecuzione dei trattamenti in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura all’interno degli ospedali generali e dotati di un numero limitato di posti letto.

La legge 180/1978 sugli “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori” ha di fatto completamente modificato la situazione precedente riconoscendo il diritto alla libertà del cittadino nei confronti del trattamento sanitario quale deriva dall’art.

32 Cost., sostituendo il concetto di “pericolosità” con quello di “tutela della salute pubblica” ai fini della legittimazione della obbligatorietà del trattamento stesso.

La stessa legge tende, inoltre, alla progressiva eliminazione degli Ospedali Psichiatrici, indicati dalle nuove concezioni quali “luoghi di esclusione e sofferenza” di cui si denuncia la reale funzione di controllo sociale sotto la pretestuosa forma di cura della malattia, ove invece appare impensabile qualunque terapia all’interno di istituzioni totali<sup>26</sup>.

A distanza di pochi mesi dalla sua emanazione, i principi ispiratori della legge 180/1978 furono integralmente trasfusi nella legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e di lì a poco determinarono gli effetti rivoluzionari non soltanto nella prassi dell’assistenza psichiatrica, ma anche nel complesso dei valori socio-culturali della società italiana<sup>27</sup>.

Tale riforma ha riconosciuto “la esigenza, ancor prima del necessario momento terapeutico ed anche custodialistico, della prevenzione...e la consapevolezza che ogni malato di mente è un caso unico, da seguire con adeguata professionalità e vocazione” ma ha comportato anche “il lamentato pericolo del disinteressamento e dell’abbandono del malato di mente. Con tutti i rischi che questi, lasciato ai propri incubi e depressioni, privato dell’assistenza terapeutica o rimesso in libertà dal giudice di sorveglianza, pervenga al delitto o a nuovo delitto”.

La legge non si limitava ad abolire l’ospedale psichiatrico come istituzione manicomiale, ma ha dettato precise ed inequivocabili norme tese a rendere assai difficile l’istituzionalizzazione della malattia mentale e della stessa psichiatria.

Con la riforma si è quindi abbandonato un modello di intervento, sebbene non ne sia stato indicato uno alternativo, tanto che da tempo si lamenta l’applicazione della legge soltanto nella sua parte abolizionista, ma non ancora nella sua parte prescrittiva e positiva.

---

<sup>26</sup> Manacorda A., *Il manicomio giudiziario: alcune note per la comprensione dei problemi attuali*, in Foro It. 1980 V 67. Da Pavone M., *Diritto alla salute in carcere: Problemi di tutela del diritto alla salute in carcere*. Da [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it).

<sup>27</sup> Mantovani F., *Il problema della criminalità. Compendio di scienze criminali*. Padova, 1984.

In realtà, la sua applicazione - secondo la maggior parte degli studiosi – realizzata attraverso le scarse strutture disponibili, non solo non è tuttora in grado di dare risposte terapeutiche efficaci alla malattia mentale, ma neppure di svolgere le funzioni di prevenzione previste: la legge 180/1978 “ha avuto la forza di porre in crisi i modelli tradizionali ma non di proporre soluzioni nuove che non fossero quelle semplicistiche propagandate”<sup>28</sup>.

Dopo la legge 180 i già gravi problemi di gestione degli ospedali psichiatrici giudiziari hanno subito quindi una notevole accentuazione. Di ciò è testimone anche l’incremento negli anni delle presenze, dovuto al moltiplicarsi del numero di ammissioni per reati di lieve entità.

#### *2.4. Il D. Lgs. 22 Giugno 1999, n. 230 e l’aspirazione ad offrire a <tutti> i cittadini livelli essenziali ed uniformi di assistenza.*

Che la salute sia un diritto lo sancisce la Costituzione della Repubblica Italiana, come abbiamo più volte ripetuto nei paragrafi precedenti.

Forse in alcuni settori – ad esempio quello oncologico – è evidente l’impegno collettivo a prevenire e curare con gli strumenti considerati più idonei. Anche l’organizzazione della risposta alla emergenza sanitaria e alla routine assistenziale, prescindendo da particolari situazioni negative o positive, sembra aver trovato un assetto dignitoso.

Non può dirsi altrettanto per il disagio psichico, alla cui prevenzione ben poca energia è dedicata e alla cui cura si oppongono pregiudizi ideologici paradossalmente amichevoli, ma troppo lontani da un responsabile adeguamento all’esame di realtà.

Quando la promozione della salute si trasferisce in carcere e vi trova un differente sistema sanitario, si presentano analoghe ma acute differenze qualitative. Se, infatti, l’assistenza penitenziaria di base, che gestisce la cura generica e la prevenzione, ap-

---

<sup>28</sup> Supra nota 8

pare sufficiente, le inadeguatezze già riscontrate sul territorio, nel settore della salute mentale ad esempio, diventano voragini. Prima di tutto, per la noncuranza quasi assoluta, in carcere, nei confronti del problema del disagio psichico e per essere invece questo percentualmente più diffuso in tale ambiente che all'esterno; ma anche per la disomogeneità inaccettabile della risposta sanitaria, con istituti che offrono un'assistenza di base superiore rispetto a quella di cui fruisce il cittadino libero dello stesso ambito territoriale e altri che vedono il confronto rovesciarsi oltre le meno ottimistiche previsioni.

Alla luce di tali squilibri, la legge 30 Novembre 1998, n. 419, avente ad oggetto "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale", reca tra le quattro distinte deleghe legislative quella contenuta nell'art. 5 finalizzata al riordino della medicina penitenziaria. In forza di questa previsione, l'Esecutivo ha emanato il D. Lgs. 22 giugno 1999, n. 230 che rappresenta il primo di ulteriori decreti che concorreranno, come previsto dalla legge, ad integrare o modificare quanto già disposto con il predetto provvedimento.

Tale decreto legislativo, che regola il passaggio della Sanità Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, assume una funzione di sostanza, più che di principio, nel settore della salute mentale: quella di rendere presentabili ed uniformi, all'interno del circuito carcerario, le relative risposte terapeutiche a favore della persona detenuta, consentendo al soggetto portatore di disagio psichico di ottenere almeno le risposte, per insufficienti che siano, riconosciute come imprescindibili dalle leggi nazionali, e permettendo ai servizi esterni di stabilire la necessaria rete terapeutica con lo ambiente intra moenia.

Se forse le disparità dell'assistenza di base potrebbero essere appianate tramite una revisione e una redistribuzione delle energie del sistema sanitario penitenziario, non è proponibile affrontare i compiti posti dalla salute mentale reclusa senza un trasferimento delle competenze al Servizio Sanitario Nazionale. L'assunzione di una responsabilità terapeutica da parte degli organismi psichiatrici territoriali consentirebbe, in-

fatti, di tessere una trama operativa condivisa tra interno ed esterno e di far affluire negli istituti di pena la metodologia che caratterizza progetti ad alta integrazione socio-sanitaria, una metodologia finora ignota all'istituzione della pena, dove si registra una netta separazione tra intervento sociale, che appare finalizzato unicamente ad esigenze giudiziarie, ed intervento sanitario, che non ha un rilievo sostanziale ai fini del trattamento della persona detenuta, limitandosi a fornire mere indicazioni terapeutiche più o meno urgenti<sup>29</sup>.

La legge in esame costituisce un importante strumento attraverso cui si cerca di porre delle soluzioni ai problemi nascenti dalla mancanza di un reale collegamento tra le istituzioni.

Nel provvedimento si è proceduto alla ripartizione delle competenze tra il Ministero della Sanità e il Ministero di Grazia e Giustizia prevedendo, attraverso forme graduali, il trasferimento al primo delle funzioni sanitarie, in specie di programmazione, indirizzo e coordinamento tra strutture penitenziarie, amministrazioni centrali, Regioni e AASSLL connesse con l'esigenza primaria di tutela della salute dei detenuti. E infatti la programmazione costituisce uno dei momenti più importanti per la concertazione delle due amministrazioni, colmando così una notevole lacuna della disciplina precedente. Tale passaggio è testimoniato dall'applicazione del PSN anche al servizio sanitario penitenziario<sup>30</sup>.

Nel primo articolo si afferma il diritto alla salute dei detenuti e degli internati, al fine di assicurare loro condizioni uniformi per tutti i livelli di assistenza individuati del Piano Sanitario Nazionale con l'esclusione, per la popolazione detenuta, di partecipazione alle spese di prestazione sanitaria.

L'art. 1 rubricato "Diritto alla salute dei detenuti e degli internati" al I co. recita: <i>detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali

---

<sup>29</sup> Brandi G., *Diritto alla salute e carcere*. Da <http://dex1.tsol.unifi.it/altrodir/>

<sup>30</sup> *Il riordino della medicina penitenziaria: La legge delega 419/98 e il d.lgs.230/99. Principi*. Da <http://dex1.tsol.unifi.it/altrodir/>

ed uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani Sanitari Regionali ed in quelli locali>.

Il SSN si riappropria della funzione di assistenza sanitaria dei detenuti assicurando, a norma del II co. :

- a) livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;
- b) azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;
- c) informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto di ingresso e di dimissione dal carcere e durante il periodo di detenzione;
- d) interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;
- e) assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate;
- f) l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dello ambiente di vita e di relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Tutti i detenuti hanno l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e l'esenzione dal pagamento del ticket. L'iscrizione obbligatoria al SSN è prevista anche per gli stranieri, limitatamente al periodo detentivo. Essi <hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia> (art. 1, V co.).

L'art. 2 provvede a stabilire il principio che l'assistenza sanitaria richiede preventivamente la collaborazione reciproca delle amministrazioni, che sola può garantire l'effettività delle prestazioni ed una attuazione degli obiettivi conforme alle previsioni dei Piani sanitari. In questa direzione è disposta la globalità degli interventi di assi-

stenza sociale e sanitaria da attuare in maniera uniforme da parte dello Stato, delle Regioni e Province autonome, dei Comuni, delle Aziende sanitarie e degli istituti penitenziari, anche attraverso sistemi di informazione ed educazione sanitaria. Il II co. specifica i principi che devono informare gli interventi: <l'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo i principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica>.

L'art. 2 III co. stabilisce il principio della separazione delle competenze tra le AASSLL e la amministrazione penitenziaria, prevedendo in capo alle prime il compito di erogare le prestazioni e al secondo la garanzia della sicurezza. In particolare l'art. 3 specifica le competenze degli organi del SSN, prevedendo l'intervento delle "latitanti" autorità sanitarie che portano il loro modello amministrativo decentrato all'interno delle carceri:

- a) il Ministero della Sanità esercita le competenze in materia di programmazione, di indirizzo e coordinamento del SSN negli istituti, già desumibile dalla legge 833/78;
- b) le Regioni esercitano le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento degli stessi;
- c) alle AASSLL sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti.

E' prevista, inoltre, una responsabilità del Direttore generale (della struttura sanitaria) che risponde della mancata applicazione e dei ritardi nell'attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell'assistenza sanitaria penitenziaria. Al di fuori di tali organi residua una funzione di controllo anche da parte dell'Amministrazione Penitenziaria che interviene attivamente per segnalare, in caso di inerzia e ai fini



dell'attivazione di poteri sostitutivi, alle autorità sanitarie locali, regionali e direttamente al Ministero della Sanità, le questioni attinenti alla mancata osservanza delle disposizioni del decreto.

All'Amministrazione Penitenziaria compete anche la funzione di garanzia della sicurezza negli istituti e nei luoghi esterni di cura e l'individuazione del personale medico e sanitario da destinare al servizio sanitario penitenziario.

Il passaggio del servizio sanitario penitenziario al SSN comporta, inoltre, la previsione di programmi nell'ambito del PSN. L'art. 5, difatti, prevede un apposito progetto obiettivo per la tutela della salute in campo penitenziario che definisce gli indirizzi alle Regioni. La novità consiste anche nel procedimento di formazione cui intervengono non solo i due Ministeri interessati ma anche la Conferenza unificata (art. 8 D. Lgs. 28 Agosto 1997, n. 281), organismo competente per le materie e i compiti di interesse comune delle Regioni, Province, dei Comuni e delle Comunità montane (che unifica in sé la Conferenza Stato-Regioni) che collabora attivamente nel procedimento di determinazione degli obiettivi.

Il progetto si incarica di indicare:

- a) gli indirizzi specifici finalizzati ad orientare il SSN verso il miglioramento continuo della assistenza negli istituti penitenziari;
- b) i modelli organizzativi dei servizi sanitari penitenziari anche di tipo dipartimentale differenziati per tipologie d'istituto;
- c) le esigenze relative alla formazione specifica dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario;
- d) le linee-guida finalizzate a favorire all'interno degli istituti lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione dell'assistenza erogata e ad assicurare la applicazione dei livelli uniformi, essenziali e appropriati di assistenza;
- e) gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio.

La determinazione degli obiettivi assume rilievo (IV co.) circa la responsabilizzazione della Direzione della ASL in quanto la realizzazione o meno di essi sarà oggetto di valutazione della attività dei Direttori generali, in relazione anche al concreto funzionamento dei servizi ed in riferimento alle risorse disponibili e alle caratteristiche degli istituti penitenziari. A differenza del passato, le Direzioni delle strutture sanitarie territoriali sono coinvolte in prima persona nel raggiungimento delle finalità di tutela. I Provveditorati interverranno nell'attuazione degli indirizzi regionali con i quali le Regioni, a mezzo anche di propri progetti di intervento, specificheranno gli obiettivi contenuti nel PSN.

La mancata previsione di queste finalità nel Piano Sanitario Regionale comporterà l'automatica applicazione dello stesso progetto obiettivo. Infatti, la preoccupazione di evitare inerzie da parte dell'organo regionale in un campo così delicato ha determinato la previsione (VI co.) di un meccanismo sostitutivo (azione di impulso riconosciuta alla stessa amministrazione penitenziaria) che, in caso di mancata adozione del Piano Sanitario Regionale e trascorso un anno, legittima lo intervento del Consiglio dei Ministri per adottare tutti gli atti necessari a dare attuazione al Progetto obiettivo nella Regione inerte, eventualmente anche mediante la nomina di commissari ad acta. Tale è tanta la necessità di realizzazione dei programmi.

Sempre a scopo di controllo, il Ministero della Sanità è chiamato a dedicare un capitolo sulla assistenza sanitaria penitenziaria nell'ambito della Relazione che annualmente presenta sullo stato sanitario del Paese. Il capitolo, redatto d'intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia, deve:

- a) illustrare le condizioni di salute della popolazione reclusa;
- b) descrivere le risorse impiegate e le attività svolte dal SSN negli istituti;
- c) esporre i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi stabiliti nel Progetto e quelli conseguiti dalle Regioni nei rispettivi piani sanitari;

d) fornire le indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e per la programmazione degli interventi<sup>31</sup>.

In questo controverso quadro normativo di riferimento è stato emanato il D.M. 21 Aprile 2000 concernente il Progetto per la tutela della salute in ambito penitenziario, così come previsto dal D. Lgs. 230/1999.

Questo Progetto indica come settori prioritari d'intervento per il Servizio Sanitario Nazionale le aree di intervento già presenti nella medicina penitenziaria:

- la prevenzione;
- l'assistenza medica generica;
- la medicina d'urgenza;
- le malattie psichiatriche;
- la tossicodipendenza;
- i problemi degli immigrati in carcere;
- le malattie infettive;
- l'assistenza ai minori;
- le attività di riabilitazione.

Esso sottolinea che <il carcere, per molti aspetti è causa di rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti, degli internati e dello stesso personale addetto alla sorveglianza e alla assistenza> atteso che <nella condizione di restrizione della libertà personale i problemi della quotidianità risultano determinanti per lo stato di salute, inteso come benessere psico-fisico di ciascuno e di tutti>.

< Il regime alimentare, gli ambienti malsani, la mancanza di movimento e di attività sociale, gli atti di violenza e di autolesionismo sono le questioni cui con priorità deve essere rivolta l'attenzione e l'iniziativa dei servizi sanitari>.

---

<sup>31</sup> La "nuova" organizzazione. Programmazione sanitaria e controllo. Da <http://dex1.tsol.unifi.it/altrodir/>

Dopo questa panoramica della condizione carceraria del detenuto-malato, il D.M. delinea i possibili rimedi a tale situazione demandando alle aziende sanitarie locali <modelli organizzativi atti ad assicurare il soddisfacimento della domanda di cura dei detenuti e degli internati> e la organizzazione di <percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni e la verifica dei risultati anche attraverso apposite linee guida>.

In materia di tutela della salute mentale della popolazione carceraria, il Progetto sottolinea come <ormai riconosciuta a livello internazionale l'esistenza di un disagio psichico maggiore e diffuso negli istituti penitenziari> che rende improcrastinabili <più mirati interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali>.

Il Progetto, in tema di riabilitazione psico-fisica, evidenzia l'importanza della <riorganizzazione ed implementazione delle attività riabilitative (spesso assenti)...per realizzare in ogni istituto spazi attrezzati per lo svolgimento delle attività di riabilitazione>.

In definitiva, dopo avere denunciato le pur condivisibili carenze del sistema sanitario carcerario ed il pregiudizio delle condizioni di salute del malato-detenuto, il D.M. non ne trae le necessarie conseguenze in linea con il riconoscimento del diritto dei detenuti e degli internati alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale enunciato nell'art. 1 del D. Lgs. 230/1999<sup>32</sup>.

Non c'è sostanzialmente spazio per un riconoscimento pieno del diritto alla salute del detenuto-malato poiché <le ragioni della sicurezza dell'amministrazione penitenziaria comportano la esigenza di limitare il ricorso al ricovero esterno ai soli casi necessari> (art. 6) nonostante si affermi che <in ogni caso, mai le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita dei detenuti>.

---

<sup>32</sup> Diritto alla salute in carcere: Pavone M., *Problemi di tutela del diritto alla salute in carcere* Da [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)

## 2.5. *Il D. P. R. 30 Giugno 2000, n. 230.*

Da quanto detto finora, risulta implicitamente che soprattutto negli anni '80 si assiste, in Italia, ad un mutamento di spinta progressista ed innovatrice nel campo della giustizia. Innanzitutto vi è una crescita dell'interesse e della difesa dei diritti umani, che spinge ad un nuovo rapporto carcere-territorio. Una seconda grande spinta positiva è rappresentata dal volontariato. L'uomo è, in questo contesto, considerato un patrimonio essenziale, un bene prezioso da salvaguardare, una fonte di civiltà e progresso, un patrimonio di vita.

Le modifiche più recenti apportate all'ordinamento penitenziario del '75 derivano dalla necessità di trovare una risposta a significativi problemi rimasti irrisolti, quali il sovraffollamento e la insufficienza delle strutture, le condizioni sanitarie, la crescente conflittualità interna, il limitato ricorso all'area penale esterna.

Problemi che concorrono ad aumentare il divario esistente tra legge scritta e sue concrete possibilità di attuazione sul terreno delle strutture, dell'organizzazione e del personale<sup>33</sup>.

In tale contesto, il nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario (D.P.R. 230/2000) rappresenta la più importante realizzazione del movimento riformatore di questi anni.

Esso si ispira espressamente alle "Regole minime per il trattamento dei detenuti" adottate dallo ONU nel 1955 e alle "Regole penitenziarie europee" del Consiglio d'Europa del 1987. Esso è molto importante perché ribadisce la necessità, nonché il dovere, di umanizzare le condizioni di vita dei detenuti. A questo proposito si dispone nell'art. 1, I e II co., che <il trattamento degli imputati sottoposti a misure privative della libertà consiste nell'offerta di interventi diretti a sostenere i loro interessi umani, culturali e professionali>.

---

<sup>33</sup> *Le modifiche successive: dalla legge Gozzini al D.P.R. 230/2000.* Da <http://dex1.tsol.unifi.it/altrodir/>

Il trattamento rieducativo dei condannati e degli internati è diretto, inoltre, a promuovere un processo di modificazione delle condizioni e degli atteggiamenti personali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo a una costruttiva partecipazione sociale.

E' successivamente ribadito che il programma di trattamento deve essere riferito al singolo individuo, cioè deve essere idoneo a fornire linee guida per il recupero sociale di ciascun condannato.

In tema di collaborazione tra carcere e società esterna si dispone, nell'art. 4, che <alle attività di trattamento svolte negli istituti e dai centri di servizio sociale partecipano tutti gli operatori penitenziari, secondo le rispettive competenze. Gli interventi di ciascun operatore professionale o volontario devono contribuire alla realizzazione di una positiva atmosfera di relazioni umane e svolgersi in una prospettiva di integrazione e collaborazione.

A tal fine, gli istituti penitenziari e i centri di servizio sociale, dislocati in ciascun ambito regionale, costituiscono un complesso operativo unitario, i cui programmi sono organizzati e svolti con riferimento alle risorse della comunità locale; i direttori degli istituti e dei centri di servizio sociale indicano apposite e periodiche conferenze di servizio.

Il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria ed i provveditori regionali adottano le opportune iniziative per promuovere il coordinamento operativo rispettivamente a livello nazionale e regionale>.

## 2.6. *L'importanza delle circolari ministeriali*<sup>34</sup>.

Per completare il prospetto legislativo finora esaminato, è opportuno volgere l'attenzione ad alcune circolari ministeriali che sono state emanate a partire dagli anni

---

<sup>34</sup> Zappa G- Massetti C., *Il codice penitenziario e della sorveglianza*. Sezione III, Circolari

'80 e che erano focalizzate sulla tutela della vita fisica e psichica dei detenuti e degli internati.

La circolare D. A. P. 10 Ottobre 1988, n. 3256/5706, rubricata “Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Servizio nuovi giunti”, <allo scopo di prevenire ed impedire i ricorrenti e gravissimi atti di autolesionismo, ispecie di suicidi, posti in essere dai detenuti e dagli internati, ha provveduto – con le circolari n. 3233/5683 del 30 Dicembre 1987 e n. 3245/5695 del 16 Maggio 1988 – a disporre l’istituzione, negli istituti penitenziari, di un particolare servizio per i detenuti e gli internati nuovi giunti dalla libertà, consistente in un presidio psicologico che integra la visita medica prevista dall’art. 11 III co. dell’ordinamento penitenziario, ed il colloquio di primo ingresso ex art. 23 IV co., reg. esec.

Detto presidio, posto naturalmente sotto la responsabilità del direttore dell’istituto o di un suo delegato, consiste preliminarmente in un colloquio con il nuovo giunto, normalmente svolto da un esperto in psicologia, da effettuarsi nello stesso giorno dell’ingresso, prima dell’assegnazione, e diretto ad accertare, sulla base di parametri prestabiliti, il rischio che il soggetto possa compiere violenza su sé stesso (...).

Risulta, peraltro, che alcune autorità giudiziarie, in ordine all’effettuazione del servizio in oggetto nei confronti dei nuovi giunti sottoposti ad isolamento giudiziario e degli arrestati in flagranza di reato, o hanno espresso perplessità, o hanno disposto che il colloquio del nuovo giunto con gli educatori, gli assistenti sociali e gli esperti possa avvenire soltanto dopo il primo interrogatorio da parte del magistrato.

Addirittura, altre autorità giudiziarie hanno negato in radice la possibilità che, senza il proprio nulla osta, l’imputato abbia contatti con il personale penitenziario.

Quanto detto non appare del tutto conforme alla lettera ed allo spirito del vigente ordinamento giuridico, non potendosi ritenere che eventuali contatti per ragioni d’ufficio fra il personale penitenziario ed i detenuti contrastino con il regime dell’isolamento giudiziario.

Anche perché è di tutta evidenza che, al contrario, le norme stesse e le necessità del concreto svolgimento della vita penitenziaria richiedono numerosi rapporti tra i dete-

nuti stessi (anche se in isolamento giudiziario) e taluni operatori penitenziari, come il direttore, obbligato al colloquio di primo ingresso (art. 23, IV co. D.P.R. 29 Aprile 1976, n. 431), il medico, obbligato alla prima visita (art. 11, III co. O.P.), gli agenti di custodia e le vigilatrici, obbligati alla sorveglianza dei detenuti isolati.

Inoltre si rischia in tal modo di vanificare il doveroso impegno dell'Amministrazione Penitenziaria in favore della salvaguardia della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati ad essa affidati, anche se sottoposti ad isolamento giudiziario.

Per quanto, in particolare, riguarda gli esperti, ai quali è stato normalmente affidato il servizio dei nuovi giunti, essi, sebbene non legati da un rapporto di impiego, sono da considerarsi operatori penitenziari, in quanto previsti dall'art. 80 della legge 354/75 sotto la rubrica "personale della Amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena", e, nello svolgimento dei delicati compiti loro attribuiti, devono indubbiamente osservare gli obblighi della riservatezza e del segreto professionale e di ufficio. D'altra parte, non diverso è il rapporto tra l'Amministrazione Penitenziaria ed i medici, per legge tenuti, come si ricordava prima, alla immediata prima visita medica anche dei detenuti in isolamento giudiziario.

Il colloquio di primo ingresso, la prima visita medica ed il presidio psicologico istituito con le circolari prima citate, costituiscono, dunque, interventi tecnici che l'Amministrazione Penitenziaria, mediante il proprio personale, è tenuta ad attuare con tempestività ed adeguatezza essenzialmente per fini di tutela della salute, della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei cittadini sottoposti a misure privative della libertà, secondo quanto la stessa Costituzione espressamente impone con il riconoscimento di diritti primari non comprimibili o limitabili.

Tali interventi pertanto non sembrano riconducibili alla disciplina generale sui colloqui e, quindi, subordinabili al permesso o al nulla osta dell'autorità giudiziaria, quando si tratti di imputati, anche se in isolamento giudiziario.

Si auspica che gli orientamenti innanzi esposti siano condivisi dalle SS. LL. e da tutte le altre autorità giudiziarie, in modo da raggiungere un convincente e persuasivo e-



quilibrio fra la doverosa, irrinunciabile tutela delle esigenze di giustizia ed il dovere dello Stato di garantire in ogni circostanza e situazione nel modo più completo ed efficace la vita, la salute e l'incolumità fisica e psichica di tutti i cittadini>.

La circolare D. A. P. 28 Dicembre 1988, n. 3258/5708, rubricata "Tutela della vita e della salute dei detenuti e degli internati", riconosce la tutela della vita e della salute dei detenuti e degli internati quale dovere primario e fondamentale dell'Amministrazione Penitenziaria a cui gli stessi sono affidati.

Disciplina, inoltre, che <nell'ambito e nella attuazione puntuale della normativa vigente, il direttore e tutto il personale che opera negli istituti, in particolare i medici, gli psichiatri, gli esperti, gli infermieri debbono impegnarsi con ogni scrupolo, attenzione e sollecitudine e con ogni mezzo possibile e consentito per tutelare la vita e la salute dei detenuti e degli internati, sia sul piano della prevenzione sia sul piano della cura>; ciò per prevenire ed impedire che i detenuti possano compiere atti di auto-aggressione o di auto-lesionismo e per tutelare, in generale, la loro integrità fisica e psichica.

Affinché l'attuazione di questa normativa sia totale e precisa, il Ministero stesso riconosce essere <assolutamente necessario e doveroso evitare ogni possibile ed eventuale strumentalizzazione o tentativo di strumentalizzazione da parte dei detenuti e degli internati, impedendo in modo radicale, attraverso controlli sempre massimamente attenti, scrupolosi, rigorosi, che essi simulino forme morbose, patologiche od anomale inesistenti o aggravino situazioni pur esistenti e in tal modo ottengano o cerchino di ottenere provvedimenti, benefici, determinazioni poco o tanto non corrispondenti ai presupposti realmente dati>.

E' sollecitata l'attenzione delle SS. LL. e del personale dipendente sui punti seguenti:

- visita medica all'atto dell'ingresso in istituto, prevista dall'art. 11, III co. O.P.: tale visita deve essere compiuta <con la massima sollecitudine, il massimo scrupolo e nella maniera più approfondita per evitare che forme patologiche, sia fisiche che psichiche, sfuggano al tempestivo controllo sanitario e manchino, quindi, nel corso della detenzione o dell'internamento, di adeguate attenzioni e cure.

Alla visita medica si accompagneranno gli interventi previsti nell'ambito dell'istituzione del servizio nuovi giunti, tendenti a fornire ogni forma di sostegno e di presidio psicologico ai c.d. soggetti "a rischio">.

Il Ministero auspica che gli operatori si comportino con responsabilità, professionalità e sensibilità affinché ai detenuti e agli internati che presentino carenze o fragilità fisiche o psichiche siano offerti ogni aiuto ed assistenza possibili e permessi, utilizzando tutte le risorse disponibili;

- certificazioni sanitarie relative ai trasferimenti dei detenuti e degli internati: l'art. 78 del D.P.R. n.

431/1976 prescrive che <il detenuto o l'internato, prima di essere trasferito, oltre ad essere perquisito, è visitato dal medico, che ne certifica lo stato fisio-psichico, con particolare riguardo all'assenza di condizioni che lo rendano inidoneo a sopportare il viaggio.

Se sussistono tali condizioni la direzione ne informa immediatamente l'autorità che ha disposto il trasferimento>.

Il Ministero ha cura di precisare che si ha riguardo sia ai trasferimenti da un istituto ad un altro, sia ai trasferimenti per motivi di giustizia, in particolare a quelli relativi alla comparizione degli imputati alle udienze dibattimentali.

<Queste certificazioni mirano chiaramente a tutelare la salute e l'incolumità dei detenuti e degli internati>.

< Il diritto alla salute deve essere ugualmente garantito ad ogni persona, sia essa in stato di libertà o di detenzione o comunque sottoposta a misura restrittiva della libertà personale, nel rispetto dello art. 32 della Costituzione>. Così dispone la circolare D. A. P. 24 Novembre 1990, n. 643295/12 "Indirizzi e direttive per l'assistenza sanitaria penitenziaria", precisando successivamente che <lo esercizio di tale diritto assume particolare rilievo in ambito penitenziario in quanto trattasi di condizione ad alto rischio di salute>.

In questo contesto, il Ministero riconosce la tutela della salute psico-fisica quale presupposto essenziale di ogni attività finalizzata al recupero e alla reintegrazione sociale dei detenuti.

<Gli interventi relativi all'assistenza penitenziaria (...) coinvolgono sia l'Amministrazione Penitenziaria sia gli enti locali. Tale coinvolgimento deve essere attuato in modo integrato e coordinato, e deve riguardare lo svolgimento delle funzioni attraverso le quali si realizza la tutela della salute di ogni cittadino, così come definito dall'art. 14 della L. 833/78, e cioè:

- educazione sanitaria ed educazione alla salute;
- prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze;
- protezione sanitaria materno-infantile ed assistenza pediatrica;
- igiene. Medicina del lavoro. Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- assistenza medico-generica ed infermieristica;
- assistenza medico-specialistica ed infermieristica ambulatoriale;
- tutela della salute mentale;
- assistenza ospedaliera;
- assistenza farmaceutica.

La tutela della salute psico-fisica del detenuto si realizza attraverso l'integrazione degli interventi rivolti alla prevenzione, cura e riabilitazione con quelli attinenti le altre aree in cui si esprime la condizione esistenziale della persona (istruzione, lavoro, cultura, etc.), nonché attraverso il coordinamento delle competenze istituzionali finalizzato all'unitarietà degli interventi>.

In base ad uno schema di convenzione concordato tra il Ministero di Grazia e Giustizia e le regioni, gli indirizzi e le direttive contenuti in tale documento si attueranno tramite una o più convenzioni tra gli organismi interessati.

<La tutela della salute del detenuto si realizza primariamente attraverso lo sviluppo di adeguati interventi preventivi>. Il Ministero rileva, però, che il concetto di salute si è modificato nel tempo e, pertanto, ha cura di precisarlo richiamandosi a quanto l'O. M. S. ha stabilito in proposito. < Le azioni previste di educazione sanitaria e di educazione alla salute rinviano sia ai possibili interventi di informazione sanitaria nelle varie aree in cui si esprime lo stato di malattia sia, e soprattutto, a tutti quegli interventi che consentono di prevenirne l'insorgenza e di contrastarne l'evoluzione, consentendo alla persona il massimo benessere fisico, psichico e sociale. In tal modo, rientrano in quest'area sia gli interventi propri della prevenzione in senso generale sia quelle azioni che esaltano la funzione preventiva propria di ogni intervento nell'area dei servizi alla persona, elaborati ed attuati dai diversi soggetti istituzionali e sociali, secondo quanto previsto dalle disposizioni regionali di riferimento.

Gli interventi di educazione sanitaria ed alla salute nell'ambito penitenziario e sul territorio sono garantiti dall'Usl e regolati da apposita convenzione tra Usl ed Amministrazione Penitenziaria di riferimento, sulla base delle indicazioni di uno schema tipo elaborato d'intesa tra il Ministero di Grazia e Giustizia e le regioni.

Carattere essenziale assume il problema della salute mentale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale negli istituti penitenziari e sul territorio <per le caratteristiche proprie della condizione penitenziaria, da considerarsi ad alto rischio di salute fisica, psichica e sociale, e per gli esiti che queste comportano sui servizi territoriali.

La tutela della salute mentale dei detenuti investe aspetti e relativi interventi sanitari tra loro integrati e si realizza attraverso l'esercizio concreto delle funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione>.

La tutela della salute psico-fisica del detenuto è affidata, all'interno degli istituti penitenziari, al Servizio Sanitario Penitenziario che si avvale della cooperazione del servizio di salute mentale territorialmente competente; a questo riguardo, il Ministero ritiene opportuno <incentivare, attraverso stipula di apposite convenzioni, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei servizi di salute mentale territorialmente

competenti nei confronti di soggetti che presentino disagio psichico e patologie mentali. Ciò anche al fine di preparare la presa in carico del soggetto, al momento della dimissione, da parte dei servizi territoriali.

Le regioni si impegnano, laddove necessario ed in misura adeguata, a potenziare i servizi di salute mentale territorialmente competenti per far fronte ai bisogni sopra individuati>.

Il Ministero rileva l'accresciuta importanza che il disagio psichico ha assunto negli ultimi tempi, causato anche dalla presenza di un numero elevato di soggetti multiproblematici e, con la circolare D. A. P. 3 Giugno 1999, n. 577373 "Intervento psichiatrico negli istituti penitenziari – convenzioni professionali", pone <l'esigenza di realizzare un servizio sanitario specialistico strutturato con caratteristiche di sufficiente autonomia rispetto al servizio medico generico e il cui intervento, perciò, non sia strettamente legato alla richiesta proveniente dai medici incaricati, dal servizio SIAS o dal presidio per tossicodipendenti>.

In molti casi, infatti, la risposta data dal solo consulente psichiatra – tramite gli interventi attualmente attivati - è stata considerata insufficiente, mentre sempre più palese si è delineata <la esigenza di un servizio che si muova nel senso di conoscere direttamente la popolazione detenuta, individuando le situazioni che richiedono l'intervento psichiatrico ed attuandolo con continuità, anche instaurando forme di collaborazione continua con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) cui possa fare riferimento la persona detenuta.

E' quindi necessario organizzare un servizio con uno o più specialisti in rapporto di convenzione a retribuzione forfettaria, che forniscano una presenza oraria settimanale adeguata alla dimensione dell'istituto e alla tipologia degli interventi>.

Nell'ambiente penitenziario è spesso difficile rilevare situazioni di disagio psichico ed anche manifeste espressioni di disturbo del comportamento o della personalità talvolta non sono diagnosticate come patologie psichiatriche.

A questo proposito, il Ministero ritiene utile ed opportuno che <il medico psichiatra abbia la possibilità di contatti diretti con la popolazione detenuta, accedendo alle se-

zioni e agli ambienti per l'attività in comune, per avere l'occasione di una diretta osservazione delle eventuali manifestazioni di sofferenza e, nel contempo, avviare un rapporto diretto con la persona, propedeutico ad una scelta di adesione ad un percorso diagnostico e ad un eventuale trattamento terapeutico appropriato>.

Questo modo di procedere, in rapporto diretto con i potenziali utenti del servizio medico psichiatrico, sarà reso possibile tramite azioni coordinate del personale dell'area sanitaria, della area trattamentale e socio-educativa e dell'area della sicurezza, che rendano più agevole la continuità dell'intervento del servizio psichiatrico nel contesto ambientale.

<Fermo restando il più generale coordinamento del Direttore dell'istituto fra le aree interessate prima citate, il più specifico coordinamento tecnico fra gli operatori medici e paramedici e dei servizi psicologici è, naturalmente riferito al personale dell'area sanitaria.

Appare, altresì, evidente l'esigenza che, in presenza di disturbi strutturati della personalità qualificabili nel novero delle patologie psichiatriche, il trattamento psicoterapeutico non possa prescindere da una valutazione clinica di natura medico-psichiatrica.

Gli psichiatri convenzionati dovranno altresì fornire l'apporto professionale richiesto dalle norme dell'ordinamento penitenziario nell'ambito dell'equipe per l'osservazione scientifica della personalità, nonché il consulto multidisciplinare nell'ambito del servizio sanitario, del presidio per detenuti tossicodipendenti, alcool-dipendenti o affetti da HIV, nonché con i gruppi che elaborano i programmi di trattamento rieducativo individualizzato.

Assicureranno altresì il necessario approfondimento diagnostico dell'eventuale disagio individuato dal servizio "nuovi giunti" all'atto dell'ingresso della persona in carcere.

Il servizio psichiatrico potrà essere attuato negli istituti più grandi in appositi ambienti che, peraltro, non dovranno caratterizzarsi su modelli di mero contenimento delle

situazioni di crisi, né di sostanziale separazione o peggio isolamento o abbandono dei malati di mente.

Un'organizzazione strutturale e funzionale che preveda, invece, spazi, agibilità e possibilità di relazioni aperte con la restante comunità detenuta e con il personale qualificato.

Il servizio dovrà essere assicurato da uno o più medici psichiatri nel limite massimo individuale di 36 ore settimanali, ovvero di 9 ore giornaliere.

La retribuzione forfettaria del professionista è stata individuata sulla base di una tariffa oraria di €20.66.

La spesa relativa alle convenzioni con professionisti psichiatrici dovrà trovare capienza nella quota del budget riferita alle spese per i servizi specialistici.

I Signori Provveditori regionali cureranno la correttezza del servizio fornendo le opportune indicazioni ed istruzioni attuative della presente direttiva, segnalando eventuali problematiche da superare o suggerimenti per la migliore funzionalità dello stesso.

Entro il 31 Dicembre 1999, i Signori Provveditori regionali vorranno altresì trasmettere il quadro riassuntivo dei servizi realizzati avanzando le opportune proposte di adeguamento delle risorse e di aggiornamento dell'esperienza>.

## CAPITOLO III

### **“UN PASSO OLTRE IL MURO: LA TUTELA DELLA SALUTE PSICHICA NEL CARCERE DI BRESCIA”**

Avendo trattato, nei precedenti capitoli, del ruolo della psichiatria nel carcere ed essendomi soffermata sulle normative emanate a riguardo dal 1900 ad oggi, ritengo opportuno capire ed esporre come, in concreto, si attui l'assistenza psichiatrica nei confronti del detenuto, con particolare riferimento alla casa circondariale “Canton Mombello” di Brescia.

Per procedere nel mio intento, fondamentale ausilio mi è stato gentilmente prestato da due professionisti che operano nella struttura da me presa in esame: la psicologa Fiorella Forzanini e lo psicopatologo forense Giacomo Filippini.

Nel quadro generale dei detenuti è ravvisabile un 90-95% di soggetti con problemi di tossicodipendenza che solitamente richiedono tranquillanti. Nel restante 10-5% è possibile includere detenuti con patologie psichiche che, nella maggior parte dei casi, seguono già un trattamento terapeutico e lo continuano in carcere: la cura consiste in una terapia farmacologica.

E' da rilevare che quasi la totalità dei detenuti è sottoposta ad una prima visita psichiatrica all'interno del penitenziario e che generalmente il detenuto, una volta riacquistata la libertà, all'esterno smette di recarsi da uno specialista.

Il carcere non è un ambiente che contempla precisamente la tutela psichica: la stessa, infatti, deve essere inquadrata nel più ampio problema della tutela della salute in generale. In tale struttura non sono riscontrabili gravi patologie, delle quali, invece, se ne occupano i centri specializzati nella cura delle stesse (ad esempio, l'ospedale psichiatrico giudiziario).

Nonostante ciò, la struttura stessa può essere portatrice di disagio psicologico per il detenuto: il sovraffollamento in particolare comporta grossi problemi di convivenza, di salute e di socialità (si tenga presente che gran parte della popolazione detenuta è



costituita da soggetti extra-comunitari appartenenti ad etnie diverse, con conseguenti abitudini e tradizioni profondamente divergenti).

E'interessante notare come l'impatto con la struttura penitenziaria e, quindi, con la popolazione detenuta possa comportare due tipici effetti, a seconda del soggetto considerato.

In generale, potremmo individuare una prima categoria di persone, i c.d. <detenuti ipomaniacali>, caratterizzati da una mossa contro-fobica di una loro situazione depressiva; spesso si tratta di soggetti che non hanno una famiglia o hanno famigliari delinquenti: giungono nel penitenziario agitati, devono sedarsi. Nei confronti degli stessi il carcere è visto come "utero", ha su di essi un effetto regressivo e calmante.

Tuttavia, quando tornano alla libertà, alcuni di essi diventano recidivi.

E'individuabile una seconda categoria di soggetti, coloro che hanno paura dello ambiente carcerario ed, in particolare, delle "regole" vigenti tra la popolazione detenuta e che, per questo, sono portati a tenere comportamenti antisociali: per tali soggetti la carcerazione crea un effetto agitativo.

In quest'ultimo gruppo è opportuno specificare la situazione particolare degli extra-comunitari che, come prima accennavo, costituiscono parte ingente della popolazione detenuta.

L'esperienza della dott. ssa Forzanini mi ha aiutata a riflettere sulla dinamica che spesso li porta a maturare, nell'incontro con la struttura penitenziaria, un disagio psicologico.

Questi soggetti giungono nel nostro Paese senza un'identità, una casa, un lavoro (in molti casi il carcere è la prima struttura che fornisce al detenuto un'identità, in primo luogo attraverso la compilazione della cartella giudiziaria);provengono da una famiglia problematica (o multiproblematica) con scarso potere sociale nei paesi di appartenenza.

I soggetti nord-africani, in particolare, sono portatori di una "missione" per il bene della famiglia d'origine, verso cui promettono di inviare denaro, vestiti, etc.: in una

parola “benessere”. Come dice la dott. ssa Forzanini, <fanno un viaggio migratorio con un sogno migratorio in testa>.

Una volta all’interno del carcere, questi soggetti tendono ad amplificare il proprio disagio: alla sensazione di incapacità a procurare il bene per la famiglia di origine, si affianca la difficoltà a rapportarsi con i compagni di cella appartenenti ad etnie diverse (infatti, il discorso etnologico può influire più facilmente su una personalità disturbata: da qui il termine <etnopsichiatria> che vorrebbe realizzare un lavoro di mediazione e di progetto) e tutto ciò è acuito dal numero sproporzionato di detenuti che devono convivere in uno spazio di pochi metri quadrati.

In questi soggetti anche il disagio psicologico è maggiormente visibile, in gesti estremi, se si pensa che negli ultimi due anni i tentativi di suicidio sono stati circa una ventina.

Il detenuto ha un colloquio con gli specialisti appena giunto nel carcere e prima di entrare in cella: consiste in una visita medica – da effettuarsi nell’ambulatorio appositamente adibito – accompagnata da una sommara anamnesi (domande su dati anagrafici, malattie, etc.).

In tale circostanza ed in sede di osservazione scientifica della personalità, si attua l’approccio con il detenuto tramite un colloquio-intervista. E’posta al soggetto al soggetto una serie di domande, anche sulla base delle schede compilate dagli educatori (in esse sono riportati alcuni dati tra cui quelli anagrafici, il reato commesso, etc.).

Al termine del colloquio lo psicologo annota sul retro di tali schede e nel suo registro il proprio parere professionale e, nel caso avesse già parlato con il detenuto in una precedente intervista, indica se vi siano stati miglioramenti o regressioni. Le sue annotazioni potranno essere di ausilio ad altre persone che operano in questi ambiti (ad esempio saranno considerate, insieme ad altre informazioni, dal magistrato di sorveglianza per decidere se concedere o meno le misure alternative alla detenzione).

Al termine della visita gli specialisti devono segnalare se vi sia presenza di problematiche e patologie per la vita comunitaria.

Dopo questo primo incontro obbligatorio, i colloqui con lo psicologo e con lo psichiatra possono avvenire su richiesta del detenuto (tramite la c.d. “domandina”, validata dalla direzione e dall’ispettore della polizia penitenziaria) o della direzione, se la stessa chieda sostegno psicologico per i detenuti o l’osservazione degli stessi in caso di pericolosità sociale manifestatasi in forme di auto-etero aggressività.

Sia la dott. ssa Forzanini che il dott. Filippini ritengono che, nel carcere di Canton Mombello, il disagio psicologico-psichiatrico sia poco diffuso e che, ove si manifestassero patologie gravi tali da non poter essere curate e contenute in tale struttura, il detenuto sarebbe accolto in centri appositamente operanti.

Per le forme lievi, compatibili con il penitenziario, ad essi risulta buona la concreta tutela prestata, tuttavia non trascurando il problema reale e delicato del sovraffollamento che, secondo gli stessi, in alcune situazioni amplia il disagio.

Non condividono la proposta, contenuta nella circolare D. A. P. 3 Giugno 1999, n. 577373 “Intervento psichiatrico negli istituti penitenziari - convenzioni professionali”, che auspicherebbe la possibilità, per il medico psichiatra, di avere contatti diretti con la popolazione detenuta, accedendo alle sezioni e agli ambienti per l’attività in comune, per avere l’occasione di una diretta osservazione delle eventuali manifestazioni di sofferenza e, nel contempo, avviare un rapporto diretto con la persona, propedeutico ad una scelta di adesione ad un percorso diagnostico e ad un eventuale trattamento terapeutico appropriato.

Il loro distacco è motivato dall’esigenza di evitare che si travisi il ruolo assegnato allo specialista: così agendo, infatti, si rischierebbe di voler instaurare una relazione amichevole piuttosto che un concreto aiuto psichico-psicologico. Ritengono, inoltre, che il detenuto abbia il diritto di vivere questi momenti in libertà, per esplicitare al meglio la propria personalità: se così non fosse, il detenuto potrebbe sentirsi ulteriormente oppresso e controllato, con possibili effetti restrittivi e limitativi sulla sua persona.

## CONCLUSIONE

Recentemente si è manifestato l'emergere di una crescente riflessione per le esperienze depressive e i comportamenti auto-aggressivi nell'ambiente carcerario.

Da più parti è stato avvertito il dovere di evidenziare il problema della sofferenza psicologica e delle conseguenti reazioni comportamentali nel detenuto, tramite indagini empiriche e valutazioni teoriche.

I motivi dell'espressione di questa sollecitudine sono molteplici; ma un rilevante fattore, cui può essere imputato l'attuale interesse per gli stati depressivi e di auto-aggressività nel carcere, è sicuramente la crescente <sensibilità sociale> per i problemi della sofferenza psichica, in generale, come della violenza auto-diretta.

A questa aumentata sensibilità dovrebbe accompagnarsi una programmazione ed una cultura diversa sul carcere in generale e sul piano sanitario in particolare, che è lo oggetto in questione.

Il carcere, infatti, appare come luogo e tempo malato perché si caratterizza non solo per la <promiscuità, per la mancanza di condizioni igienico sanitarie accettabili, ma anche per la convivenza forzata tra esperienze e storie diverse dal punto di vista personale e collettivo>.

E' da tempo che il detenuto, sospeso da ogni ruolo, se non quello negativo di soggetto esente da responsabilità sociali e che affronta la propria detenzione in una condizione umana portatrice di apatia e rafforzatrice di atteggiamenti anti-sociali, dovrebbe avere un'assistenza anche sul piano del reinserimento che valga ad aiutarlo a recuperare la sua capacità di essere sociale.

<La medicina ed i soggetti che la rappresentano devono entrare in carcere con una serie di atteggiamenti che, pur riconoscendo l'elemento specifico caratterizzante lo intervento, non trascurino di considerare il paziente nelle sue molteplici sofferenze><sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Pavone M., Diritto alla salute in carcere: *Problemi di tutela del diritto alla salute in carcere*. Da [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)

La psichiatria, in particolare, nata all'interno del carcere e, quindi, in pieno diritto penale, è stata, tra le scienze della cura, quella che maggiormente si è prodigata per la affermazione dei diritti civili dei malati. Questa sua posizione strategica tra cura, pena e diritti, non è sufficientemente riconosciuta, né adeguatamente utilizzata dagli stessi psichiatri.

E'auspicabile che non si perda il contatto con lo snodo potenzialmente prodigo dello incrocio tra cura, pena e diritto, snodo di un'emergenza pensata, che non esclude la convivenza di momenti che possono apparire antitetici e separati.

Anche se la disponibilità a prendersi cura, a farsi carico della sofferenza dell'altro, proprio mentre introduce il concetto di responsabilità reciproca non esclude il ruolo della coercizione, anche penale, quest'ultima non deve (o non dovrebbe), pur potendolo talora, annullare i diritti: il diritto alla cura, al lavoro, al piacere, allo scambio, alla crescita, all'amicizia, al rispetto e, in generale, alla vita.

Il diritto penitenziario, come diritto a sé stante, va collocato tra i due universi separati della pena e dei diritti civili, non tanto nel senso di una riduzione acritica della pena, quanto in quello di una maggiore attenzione al riconoscimento dei diritti civili del detenuto.

Da non trascurare sono, inoltre, le opportunità terapeutiche-riabilitative e un percorso di recupero e sostegno psico-fisico, che da più parti sono state fornite alle persone detenute, in particolare da quelle associazioni di volontariato e no profit che operano in carcere.

In questo contesto è molto importante la presenza del volontariato ed il lavoro che esso svolge con i detenuti portatori di disturbi mentali, con i malati di AIDS, con i tossico-alcool dipendenti, con i detenuti stranieri senza alcun punto di riferimento esterno, etc.

Sul piano dei principi, ha sostenuto con forza il Presidente della Consulta per i problemi penitenziari che <non paiono sussistere condizioni ostative tra il diritto alla salute ed il diritto alla sicurezza nelle carceri e che, anzi, lo stesso trattamento peniten-

ziario non può che giovare di un miglioramento delle prestazioni e di una migliorata condizione dei servizi sanitari e sociali>.

Lo sviluppo e le modificazioni che si sono avute nel campo della valutazione degli interventi psico-sociali, così come la nascita di nuove posizioni e nuove proposte di politica criminale, possono far capire come la globalità delle relazioni tra mondo della giustizia e scienze umane sia estremamente complesso e debba essere rianalizzato.

<Anche se il paradigma del trattamento, che implica una commistione ambigua e confusiva tra istanze terapeutiche ed istanze repressive, non sembra più proponibile, per tutta una serie di ragioni etiche, giuridiche ed anche scientifiche, una maggiore utilizzazione di interventi psico-sociali finalizzati a sostenere, aiutare, curare le persone coinvolte nel sistema della giustizia appare auspicabile, al fine di rendere più umano ed anche più efficace un sistema da troppo tempo trascurato dai rappresentanti delle scienze dell'uomo><sup>36</sup>.

Mi accingo a concludere richiamando il disegno che apre questa tesi; è un murales posto all'ingresso del carcere femminile della Dozza di Bologna e nel fumetto è stato scritto dalle detenute "Salviamo il drago?". Questa immagine ha sullo sfondo un castello, cupo ed inaccessibile sulla montagna; in primo piano sono raffigurati un grande drago, circondato dal fuoco, che emette fiamme dalla bocca, e San Giorgio che con una spada cerca di colpirlo.

Questo murales trasmette un messaggio di angoscia ed esprime una richiesta di aiuto ed un sentimento di speranza.

<Al di là del linguaggio simbolico, il disegno ha in chiaro un messaggio drammatico e sempre attuale: nel carcere (castello) vi è un drago terribile (i cattivi, i ristretti). Davanti a lui, come baluardo, vi è San Giorgio (i buoni, quelli che stanno fuori) pronto a ricacciarlo nel castello, ad ucciderlo.

Da sempre, nel quotidiano e nel vissuto di ognuno di noi c'è un San Giorgio che deve uccidere il drago. Ma prima o poi capita che ci si ripensi, che ci si chieda e si

---

<sup>36</sup> Gatti U., in Rivista criminologica 3/4

chieda “Salviamo il drago?”. Ci si domanda cioè: è possibile canalizzare e valorizzare le energie, la forza, la potenza dei devianti? (...) <sup>37</sup>>.

Su questo dilemma si gioca il senso ed il valore della nostra civiltà giuridica, della cultura e della credibilità di un tempo nel quale, ed è un bene, sono molteplici le iniziative di solidarietà in vari campi ma il carcere ed i soggetti detenuti restano ancora una realtà densa di problematiche.

Forse è proprio la nostra società che non ha l'interesse o il coraggio per guardare dentro a queste mura che si pongono come inaccessibili e divisorie.

Sarebbe una grande conquista riuscire ad integrare questa realtà che appare tanto lontana ed invece è così vicina a noi: sarebbe benefico di effetti che la società si prendesse carico della rieducazione dei condannati che, non a caso, è un principio di democrazia e di grande solidarietà introdotto dalla nostra Costituzione.

Le basi solide sono state poste, ora sta a noi guardare avanti ed oltre per garantire i diritti a tutti i soggetti, soprattutto per restituire un senso di moralità a chi l'ha perso infrangendo la legge e che, se lasciato a sé stesso, difficilmente potrebbe reintegrarsi nella nostra società civile.

---

<sup>37</sup> Serra C., *La storia di S. Giorgio e il drago*, Introduzione. Milano, 2005