

RAPPORTO DI RICERCA

SALUTE MENTALE E ASSISTENZA PSICHIATRICA NEL CARCERE DI FIRENZE SOLLICCIANO

A cura di

GIULIA MELANI, KATIA PONETI, LISA RONCONE

Supervisione scientifica

FRANCO CORLEONE

La società
della
ragione
onlus



con il sostegno di



FONDAZIONE
CR FIRENZE

RAPPORTO DI RICERCA

Ricerca intervento per un nuovo modello di assistenza psichiatrica e di tutela della salute mentale in carcere dopo l'abolizione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)

**A cura di
Giulia Melani, Katia Poneti, Lisa Roncone**

Supervisione scientifica
Franco Corleone

SOMMARIO

SALUTE MENTALE IN CARCERE. RICOGNIZIONE NORMATIVA E RICOSTRUZIONE DEI MODELLI. 1

Salute mentale in carcere e assistenza psichiatrica: il rapporto col Dipartimento Salute
Mentale, i modelli di prevenzione, i modelli di presa in carico 2

Quadro normativo (nazionale e regionale) 12

Salute mentale e carcere: quadro normativo nazionale 12

Riforma della sanità penitenziaria 12

Codice penale e norme sul superamento dell'OPG 25

L'intervento della Corte Costituzionale sui detenuti con malattia psichica:

Corte Cost. 99/2019 25

Condizione di detenuto con patologia psichiatrica, categorie giuridiche e diritto alla
salute 27

Il quadro regionale della toscana 28

I NUMERI DELLA SALUTE MENTALE IN CARCERE IN TOSCANA..... 37

La salute mentale negli istituti penitenziari toscani: la V rilevazione ARS Toscana .. 38

La salute mentale in carcere e la pandemia covid-19..... 40

Le misure di contenimento della diffusione del virus
e i provvedimenti di "compensazione". 41

Il covid-19 in carcere 47

L'INTEGRAZIONE TRA GLI ATTORI COINVOLTI NELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DELLE PERSONE DETENUTE.

Premessa 56

Risultati 58

SALUTE MENTALE IN CARCERE. RICOGNIZIONE NORMATIVA E RICOSTRUZIONE DEI MODELLI.

L. RONCONE – K. PONETI

Questa prima parte di ricerca – svolta dalla Dr.ssa Katia Poneti e dalla Dr.ssa Lisa Roncone tra settembre 2021 e gennaio 2022 - si poneva come obiettivo quello di offrire un quadro di conoscenza nazionale e regionale relativo all'organizzazione delle attività preventive e curative in carcere in carico ai DSM e fornire un approfondimento del funzionamento dei servizi di salute mentale in carcere, in relazione alla prevenzione nel campo della salute mentale e alla diagnosi e presa in carico delle persone con i disturbi più gravi, nella Regione Toscana. Sono stati esaminati i modelli di prevenzione e di presa in carico ed è stata operata una ricostruzione del contesto normativo sia regionale che nazionale.

SALUTE MENTALE IN CARCERE E ASSISTENZA PSICHIATRICA: IL RAPPORTO COL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE, I MODELLI DI PREVENZIONE, I MODELLI DI PRESA IN CARICO

Lisa Roncone

Il passaggio di competenza dal Ministero della Giustizia al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) in materia di sanità penitenziaria ha caratterizzato una sostanziale rivoluzione in materia di assistenza medica e presa in carico della salute all'interno degli istituti penitenziari¹.

Questo passaggio di competenza, siglato con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" ha rappresentato infatti il punto di svolta di un lungo processo di riforma nel settore, avviato con il d.lgs. 230/1999 di riordino della medicina penitenziaria. A guidare questa svolta, l'impegno a garantire ai soggetti in regime di esecuzione della pena lo stesso accesso alle cure mediche già garantito ai cittadini liberi. A partire infatti dalla riforma dell'Ordinamento penitenziario del 1975 e dalla costituzione del Sistema Sanitario Nazionale, la cura delle persone detenute era stata una questione tenuta debitamente separata dagli obiettivi sociosanitari nazionali destinati alla popolazione libera.

I principi ispiratori della riforma del 2008 erano volti a garantire il rispetto della titolarità del diritto alla salute delle persone ristrette negli istituti di pena attraverso l'adozione di prassi mediche che garantissero parità di accesso alle cure. Il principio di parità del servizio medico tra società libera e detenuti affermato dall'OMS² assume un forte significato culturale che ribadisce l'appartenenza delle persone ristrette al consesso sociale complessivo. Non solo: affinché si possa parlare di pari accesso alla salute è necessario.

Il principio di parità, costitutivo della pratica medica, non deve essere dunque inteso come mera equivalenza di accesso alle prestazioni sanitarie. Il concetto di salute, evolutosi nel tempo e consolidatosi come completo stato di benessere fisico e psicologico e non come essenzialistica assenza di malattia³, impone di calibrare l'intervento medico-specialistico attraverso il ricorso ad approcci multidisciplinari e plurali, cioè con l'adozione di modalità valutative complessive, che siano in grado di guardare al soggetto nella sua totalità, senza esaurirsi nella sola gestione del sintomo. La popolazione penitenziaria, portatrice di specifici bisogni necessariamente diversi da quelli della popolazione libera, deve avere accesso a forme di presa in carico che ne considerino i peculiari elementi di vulnerabilità determinati dalla stessa condizione di privazione della libertà personale⁴.

Nonostante le lacune delle rilevazioni sullo stato di salute all'interno degli istituti penitenziari, i dati a disposizione fotografano una popolazione che, seppur anagraficamente giovane, è afflitta da peggiori livelli di salute complessiva rispetto alla popolazione libera.

¹ Si veda il paragrafo successivo.

² World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2014), *Prison and Health*.

³ World Health Organization (WHO), (1948), *Constitution*.

⁴ WHO Regional Office for Europe (2014), *Prison and Health*, pp. 87-95; WHO Regional Office for Europe (2019), *Status report on prison health in the WHO European Region*; Comitato Nazionale per la Bioetica CNB, La salute "dentro le mura" del 27 settembre 2013.

Lo stato di salute è il prodotto rispettivamente delle pregresse condizioni precarie che caratterizzano le fasce di popolazione che entrano negli istituti penitenziari e delle implicazioni sulla salute contestuali alla carcerazione stessa. Il sovraffollamento, le scarse condizioni igienico-sanitarie degli ambienti, la promiscuità delle celle, la mancanza di privacy così come di attività lavorative o ricreative strutturate, la scarsa attività fisica, la cattiva qualità del cibo, gli ostacoli al mantenimento dei legami famigliari ed amicali, sono tutte condizioni che influiscono enormemente sulla salute fisica e psichica oltre a minare le risorse sociali e comunitarie dell'individuo. Perciò nel definire e predisporre le modalità di accesso a cure ed assistenza medica penitenziaria bisogna tenere conto di questi deficit di partenza.

Il lungo percorso che ha portato a questo cambio di paradigma nella tutela della salute in carcere ha dato nuova titolarità alle Regioni ed alle Asl distrettuali nel delineare linee guida in grado di tradurre in buone pratiche il rinnovato riconoscimento della salute penitenziaria come argomento di interesse preminente dei piani sanitari generali nell'interesse della salute collettiva.

Nell'accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni sottoscritto il 22 gennaio 2015 (3/CU 22.01.2015), si modellano secondo la normativa nazionale quelli che dovrebbero essere i modelli di gestione sanitaria regionale. Questo fondamentale documento ha stabilito in maniera chiara il ruolo chiave delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) nell'assistenza medica penitenziaria, consolidandone i compiti organizzativi ed erogativi delle prestazioni sanitarie intra ed extra-murarie, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), definiti dalla normativa nazionale. I LEA includono: la medicina di base, l'assistenza medica specialistica, l'assistenza farmaceutica, l'intervento sulle tossicodipendenze, la vigilanza sull'igiene pubblica e la prevenzione. Nell'espletamento di questi servizi devono essere assicurati: la parità di trattamento ed assistenza per individui ristretti e liberi; la collaborazione inter-istituzionale tra servizio sanitario, amministrazione penitenziaria e magistratura; la complementarità tra trattamento e percorso riabilitativo attraverso approcci socio-sanitari; la continuità terapeutica.

La sfida è dunque oggi quella di trasformare in prassi il passaggio da un modello di medicina penitenziaria ad un modello di intervento sociosanitario che coinvolga in modo sinergico anche le risorse territoriali e sociali nel quale il soggetto preso in carico è inserito, ovvero una medicina di comunità. Ciò è da concretizzarsi attraverso modalità di organizzazione regionale della sanità in carcere che rendano il più possibile omogenei i modelli adottati sul territorio nazionale. Nonostante i notevoli passi avanti compiuti a quasi 15 anni di distanza da questo cambio radicale, innumerevoli sono le difficoltà a rendere concreto il modello bio-psico-sociale⁵ di salute all'interno del carcere⁶.

In questa prospettiva, un nodo di particolare problematicità resta quello della tutela della salute mentale. Anche se, come detto, risultano scarso l'interesse scientifico sulla condizione medica delle persone ristrette, a riprova di una sostanziale segregazione disciplinare della medicina penitenziaria, i dati disponibili mostrano tassi di diffusione del disagio mentale nettamente superiori a quelli relativi alla popolazione generale. Come avremo modo di approfondire nel paragrafo IV, forme di disturbi psichiatrici sono stati diagnosticati in circa il 35% della popolazione penitenziaria. Tra questi, i disturbi correlati alla dipendenza da sostanze rappresentano il principale gruppo diagnostico insieme ai disturbi di personalità ed a quelli reattivi con sintomatologia ansiosa e depressiva. A

⁵ Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977; 196:129-36.

⁶ Libianchi, S. (2008), *La medicina penitenziaria e la riforma della tutela della salute in carcere: il DPCM 1° aprile 2008*, Antigone. Quadrimestrale di critica al sistema penale e penitenziario, pp.115-140.

corredo, l'ampio uso di psicofarmaci prescritti. Allarmanti anche i numeri che delineano il fenomeno dell'autolesionismo e dei suicidi.⁷

La tutela della salute mentale in ambito penitenziario risente sicuramente di due fattori concomitanti: la realtà intrinseca del carcere ed i significati che il disagio psichico assume al suo interno oltre alle resistenze che nel tempo il legislatore ha dimostrato verso l'apertura a soluzioni alternative alla sola gestione intra-muraria del problema.

La letteratura scientifica ha evidenziato come il carcere di per sé rappresenti un fattore patogeno predisponente all'insorgenza ed allo sviluppo di diverse forme di disagio psicologico⁸. Inoltre, l'intervento in questo contesto è reso estremamente complicato dalla convivenza tra le finalità contrapposte di controllo, propria della cultura penitenziaria, e di tutela della salute, propria invece dell'impianto sociosanitario del sistema sanitario. Spesso in forte tensione tra loro, queste due istanze rendono difficile il necessario dialogo tra le due istituzioni coinvolte. A questo proposito alcune linee guida della Società Americana di Psichiatria così come quelle fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, enfatizzano l'importanza per l'operatore della salute mentale in contesti penitenziari, di tenere presente il proprio mandato medico anche laddove si ritrovi a svolgere mansioni che possono scontrarsi con le finalità di sicurezza⁹.

A protezione da queste possibili contraddizioni assunte della pratica medica calata all'interno del carcere, è necessario avere debita considerazione del sistema organizzativo dell'istituto, poiché inevitabilmente, impatterà su detenuti ed operatori, oltre a tracciare la cornice delle risorse interne disponibili per la valutazione e la resa operativa degli interventi. In accordo con le indicazioni internazionali che propongono un concetto proattivo di salute, come presenza di benessere e non assenza di malessere, la salute, anche quella mentale, dovrebbe trovare tutela attraverso solide modalità di prevenzione e attraverso la valorizzazione di misure non detentive, oltre che sugli opportuni protocolli di diagnosi e cura.

Il diritto alla salute si intreccia con la finalità reinserimento sociale a cui tende pena laddove la missione della medicina penitenziaria inglobi anche la restituzione alla società libera di uomini e donne in grado di avere accesso a servizi, conoscenze e risorse calibrati sulle specifiche esigenze. Ciò passa da solidi, dalla partecipazione attiva del soggetto nel proprio processo di cura e dalla conoscenza forieri di salvaguardare in maniera attiva e globale la titolarità salute come diritto umano I livelli di vulnerabilità e svantaggio psico-sociale, economico, abitativo, sono tali che, sovente, lo stesso evento reato è espressione di un fallimento delle istituzioni a prendersi carico di queste vulnerabilità prima dell'ingresso in carcere. Per questo motivo la tutela della salute diventa parte integrante del percorso di risocializzazione che dovrebbe sostanziare il senso della pena, come previsto dall'art. 27 della Costituzione. La tutela della salute come elemento che permette di creare un ponte tra dentro e fuori e però drammaticamente ostacolato, anche nel caso della salute mentale. Sopravvivono infatti nodi culturali, nonché normativi, ancora da affrontare in ottemperanza

⁷ Rapporto ARS Toscana (2015) *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*. Comitato Nazionale di Bioetica, *Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici*, <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/il-suicidio-in-carcere-orientamenti-bioetici/>, 25 giugno 2010; *La salute dentro le mura*, 27 settembre 2013.

⁸ Si veda: Gonin, D. (1994), *Il corpo incarcerato*, Gruppo Abele Edizioni, Torino.; Mosconi, G. (2005), *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", n.1 pp. 149-190; Vianello, F. (2018), *Norme, codici, condotte: la cultura del penitenziario. Gli attori sociali di fronte alla criticità dell'ambiente carcerario*, in "Sociologia del diritto", 3, pp. 831-838; Gallo, E. Ruggiero, V. (1989) *Il carcere immateriale. La detenzione come fabbrica di handicap*, Edizioni Sonda, Torino

⁹ American Psychiatric Association (2002), *Linee guida per la gestione dell'assistenza psichiatrica in carcere*, trad. italiana a cura di Clerici, M., Mencacci, C. & Scarone, S., Masson, Milano

a nuove rappresentazioni di cura del malato psichico che finalmente superino in modo definito l'idea del contenimento e della separazione come unica soluzione.

L'approccio bio-psico sociale alla presa in carico della salute dell'individuo, a più riprese ribadito da fonti nazionali e sovranazionali, dovrebbe accompagnarsi ad un profondo cambio culturale che elimini il permanere della scissione tra mente e corpo dando diversa dignità al disagio psichico.

Tenendo presenti queste premesse, si possono individuare alcuni punti cardine di un modello condiviso strutturato negli anni da diverse realtà regionali in relazione alla tutela della salute mentale nei luoghi di espiazione della pena, come delineati nei piani sanitari Regionali¹⁰. Particolare attenzione sembra innanzitutto dedicata all'organizzazione di un servizio psichiatrico efficace nel gestire le situazioni di emergenza-urgenza. In questo senso il rischio suicidario o autolesivo costituisce un fenomeno sentinella che fa attivare protocolli di screening psicopatologico sin dai primi momenti di ingresso in istituto.

Al di là degli specifici protocolli adottati, bisogna precisare che la complessità del fenomeno suicidario ed autolesivo all'interno degli istituti di pena impone una considerazione attenta delle sue matrici interpretative, come affermato anche dall'OMS. I dati sulla maggior diffusione epidemiologica di questi eventi critici nella popolazione penitenziaria, messa in comparazione con quella libera, e la maggior vulnerabilità psico-sociale di coloro che entrano nelle maglie del sistema dell'esecuzione penale, si intersecano inevitabilmente con la salienza dello stesso ambiente carcerario nell'impattare negativamente sulla salute psicologica dell'individuo.

Dunque, accanto ad un approccio di tipo strettamente clinico-individuale, è importante manipolare le condizioni strutturali e situazionali del contesto penitenziario per non cadere nel rischio di eccessiva "psichiatrizzazione" del fenomeno.¹¹ Questa prospettiva permette di intervenire non solo sulle variabili individuali di disagio ma anche sui fattori pragmatici legati alla quotidianità del carcere quali elementi riconosciuti incidere in maniera diretta sui livelli di salute generale di detenuti e detenute e sul rischio psichiatrico in particolare, andando ad esacerbare quei fattori di vulnerabilità ed isolamento psico-sociale che caratterizza alcune fasce di popolazione già prima di essere intercettate dal sistema della giustizia penale.

Innanzitutto, il controllo e l'intervento sulle condizioni ambientali per modificare quanto più possibile i fattori stressogeni dovrebbe essere quindi parte delle buone prassi necessarie

Per coloro che fanno per la prima volta ingresso in carcere e coloro che provengono da un altro istituto penitenziario viene predisposta una visita psichiatrica finalizzata all'indagine anamnestica della storia clinica del paziente e del suo stato psicologico. Al fine di integrare le informazioni diagnostiche è buona norma raccogliere dati anche attraverso i contatti con i servizi sanitari che hanno avuto in carico il soggetto prima dell'espiazione della pena e con

¹⁰ Si vedano: Regione Abruzzo, Protocollo operativo per la tutela della salute mentale in carcere della regione Abruzzo 2011; Regione Emilia-Romagna, Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri- Il Percorso clinico-assistenziale per le persone detenute. 2012.; Cuccato G. (2013), *Mission dell'area della salute mentale e Istituzione penitenziaria nella programmazione sociosanitaria della Regione Veneto*. Convegno "La Sanità Penitenziaria dopo la Riforma", 30 maggio 2013.; Regione Calabria, DCA n. 35/11 maggio 2015 - "Presenza d'atto delle linee guida per una attività integrata fra i Dipartimenti di Salute Mentale e gli Istituti Penitenziari".; Regione Toscana - Contesto Regionale: Azioni di sistema e organizzazione territoriale della salute in carcere in Toscana"; a cura di Regione Toscana - Giunta Regionale - Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, 2014.

¹¹ Pericolo efficacemente evidenziato dal CNB all'interno del parere *Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici*, che mette in guardia dal considerare il suicidio e l'autolesionismo in carcere attraverso un approccio legato esclusivamente alla valutazione del sintomo individuale.

figure di riferimento sanitario come il medico di base. La valutazione andrà ad interessare anche l'impatto di fattori sociali e familiari, in aderenza ad un approccio integrato e trasversale del fenomeno. Questo protocollo preventivo destinato ai "Nuovi Giunti"¹², permette di individuare quei soggetti portatori di vulnerabilità che necessitano di essere ulteriormente attenzionati. Previo accertamento di una condizione di disagio psichico tale da mettere in pericolo l'incolumità del soggetto e di altri, può essere disposto il trasferimento all'interno di apposite sezioni per l'osservazione psichiatrica presenti nell'istituto oppure possono essere applicate delle misure di sorveglianza speciale, sempre in ottemperanza alle linee di intervento per la prevenzione del suicidio delineate dall'OMS (2007), evitando dunque l'utilizzo dell'isolamento. Sarà quindi vagliata con attenzione la collocazione del detenuto/detenuta in camere di pernottamento non ad uso singolo, preferendo invece l'uso di una cella condivisa, mentre gli spazi architettonici e gli oggetti saranno predisposti in modo da eliminare possibili fonti di pericolo.¹³

Questo protocollo di filtro risulta fondamentale proprio per intercettare fin da subito situazioni di scompenso preesistenti che possono acuirsi con l'esperienza di detenzione. Molto spesso, infatti, l'ingresso in carcere rappresenta il primo vero contatto di tipo strutturato che il soggetto ha con il SSN perciò, in un'ottica al contempo preventiva e proiettata al fine pena con il conseguente rientro in società, i presidi medici penitenziari hanno l'opportunità di trasformare la pena in un'opportunità di recupero della salute globale. In questo modo è possibile farsi carico di forme di vulnerabilità psico-sociale intersecandole alla finalità di risocializzazione della pena. Proprio in questa fase di ingresso è pertanto indispensabile fornire informazioni sui servizi di assistenza sanitaria presenti all'interno dell'istituto e sulle modalità di accesso a tali servizi.

Al momento dell'ingresso in istituto quindi i soggetti sono sottoposti ad osservazione medica. Questa fase risulta particolarmente critica a fini prognostici. Come sottolineato dalla letteratura psichiatrica di riferimento¹⁴, gli strumenti di screening hanno il compito di vagliare quei fattori di rischio che più di altri influiscono sulle capacità di adattamento del soggetto alla nuova realtà carceraria: la giovane età, il genere, essere alla prima esperienza detentiva o possedere una pregressa storia di incarcerazione/istituzionalizzazione, avere problematiche legate all'assunzione di sostanze stupefacenti, avere una scarsa rete di relazioni e vissuti di isolamento sociale e familiare sono tra questi. Fondamentale, come detto, è inserire tra le priorità valutative anche l'incidenza dei fattori di contesto e come questi influiscono sia sulla pratica medica che sull'insorgenza di patologie di natura psichica in considerazione della intrinseca natura patogena del carcere.

La vita detentiva è scandita da regole che tolgono titolarità alle decisioni dei singoli individui e condizioni come il sovraffollamento, la difficile convivenza in condizioni di promiscuità, la lontananza dai riferimenti affettivi, lo stravolgimento complessivo di abitudini e stile di vita possono essere accettati e tollerati con diverso grado di difficoltà. Proprio a causa delle forme di destrutturazione del sé a cui i soggetti in stato di privazione della libertà personale sono sottoposti, forme di disagio psichico che necessitano di una più consistente presa in carico trattamentale possono manifestarsi lungo l'intero periodo di detenzione. In questo caso la segnalazione può essere fatta dal personale medico-infermieristico, dagli agenti di polizia penitenziaria, da altri detenuti oppure dal detenuto stesso che richieda di accedere

12 Conferenza Unificata del 19 gennaio 2012 "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario in ambito carcerario"

13 Oretti, A & Castelpietra, G (2012) Prevenire il suicidio in carcere. Le linee guida dell'OMS e la realtà italiana. Manuale per operatori penitenziari e sanitari

14 Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA (2007), Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale. Raccomandazioni per il paziente con disturbo mentale negli Istituti Penitenziari italiani, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

al colloquio con gli specialisti. Risulta importante, in questo frangente, la programmazione delle visite di controllo periodiche ma anche l'accurata formazione e sensibilizzazione sul tema di tutto il personale penitenziario. Proprio con questa finalità in alcuni contesti penitenziari sono stati predisposti, nell'ambito di progetti pilota, dei momenti di formazione congiunta, coinvolgenti anche il personale di polizia penitenziaria,¹⁵ necessari per imparare a riconoscere quei segnali indicatori di un progressivo malessere psicologico come, ad esempio, la riduzione della cura personale ed il ritiro dalle attività di socializzazione. Un elemento critico nella programmazione dei protocolli di prevenzione e della presa in carico della salute mentale è la presenza di un adeguato numero di medici. Le risorse necessarie a fornire supporto diffuso e la copertura delle richieste di colloquio di tutti i detenuti e le detenute che ne facciano richiesta è determinato dalla capacità di impegno di queste figure professionali. Dalle rilevazioni annuali dell'Osservatorio Antigone si è riscontrata l'insufficiente presenza degli operatori della salute mentale all'interno degli istituti di pena. Le ore medie di servizio nell'arco della settimana è di 8 ore per gli psichiatri e 16 per gli psicologi, con evidenti squilibri tra diversi istituti in diversi contesti regionali. Questo è un punto spesso molto problematico poiché mostra la mancanza di personale specialistico all'interno dei penitenziari, a fronte degli alti numeri di problematiche psichiatriche e psicologiche¹⁶. Come approfonditamente espresso nel parere *La salute "dentro le mura"* del Comitato Nazionale di Bioetica, il potenziamento del personale e degli strumenti di erogazione delle prestazioni mediche non sono da soli sufficienti.

Individuando altri nodi problematici alla concretizzazione del passaggio culturale e pratico che ha ispirato la riforma, si possono anche annoverare motivazioni di tipo strettamente organizzativo. La capacità di intervento viene minata anche dalle condizioni contrattualistiche che, a ridotta durata, causano elevato turnover e l'impossibilità di dare adeguata continuità a qualsiasi protocollo psicoterapeutico. Il rapporto medico-paziente, condizione indispensabile a garantire la continuità terapeutica nonché il buon andamento di un percorso di supporto psicologico, dovrebbe trovare pertanto adeguata valorizzazione anche attraverso un ripensamento delle condizioni di assunzione degli esperti in ambito penitenziario per dare alla relazione, intesa come strumento terapeutico, un rinnovato valore di mezzo strategico e di prevenzione. Il potenziamento, in termini di numero di esperti assunti e di ore di impiego, è quindi un fattore non secondario per l'adozione di un efficace modello di prevenzione. Il potenziamento dei servizi psico-sociali permetterebbe di disporre di adeguato supporto in fasi antecedenti alla comparsa conclamata del sintomo oltre a determinare modalità di intervento diversificate, multiprofessionali e dedicate ai singoli pazienti.

Anche la possibilità di scelta di uno psichiatra e psicologo di riferimento tra quelli che operano nell'istituto, è un elemento di fondamentale valore preventivo e trattamentale. L'instaurarsi di modalità di dialogo tra professionista ed assistito quanto più solide e chiare permette di rendere partecipe il soggetto della propria condizione di salute restituendogli un ruolo attivo nel percorso di riappropriazione della propria integrità fisica e mentale. In questo percorso dovrebbe essere coinvolto attivamente il DSM (Dipartimento di Salute Mentale) con il compito specifico di costruire un ponte con l'esterno e di strutturare in concerto con gli specialisti interni all'istituto dei PTI (programmi di trattamento individualizzati) che non si limitino alla gestione esclusiva in ambito penitenziario ma che,

¹⁵ E' il caso del progetto ME.D.I.C.S promosso dal DAP insieme a partner internazionali, volto alla costruzione di protocolli e buone pratiche in materia di tutela della salute mentale in carcere attraverso la collaborazione ed il confronto diretto tra personale medico e operatori penitenziari. Scheda del progetto: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.page?facetNode_1=3_1&contentId=SPS1165807&previousPage=mg_1_12#/

¹⁶ Attualmente consultabili su <https://www.rapportoantigone.it/>

laddove ce ne siano i presupposti, tentino di aprirsi ad alternative extramurarie. È importante inoltre tenere informato il soggetto delle attività svolte e renderlo partecipe della propria condizione di salute attraverso un linguaggio semplice e chiaro. Considerato il numero elevato di detenuti e detenute stranieri sarebbe buona norma avvalersi di un mediatore culturale che faciliti il superamento di ostacoli linguistici e comunicativi oltre ad aiutare il personale medico nella lettura di quei fattori culturalmente connotati che possono avere un impatto sulla salute psicologica del soggetto e quindi sul quale è necessario intervenire. Esempi di questo sono la libertà di culto o il cibo come elemento di legame con tutte quelle strutture e pratiche sociali, definibili cultura, condivise con le comunità etniche di appartenenza. Sovente questa figura professionale non è presente all'interno degli istituti penitenziari ¹⁷

Gli strumenti messi in campo devono essere capaci di assecondare le richieste e prendersi cura di differenti tipologie di utenti portatori di diverse tipologie di fragilità. I detenuti e le detenute stranieri¹⁸ sono tra coloro che si trovano a vivere l'esperienza della detenzione con un maggior aggravio di fragilità dovuta alle difficoltà linguistiche, alla mancanza di riferimenti affettivi.

Come detto, è compito dei servizi sanitari territoriali fornire un adeguato numero di professionisti da destinare alle sezioni di tutela della salute mentale in carcere. All'interno del contesto penitenziario operano però figure professionali che pur riconoscendosi in uno specifico indirizzo scientifico-disciplinare, lavorano con finalità distanti tra loro. Emblematico è il caso degli psicologi: accanto agli psicologi che fanno capo al DSM e sono orientati alla prevenzione e alla cura della salute mentale operano gli psicologi ministeriali che, in qualità di esperti, svolgono mansioni istituzionali legate all'area trattamentale ed all'osservazione comportamentale all'interno del GOT (gruppo di osservazione e trattamento).¹⁹ La presenza di due "psicologie penitenziarie", una gestita dal sistema sanitario ed una gestita dalla giustizia, non solo non fornisce unitarietà all'intervento fornito, ma può porre anche seri problemi di natura deontologica qualora si può correre il rischio di mettere in atto dei comportamenti non adeguati al proprio mandato professionale che hanno ripercussioni concrete sulla libertà del detenuto, producendo tutta una serie di limitazioni che, di contro, hanno effetti che incidono drammaticamente proprio sul benessere psicologico. In confronto dialettico con queste problematiche si pone proprio l'esigenza che i compiti di cura e quelli di valutazione comportamentale ai fini riabilitativi rimangano debitamente distinti: pena il confondimento pragmatico e programmatico tra le istanze securitarie e quelle della cura. Per ragioni di ordine etico e deontologico è necessario che il rapporto di fiducia tra medico del SSN e paziente non venga minato dalle necessità organizzative dell'istituzione carceraria ed abbiano come solo fine professionale la salvaguardia del bene salute; dall'altra proprio i compiti richiesti all'esperto alle dipendenze dell'amministrazione sembrano entrare in netto contrasto con i mandati deontologicamente definiti della professione.

Oltre a questi problemi di carattere organizzativo è l'inadeguatezza del setting, le ridotte possibilità di scelta autonoma del professionista a cui affidarsi e l'influenza delle regole penitenziarie a limitare o determinare i tempi ed i luoghi della cura. L'influenza del contesto è relativo sia ai suoi effetti sulla persona ma anche sugli strumenti a cui poter fare affidamento per poter intervenire. L'influenza più importante è costituita dalle

¹⁷ Mancinelli R., Chiarotti M. & Libianchi S. (a cura di) (2019), Salute nella polis carceraria: evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Rapporti ISTISAN 19/22).

¹⁸ AA.VV. (2013), Salute libera tutti, Istituto Nazionale Salute, Migrazione e Povertà, Roma.

¹⁹ Ordine degli Psicologi della Toscana (2017), Il ruolo dello psicologo in carcere: quale futuro?, Atti del Convegno di Firenze 14 marzo 2015.

rappresentazioni che la salute mentale assume nel contesto del carcere e come queste possono plasmare anche l'operato degli operatori della salute mentale. L'istituzione sanitaria convive e opera nello spazio concessogli da un'altra istituzione, quella penitenziaria, che influenza e limita concretamente e pragmaticamente la libertà di gestione del mandato medico e di cura, ad esempio qualora la salute mentale venga ricondotta ad istanze di mantenimento dell'ordine interno piuttosto che a motivazioni di salute collettiva. Sebbene il SSN goda di autonomia nei confronti dell'Amministrazione Penitenziaria, all'atto pratico sembrano ancora molte le difficoltà a svincolarsi da essa. Il lavoro degli operatori sanitari dipende ancora molto dalla collaborazione degli operatori penitenziari, tra tutti gli agenti. Le relazioni gerarchiche interne al sistema mettono in evidenza come la qualità della prestazione medica e diagnostica non sia neutra nel penitenziario ma dovrebbe essere basata su scelte ritenute quanto più possibile condivise. L'unitarietà di intenti e lo smussamento delle ambivalenze attraverso un costante dialogo tra le istituzioni è il primo passo per la costruzione e applicazione di linee guida efficaci per la presa in carico della salute in carcere.²⁰

I protocolli di prevenzione e di presa in carico della salute mentale negli istituti penitenziari attivati dai piani sanitari regionali hanno come elementi comuni il colloquio psicologico come base di prevenzione e l'intervento medico-psichiatrico in caso di forme di disturbo di più grave intensità. Dunque, per coloro che presentano forme di disagio psichico meno acute ma comunque rilevanti viene attivato un percorso di presa in carico strutturato su colloqui periodici di supporto psicologico e di visite psichiatriche volte ad indagare l'andamento del problema. Ovviamente gli interventi sono orientati quanto più possibile anche alla manipolazione di quei fattori di contesto che risultano patogeni o negativamente impattanti nella buona riuscita del percorso di supporto.

A gestione di situazioni di emergenza la risposta che si attiva è quella di contenimento del problema innanzitutto con la presa in carico specialistica da parte dell'equipe sanitaria attraverso il disegno di un apposito programma trattamentale. Nell'eventualità che questo non risulti sufficiente, è possibile disporre la collocazione del soggetto in appositi spazi, a gestione medico-psichiatrica, ricavati all'interno del penitenziario: nell'ATSM dove è possibile strutturare un intervento specialistico intensificato, nel ROP (reparto di osservazione psichiatrica) dove è possibile svolgere delle attività di diagnosi evadendo le difficoltà e le interferenze presenti nelle sezioni detentive ordinarie. Se non sono presenti nell'istituto penitenziario in cui il soggetto sconta la pena, può essere disposto un trasferimento in un altro carcere maggiormente attrezzato o a maggior vocazione psichiatrica. Se le esigenze di trattamento lo prevedono, in alcuni casi specifici è possibile invece che il soggetto venga trasferito in strutture esterne per il ricovero in contesti clinici che permettono di intervenire su quei fattori patogeni direttamente collegati alla realtà della vita penitenziaria. Si delineano nella prassi tre strade praticabili. La presa in carico da parte degli specialisti ambulatoriali interni che operano nell'Area Sanitaria dell'istituto penitenziario nel quale il soggetto è detenuto che, dopo attenta valutazione dello stato di salute complessivo, provvedono alla definizione di un percorso terapeutico individuale (PTI). Nella collaborazione di diverse figure professionali, il soggetto viene sostenuto attraverso colloqui psicologici e specifiche attività di trattamento, affiancati dalla somministrazione di terapia farmacologica ed eventualmente dalla predisposizione di una temporanea applicazione di misure di sorveglianza speciale. Laddove la condizione patologica si riveli di gravità tale da rendere incompatibile il proseguo del trattamento all'interno degli spazi penitenziari comuni, il soggetto può essere trasferito in ATSM.

²⁰ Ronco, D. (2018), Cura sotto controllo: il diritto alla salute in carcere, Carocci, Roma.

Nell'eventualità di gestione di una situazione di gravissima emergenza, il soggetto può essere trasferito all'esterno in strutture ospedaliere comuni o nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura; in casi molto gravi anche in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), previo intervento dell'autorità giuridica competente.

Ad integrazione di questo modello base di stampo strettamente clinico-psichiatrico e fortemente condizionato dagli strumenti normativi a tutela della salute in carcere (come esposto in precedenza) è necessario rendere quanto più possibile concreto un approccio di comunità. L'apporto dell'equipe multidisciplinare che opera nei presidi medici penitenziari è quello di delineare, nella piena considerazione della complessità dell'assistito, un PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) che guardi al sintomo ma anche all'intervento su quei fattori di svantaggio familiare, lavorativo, abitativo, culturale, comunitario che influiscono sulla salute. Già nelle prime fasi di intervento è necessario coinvolgere il Dipartimento di Salute Mentale ed i Servizi Sociali territoriali per la costruzione di un piano di accompagnamento globale che abbia come finalità far sì che il soggetto raggiunga il maggior grado di autonomia personale e socioeconomica.

Nonostante ciò, nella pratica non sempre risulta chiaro il dialogo tra i presidi sanitari psichiatrici penitenziari ed il DSM e la salute in carcere sembra rimanere ancora slegata dall'esterno. Sopravvive la segregazione tra gli approcci di cura dentro e fuori il carcere.

Lo sforzo necessario è quello di proiettare quanto più possibile fuori dalle mura del carcere, attraverso un proficuo dialogo con le autorità ed i servizi medici competenti, la cura dei soggetti che presentano disagio psichico. I numeri del fenomeno e i riconosciuti effetti sulla psiche dell'istituzione totale impongono di slegare la presa in carico della salute mentale da un puro approccio psichiatrico per guardare ai meccanismi carcerari. Nella stessa ottica, risulta importante non limitare l'intervento solo allo spazio fisico e temporale della carcerazione ma intervenire anche sui fattori sociali, sia per dare continuità all'intervento offerto sia per implementarlo nel tessuto sociale. In questo senso interventi di contesto che vadano ad influire, per quanto possibile, sulle condizioni di vulnerabilità del soggetto, hanno una forte valenza preventiva sia in termini di salute che, in senso generale, sulla possibilità di commissione del reato e sulla recidiva.

Si può intervenire attraverso accorgimenti legati al momento della detenzione, con la salvaguardia di quelle risorse necessarie all'elaborazione e potenziamento di strumenti personali e sociali utili ad affrontare le difficoltà incontrate. Un esempio tra i più significativi è quello del mantenimento dei legami con la propria famiglia. Si può ad esempio proporre il trasferimento in istituti penitenziari più vicini al luogo di residenza della famiglia in modo da facilitare le visite e i contatti o si potrà acconsentire a forme di colloquio con cadenza straordinaria per coloro che hanno la famiglia lontana, attraverso l'intervento del Tribunale di Sorveglianza. Di supporto possono essere anche la partecipazione ad attività strutturate di gruppo, organizzate da enti di volontariato che operano in maniera costante all'interno dell'istituto oppure a veri e propri progetti di psicoterapia di gruppo focalizzate su temi specifici, come il sostegno alla genitorialità.

Il contatto con gli enti del territorio permette di rendere operativo il principio di continuità dell'assistenza medica e psicologica seguendo il soggetto anche nel momento di termine della pena. Il fine pena, infatti, contrariamente a quanto si possa ritenere può essere vissuto con particolare ansia e smarrimento proprio a causa dello scollamento con la realtà esterna protrattasi per lunghi periodi di tempo e con la perdita dei legami sociali di appartenenza.

In ottemperanza a questo principio, il percorso di cura cominciato in carcere non deve interrompersi al momento della scarcerazione. Il rischio è che il soggetto ricada in una condizione di difficoltà di accesso alle cure mediche ed alle opportunità dei servizi sociali.

Per concludere, la mancanza di dati chiari sulle condizioni di salute della popolazione penitenziaria non permette di individuare i bisogni di cui è portatrice, necessari alla strutturazione di interventi chiari e mirati. La scarsità di dati epidemiologici sistematizzati su scala nazionale, determinata dalla difficile possibilità di unificazione delle informazioni fornite da singole ASL o Regioni, producono ricadute importanti anche sul piano operativo. Il mancato coordinamento a livello nazionale nella diffusione di protocolli operativi e buone prassi determina disomogeneità nella loro applicazione e lascia discrezionalità alle regioni nonché alle decisioni gestionali dei direttori dei singoli presidi medici penitenziari.

Queste forme di discrezionalità tenderebbero a contrapporre, accanto a realtà regionali maggiormente strutturate e funzionali altre più problematiche e aventi a disposizione meno risorse, determinando grandi differenze anche tra istituto e istituto. La necessità di creare modelli di intervento condivisi che superino le differenze territoriali è requisito fondamentale per il rispetto dei LEA stabiliti dalla normativa nazionale in materia di salute.²¹

La mancanza di organicità riscontrata ed il rischio che anche le Articolazioni di Salute Mentale conservino i retaggi culturali del contenimento del malato psichico pongono la questione della salute mentale come prioritaria nell'agenda degli organi sanitari e giuridici.

L'obiettivo dell'assistenza sanitaria in carcere consta nell'individuare linee guida propedeutiche ed essenziali per rendere finalmente operativo un concetto di tutela della salute che guardi agli aspetti patologici, sociali, culturali, economici nonché alle risorse soggettive e comunitarie, in un contesto particolare come quello penitenziario, si declina nella necessità di solido coordinamento e stringente dialogo professionale ed istituzionale. Ad affiancamento di modelli di presa in carico che ascoltano e rilevano le richieste di salute specifiche del singolo è necessario che il mandato medico penitenziario si declini anche nella piena considerazione dell'impatto dell'istituzione totale sulla titolarità di diritti delle persone ivi rinchiusi, tra cui spicca sicuramente quello alla salute, facente parte di una più ampia prospettiva di salvaguardia da trattamenti inumani e degradanti a tutela dell'integrità della persona. Qualsiasi forma di limitazione a queste forme di tutela perciò costituisce di fatto una compressione del pieno godimento di un diritto attivo alla salute aggiungendo un carico di afflizione che va ingiustamente oltre la privazione della libertà personale.

²¹ Mancinelli R., Chiarotti M. & Libianchi S. (a cura di) (2019), Salute nella polis carceraria: evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Rapporti ISTISAN 19/22).

QUADRO NORMATIVO (NAZIONALE E REGIONALE)

Katia Poneti

Salute mentale e carcere: quadro normativo nazionale

Il quadro normativo nel quale si colloca la tutela della salute mentale in carcere è composto e frutto di più processi riformatori:

1) riforma della sanità penitenziaria: la legge delega (419/1998) e i relativi decreti legislativi (in particolare, D.Lgs. 230/1999), le successive disposizioni legislative e regolamentari (in particolare, la legge 244/2007), i DPCM (in particolare, DPCM 1° aprile 2008) e gli accordi attuativi in Conferenza unificata, comprese le indicazioni relative alle Articolazioni per la tutela della salute mentale (ATSM);

2) la normativa sulle misure di sicurezza per persone non imputabili o semi-imputabili per vizio di mente, comprese le disposizioni relative al superamento degli OPG (art. 3-ter D.L. 211/2011, introdotto in sede di conversione con L. 9/2012 e successivi decreti-legge e leggi di conversione);

3) la giurisprudenza della Corte costituzionale in materia di misure alternative per le persone con disturbi psichiatrici: Corte Cost. 99/2019.

Su questo quadro, uniforme sull'intero territorio nazionale, si inseriscono le diverse discipline regionali. La tutela della salute, infatti, rientra tra le materie di legislazione concorrente, in cui le Regioni hanno potestà legislativa - salvo per i principi fondamentali - e potestà regolamentare, e ogni Regione ha dato attuazione sul proprio territorio alla riforma della sanità penitenziaria e agli accordi della Conferenza unificata e progettato il proprio modello di REMS, nell'ambito dell'organizzazione dei propri servizi psichiatrici.

La riforma per il superamento degli OPG e l'istituzione delle REMS ha inciso limitatamente sulla materia della salute mentale in carcere, dal momento che il trattamento delle persone imputabili e di quelle non imputabili sottostà a regimi normativi differenziati. Tuttavia, occorre dar conto della riforma in questo contesto per tre ordini di ragioni. In primo luogo, la riforma ha inciso direttamente sulla condizione di quelle persone ritenute imputabili che - con diverse posizioni giuridiche - venivano mandate in OPG e che oggi non possono essere mandate in REMS. In secondo luogo, la riforma rappresenta il riferimento costante, ideale o polemico, degli attori che a vario titolo si occupano di salute mentale in carcere. Infine, anche se i quadri normativi sono distinti, ci sono numerosi punti di interazione tra attori nei campi della salute mentale penitenziaria e delle misure di sicurezza per non imputabili.

Qui di seguito si tracciano i tre processi normativi a livello nazionale, mentre nel prossimo paragrafo ci si concentrerà sulle specifiche normative della Regione Toscana.

Riforma della sanità penitenziaria

I fase: la delineazione dei principi di riforma, dalla legge 419/1998 al DPCM 1° aprile 2008

La riforma della sanità penitenziaria ha sancito il passaggio delle competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia a quello della Salute, e di conseguenza alle Regioni. Il percorso di riforma è durato più di dieci anni, a partire dalla legge delega 419/98 e dal decreto legislativo 230/99, che hanno delineato i principi cardine della riforma, tra cui

l'equiparazione del livello di prestazioni garantite ai detenuti a quelle dei cittadini liberi²². Oltre al principio di equiparazione, legge delega e decreto legislativo, prevedono: la garanzia di interventi di "prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale" (art. 1, co. 2 D.Lgs. 230/99); la conservazione dell'iscrizione al Servizio sanitario nazionale per tutte le forme di assistenza, compresa quella medico-generica (art. 1, co. 4, D.Lgs. 230/99); l'iscrizione delle persone straniere, anche se prive di permesso di soggiorno, al sistema sanitario nazionale (art. 1, co. 5, D.Lgs. 230/99) e l'esclusione dalla compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate (art. 1, co. 6, D.Lgs. 230/99).

La concreta attuazione dei principi stabiliti dalla riforma è avvenuta con il DPCM 1° aprile 2008²³, con cui sono state trasferite tutte le risorse e i rapporti di lavoro tra i due Ministeri e sono state date le linee di indirizzo, in modo differenziato, per i due ambiti penali in cui viene in gioco la salute mentale: il carcere (Allegato A) e l'OPG (Allegato C). L'Allegato B prevede invece le qualifiche professionali degli operatori.

Con il DPCM 1° aprile 2008 si sono dunque definite:

1) Linee di indirizzo per gli interventi del servizio sanitario per la tutela della salute in carcere (All. A)

Innanzitutto, si richiamano i LEA, collocando nel loro ambito le prestazioni che devono essere assicurate ai detenuti, che devono comprendere la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione.

Sono ricordati anche i principi in base ai quali deve essere organizzata l'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati:

- globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute;
- unitarietà dei servizi e delle prestazioni;
- integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria;
- garanzia della continuità terapeutica.

Le prestazioni sono erogate dall'Azienda sanitaria. Tra gli interventi che vengono assicurati sono indicati in maniera esplicita gli "interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale".

In particolare, si indica di adottare un "programma sistematico di interventi" che metta in atto le seguenti azioni:

- sorveglianza epidemiologica, con osservazione nuovi giunti e valutazione periodica delle condizioni di rischio;
- interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai minorenni;

²² Art. 1, co. 1 D.Lgs. 230/99: "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 e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali".

²³ DPCM 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

- formazione e aggiornamento operatori, compreso personale penitenziario;
- garantire ai soggetti malati tutte le possibilità di cura e riabilitazione fornite dai servizi sul territorio, con presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno dell'istituto di pena che all'esterno, nel caso di misure trattamentali all'esterno o in esecuzione penale esterna: "il servizio di salute mentale, responsabile degli interventi all'interno di una dato istituto di pena, stabilisce ogni opportuno contatto col servizio del territorio di residenza delle persone con patologia mentale, ai fini della continuità della presa in carico al ritorno in libertà";
- garantire gli interventi psichiatrici e psicologici per i minori;
- favorire gruppi di auto sostegno per minori;
- attivare specifici programmi mirati alla riduzione del suicidio;
- favorire e implementare la cooperazione tra area sanitaria e area tratta mentale, definendo a tale scopo protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori dei servizi di salute mentale e gli operatori penitenziari (DAP e CGM).

2) *Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari - OPG e nelle case di cura e custodia (Allegato C)*

Con tali linee guida si sono date le direttive per trasferire le competenze sanitarie negli OPG alla sanità regionale, che è stato il primo passo per arrivare, successivamente, al superamento degli OPG. Queste disposizioni, pur riguardando nello specifico le persone sottoposte a misure di sicurezza, sono rilevanti anche per la sanità penitenziaria poiché indicano quali attività e tipologie di provvedimenti penali dovranno svolgersi negli istituti penitenziari: dovranno essere attivate sezioni di cura e riabilitazione interne alle carceri per la cura dei disturbi sopravvenuti ai detenuti in esecuzione pena e per le osservazioni ai fini dell'accertamento delle infermità mentale. La realizzazione di azioni di tutela della salute mentale all'interno degli istituti di pena, in particolare "l'attivazione, all'interno degli istituti, di sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati o condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in OPG o l'ordine di ricovero in OPG o in case di cura e custodia" (Allegato C, Premessa) è indicato come un passaggio fondamentale, per il successo del programma specifico per gli OPG; nel DPCM si aggiunge poi che presso le stesse sezioni potrebbero essere assegnati i condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

Si dà anche un'indicazione sui modelli organizzativi: nelle Aziende sanitarie che sono sede di OPG deve essere istituita, nell'ambito del Dipartimento di salute mentale, una idonea struttura avente autonomia organizzativa. Essa deve avere funzioni di raccordo con le altre aziende sanitarie (regionali ed extraregionali) di provenienza dei singoli internati per concordare i piani terapeutici individuali di trattamento per il reinserimento sul territorio, e deve anche coordinarsi con gli altri servizi dell'azienda sanitaria e con i servizi sociali.

Con la riforma della sanità penitenziaria si è dunque stabilita come regola la gestione esclusivamente sanitaria dei presidi medici interni agli istituti penitenziari. Il principio della gestione esclusivamente sanitaria è stato analizzato in alcuni atti di *soft law*. Il rapporto *Health in Prisons* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità²⁴, ha indicato, tra i punti essenziali per la tutela della salute in carcere il principio di gestione comune dei servizi sanitari interni ed esterni al carcere, visto che la gestione separata crea numerosi problemi,

²⁴ WHO, Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health, 2007

come difficoltà nel reclutamento del personale, educazione e formazione continua inadeguate. L'OMS ricorda la Dichiarazione di Mosca sulla sanità penitenziaria come parte della salute pubblica (WHO Moscow Declaration on Prison Health as a Part of Public Health - WHO Regional Office for Europe, 2003), in base alla quale il ministro responsabile per la sanità penitenziaria dovrebbe essere quello responsabile della sanità pubblica²⁵. La gestione unica dei presidi sanitari interni ed esterni, con mobilità nelle due direzioni, è indicata come modalità per avere uno staff aggiornato professionalmente e integrato nella comunità scientifica di riferimento, nonché per mantenere maggior indipendenza di giudizio e di comportamento nei confronti dello staff penitenziario. Caratteristiche funzionali alla garanzia dell'equivalenza dello standard di cura tra interno ed esterno del carcere²⁶, a sua volta essenziale per la garanzia del diritto alla salute delle persone recluse. La riforma della sanità penitenziaria ha seguito anche le raccomandazioni del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e del Consiglio d'Europa²⁷, e ha aperto la strada per riportare il mondo carcerario nel mondo esterno.

Tale riforma è stata esaminata dal parere CNB *La salute "dentro le mura"* del 27 settembre 2013 che ha evidenziato che la riforma ha fatto entrare in carcere l'istituzione sanitaria "il cui mandato primo e unico è la promozione della salute della persona e la sua tutela come paziente"²⁸: le esigenze del diritto alla salute delle persone detenute hanno così un rappresentante di fronte all'amministrazione penitenziaria, che tutela in primo luogo la sicurezza. Infine, il trasferimento dei rapporti di lavoro del personale sanitario alle dipendenze delle Asl e non più dell'Amministrazione penitenziaria rappresenta una garanzia di autonomia per i medici (e per tutto il personale sanitario), che possono essere più liberi di porsi "dalla parte del paziente"²⁹.

II fase: Gli Accordi attuativi in Conferenza unificata

Gli accordi in Conferenza Unificata Stato-Regioni hanno dato disposizioni più specifiche sulle modalità di attuazione della riforma e hanno creato le Articolazioni per la tutela della salute mentale (ATSM) definendone, seppure a grandi linee, le caratteristiche e indicando le categorie giuridiche di persone da destinarvi. Il fatto che queste disposizioni, che regolano modalità esecutive di privazione della libertà personale, siano inserite in accordi Stato-Regioni e non in norme di legge è, come si dirà più avanti, uno dei nodi critici di tali spazi.

Quanto alle modalità attuative della riforma in relazione alla salute in generale, il punto di riferimento è l'**Accordo n. 3/CU del 22/01/2015** che detta le linee guida sulle modalità di erogazione da parte delle Regioni dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. Ogni regione deve organizzare una rete di servizi sanitari penitenziari che è parte integrante della rete dei servizi sanitari territoriali, in modo da assicurare la continuità assistenziale. La pianificazione regionale dei servizi destinati a detenuti con necessità di particolare impegno assistenziale è fatta secondo il modello organizzativo delle reti cliniche integrate

²⁵ Ivi, p. 2

²⁶ Ivi, p. 7 ss.

²⁷ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), *3rd General report on the CPT's activities, covering the period 1 January to 31 December 1992*, Strasbourg, 4 June 1993, punti 38-40; Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, *Raccomandazione n. R(98)7 sugli aspetti etici e organizzativi della salute in carcere*, punti 10-11.

²⁸ Parere CNB *La salute "dentro le mura"* del 27 settembre 2013, p. 15: "da 'medico penitenziario' a 'medico tout court' comporta però una maturazione culturale, così che i medici si considerino davvero autonomi e al servizio della persona, senza farsi impropriamente carico di altre esigenze e punti di vista che non sono richiesti di rappresentare; e che anzi sono chiamati a controbattere 'dalla parte del paziente'".

²⁹ Ivi, p. 17

“HUB & SPOKE”, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB), connessi con i centri periferici (SPOKE). Quindi nella definizione del modello di rete rientrano l’individuazione delle sezioni sanitarie specializzate all’interno delle strutture penitenziarie e l’individuazione di reparti/posti di ricovero/degenza in strutture ospedaliere esterne (art. 2 Accordo). I servizi penitenziari devono essere organizzati per livelli di complessità crescente in relazione alle dimensioni dell’istituto, dal servizio medico di base, al servizio medico multiprofessionale integrato, al servizio medico multiprofessionale integrato con sezione specializzata. Le sezioni specializzate hanno come riferimento normativo l’art. 65 o.p., a cui l’Accordo si rifà, indicando di realizzare sezioni per detenuti con malattie infettive, sezioni per detenuti con problemi di tossicodipendenza e sezioni per detenuti con patologie psichiatriche. Oltre a queste sono previste le sezioni specializzate di assistenza intensiva (SAI, ex centri clinici).

Le aziende sanitarie sono titolari della gestione di tutte le attività di tutela della salute della popolazione detenuta, e dei bambini al seguito delle madri detenute, e devono disporre un’attività di valutazione e miglioramento della qualità della propria organizzazione, con cadenza almeno annuale. I servizi sanitari penitenziari devono adottare regolamenti coerenti con le linee guida delle società scientifiche. I criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza e i Piani diagnostici terapeutici applicati sono definiti in accordo con le ASL territorialmente competenti (art. 6 Accordo).

Quanto alle Articolazioni per la tutela della salute mentale (ATSM) sono tre gli accordi che hanno gradualmente precisato le loro caratteristiche. L’**Accordo n. 81/CU del 26/11/2009** fa il punto sulle strutture esistenti nell’ambito della sanità penitenziaria, in base alla vecchia classificazione del Ministero della Giustizia che prevede varie tipologie di strutture sanitarie, tra cui “Servizi/sezioni/reparti di psichiatria (minorati psichici ed osservazione)”: vi è una sola sezione per minorati psichici (ex art. 65 O.P.), che si trova nella C.R. di Rebibbia, mentre i reparti di osservazione psichiatrica (ex art. 112, co. 1, DPR 230/2000), sono realizzati nelle carceri di Monza, Torino, Bologna, Firenze, Roma Rebibbia, Reggio Calabria, Palermo, Cagliari, Livorno, Napoli. Reparti allestiti, ma non ancora attivi, si trovavano a Verona, Piacenza e Lanciano. Si afferma la necessità di una giusta collocazione, giuridica e funzionale, per questo tipo di strutture, e di una sistemazione appropriata per i minorati psichici, che di fatto sono stati internati negli OPG. Partendo dalla considerazione che la creazione di sezioni apposite per l’osservazione psichiatrica è stata una delle possibili risposte al disagio psichico all’interno del carcere e che “è una delle possibili modalità di gestione e organizzazione del servizio psichiatrico intramurario”, la Conferenza ritiene necessario organizzare il servizio psichiatrico all’interno degli istituti, in modo da consentire l’osservazione psichiatrica tendenzialmente in sede. E sottolinea in particolare la necessità di potenziare il servizio psichiatrico nei reparti detentivi femminili, dove si ha insufficienza di posti letto. Nell’attesa che vengano meglio definite le forme di organizzazione del servizio psichiatrico, la Conferenza conviene di mantenere le strutture esistenti e invita ciascuna ASL a prendere in carico i detenuti reclusi nella struttura penitenziaria di propria competenza.

Nella sua parte finale l’accordo indica alcuni principi cui deve ispirarsi il ripensamento del sistema della sanità in carcere: gli eventi acuti e gli interventi chirurgici devono essere gestiti all’esterno del carcere, nelle strutture deputate al trattamento delle urgenze e della chirurgia, mentre le malattie croniche devono trovare un adeguato spazio di cura anche in ambito detentivo.

Nell’**Accordo n. 95/CU del 13 ottobre 2011**, sottolinea nuovamente la necessità di riportare negli istituti penitenziari quei soggetti, con infermità psichica sopravvenuta o in fase di accertamento, che si trovano negli OPG, e constata come l’indisponibilità di idonee strutture per la salute mentale in carcere renda di fatto non praticabile nessun percorso

alternativo all'OPG per queste tipologie di persone. A partire da questa considerazione l'accordo integra gli indirizzi di carattere prioritario contenuti nell'accordo del 2009 e, in particolare, prevede che ogni regione e provincia autonoma attivi, in almeno un istituto sul suo territorio, o preferibilmente in quello di ciascuna asl, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale. Tale articolazione dovrà assicurare l'espletamento delle osservazioni all'interno degli istituti (art. 112 DPR 230/2000) e ospitare condannati con infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, o condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente, evitando il loro invio in OPG o in CCC (art. 111, co. 5 e 7 DPR 230/2000). In coerenza a tale disposizione l'Amministrazione penitenziaria non deve disporre più invii in OPG per le osservazioni.

Il successivo **Accordo n. 3/CU del 22/01/2015**, già sopra descritto in merito alle modalità di erogazione da parte delle Regioni dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, riguarda anche le articolazioni psichiatriche, richiamando la previsione normativa dell'art. 65 O.P., secondo la quale alcune categorie di detenuti, affetti da specifici stati patologici, siano ospitati "in sezioni penitenziarie a gestione sanitaria". Per quanto riguarda i soggetti affetti da disturbi mentali si ribadisce (punto 3.2.) che "in tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli specialisti del Servizio". Si specificano di nuovo i soggetti che devono essere inseriti in dette sezioni "che comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e 'minorati psichici": l'inserimento in queste è riservato "ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'articolo 111 (commi 5: imputati e condanni con infermità psichica sopravvenuta che non comporti applicazione di misura provvisoria o ordine di ricovero in OPG o CCC; e comma 7: condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente) del DPR 230/2000 sull'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all'articolo 112 del DPR medesimo ed ai soggetti di cui all'art. 148 CP". Negli accordi della Conferenza Unificata si è avuto uno spostamento graduale verso l'assimilazione della categoria dei 148 nell'ambito dei soggetti da ospitare nelle sezioni psichiatriche penitenziarie.

Queste sezioni, dunque, in cui gli interventi diagnostici e terapeutici sono assicurati dai Dipartimenti di Salute Mentale del territorio, comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e "minorati psichici" e dovranno ospitare i soggetti con disturbi psichici gravi, comprendendo tutte le categorie di soggetti in tali condizioni non sottoposti a misura di sicurezza.

L'Accordo n. 17/CU del 26/02/2015

Richiama il principio di territorialità nell'assegnazione alle REMS (fondato sulla residenza accertata; mentre per i senza fissa dimora e per gli stranieri rinvia a quanto previsto negli Accordi 81/CU e 95/CU: criterio dell'abituale dimora al momento dell'applicazione della misura di sicurezza) e individua le competenze dell'amministrazione penitenziaria e delle Asl nella gestione delle REMS.

Riepilogando, dunque, la caratteristica principale delle articolazioni psichiatriche penitenziarie è la gestione sanitaria della sezione, in cui "gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli specialisti del Servizio" (Accordo n. 3/CU del 22/01/2015) e quanto al loro numero si prevede che ogni Regione, e provincia autonoma, attivi, in almeno un istituto sul suo territorio, o preferibilmente in quello di ciascuna Asl, una specifica sezione destinata alla tutela intramuraria della salute mentale (Accordo n. 95/CU del 13 ottobre 2011).

Questo complesso di disposizioni ha alcuni punti deboli. Innanzitutto, essendo inserito in accordi Stato-Regioni manca del valore di legge, requisito a cui devono sottostare le disposizioni che influiscono sulla libertà personale degli individui ex art. 13 Costituzione. Non vi sono, in particolare, indicazioni di legge riguardo a quali categorie di detenuti debbano/possano essere inseriti nelle ATSM, come invece dovrebbe essere, riguardando la modalità di esecuzione della pena. Vero è che una parte rilevante della, e preliminare alla, decisione di inserimento in ATSM è costituita da un giudizio clinico, che per di più dovrebbe essere considerato sempre provvisorio, in quanto le patologie dovrebbero evolvere. Ma tale giudizio clinico, che ovviamente può seguire soltanto parametri medici, dovrebbe essere incardinato in una cornice di tipo legislativo, in grado di garantire la presenza di parametri di garanzia, come la generalità e l'astrattezza delle disposizioni procedurali, e anche sostanziali, che permettano di giudicare la decisione dell'inserimento anche dal punto di vista della tutela dei diritti della persona. Nemmeno è previsto come debba essere inteso l'inserimento nell'articolazione in relazione all'eventuale misura alternativa psichiatrica, ora possibile dopo la Corte Cost. 99/2019. Inoltre, il collocamento nelle ATSM sembra essere un atto amministrativo di competenza dell'Amministrazione penitenziaria, ma riguardando un diritto soggettivo pieno dovrebbe essere censurabile davanti al giudice e dovrebbe permettere al detenuto interessato di esprimere la sua volontà in merito al collocamento nella ATSM. Manca anche una definizione normativa sui requisiti strutturali e di trattamento che le articolazioni psichiatriche dovrebbero avere: a parte l'indicazione che gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale, non si hanno regole su come, e da chi, la sezione deve essere gestita, e su come deve essere organizzata spazialmente (arredamento, letti, bagni). Non si hanno soprattutto indicazioni sui trattamenti sanitari che vi possono essere effettuati e sui livelli essenziali di assistenza a cui devono attenersi. Nelle sezioni psichiatriche si applica, come si fa nelle Rems, la prospettiva del recupero, del reinserimento, partendo da un'idea di curabilità e temporaneità della malattia mentale? si considera la permanenza nella sezione come transitoria e si costruisce con il paziente un percorso di recupero, che preveda di preferenza l'inserimento in percorsi di uscita?

La realizzazione delle Articolazioni per la tutela della salute mentale (ATSM)

I primi dati sui numeri delle ATSM sono stati presentati nel 2016 dal Commissario governativo per la chiusura degli OPG, Franco Corleone, nella sua relazione semestrale: da una mappatura delle articolazioni per la tutela della salute mentale e dei reparti di osservazione psichiatrica su tutto il territorio dello Stato risultano **28 articolazioni**, così collocate³⁰:

Tabella 1: ATSM

	Regione	Istituto penitenziario	Posti letto
1	Piemonte	CC Torino "G. Lorusso – L. Cotugno"	14
2	Lombardia	CC Monza *	5
3	Lombardia	CC Milano San Vittore	2
4	Veneto	CC Verona "Montorio" *	5
5	Veneto	CC Belluno	6

³⁰ F. Corleone, Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, 19 febbraio - 19 agosto 2016, p. 71 ss. Con dati forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dei detenuti e del trattamento – Ufficio Misure di sicurezza. Le Regioni Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige, non indicate nella tabella, fanno capo alla Regione Veneto. Presso gli Istituti contrassegnati dall'asterisco, vi sono Sezioni dedicate esclusivamente all'espletamento degli accertamenti ex art. 112 del D.P.R. 230/2000.

6	Liguria	CC Genova "Marassi"	7
7	Emilia-Romagna	CC Piacenza *	5
8	Emilia-Romagna	II.PP Reggio Emilia	
9	Emilia-Romagna	CC Bologna femminile	2
10	Toscana	CC Firenze "Sollicciano" maschile e femminile	
11	Toscana	CC Livorno *	8
12	Marche	CC Ascoli Piceno *	2
13	Lazio	CC NC Roma "Rebibbia"	8
14	Lazio	CR Roma "Rebibbia"	16
15	Lazio	CC Civitavecchia femminile	2
16	Abruzzo	CC Pescara	7
17	Abruzzo	CC Vasto	3
18	Campania	CC Pozzuoli femminile	6
19	Campania	CC Santa Maria Capua Vetere	20
20	Campania	CC Benevento	6
21	Campania	CC Salerno	8
22	Campania	CR Sant'Angelo dei Lombardi	10
23	Campania	CP Napoli "Secondigliano"	18
24	Puglia	CC Lecce	20
25	Calabria	CC Reggio Calabria "G. Panzera" *	5
26	Sicilia	CC Palermo "Pagliarelli" *	5
27	Sicilia	II. PP. Barcellona Pozzo di Gotto maschile e femminile	
28	Sardegna	CC Cagliari	2

I dati presentati dal Commissario riportavano anche i totali dei detenuti presenti, per categorie giuridiche:

- *i detenuti presenti classificati come art. 148 erano in totale 35 (per la maggior parte presenti a Reggio Emilia - 16).*
- *i detenuti presenti classificati come art 111 del D.P.R. 230/2000 erano in totale 110 (di cui la maggior parte a Barcellona Pozzo di Gotto (36), Reggio Emilia (30), Roma Rebibbia (16), Napoli Secondigliano (15)*
- *i detenuti in Osservazioni Psichiatrica (art 112 del D.P.R. 230/2000) sono complessivamente 56. Si tratta tuttavia di un dato molto variabile, in quanto la permanenza in osservazione non può superare i trenta giorni.*

In totale si avevano **201 presenze** nelle ATSM.

Il Commissario aveva evidenziato alcune contraddizioni. I posti previsti sono in alcune regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, veneto e Toscana) erano assolutamente insufficienti. Mentre a Reggio Emilia, dove erano ospitate 46 persone (16 ex art 148 e 30 ex art 111), si continuava a violare il principio della territorialità. Così come a Barcellona Pozzo di Gotto, che era ancora formalmente OPG, erano ospitati 50 detenuti (4 ex art.148, 36 ex art. 111 e 10 ex art. 112). Inoltre, il Commissario esprimeva preoccupazione riguardo al fatto che per Barcellona Pozzo di Gotto e per Reggio Emilia, non venisse data indicazione circa la capienza massima.

I dati presentati nella seconda relazione del Commissario governativo per la chiusura degli OPG³¹ mostravano alcuni cambiamenti nella distribuzione e nella popolazione detenuta nelle ATSM.

Il Commissario riporta i dati forniti dal DAP al 31 gennaio 2017³², che risultano parziali: si ha l'elenco delle articolazioni psichiatriche penitenziarie istituite e dei detenuti ex art. 148 in esse presenti. Mancano però le capienze regolamentari al 31 gennaio 2017: quelle inserite in tabella derivano dalle comunicazioni ricevute ad agosto/settembre 2016, e non sono state confermate dal DAP.

Le presenze di detenuti ex artt. 111 e 112 DPR 230/2000, sono disponibili soltanto per alcuni istituti. Questo l'elenco e le presenze di detenuti ex art. 148 c.p.:

³¹ F. Corleone, Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017, p. 47 ss.

³² Dati forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dei detenuti e del trattamento – Ufficio Misure di sicurezza.

Tabella 2: Posti letto – 148

	Regione	Istituto	F/A/NC*	Posti letto	148 M	148 F
1	Piemonte	CC Torino "G. Lorusso – L. Cotugno"	F	14	3	
2	Lombardia	CC Monza *	NC	5		
3	Lombardia	CC Milano San Vittore	NC	2		2
4	Veneto	CC Verona "Montorio" *	NC	5		
5	Veneto	CC Belluno	F	6	2	
6	Liguria	CC Genova "Marassi"	A	7		
7	Emilia-Romagna	CC Piacenza *	F	5	Solo osservazioni ex art. 112 DPR 230/2000	
8	Emilia-Romagna	II.PP Reggio Emilia	F		11	
9	Emilia-Romagna	CC Bologna femminile	F	2		2
10	Toscana	CC Firenze "Sollicciano" maschile e femminile	F		1	1
11	Toscana	CC Livorno *	NC	8		
12	Marche	CC Ascoli Piceno *	NC	2		
13	Lazio	CC NC Roma "Rebibbia"	NC	8		
14	Lazio	CR Roma "Rebibbia"	NC	16		
15	Lazio	CC Civitavecchia femminile	F	2	0	
16	Abruzzo	CC Pescara	F	7	1	
17	Abruzzo	CC Vasto	F	3		
18	Campania	CC Pozzuoli femminile	F	6	2	
19	Campania	CC Santa Maria Capua Vetere	F	20	3	
20	Campania	CC Benevento	F	6	0	
21	Campania	CC Salerno	F	8	1	
22	Campania	CR Sant'Angelo dei Lombardi	F	10	0	
23	Campania	CP Napoli "Secondigliano"	F	18	2	
24	Puglia	CC Lecce	A	20		
25	Calabria	CC Reggio Calabria "G. Panzera" *	NC	5		
26	Sicilia	CC Palermo "Pagliarelli" *	NC	5		
27	Sicilia	II. PP. Barcellona Pozzo di Gotto maschile e femminile	F		9	2
28	Sardegna	CC Cagliari	NC	2	0	
29	Pavia	Pavia	A			
30	Roma	Roma Regina Coeli	A			
31	Velletri	Velletri	A			
32	Viterbo	Viterbo	A			
33	Matera	Matera	A			
34	Catanzaro	Catanzaro C.C. "Ugo Caridi"	A			
Totale				192	35	7

Legenda:

F = funzionante

A = in attesa di affettiva attuazione

NC = non confermata

Rispetto ai dati forniti ad agosto/settembre 2016 sono state eliminate alcune articolazioni (CC Monza, CC Milano San Vittore, CC Verona "Montorio", CC Livorno, CC Ascoli Piceno, CC Roma "Rebibbia", CR Roma "Rebibbia", CC Reggio Calabria "G. Panzera", CC Palermo "Pagliarelli", CC Cagliari), e ne sono state previste altre (Pavia, Roma Regina Coeli, Velletri, Viterbo, Matera, Catanzaro C.C. "Ugo Caridi"), tuttavia ancora in attesa di effettiva attuazione. Il Commissario ha integrato i dati forniti dal DAP con quelli inviati da alcuni Provveditorati regionali e ricostruito un quadro più ricco, ma con incongruenze, che confermano la situazione di caos organizzativo già rilevata nella precedente relazione.

Il Commissario richiama l'attenzione su un fenomeno emergente dai dati ricevuti, e che risulta particolarmente preoccupante: quello dei detenuti qualificati come "minorati psichici" (ex art. 111 del D.P.R. 230/2000). Guardando, infatti, alle due articolazioni di Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto si nota, oltre le presenze ex art. 148 c.p., una presenza consistente di detenuti qualificati come 111, ovvero come "minorati psichici". La classificazione come art. 111 comprende in realtà sia i minorati psichici che i condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente (art. 89 c.p.), ma nel caso di Barcellona Pozzo di Gotto i detenuti ex art. 111 sono qualificati espressamente come "minorati psichici", mentre per quanto riguarda Reggio Emilia la classificazione è utilizzata genericamente, come art. 111:

Tabella 3: ATSM Reggio Emilia e Barcellona

Istituto	Tot	Art. 148 M	Art. 148 F	Art. 111 M	Art. 111 F	Art. 112 M	Art. 112 F
II.PP Reggio Emilia	46	13		32		1	
Barcellona Pozzo di Gotto	55	11	2	40 M.P.	2 M.P.	0?	0?

Il Commissario ha evidenziato che tale categoria era notevolmente aumentata rispetto all'inizio del processo di chiusura degli OPG: nelle rilevazioni allora effettuate la categoria dei "minorati psichici" aveva un peso marginale a livello numerico³³, quasi un retaggio di processi di istituzionalizzazione ormai in fase di abbandono. Mentre nelle rilevazioni di inizio 2017 la definizione di "minorato psichico" sembra aver avuto una nuova fortuna. La categoria del minorato psichico, sottolinea il Commissario, non è definita, né disciplinata, da norme sostanziali ma ha un carattere funzionale all'allocazione all'interno di sezioni speciali degli istituti penitenziari (art. 65 O.P. e 111 DPR 230/2000). Inoltre, il fatto che la qualificazione come minorato psichico avvenga con un atto dell'amministrazione penitenziaria accresce la necessità di approfondire la questione, in quanto la decisione amministrativa solleva dubbi riguardo alla tutela delle garanzie di libertà personale dei detenuti: è stata fatta una diagnosi psichiatrica? Con quale procedimento? Quanto può durare la collocazione in un'articolazione psichiatrica come minorato psichico?

Il Commissario ha messo in evidenza un'altra caratteristica interessante: se si guarda all'età dei soggetti qualificati come "minorati psichici" si vede che non si tratta di detenuti anziani

³³ Nei dati presentati nella prima relazione semestrale i detenuti classificati come art 111 del D.P.R. 230/2000 erano un discreto numero, in totale 110 (di cui la maggior parte delle presenze registrate a Barcellona Pozzo di Gotto - 36, Reggio Emilia - 30, Roma Rebibbia - 16, Napoli Secondigliano - 15), p. 76. In tali dati, elaborati sulla base di quelli forniti dal DAP, non era stato indicato quanti appartassero alla categoria dei minorati psichici. Tuttavia, dalla ricerca effettuata sull'OPG di Montelupo prima della chiusura formale del 1° aprile 2015 è emerso che i soggetti qualificati come "minorati psichici" costituivano una categoria residuale: solo uno su 124 presenti. Si veda il rapporto di ricerca OPG, addio per sempre. Il quadro della popolazione internata presso l'OPG di Montelupo
 Fiorentino: www.consiglio.regione.toscana.it/upload/GARANTE-LIBERTA/documenti/OPG%20addio%20per%20sempre.pdf

che, dopo aver passato la vita istituzionalizzati, non sono più capaci di relazionarsi con il mondo esterno, ma di detenuti giovani, anche molto giovani. A Barcellona Pozzo di Gotto sono presenti 40 detenuti maschi qualificati come minorati psichici, dei quali la metà ha meno di 35 anni. Spicca in particolare la presenza di alcuni giovanissimi, di cui 3 infra-ventunenni.

Anche guardando al principio di territorialità la situazione non è buona, perché una buona percentuale di detenuti reclusi nelle due articolazioni proviene da fuori regione: Reggio Emilia (44 su 46) e Barcellona Pozzo di Gotto (15 su 55).

Il Commissario ha evidenziato i timori di riproposizione di logiche manicomiali. La via della non-omologazione, del rispetto dei diritti, e del principio della territorialità delle cure, deve servire come argine alle derive sempre possibili verso la logica dell'istituzione totale³⁴.

La prima fase di realizzazione delle ATSM è stata dunque gestita senza una precisa direzione, tanto che si sono avuti casi i cui si è chiamata ATSM una sezione ordinaria, del tutto mancante dei requisiti della struttura sanitaria, con una vera e propria "truffa delle etichette": un caso di questo tipo si è verificato al carcere Dozza di Bologna ed è stato portato davanti alla Magistratura di sorveglianza con il supporto dell'associazione L'altro diritto e l'Ufficio di Sorveglianza di Bologna, nell'accogliere il ricorso³⁵ perché la detenzione si era svolta in violazione degli artt. 13 e 32 Cost., in quanto la sezione denominata "psichiatrica" non aveva niente di sanitario. Inoltre, poiché l'art. 148 richiedeva una forma differenziata di esecuzione della pena che non può proseguire in regime ordinario a causa dell'infermità sopravvenuta, la persona detenuta avrebbe dovuto essere assegnata, nel caso di specie, a una struttura adeguata alla cura psichiatrica, sita nel territorio nazionale, preferibilmente vicina al territorio di provenienza della ricorrente³⁶.

Inoltre, delle articolazioni psichiatriche penitenziarie elencate negli atti amministrativi non tutte sono state effettivamente realizzate nel momento della loro istituzione sulla carta e il Commissario per la chiusura degli OPG ha messo in evidenza la discrepanza dei dati forniti dai diversi livelli dell'Amministrazione penitenziaria e tra il dato amministrativo e quello fattuale.³⁷

La Corte di Cassazione ha riportato, a fine 2017, la cifra di 38 sezioni, che risultano attivate in base ai dati del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, per una capienza complessiva di 500 posti letto.³⁸

La mappatura più recente delle ATSM con i dati sulle presenze è contenuta nella relazione del Garante nazionale delle persone private della libertà presentata al Parlamento nel 2021, con dati relativi al 1° marzo 2021.

³⁴ F. Corleone, Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017, p. 51.

³⁵ Ordinanza dell'ufficio di Sorveglianza di Bologna n. 2016/1782 del 6/7/2016, depositata in cancelleria in data 11/7/2016, pronunciata su ricorso ex art. 35 bis O.P.

³⁶ Katia Poneti, *Salute mentale in carcere: l'incerto destino dei rei folli*, in F. Corleone (a cura di), *Mai più manicomi*, Fiesole, Fondazione Michelucci Press, 2018

³⁷ Si veda la F. Corleone, Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, 19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017, p. 47 ss.

³⁸ Corte di Cassazione, sezione I, n. 13382/2018, data udienza 23/11/2017, su cui per esteso il prossimo paragrafo 7.

Tabella 2.1.10 - Sezioni "Articolazione per la tutela della salute mentale" e presenti - Dati all'1.3.2021

Regioni	Istituti	Articolazione Salute Mentale												
		n. Sezioni		Presenti				n. Sezioni Disabili		Disabili presenti				
		F	M	D	n. camere	U	n. camere	F	M	D	n. camere	U	n. camere	
Abruzzo	Pescara - Casa circondariale	-	1	-	-	8	4	-	-	-	-	-	-	-
	Vasto - Casa lavoro	-	1	-	-	0	3	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	Catanzaro - Casa circondariale	-	1	-	-	9	10	-	1	-	-	1	1	-
	Reggio Calabria "G.Panzerà" - Casa circondariale	-	1	-	-	2	5	-	-	-	-	-	-	-
Campania	Benevento - Casa circondariale	-	1	-	-	5	4	-	-	-	-	-	-	-
	Napoli Secondigliano - Casa circondariale	-	1	-	-	18	18	-	-	-	-	-	-	-
	Pozzuoli - Casa circondariale femminile	1	-	7	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Salerno - Casa circondariale	-	1	-	-	8	5	-	-	-	-	-	-	-
	Santa Maria C.V. - Casa circondariale	-	1	-	-	19	12	-	1	-	-	3	1	-
	Sant'Angelo dei Lombardi - Casa di reclusione	-	1	-	-	1	5	-	-	-	-	-	-	-
Emilia Romagna	Bologna - Casa circondariale	1	-	2	4	-	-	1	-	1	-	-	-	1
	Piacenza - Casa circondariale	-	1	-	-	5	5	-	-	-	-	-	-	-
	Reggio Emilia - Istituti penitenziari	-	1	-	-	43	43	-	-	-	-	-	-	-
Lazio	Civitavecchia - Casa circondariale	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Roma - Rebibbia Nuovo complesso	-	1	-	-	4	3	-	-	-	-	-	-	-
	Roma Regina Coeli - Casa circondariale	-	1	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-
	Velletri - Casa circondariale	-	1	-	-	4	3	-	1	-	-	1	1	-
	Viterbo - Casa circondariale	-	1	-	-	0	2	-	-	-	-	-	-	-
Liguria	Genova Marassi - Casa circondariale	-	1	-	-	1	2	-	1	-	-	1	1	-
Lombardia	Monza - Casa circondariale	-	1	-	-	1	8	-	-	-	-	-	-	-
	Pavia - Casa circondariale	-	1	-	-	19	11	-	-	-	-	-	-	-
Marche	Ascoli Piceno - Casa circondariale	-	1	-	-	3	4	-	-	-	-	-	-	-
Piemonte	Torino - G. Lorusso - Casa circondariale	1	2	2	2	9	12	-	-	-	-	-	-	-
Puglia	Lecce - Casa circondariale	-	1	-	-	5	10	-	1	-	-	1	1	-
Sardegna	Cagliari - Casa circondariale	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	3	-
Sicilia	Barcellona P. G. - Casa circondariale	1	1	10	7	59	26	-	1	-	-	2	2	-
	Palermo "Pagliarelli" - Casa circondariale	-	1	-	-	6	6	-	-	-	-	-	-	-
Toscana	Firenze - Sollicciano - Casa circondariale	-	1	-	-	9	8	-	-	-	-	-	-	-
	Livorno - Casa circondariale	-	1	-	-	15	28	-	-	-	-	-	-	-
Umbria	Spoletto - Casa reclusione	-	1	-	-	2	5	-	1	-	-	1	1	-
Veneto	Belluno - Casa circondariale	-	1	-	-	5	6	-	-	-	-	-	-	-
	Verona - Casa circondariale	-	1	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-
Totale nazionale		5	29	21	17	262	255	1	8	1	-	13	12	-

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria

Elaborazione a cura del Garante nazionale - Unità organizzativa Privazione della libertà in ambito penale

I Livelli essenziali di assistenza - LEA (DPCM 12 gennaio 2017) nel prendere in considerazione, all'art. 58, le persone detenute ed internate negli istituti penitenziari e i minorenni sottoposti a provvedimento penale, ricordano che ai sensi dell'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, il Servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza sanitaria alle persone detenute, internate ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale, secondo quanto previsto dal DPCM 1° aprile 2008. Il quale prevede che il servizio sanitario penitenziario sia integrato nella rete dei servizi sanitari ordinari, dunque, il riferimento è ai LEA previsti in generale per la popolazione, in particolare, quindi, gli artt. 26 e 33 che riguardano l'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali (26) e l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (33). Per i minori gli articoli di riferimento sono il 25 e il 32. Le ATSM non sono invece previste come specifiche strutture.

Codice penale e norme sul superamento dell'OPG

Tra gli autori di reato con patologia psichiatrica, il Codice penale distingue in modo netto la condizione di coloro che manifestano una patologia psichiatrica al momento del fatto-reato, che sono considerati incapaci d'intendere e volere, assolti e sottoposti a misura di sicurezza se ritenuti pericolosi (i cosiddetti *folli rei*), da coloro giudicati sani di mente e che vengono condannati, in quanto manifestano la patologia durante la detenzione (i cosiddetti *rei folli*).

Le persone sottoposte a misura di sicurezza devono essere prese in carico dal servizio psichiatrico territoriale e, nei casi più gravi (*extrema ratio*) sono inviate in una REMS. In base a quanto previsto dalle norme che disciplinano la materia dopo il superamento degli OPG: le Leggi 9/2012 (di conversione del Decreto-Legge 211/2011) e 81/2014 (di conversione del Decreto-Legge 52/2014) con le quali sono state istituite le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), caratterizzate dalla prevalente finalità di cura. Le nuove strutture REMS sono state indicate dalla legge come *extrema ratio* nel trattamento del folle reo, ovvero come provvedimento da adottare quando altri, meno restrittivi della libertà personale, come la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche, siano inadeguati a far fronte alla pericolosità del soggetto (art. 3-ter, co. 4, del DL 211/2011, convertito in L. 9/2012, come modificato dall'art. 1 del DL 52/2014, convertito in L. 81/2014). Questa disposizione, e le altre che hanno delineato il nuovo sistema delle REMS,³⁹ hanno dato l'opportunità di configurare un sistema aperto al territorio, in cui all'opzione custodiale si arrivi solo dopo aver vagliato ed escluso soluzioni che privilegino la cura in luoghi aperti, o semiaperti.

Le misure di sicurezza costituiscono un circuito formalmente separato rispetto alla sanità penitenziaria. Tuttavia, i percorsi alternativi alla reclusione, sia in ingresso sia in uscita dalla REMS e dal carcere, pur avendo basi normative diverse, hanno entrambi come loro fulcro il funzionamento della presa in carico da parte dei servizi psichiatrici sul territorio.

L'intervento della Corte Costituzionale sui detenuti con malattia psichica: Corte Cost. 99/2019

I detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta durante la detenzione, rientranti nella previsione dell'art. 148 c.p. sono invece rimasti ai margini del percorso di superamento degli OPG e, come visto sopra, sono stati destinati dagli Accordi Stato-Regioni alle ATSM. Tuttavia, tale previsione si è rivelata molto critica e precaria, poiché riguardando una modalità di esecuzione della pena, non può essere contenuta in un atto che non ha il rango della legge (riserva di legge ex art. 13 Cost.)

Il Tavolo 10 su Salute e disagio psichico, nell'ambito degli stati generali dell'esecuzione penale, aveva suggerito di creare una nuova misura alternativa alla detenzione dedicata ai malati psichiatrici, art. 148. Tale misura doveva essere modellata sul modello della grave infermità fisica (art. 147 c.p.) e attuata attraverso la detenzione domiciliare ex art. 47 ter, opportunamente integrato con modifiche normative. Destinatari di tale misura sarebbero i soggetti portatori di patologia psichiatrica con una compromissione significativa del funzionamento psichico e dell'adattamento tale da rendere nulla o scarsa l'efficacia degli

³⁹ Due esempi che hanno voluto rompere con note prassi sviluppate negli OPG: l'introduzione della durata massima della misura di sicurezza, volta a chiudere con la prassi delle proroghe senza fine della misura, che divenivano "ergastoli bianchi", e l'esclusione dalla base di giudizio in tema di pericolosità sociale della mancanza di programmi terapeutici individuali, volta anch'essa a rompere con la prassi delle continue proroghe, dovute, spesso, alla carenza di presa in carico da parte dei servizi territoriali, che non formulavano programmi adeguati, piuttosto che allo stadio raggiunto nel miglioramento del soggetto sottoposto a misura di sicurezza (DL 52/2014, conv. in L. 81/2014, art. 1, co. 1 e 1-quater).

interventi riabilitativi eventualmente erogabili all'interno del carcere, persone per le quali è necessario intervenire attraverso un programma terapeutico riabilitativo individuale, realizzato in integrazione con i servizi psichiatrici e sociali del territorio di appartenenza e finalizzate alla cura e al reinserimento sociale della persona.

La riforma legislativa prevista nel 2018 nell'ambito della Delega Orlando (Legge delega per la riforma dell'Ordinamento penitenziario n.103/2017). proponeva una soluzione simile a quella del Tavolo 10, che però non è riuscita ad arrivare all'approvazione. Così nel 2019 è intervenuta la Corte Costituzionale, grazie alla questione sollevata dalla Corte di Cassazione⁴⁰ sulle norme riguardanti la cosiddetta detenzione domiciliare "umanitaria" o "in deroga" (ovvero di quelle norme che permettono alle persone detenute affette da patologie fisiche di accedere alla detenzione domiciliare in luoghi di cura, di cui agli artt. 146-147 c.p. e art. 47-ter, co. 1-ter O.P.), in relazione alla loro applicabilità ai soggetti detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta, e alla luce della disciplina riguardante la patologia psichiatrica (art. 148 c.p.), come ricostruita dopo l'intervento delle Leggi 9/2012 e 81/2014 sul superamento degli OPG.

La Corte di Cassazione, analizzando l'impatto della riforma sulle norme in esame, ricostruisce tale disciplina come caratterizzata da un vuoto normativo, derivante dall'abrogazione tacita dell'art. 148 c.p. ad opera della Legge del 2014, che avendo stabilito la chiusura degli OPG, destinato le REMS all'esecuzione delle misure di sicurezza, e non avendo fatto parola dei detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta, avrebbe reso inapplicabile l'art. 148. Tale abrogazione si traduce in un vuoto di tutela per il detenuto con patologia psichiatrica che, contrariamente al detenuto con patologia fisica, non può accedere alla sospensione della pena e alla detenzione domiciliare in luogo di cura.

La Corte costituzionale, con la sentenza 99/2019⁴¹, ha giudicato fondato il ricorso ed accolto la ricostruzione normativa proposta dalla Corte di Cassazione: ha affermato che l'art. 148, primo comma, c.p. non è più applicabile perché superato da riforme legislative che lo hanno svuotato di contenuto precettivo. Pur non essendo stata formalmente abrogata, tutti gli istituti a cui rinvia la disposizione dell'art. 148 sono scomparsi, eliminati dalle riforme legislative mosse da un nuovo approccio alla malattia mentale, sintetizzabile nel passaggio dalla mera custodia alla terapia⁴².

La Corte Costituzionale mette l'accento sulla necessità di effettività delle garanzie costituzionali per le persone che oltre a trovarsi in uno stato di privazione della libertà personale, sono anche gravemente malate e versano dunque "in una condizione di duplice vulnerabilità" (punto 2.1. considerato in diritto). In caso di gravi condizioni di salute, che rendono necessaria l'uscita dal carcere, non garantirla sarebbe una violazione del diritto

⁴⁰ Corte di Cassazione, sezione I, n. 13382/2018, data udienza 23/11/2017

⁴¹ Su cui si vedano: M. Ruotolo, "Quando l'inerzia del legislatore rende indifferibile l'intervento della Corte costituzionale. A proposito dell'applicazione della detenzione domiciliare per il 'reo folle'", in *Giurisprudenza costituzionale*, 2019, 2, p. 1103; M. Bortolato, "La sentenza n. 99/2019 della Corte costituzionale: la pari dignità del malato psichico in carcere", in *Cassazione Penale*, 9, 2019, p. 3152; M. Pelissero, "Infermità psichica sopravvenuta: un fondamentale intervento della Corte costituzionale a fronte del silenzio del legislatore", *Diritto Penale e Processo*, 9, 2019, 1261; A. Menghini, "La grave infermità psichica sopravvenuta. La consulta supplisce all'inerzia del legislatore", in A. Menghini, E. Mattevi (a cura di), *op. cit.*, 2020

⁴² C.Cost.99/2019: "in virtù di riforme legislative che riflettono un cambiamento di paradigma culturale e scientifico nel trattamento della salute mentale, che può riassumersi nel passaggio dalla mera custodia alla terapia (ad esempio, in tal senso, il parere del Comitato nazionale per la bioetica, «Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere», del 22 marzo 2019)" (punto 3.1. considerato in diritto). C.Cost.99/2019: "la sofferenza che la condizione carceraria inevitabilmente impone di per sé a tutti i detenuti si acuisce e si amplifica nei confronti delle persone malate, sì da determinare, nei casi estremi, una vera e propria incompatibilità tra carcere e disturbo mentale" (punto 4.1. considerato in diritto).

alla salute, sancito dall'art. 32 Cost. Spetta al giudice contemperare nel caso specifico le esigenze di salute e sicurezza, graduando le prescrizioni della detenzione "in deroga" (punto 5.3. considerato in diritto).

A seguito della sentenza 99/2019 risulta quindi applicabile al caso di infermità mentale sopravvenuta la detenzione domiciliare "umanitaria", prevista dall'art. l'art. 47 ter, comma 1-ter o.p.

Condizione di detenuto con patologia psichiatrica, categorie giuridiche e diritto alla salute

Come si è visto, nel DPCM 1° aprile 2008, erano state indicate le categorie di detenuti con patologia psichiatrica che sarebbero andate in carcere, per differenziarle da quelle, sottoposte a misura di sicurezza a cui era destinato il nuovo sistema delle REMS e dei servizi psichiatrici territoriali. Le norme di legge che definiscono tali categorie sono:

- 1) art. 111, co. 5 e 7 DPR 230/2000 – infermità psichica sopravvenuta e vizio parziale di mente;
- 2) art. 112 DPR 230/2000 – accertamento condizioni psichiche;
- 3) art. 65 O.P. sezioni per minorati psichici;
- 4) 148 CP – infermità psichica sopravvenuta al condannato.

Considerato che l'art. 148 è stato considerato inapplicabile a seguito del venir meno degli OPG e che l'accertamento delle condizioni psichiche era finalizzato all'applicazione dell'art. 148 e all'invio in OPG, ci si domanda quale valore conservino oggi tali categorie in relazione alla tutela della salute mentale in carcere. Esse, infatti, sono nate dalla necessità di differenziare le tipologie di detenuti che, prima, venivano inviate in OPG pur non essendo destinatarie di misura di sicurezza e, poi, sono state trasferite dagli OPG al carcere visto che le nuove REMS sono destinate solo alle misure di sicurezza. Successivamente alla sentenza 99/2019 i detenuti con patologia psichiatrica non vengono più qualificati come 148, in quanto norma dichiarata non più applicabile.

E la categoria del "minorato psichico" è puramente amministrativa non avendo nessun riscontro medico.

Potrebbe, forse, essere fatto un ulteriore passaggio nella attuazione della riforma della sanità penitenziaria nel senso dell'abolizione delle categorie amministrative in merito alla salute mentale. Considerando la patologia psichiatrica come una condizione di salute da gestire secondo criteri medici e secondo i principi del consenso informato.

La salute mentale, intesa come diritto del detenuto, porta una serie di considerazioni. Tra cui la necessità di riflettere sulla valenza che assume l'assegnazione alle sezioni speciali psichiatriche, che sono un luogo chiuso in cui si curano le malattie mentali, collocato all'interno di un altro luogo chiuso, che è il carcere. In alcuni casi, quando la sezione è ricavata in un penitenziario, essa si trova materialmente all'interno del carcere, ma, anche quando la sezione è collocata in un edificio autonomo, come sono le sezioni di Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto, essa si colloca comunque all'interno del penitenziario come riferimento istituzionale, come insieme di procedure e cultura di riferimento.

Considerando che l'assegnazione alle sezioni è fatta in funzione dell'effettuazione di trattamenti sanitari, e considerati i principi che hanno portato alla chiusura dei manicomi e alla nuova prospettiva sulla salute mentale, divenuta norma generale con la Legge Basaglia,

l'allocazione dovrebbe essere fatta tenendo conto di tali principi e dunque della volontà del detenuto, prendendo come modello di riferimento la presentazione volontaria ai servizi sociosanitari, sia territoriali che ospedalieri, della persona che vuole essere curata. Questo per evitare che le ragioni del controllo vincano su quelle della cura. Nell'attuale quadro normativo invece, l'assegnazione alle sezioni è fatta con un provvedimento amministrativo dell'Amministrazione penitenziaria, che è sottoposto a controllo giurisdizionale successivo da parte del magistrato di sorveglianza, che vigila sul rispetto dei diritti dei detenuti ex art. 35-bis. Tuttavia, trattandosi di provvedimento amministrativo, manca in via generale un procedimento giurisdizionale che ne controlli preventivamente la legittimità, dal punto di vista dei suoi presupposti sanitari e giuridici, compresa l'esistenza del consenso del detenuto.

Inoltre, si dovrebbe mantenere centrale il principio della territorialità nel trattamento della salute mentale, in quanto esso indica il ruolo primario dei servizi psichiatrici aperti e decentrati sul territorio sul territorio, ed è utile di conseguenza a ridurre il potere esercitato sul malato istituzionalizzato: era già presente nella Legge Mariotti (Legge 431/1968) poi pienamente sviluppato con la Legge Basaglia (Legge 180/1978), e ribadito nelle Leggi e negli Accordi che hanno tracciato il superamento degli OPG, sottolineandone anche il valore di mantenimento o recupero del legame del detenuto con i servizi del proprio territorio di residenza. Perché il legame sia mantenuto i soggetti detenuti dovrebbero essere assegnati in istituti vicini al luogo di residenza, e non dovrebbero essere trasferiti in istituti lontani, indicazione che dovrebbe valere anche in via generale (art. 42 o.p.).

Tuttavia, l'affermazione più chiara del principio del trattamento sul territorio la si avrebbe non soltanto con l'ingresso dei servizi psichiatrici in carcere, ma con l'uscita del detenuto, che dovrebbe scontare la sua pena all'esterno con forme alternative. La misura alternativa prevista nell'art. 47-ter, co. 1-ter dell'O.P., come interpretata dalla Corte Costituzionale con la sentenza 99/2019, permette ora alla persona detenuta con patologia psichiatrica di accedere a una forma di detenzione domiciliare in luogo di cura.

Il quadro regionale della toscana

L'organizzazione del servizio sanitario in carcere è stata definita dalla Regione Toscana a seguito delle linee guida date dalla Conferenza Unificata con l'Accordo del 2015. La Delibera della Giunta regionale n. 873 del 14/09/2015 è volta a dettare le linee guida per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari e per la realizzazione delle reti sanitarie nazionali e regionali. A tal fine la Delibera recepisce l'accordo raggiunto in sede di Conferenza Unificata Accordo n. 3/CU del 22/01/2015, che detta le linee guida a livello nazionale per l'erogazione dei servizi e per la realizzazione delle reti sanitarie regionali e nazionali (Allegato A), ed approva le linee guida per l'erogazione dell'assistenza sanitaria alle persone detenute negli Istituti toscani (Allegato B).

Le linee guida della Regione Toscana disegnano l'organizzazione del servizio sanitario nelle carceri toscane, stabilendo alcuni punti fermi. In ogni carcere vi deve essere un presidio sanitario in grado di assicurare alcune funzioni: la medicina di base, il servizio per le tossicodipendenze ed il servizio psichiatrico. In ciascuna struttura penitenziaria deve essere un responsabile medico, con funzione di raccordo e coordinamento con gli altri sanitari e con l'Amministrazione penitenziaria. Le strutture penitenziarie vengono classificate, in base alla complessità delle prestazioni sanitarie fornite, in diversi livelli, dai più semplici ai più complessi. Ogni servizio sanitario penitenziario è una sede territoriale della locale azienda sanitaria ed eroga l'assistenza sanitaria con azione multidisciplinare e integrazione di interventi, fa parte della rete di servizi regionali, che assicura la continuità assistenziale.

In Toscana erano presenti 18 istituti penitenziari per adulti, che insistevano sul territorio di 11 ASL. Dal 1° gennaio 2016 le ASL sono state accorpate in tre grandi ASL, che corrispondono alle ex aree vaste (L.R. n. 28 del 16 marzo 2016). Il sistema sanitario toscano comprende poi le tre Aziende Ospedaliero-Universitarie (AUO Careggi, AUO Pisana, AUO Senese e AUO Meyer) delle quali ognuna è punto di riferimento di un'area vasta, mentre la AUO Meyer è riferimento per tutta la Regione.

Ogni azienda sanitaria prede in carico la salute delle persone detenute attraverso i presidi penitenziari e con il supporto dei presidi sanitari territoriali e ospedalieri, garantendo i Livelli Essenziali di assistenza. Ogni ASL ha un referente per la salute in carcere.

In ogni istituto penitenziario è presente un presidio sanitario, che è assimilabile a un presidio distrettuale. Questo presidio è assimilabile per la specificità logistica a "una struttura residenziale territoriale con bisogni di assistenza sanitaria di cui l'Azienda sanitaria competente si fa carico includendola nella programmazione corrente ed impiegando i propri servizi, articolazioni sanitarie, sociali territoriali e ospedalieri necessari per il raggiungimento dei Livelli Essenziali di assistenza per i detenuti e le detenute (adulti e minori), al pari dei cittadini liberi" (punto B). Ogni presidio ha un responsabile, che coordina le attività sanitarie che si svolgono all'interno, ne favorisce l'integrazione, tiene i contatti con la Direzione dell'istituto penitenziario in accordo con il referente aziendale della salute in carcere.

La Regione Toscana sottolinea come la propria azione sia improntata ad assicurare ai detenuti il diritto alla salute in condizioni di parità con i cittadini liberi, nella consapevolezza di quanto questa parità sia difficile da raggiungere proprio a causa della condizione di detenzione: Eguaglianza del diritto alla salute fra detenuti e cittadini liberi non significa solo uguaglianza nell'offerta dei servizi sanitari, ma "assicurare alle persone detenute pari opportunità nell'accesso al bene salute, tenendo conto delle particolari condizioni di vita in un regime di privazione della libertà, che si per sé rappresenta un ostacolo al conseguimento dell'obiettivo salute" (punto C.)

Il dossier sanitario elettronico costituisce uno strumento essenziale per dare agibilità e tempestività delle informazioni sulla salute dei cittadini detenuti. "La disponibilità in formato digitale delle informazioni e dei documenti clinici relativi alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario, ha la finalità di consentire agli operatori sanitari di avere accesso alle informazioni in tempo reale, per garantire una continuità diagnostica e terapeutica e una corretta presa in carico dei pazienti detenuti, spesso sottoposti a trasferimenti da un istituto penitenziario all'altro o da una regione all'altra" (punto C.).

Nelle linee guida si danno indicazioni nel senso di favorire quanto più possibile la scelta del medico, fra quelli presenti in carcere. Già nelle linee guida a livello nazionale si è dato indicazione di permettere a professionisti sanitari di fiducia del detenuto di accedere alla struttura penitenziaria e utilizzarne le strutture mediche, dietro pagamento. Disposizione importante che tutela la libertà di scelta in campo sanitario, a cui potrebbe seguire, nella prospettiva di una parità sostanziale dei detenuti rispetto ai liberi, la scelta nel senso della gratuità delle prestazioni del medico di base che si reca in carcere dal proprio assistito. Altro punto importante toccato dalla Delibera concerne la prestazione di visite specialistiche, cui viene posta particolare attenzione, anche attraverso il monitoraggio delle prestazioni effettuate.

Tra le prestazioni da garantire negli istituti penitenziari vi sono la "prevenzione, cura e riabilitazione per la salute mentale", e vengono a tal proposito richiamati i dati ARS, che indicano come le patologie psichiatriche rappresentino la prevalenza delle patologie riscontrate nei detenuti (il 41% nel 2012 e il 35% nel 2014 del totale delle patologie). A tal

fine l'azienda USL si fa carico della salute mentale delle persone detenute e in ogni istituto è presente un servizio psichiatrico interno, gestito direttamente dal servizio della ASL, che provvede a:

- 1.1. Individuazione precoce del disagio mentale, per prevenzione e riduzione rischio suicidio e auto/etero lesionismo;
- 1.2. Individuazione precoce di forme di disagio psichico che possono evolvere in patologie;
- 1.3. Cura e riabilitazione;
- 1.4. Prevenzione;
- 1.5. Assistenza psicologica;
- 1.6. Integrazione con altri servizi medici Asl, e con servizi sociali;
- 1.7. Collaborazione con Area trattamentale per accesso a misure alternative;
- 1.8. continuità terapeutica con servizi e presidi del territorio.

La collaborazione con l'Autorità giudiziaria è incentivata, allo scopo di costruire percorsi di cura alternativi al carcere (accordi interistituzionali) ed evitare misure di sicurezza detentive improprie. Un accordo con il PRAP dovrà sovrintendere all'adeguamento della rete regionale per la salute mentale in carcere, secondo l'Accordo della Conferenza Unificata rep. Atti n. 95/CU del 13/10/2011:

- (1) Sezioni per accertamento condizioni psichiche detenuti (osservazioni ex art. 112, co. 2, DPR 230/2000);
- (2) Sezioni per persone detenute con disagio o patologia psichica (infermità sopravvenuta e sezioni per infermi e minorati psichici ex art. 111, co. 5 DPR 230/2000 e 148 C.P.).

La delibera fornisce anche i dati sul numero di personale assegnato, complessivamente, agli istituti penitenziari al 31 dicembre 2014: 186 medici, 186 infermieri, 30 psicologi, 13 personale tecnico, 4 ausiliario, 22 OSS. Tra questi vi sono numerosi professionisti a contratto, soprattutto in alcune categorie: 104 infermieri su 186, 27 psicologi su 30, 14 dei 22 OSS e 4 su 4 di personale ausiliario sono a contratto.

Gli istituti penitenziari sono classificati in diverse tipologie a seconda dell'intensità delle prestazioni sanitarie, fermo restando il fatto che in ognuno devono essere presenti la medicina generale, il Sert e il servizio di salute mentale.

1. Vi sono i servizi con medicina di base: presidi sanitari tipo 1a e tipo 1b. I presidi tipo 1a accolgono detenuti con ridotti bisogni assistenziali e garantiscono: assistenza sanitaria di base (medico responsabile, infermieristica fino a 6 ore al giorno, urgenze (medico se presente o 118), specialistica a domanda. Sono tali: Arezzo, Empoli, Grosseto, Massa Marittima, Siena e Gorgona. I presidi di tipo 1b accolgono detenuti con bisogni assistenziali non particolarmente impegnativi: assistenza sanitaria di base 8con medico da 8 a 24 ore al giorno e infermeria da 12 a 24), risposta alle urgenze e specialistica a domanda. Vi rientrano: Firenze Gozzini, Livorno, Lucca, Pistoia, porto azzurro, San Gimignano, Volterra.

2. Servizi medici multiprofessionali integrati, accolgono detenuti con bisogni assistenziali anche importanti, che necessitano di monitoraggio; garantiscono Assistenza di base (medico e infermieristica h24), urgenze, specialistica (interna). Vi rientrano: Massa, Pisa e Prato.

3. Servizio multiprofessionale integrato con sezione specializzata: accoglie detenuti con bisogni assistenziali impegnativi, che necessitano monitoraggio clinico, ed è presente sezione detentiva sanitaria specializzata; garantiscono: assistenza di base (medico e infermieristica h24), urgenze, specialistica (interna), presidio psichiatrico interno per detenuti di cui agli artt. 111 e 112 DPR 230/2000 e 148 CP. Vi rientra solo Firenze Sollicciano, dove sono attualmente presenti:

a. 2 sezioni per le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche ex art. 112 DPR 230/2000: una femminile (1pl) e una maschile (5pl)

b. 1 reparto di casa di cura e custodia femminile per minorate psichiche di cui all'art. 111 DPR 230/2000 e 148 CP;

c. Una sezione per tossicodipendenti (maschile) che necessitano di trattamento farmacologico (60 pl);

d. Una sezione per tossicodipendenti (maschile) che non necessitano di trattamento farmacologico (60 pl);

e. Le detenute tossicodipendenti non hanno una sezione apposita, ma sono collocate nella sezione assegnata in base alla loro posizione giuridica.

Risulta necessario attivare presso Sollicciano, previo accordo con il PRAP:

- 1 sezione femminile per le osservazioni di detenute nelle carceri toscane, per cittadine toscane minorate psichiche (111 DPR 230/2000) e con infermità mentale sopravvenuta (art. 148 CP) per complessivi 3 posti letto;

- 1 sezione maschile per le osservazioni di detenuti nelle carceri toscane, per cittadini toscani minorati psichici (111 DPR 230/2000) e con infermità mentale sopravvenuta (art. 148 CP) per complessivi 10 posti letto;

4. Servizio medico multiprofessionale integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (S.A.I.). si tratta di strutture che rispondono a bisogni di salute che richiedono assistenza specialistica continuativa, sia di tipo extra-ospedaliero (reparto FKT di Massa: 13 pl per cicli di riabilitazione), sia di tipo ospedaliero (Ospedale Fucci presso la CC di Pisa: 44 pl, di cui 9 femminili per particolari interventi medici o chirurgici).

5. Camere dedicate presso presidi ospedalieri territoriali: utilizzate per interventi ospedalieri programmati, in alcuni casi anche in urgenza. In ogni ambito territoriale di area vasta sono presenti posti letto dedicati all'interno dei presidi ospedalieri: Ospedale delle Apuane (2ppll), Ospedale Campo di Marte di Lucca (2ppll), AUO Pisana (2ppll), PO Volterra S.M. Maddalena (2ppll), Ospedale S.Jacopo di Pistoia (1pl), Nuovo Ospedale di Prato (2ppll), AOUS Le Scotte (2ppll), PO Arezzo San Donato (2ppll), Ospedale Misericordia di Grosseto (1pl).

Osservatorio permanente della sanità penitenziaria

La Regione Toscana ha istituito un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, chiamato comunemente Osservatorio carcere, seguendo la previsione del DPCM 1° aprile 2008. Questo, all'Allegato A, paragrafo Monitoraggio e valutazione, prevede che "Al fine di

valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, garantendo, nel contempo, l'efficacia delle misure di sicurezza, viene realizzato in ogni Regione e Provincia autonoma un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, competenti territorialmente senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”.

La prima istituzione si è avuta con la DGR n. 213/2012, che è stata successivamente modificata dalla DGR n. 163/2017, al fine di adeguare la parte riguardante i componenti, a seguito delle modifiche organizzative intercorse nel Sistema Sanitario Regionale, di cui alla citata L.R. 40/2005 e s.m.i.

Si tratta di un organismo di monitoraggio e valutazione dell'efficienza ed efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti. È stato creato un unico organismo, come del resto previsto dal DPCM 1° aprile 2008, per ricondurre “ad un modello organizzativo unitario, adeguato in termini di semplificazione, appropriatezza e coerenza” (DGR 213) gli organismi e gruppi di coordinamento che erano stati istituiti progressivamente durante il processo di trasferimento delle competenze sanitarie in ambito penitenziario.

La DGR n. 163/2017 definisce i membri componenti. Questi sono:

- il Responsabile del Settore regionale competente in materia di salute in carcere, con funzioni di coordinamento;
- i Referenti delle Aziende USL della Toscana per la salute in carcere;
- il Responsabile del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria competente per gli istituti della Toscana;
- i Direttori dei Centri di Giustizia Minorile competenti per gli istituti penali minorile della Toscana;
- il Responsabile dell'Osservatorio di epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità Toscana.

Il Responsabile del Settore regionale competente in materia di tutela della salute in carcere, oltre ad avere il coordinamento dell'Osservatorio, definisce gli obiettivi, le attività e le modalità operative dello stesso.

I compiti dell'osservatorio sono previsti nella DGR 213/2012, e confermati dalla successiva DGR n. 163/2017:

- coordinamento, integrazione e collaborazione tra le istituzioni che esercitano competenze sanitarie e trattamentali in ambito penitenziario;
- osservazione e analisi costante delle azioni programmatiche e del funzionamento dei servizi sanitari preposti alla tutela della salute in ambito penitenziario;
- monitoraggio tecnico e organizzativo delle attività dei servizi sanitari e valutazione epidemiologica della popolazione carceraria;
- supporto alle attività gestionali dei servizi sanitari e alla ricerca, costruzione indicatori e miglioramento continuo della qualità;
- definizione linee di indirizzo per la salute in carcere e percorsi organizzativi ed assistenziali;

- valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi a tutela della salute in carcere, adottati a fronte della complessità del processo di trasferimento, degli standards assistenziali e dei bisogni di salute;

- verifica della coerenza delle misure connesse alla tutela della salute, attuate a seguito del trasferimento delle competenze della sanità penitenziaria;

- raccordo periodico d'informazione con la rete dei garanti dei diritti dei detenuti, tramite il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale del Consiglio regionale della Toscana;

L'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) ha il compito di svolgere l'indagine epidemiologica negli istituti penitenziari e nei servizi penali minorili della Toscana, in considerazione del ruolo istituzionale ad essa assegnato dalla LR 40/2005, art. 82 che definisce l'Agenzia regionale di sanità quale ente di consulenza tecnico-scientifica per la Giunta e per il Consiglio regionale, che svolge attività di studio e ricerca in materia di epidemiologia e verifica di qualità dei servizi sanitari.

L'Osservatorio ha la possibilità di riunirsi sia in sottogruppi che in forma plenaria, al fine di favorire la trattazione di materie e azioni specifiche. Può avvalersi della collaborazione di altri uffici e organismi regionali, nonché di soggetti esterni, comprese le Organizzazioni sindacali e del Terzo settore, ai fini dello svolgimento di compiti assegnati.

L'organismo è funzionante, e l'ultima riunione si è svolta l'11 maggio 2022.

Sarebbe opportuno che l'Osservatorio esercitasse il suo compito di "raccordo periodico d'informazione con la rete dei garanti dei diritti dei detenuti, tramite il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale del Consiglio regionale della Toscana" in quanto la comunicazione con l'Ufficio del Garante sarebbe estremamente utile a comprendere le problematiche sperimentate dai detenuti e a modulare di conseguenza gli indirizzi dell'Osservatorio.

ATSM Sollicciano

A Sollicciano è stata realizzata una ATSM per la quale era stata approvata una bozza di accordo:

-DGR 1195/2016 che approva la bozza di accordo PRAP-RT per la realizzazione dell'ATSM a Sollicciano (con 2 posti per maschi e uno per femmine): l'ATSM presente a Sollicciano risulta istituita con DM del 28 maggio 2015, ma realmente attivata nel gennaio 2019.

Raccordo tra i servizi territoriali di salute mentale, e delle dipendenze, e i presidi sanitari penitenziari

Il DD (decreto dirigenziale) 10321/2016 ha approvato gli indirizzi operativi per il raccordo tra i servizi territoriali di salute mentale e delle dipendenze e i presidi sanitari penitenziari: essi hanno il compito di

-favorire l'intervento dei servizi di salute mentale e delle dipendenze competenti per territorio in cui ha sede l'istituto penitenziario e il raccordo con i servizi di salute mentale e per le dipendenze territorialmente competenti per la persona reclusa che presenta problemi psichiatrici e di doppia diagnosi;

- coinvolgere i servizi di salute mentale competenti per il territorio in cui il carcere si trova per la risposta alla emergenza psichiatrica che richieda ricovero ospedaliero;

- proporre, laddove ritenuto idoneo e in accordo con i servizi di salute mentale territoriali l'avvicinamento al luogo di residenza del malato di mente autore di reato, per consentirne la progressiva territorializzazione;

- favorire l'attuazione di appropriate soluzioni territoriali al fine di evitare invii impropri in REMS.

Gli obiettivi sono quelli della continuità terapeutica, della presa in carico anche delle persone che prima dell'ingresso in carcere erano sconosciuti ai servizi, tra cui i senza fissa dimora e assicurare la stesura congiunta del Piano terapeutico Individuale.

Le indicazioni operative riguardano le reciproche, tra servizio psichiatrico interno al carcere e territoriale, informazione e collaborazione nella predisposizione del piano terapeutico e nella progettazione dei percorsi. "Nel caso in cui il servizio di salute mentale territoriale ritenga idoneo un percorso di cura diverso dal carcere, il progetto terapeutico individualizzato è elaborato in accordo con il servizio di salute mentale del presidio sanitario penitenziario e presentato al Responsabile del presidio sanitario penitenziario in cui è detenuto il paziente stesso, che lo trasmette alla Direzione dell'istituto. La proposta all'Autorità Giudiziaria competente è formulata in sede di equipe integrata con la Direzione dell'istituto penitenziario, che la trasmette all'AG".

L'individuazione della soluzione di accoglienza sul territorio è dunque di competenza del servizio psichiatrico territoriale, che deve garantire una serie di cose la disponibilità effettiva del posto letto, documenti amministrativi per la struttura, pagamento della retta, accompagnamento...e qualsiasi altro adempimento necessario.

Interessante è che dovrebbe essere fatto un monitoraggio semestrale dell'attuazione di tali indirizzi, con la partecipazione dei referenti dei servizi aziendali competenti in materia di salute in carcere, salute mentale e dipendenze per i casi di doppia diagnosi.

In tale ambito Ogni Azienda USL assicura la registrazione e il monitoraggio delle persone detenute in carico e/o segnalate dai presidi sanitari penitenziari, con l'indicazione dei servizi di competenza.

Strutture psichiatriche territoriali (adulti e minori)

Nell'ambito dei LEA, sono definite le prestazioni che devono essere garantite a varie tipologie di condizioni patologiche, dagli artt. 29-35 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Tra queste si hanno

art. 32 - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

art. 33 - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

Per quanto riguarda le strutture sanitarie l'accreditamento è disciplinato dalla L.R. 51/2009, che si pone come attuativa del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e nel rispetto di quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, sui requisiti delle strutture, "definisce le dimensioni necessarie alla "governance" della qualità e sicurezza delle cure" (art. 1).

Nella Regione Toscana si hanno due diverse normative in materia di accreditamento delle strutture, una per le strutture sanitarie e una per quelle sociosanitarie, con differenti criteri di accreditamento. Nel Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R (recentemente modificato con D.P.G.R. 11 ago. 2020, n. 85/R e con D.P.G.R. 16 sett. 2020, n. 90/R) sono definiti i

requisiti delle strutture sanitarie, e in particolare la sezione D prevede i requisiti strutturali, organizzativi, impiantistici e tecnologici specifici per "l'esercizio di attività sanitarie a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta", che completano quelli generali della sezione A, e sono relativi a una serie di strutture, tra le quali rientrano quelle destinate a persone con patologia psichiatrica, in particolare:

-Strutture residenziali e semiresidenziali di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali (D.1)

-Centro diurno psichiatrico (D.2)

-Struttura residenziale psichiatrica (D.3)

-Strutture terapeutiche per persone con disturbi da uso di sostanze e da gioco d'azzardo (D.4)

-Strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia (REMS) (D.5).

Ancora nell'ambito sanitario psichiatrico, definite da una norma a parte, sono presenti specifiche strutture terapeutiche per minori per la tutela della salute mentale. Le tipologie di queste strutture sono delineate dalla DGRT 1063/2015 e più in particolare nell'allegato A. Si tratta di interventi specificamente dedicati ai minori, in linea con quanto definito nel Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, che riconosce tra le Aree di bisogno prioritarie quella relativa ai disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, in quanto molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva, e il trattamento tempestivo è indispensabile ad evitare conseguenze significative in età adulta.

Le residenze residenziali dedicate all'assistenza psichiatrica erano in Toscana al 31/12/2020 complessivamente 117, ed ospitano complessivamente 896 persone con problematiche psichiatriche. Nella tabella che segue è indicata la ripartizione per ASL di competenza. (dati relazione Garante 2021). Vi sono poi, regolate e calcolate separatamente, le comunità terapeutico riabilitative psichiatriche per minori, il cui scopo è l'accoglienza e la cura dei minori con disturbi psichiatrici gravi. Esse, come sopra evidenziato, hanno una regolazione a sé (DGR 1063/2015). Sono presenti in Toscana 8 strutture per minori, di differenti fasce di età, per complessivi 79 posti. Alla data del 31.12.2020 erano tutte occupate per il numero dei posti autorizzati. (Relazione Garante 2021).

I NUMERI DELLA SALUTE MENTALE IN CARCERE IN TOSCANA.

G. MELANI

La seconda parte della ricerca – svolta dalla Dr.ssa Giulia Melani tra gennaio e giugno 2022 - si poneva come obiettivo quello di ricostruire la dimensione quantitativa della questione della salute mentale in carcere in Toscana, attraverso l'esame dei dati relativi alle patologie psichiatriche diagnosticate e alle terapie farmacologiche somministrate e attraverso l'esame dei dati relativi a suicidi e atti auto ed etero aggressivi.

LA SALUTE MENTALE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI TOSCANI: LA V RILEVAZIONE ARS TOSCANA

Il 20 maggio 2022, l'agenzia regionale di sanità toscana (ARS Toscana) ha presentato il rapporto della V rilevazione dello stato di salute della popolazione detenuta. La rilevazione prende in esame un campione costituito da tutta la popolazione detenuta negli istituti penitenziari toscani tra il 15 febbraio 2021 ed il 21 maggio 2021.

La rilevazione – giunta alla sua quinta edizione – comprende i seguenti dati: informazioni di carattere demografico (età, genere, nazionalità, anni di studio); informazioni relative agli stili di vita (consumo tabacco, indice di massa corporea); registrazione delle diagnosi (sia internistiche che psichiatriche) e dei trattamenti farmacologici; dati relativi agli atti di autolesionismo e ai tentativi di suicidio.

La serie di dati delle cinque rilevazioni mostra una costante: i disturbi psichici sono sempre quelli percentualmente più incidenti.

Tabella 4: ARS Toscana - Stato di salute popolazione detenuta. V rilevazione, p. 13

Grandi gruppi	2009	2012	2014	2017	2021
Disturbi psichici	33,2	41	37,3	38,5	49,2
Malattie infettive e parassitarie	15,9	11,1	12,8	16,2	4,4
Malattie del sistema circolatorio	11,4	7,9	9,4	15,5	15,0
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	9,5	9,2	8	12,1	15,0
Malattie dell'apparato digerente	25,4	14,4	11	9,5	14,0
Malattie dell'apparato respiratorio	6,2	5,4	4,4	4,4	5,0
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	11,1	8,4	7,2	3,5	7,4
Malattie dell'apparato genitourinario	2,9	1,6	2,3	3,2	4,6
Malattie del sistema nervoso	5,1	3,7	4,6	2,7	5,6
Traumatismi e avvelenamenti	6,6	4,3	4,1	2,4	3,1
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	N.D.	0,3	2,4	1,2	0,1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0	2,1	1,7	1,1	3,4
Tumori	1	0,5	0,6	0,9	1,6
Altre condizioni patologiche	5	10,5	6,3	5,7	0

La classe delle patologie psichiatriche non è solo la maggiormente rappresentata in carcere, ma con un'incidenza molto alta: il 49,2% nel 2021 e in preoccupante crescita rispetto alle precedenti rilevazioni (37,3 nel 2014 e 38,5 nel 2017).

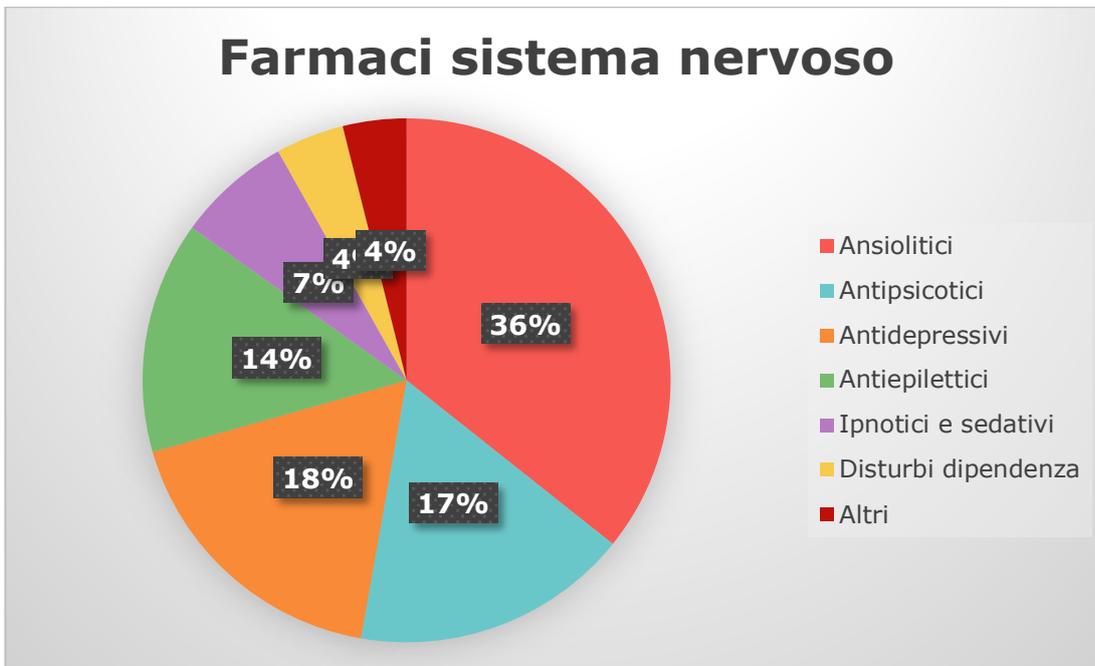
In linea con la distribuzione per classi di grandi patologie anche la distribuzione dei farmaci somministrati vede la classe farmacologica riferita al sistema nervoso come la maggiormente rappresentata.

Tabella 5. ARS Toscana - Stato di salute popolazione detenuta. V rilevazione, p. 29

Gruppo anatomico farmaci	2014	2017	2021
Sistema nervoso	54,2	49,6	53,5
Sistema cardiovascolare	14,5	21,3	17,7
Apparato gastrointestinale e metabolismo	10,9	13,9	13,1
Sangue e organi emopoietici	3,8	4,8	4,3
Sistema respiratorio	3,2	3,1	3,2
Sistema muscoloscheletrico	4,6	1,2	2,9
Sistema genitourinario e ormoni sessuali	1,2	2,7	2,5
Antimicrobici generali per uso sistemico	4,8	1,8	0,9
Preparati ormonali sistemici	0,9	0,7	0,8
Dermatologici	1,0	0,5	0,5
Antineoplastici e immunomodulatori	0,3	0,2	0,2
Organi di senso	0,4	0,2	0,2
Antiparassitari, insetticidi e repellenti	0,1	0	0,1
Vari	0,1	0	0,2

Anche nell'assunzione di farmaci del sistema nervoso, si osserva un incremento dall'ultima rilevazione effettuata, anche se di minore entità rispetto all'incremento della distribuzione delle patologie psichiatriche.

Tabella 6. Grafico nostro ricavato da dati ARS Toscana - Stato di salute della popolazione detenuta - V rilevazione, p. 31



Tra i farmaci del sistema nervoso, il 36,7% è rappresentato da ansiolitici, il 17,5% da antipsicotici, 15,9% da antidepressivi e il 14,7% da antiepilettici.

LA SALUTE MENTALE IN CARCERE E LA PANDEMIA COVID-19

La pandemia covid-19 e le misure adottate per il contenimento della diffusione del virus hanno indubbiamente avuto un forte impatto sulle vite di tuttə noi, producendo conseguenze sulla salute mentale della popolazione, che sono già oggetto di numerosi studi⁴³, vengono monitorate dalle organizzazioni sanitarie nazionali e internazionali⁴⁴ e affrontate dai Governi con l'adozione di apposite misure (sufficienti o meno) come, in Italia, l'introduzione del cosiddetto "bonus psicologo"⁴⁵ e lo stanziamento di 10 milioni di euro per rafforzare i servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza e potenziare l'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali e l'assistenza per il benessere psicologico individuale e collettivo⁴⁶.

Le conseguenze della pandemia non hanno colpito orizzontalmente tutte le persone allo stesso modo, ma hanno maggiormente inciso sulle condizioni di pregressa vulnerabilità, acuendo le preesistenti differenze sociali.

La popolazione detenuta, già particolarmente vulnerabile⁴⁷, ha grandemente subito le conseguenze della pandemia e delle misure di contenimento della diffusione del virus. La limitazione degli ingressi di persone esterne – familiari, volontarie, operatori esterni e insegnanti – ha inciso pesantemente sulle condizioni di vita in carcere, soprattutto nella prima fase della pandemia, in cui: sono state cancellate le visite e gli incontri delle detenute con i propri cari, con i difensori e i volontari; sono state soppresse moltissime attività formative, ricreative, lavorative ed educative, ordinariamente gestite da associazioni del terzo settore; è stata limitata la ricezione di pacchi, con la conseguente mancanza di beni alimentari, per l'igiene personale e della cella e per lo svago, ordinariamente consegnati dalle famiglie durante le visite; si è diffusa paura e smarrimento e senso di isolamento, per la mancanza quasi totale di contatti con il mondo esterno.

Come ha sostenuto la Ministra della Giustizia Cartabia, nella recente relazione al Senato: «quanto al carcere, come ho già avuto modo di osservare, la pandemia ha fatto da detonatore di questioni irrisolte da lungo tempo. Questi anni sono stati durissimi. Le

⁴³ Si vedano, tra i molti, ad esempio: T. CANTELMÌ, E. LAMBIASE, et. al., *COVID-19: impatto sulla salute mentale e supporto psicosociale*, in "Modelli Della Mente - Open Access", (1/2020); G. ABBRACCIAMENTO, M. COGNIGNI, et. al., *Covid-19 e salute mentale in età evolutiva: L'urgenza di darsi da fare*, in "Medico e Bambino", 39(4), 2020, pp. 237-240; E. MEDDA, A. GIGANTESCO, et. al., *La pandemia da covid-19 in Italia: l'impatto sulla vita e la salute mentale*, in "Rivista di psichiatria", 56(4), 2021, pp. 182-188; D. TALEVI, V. SOCCI, et. al., *Mental health outcomes of the Covid-19 pandemic*, in "Rivista di psichiatria", 55(3), 2020, pp. 137-144.

⁴⁴ Si vedano l'impegno del centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale dell'Istituto superiore di sanità (ISS), <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-salute-mentale>; e le analisi del World Health Organization (WHO), <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-covid-19>.

⁴⁵ Il bonus psicologo è stata una misura introdotta con la legge finanziaria per il 2021 e confermata dal decreto contenente "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi", meglio noto come "mille proroghe", per il 2022. La misura consiste nell'erogazione alle persone con ISEE inferiore ai 50.000 € di un contributo pari ad un massimo di 600,00 € annui, per finanziare 10 sedute psicologiche e psicoterapiche, presso professionisti privati. La misura è stata prevista dal co. 3, dell'art. 1 *quater* della L. 25 febbraio 2022, n. 15 di conversione in legge con modificazioni del D.L. 30 dicembre 2021, n. 28.

⁴⁶ art. 1 *quater*, L. 25 febbraio 2022, n. 15 di conversione in legge con modificazioni del D.L. 30 dicembre 2021, n. 28

⁴⁷ Si veda il parere del COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *La salute dentro le mura*, 27 settembre 2013, in cui si considerano le persone detenute "gruppo ad alta vulnerabilità".

tensioni, le paure, le incertezze, l'isolamento che tutti abbiamo sperimentato erano e sono amplificati dentro le mura del carcere»⁴⁸

Le misure di contenimento della diffusione del virus e i provvedimenti di "compensazione".

Tra febbraio e marzo 2020, la popolazione libera seguiva con allarme le notizie relative ai primi casi accertati di coronavirus in Italia, all'emersione di alcuni focolai di virus in aree del Nord del Paese, all'individuazione e istituzione di zone rosse per le provincie più colpite, all'introduzione delle chiusure di alcune attività, fino al lockdown sull'intero territorio nazionale.

Nel mondo penitenziario, il 22 febbraio 2020, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP) adottava misure di limitazione alle attività, agli ingressi e ai colloqui, in alcune aree del Nord Italia maggiormente colpite dal virus, disponendo con circolare l'esclusione dall'ingresso di personale esterno, insegnante, volontario e familiare residente o dimorante nei comuni più colpiti dal virus⁴⁹. Il 2 marzo, con D.L. 9/2020, si stabiliva che i colloqui con congiunti o terzi negli istituti penitenziari ubicati nei comuni più colpiti, si svolgessero a distanza, mediante apposite apparecchiature o mediante corrispondenza telefonica, che poteva essere autorizzata oltre i limiti previsti⁵⁰. Nelle altre zone del Paese, la situazione era varia e diversificata, in alcuni istituti furono immediatamente adottate – a scopo precauzionale – le misure previste dal DAP per le aree in zona rossa⁵¹, in altri limitate le attività, ma non i colloqui con i familiari.

Con D.L. 8 marzo 2020, n. 11 (art. 2 co. 8) e DPCM dell'8 marzo 2020 (art. 2 lett. u) venivano sospesi, su tutto il territorio nazionale, i colloqui con congiunti e terze persone, previsti dall'art. 18 dell'ordinamento penitenziario. Con gli stessi decreti, si dava indicazione agli istituti di aumentare l'accesso alle telefonate e permettere di effettuare

⁴⁸ M. CARTABIA, Relazione sull'amministrazione della Giustizia, in Senato, Resoconto stenografico 397° seduta pubblica, 19 gennaio 2022, p. 16.

⁴⁹ Una ricostruzione sintetica di quanto avvenuto nelle carceri nei primi mesi del 2020, si può leggere in una sezione dedicata sul sito dell'associazione Antigone, al seguente link: <https://www.antigone.it/news/antigone-news/3279-coronavirus-la-mappatura-di-antigone-dei-provvedimenti-assunti-nelle-carceri>. Sempre sul sito dell'Associazione Antigone, sono riportati dossier dettagliati sul covid-19 nelle carceri italiane, al seguente link: <https://www.antigone.it/campagne/carcere-e-covid19>. La circolare DAP del 22 febbraio 2020 è reperibile sul sito del Ministero della Giustizia, al seguente link: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_8_1.page?facetNode=1=0_62&contentId=SDC248986&previousPage=mg_1_8#

⁵⁰ L'art. 1 co. 14 del D.L. 2 marzo 2020, n. 9 recita: «Negli istituti penitenziari e negli istituti penali per minorenni ubicati nelle regioni in cui si trovano i comuni di cui all'allegato 1 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° marzo 2020, a decorrere dal giorno successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto sino alla data del 31 marzo 2020 i colloqui con i congiunti o con altre persone cui hanno diritto i condannati, gli internati e gli imputati a norma degli articoli 18 della legge 26 luglio 1975, n. 354, 37 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230, e 19 del decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 121, sono svolti a distanza, mediante, ove possibile, apparecchiature e collegamenti di cui dispone l'amministrazione penitenziaria e minorile o mediante corrispondenza telefonica, che può essere autorizzata oltre i limiti di cui all'articolo 39, comma 2, del predetto decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 2000 e all'articolo 19, comma 1, del predetto decreto legislativo n. 121 del 2018. Negli istituti penitenziari e negli istituti penali per minorenni ubicati in regioni diverse da quelle indicate nel primo periodo, si applicano le medesime disposizioni quando ai colloqui partecipano persone residenti o che esercitano la propria attività lavorativa, produttiva o funzione nei comuni di cui all'allegato 1 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° marzo 2020».

⁵¹ In Toscana, ad esempio, la Direzione della Casa circondariale di Pistoia ha precluso gli ingressi di familiari, volontari e personale esterno dal 24 febbraio 2020.

videochiamate⁵², che con circolare DAP del 12 marzo 2020 venivano autorizzate anche per i detenuti in Alta Sicurezza⁵³.

Le attività ricreative, formative, educative, culturali e i colloqui con i volontari, seguivano le limitazioni già previste per i colloqui con i familiari.

Inoltre, con decreto D.L. 17 marzo 2020, n. 18 (art. 83 co. 17) veniva introdotta la possibilità di sospendere i permessi premio.

In quegli stessi giorni, tra il 7 e il 10 marzo iniziavano proteste e rivolte in diversi istituti penitenziari. Le rivolte hanno visto la partecipazione di oltre 6.000 persone detenute e hanno ricevuto una violenta risposta repressiva, con un terribile bilancio complessivo di 13 morti tra le persone detenute⁵⁴.

La sospensione dei colloqui con le persone congiunte si è protratta fino al giorno 19 maggio 2020, data in cui, ai sensi dell'art. 4 del D.L. 29/2020, si sarebbero potuti riprendere i colloqui con i familiari in presenza, nel numero massimo stabilito dal direttore dell'istituto penitenziario, sentiti il provveditore regionale dell'amministrazione penitenziaria e l'autorità sanitaria regionale. L'ingresso dei volontari e delle associazioni per corsi, consulenza e altre attività è ripreso successivamente e con tempi differenziati nelle diverse regioni e nei diversi istituti⁵⁵.

Dopo il primo lockdown, nei due ulteriori anni di questa pandemia, i colloqui con i familiari, quelli con i volontari, le attività e i corsi non sono stati riattivati con continuità e costanza, a causa delle ulteriori ondate e dei relativi provvedimenti di chiusura, distinti per aree, con sospensione dei colloqui nelle zone arancioni e rosse.

Le misure adottate per limitare il contagio hanno prodotto conseguenze significative – e spesso durature – sulla vita delle persone detenute. Per scongiurare questo tipo di conseguenze e evitare il contagio che avrebbe esposto la popolazione detenuta a grandissimi rischi, molte associazioni del terzo settore⁵⁶ e associazioni di professionisti della giustizia⁵⁷ avevano promosso appelli per l'introduzione di misure atte a produrre

⁵² F. BRIOSCHI, *La bomba è esplosa. Perché il Coronavirus ha acceso le proteste nelle carceri italiane*, in "Studi sulla questione criminale online", disponibile al link <https://wordpress.com/post/studiquestionecriminale.wordpress.com/2148>

⁵³ La circolare è disponibile sul sito del Ministero della Giustizia. Per la ricostruzione del quadro delle circolari emanate dal DAP nella prima ondata pandemica, si consiglia M. NICOTRA, *Schede sintesi Circolari DAP Covid*, sulla pagina del Garante delle persone private della libertà personale della Provincia autonoma di Trento, all'interno del sito del consiglio provinciale, al seguente link: <https://www.consiglio.provincia.tn.it/preso-il-consiglio/garante-detenuti/Documents/SintesiCircolariDAP.pdf>

⁵⁴ Si veda l'appello del Comitato di verità e giustizia per i morti nelle carceri: <https://www.dirittiglobali.it/coronavirus-morti-carceri-appello/> e l'articolo G. ZUFFA, *Coronavirus e carcere, per il diritto alla salute*, in "Studi sulla questione criminale online," disponibile al seguente link: <https://studiquestionecriminale.wordpress.com/2020/03/21/coronavirus-e-carcere-per-il-diritto-alla-salute/>

⁵⁵ Ne da conto, in un'intervista di giugno 2020 il Garante dei diritti delle persone private della libertà personale, nonché coordinatore dei Garanti territoriali, Stefano Anastasia, T. VALIANI, *Carcere, lockdown e volontariato. Importante ripartire subito*, in "Difesa popolo", giornale online, 19 giugno 2020.

⁵⁶ L'11 marzo 2020, Antigone presentava sei proposte per affrontare l'emergenza, che si possono leggere a questo link: <https://www.antigone.it/news/antigone-news/3282-carceri-5-proposte-di-antigone-per-affrontare-l-emergenza>. Successivamente, il 14 marzo 2020, Antigone, CGIL, ANPI, ARCI e Gruppo Abele hanno presentato una piattaforma comune di proposte, che è possibile leggere a questo link: <https://www2.cgil.it/coronavirus-cgil-antigone-arci-anpi-e-gruppo-abele-condividono-documento-per-emergenza-nelle-carceri/>

⁵⁷ Il 23 marzo 2020, l'Associazione Italiana dei Professori di Diritto Penale, ha proposto l'adozione di alcune misure, con un documento pubblicato sul sito della rivista Sistema penale e reperibile al seguente link: <https://www.sistemapenale.it/it/documenti/associazione-professori-di-diritto-penale-emergenza-carcere-coronavirus-covid-19>. Anche Magistratura Democratica, ha proposto alcune misure, si veda il link: <https://www.magistraturademocratica.it/comunicato/non-aspettare-3060.php> Le proposte provenienti

un'immediata e netta riduzione del numero delle persone detenute. Purtroppo, il Governo ha risposto, con il decreto legge "cura Italia" 17 marzo 2020 n. 18 (artt. 123 e 124), introducendo misure molto timide: l'esecuzione della pena presso il domicilio ex L. 199/2010 con una procedura semplificata per le persone con pena da eseguire – anche residua – inferiore ai 18 mesi (ma con obbligo di braccialetto elettronico e con ulteriori motivi ostativi alla concessione non previsti dall'originaria normativa) e l'estensione della durata delle licenze per i semiliberi⁵⁸.

Successivamente, con il decreto-legge "ristori" 28 ottobre 2020, n. 137 (artt. 28, 29 e 30), sono state previste due misure analoghe a quelle del precedente decreto "cura Italia" e inoltre è stata introdotta un'estensione della durata dei permessi premio anche per i non semiliberi⁵⁹.

Queste misure, tutte di durata temporanea, sono state fino ad oggi confermate, ma hanno riguardato una stretta minoranza di persone detenute, producendo effetti insufficienti.

Se in una prima fase, infatti, la popolazione è diminuita, come si può leggere nel rapporto di Antigone del 2021, è: «grazie a un minor numero di arresti e a un maggior utilizzo delle alternative alla detenzione da parte della magistratura», mentre le misure elaborate dal Governo nel decreto del 17 marzo appaiono «assolutamente insufficienti per evitare di trasformare i penitenziari in lazzaretti»⁶⁰.

Tra il 2019 e il 2020, come ci mostrano i dati del Ministero della Giustizia (Tabella1), le persone detenute sono diminuite di 7.405 unità. Comprendere le cause di questo decremento è complesso, molti fattori, non tutti quantificabili, possono aver avuto un impatto.

dall'Unione Camere Penali, si trovano qui:
https://www.camerepenali.it/cat/10394/emergenza_carcere_basta_mistificazioni!.html

⁵⁸ Per il commento della normativa, si rinvia a: E. DOLCINI, G.L. GATTA, Carcere, coronavirus, decreto 'cura Italia': a mali estremi, timidi rimedi, in "Sistema penale", 20 marzo 2020; F. GIANFILIPPI, Le disposizioni emergenziali del d.l. 17 marzo 2020, n. 18 per contenere il rischio di diffusione dell'epidemia di Covid 19 nel contesto penitenziario, in "Giustizia insieme", 18 marzo 2020; G. GIOSTRA, L'emergenza carceraria non è un incendio al di là del fiume, in "Diritto di difesa", 28 marzo 2020; P. GONNELLA, Coronavirus. Sulle carceri insufficienti le norme previste nel decreto del governo. Sono necessari altri provvedimenti, altrimenti a rischio la salute pubblica, pubblicato sul sito dell'Associazione Antigone il 18 marzo 2020.

⁵⁹ Per il commento della normativa, si rinvia a: D. DI CECCA, *Le novità per i detenuti contenute nel c.d. "Decreto ristori" (D.L. 137/2020)*, sul sito dell'Associazione Antigone, al link: <https://www.antigone.it/upload2/uploads/docs/DecretoRistoriCarceri.pdf>; M. PERALDO, *Licenze, permessi e detenzione domiciliare "straordinari": il decreto "ristori" (d.l. 28 ottobre 2020, n. 137) e le misure eccezionali in materia di esecuzione penitenziaria*, in "Sistema penale", 16 novembre 2020

⁶⁰ ANTIGONE, *Oltre il virus. XVII Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*, sul sito dell'associazione, al seguente link: <https://www.rapportoantigone.it/diciassettesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>

Tabella 7: Presenti al 31.12. Serie storica 2006-2021. Dati Ministero della Giustizia – Elaborazione nostra



Il decremento della popolazione detenuta è da collegare alla riduzione degli ingressi dalla libertà, che è stata numericamente significativa, come mostrano i dati forniti dal Garante Nazionale delle persone private della libertà personale nella Relazione alle Camere del 2021 (Tabella 2)⁶¹. Gli ingressi dalla libertà nel 2020 sono diminuiti di ben 10.921 unità, un numero superiore al decremento complessivo della popolazione detenuta.

Tabella 8: Entrate e uscite nel corso dell'anno. Serie storica 2016 - 2020. Dati del DAP. Elaborazione a cura del Garante nazionale - Unità organizzativa Privazione della libertà in ambito penale

Anno	Popolazione detenuta presente alla fine dell'anno	Ingressi dalla libertà nel corso dell'anno	Uscite in libertà nel corso dell'anno	Differenza ingressi e uscite rilevamento nell'anno
2016	54653	47342	36330	11012
2017	57608	48144	36332	11812
2018	59655	47257	36684	10573
2019	60769	46201	35946	10225
2020	53364	35280	31555	3275

Anche la comprensione delle cause del decremento degli ingressi è molto difficile e, anche in questo caso, i fattori da prendere in considerazione sono molti. Si deve tenere conto della diminuzione della dei reati denunciati nel periodo del lockdown ed in generale nel

⁶¹ La tabella è stata ripresa da GARANTE NAZIONALE DEI DIRITTI DELLE PERSONE PRIVATE DELLA LIBERTÀ PERSONALE, *Relazione al Parlamento 2021. Mappe e dati*, p. 24, disponibile in pdf scaricabile dal sito del Garante al link: <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/ed5a1c8e1e34e7a92c1c22ed4d9c4f23.pdf>

2020⁶². C'è stato, inoltre, soprattutto nei primi mesi, un impegno dei magistrati e degli operatori – ancor prima del decreto “cura Italia” e a legislazione invariata – ad adottare le misure possibili per contenere i numeri delle persone detenute, attenuare il sovraffollamento e garantire l'adozione di tutte le misure di prevenzione adeguate a ridurre il rischio di contagio tra la popolazione detenuta. La magistratura infatti – come osserva Angela Della Bella in una rassegna dei provvedimenti – ha adottato:

provvedimenti attraverso i quali si è inteso dare massima applicazione possibile a misure alternative alla detenzione, in presenza ovviamente dei presupposti di legge, [...] finalizzate a realizzare per lo meno parzialmente obiettivi di tutela della salute collettiva all'interno della comunità carceraria, ma anche, di riflesso, per l'intera collettività.

E [...] provvedimenti attraverso i quali si è garantita l'immediata fuoriuscita dal carcere dei detenuti più esposti alle conseguenze del virus per età e per le patologie accertate, in un'ottica questa volta di tutela della salute individuale⁶³.

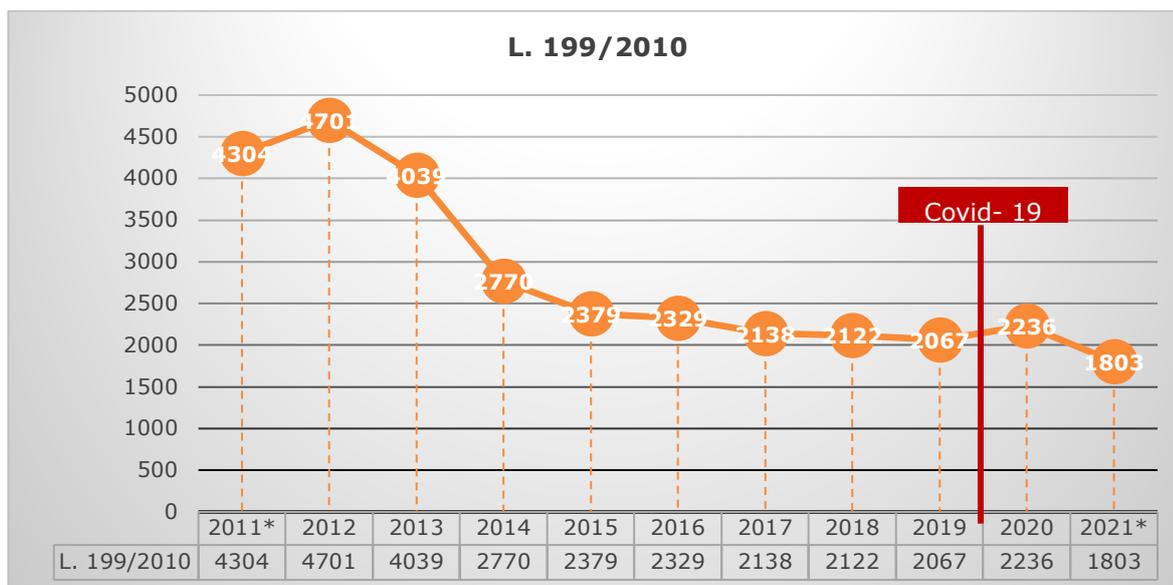
Probabilmente, anche le misure adottate dal decreto “cura Italia”, e in particolare le modifiche alla l. 199/2010, hanno prodotto un qualche effetto sulla riduzione degli ingressi dalla libertà.

Sulle uscite dal carcere, invece, la scarsa efficacia deflattiva della riforma temporanea della l. 199/2010, può essere verificata attraverso l'esame della serie storica di persone uscite dal carcere per eseguire la pena al domicilio, ai sensi di quella normativa (Tabella 3).

⁶² Dai dati Istat 1.900.624 delitti denunciati nel 2020, rispetto ai 2.301.912 del 2019, un decremento del 17%. Dati disponibili sul sito Istat, al link http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=dccv_delittips

⁶³ A. DELLA BELLA, La magistratura di sorveglianza di fronte al COVID: una rassegna dei provvedimenti adottati per la gestione dell'emergenza sanitaria, in “Sistema penale”, 29 aprile 2020.

Tabella 9: Persone uscite dal carcere in virtù della L. 199/2010. Dati Ministero della Giustizia. Elaborazione nostra. Specifiche sull'elaborazione dei dati e spiegazione dei dati contrassegnati da asterisco in nota⁶⁴



Nel 2020, infatti, le persone detenute uscite in esecuzione della pena ai sensi della L. 199/2010 sono state 2236, soltanto 169 in più rispetto all'anno precedente e comunque inferiori ai dati relativi agli anni dal 2011 al 2016.

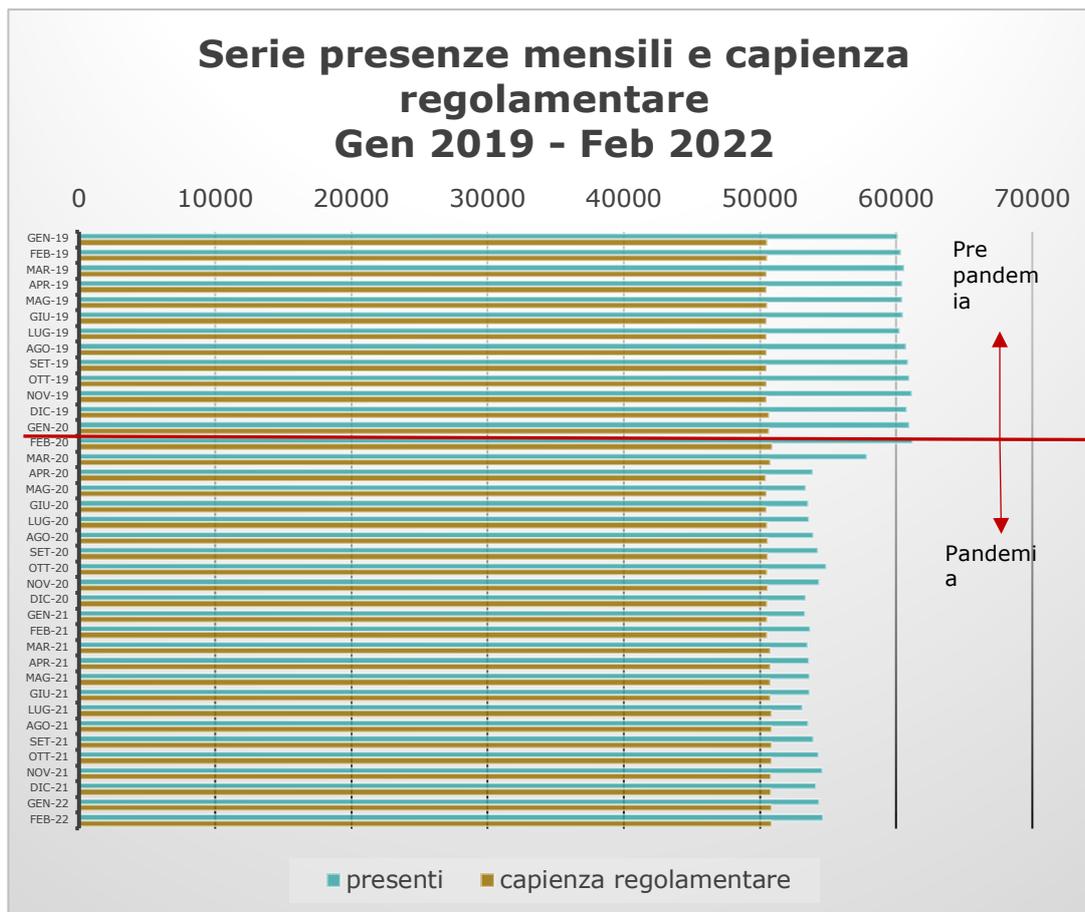
Vista l'eccezionale situazione pandemica si sarebbe auspicato che fossero adottati strumenti straordinari di tutela della salute fisica e mentale delle persone detenute, anche attraverso provvedimenti di liberazione massiva. Invece, la pur grande riduzione del numero dei detenuti, non ha neanche consentito di allineare questo dato, alla capienza massima regolamentare (Tab. 4).

⁶⁴ Il Ministero della Giustizia fornisce, con aggiornamento mensile, il dato complessivo di persone uscite dal carcere in esecuzione della pena presso il domicilio ai sensi della L. 199/2010 dal momento della sua introduzione. I dati qui forniti sono stati rielaborati calcolando la differenza di misure complessive tra inizio e fine di ciascun anno. I dati relativi al 2011 e al 2021, indicati nel grafico con l'asterisco, potrebbero essere leggermente falsati, per due differenti ragioni.

Per quanto riguarda il primo, occorre osservare che la legge 26 novembre 2010, n. 199 è entrata in vigore il 16 dicembre del 2010. Il Ministero della Giustizia inizia a raccogliere i dati a febbraio del 2011, data nella quale le persone uscite ai sensi della L. 199/2010 risultano essere 1368. Anche se appare improbabile, visto che dall'entrata in vigore della misura deve comunque passare il tempo di presentazione dell'istanza, istruttoria e decisione, è possibile che il dato del 2011 comprenda un numero esiguo di misure già adottate nel 2010.

Per quanto concerne il dato del 2021, occorre osservare che il Ministero della Giustizia non ha fornito il dato relativo al 31 dicembre 2021, mentre è regolarmente presente l'aggiornamento al 31 gennaio 2022. Nei due mesi dicembre 2021-gennaio 2022 le misure ex lege 199/2010 applicate alle persone detenute risultano essere 303. Al 30 novembre 2021, le misure applicate nel corso dell'anno risultavano essere pari a 1646. Dunque, le misure applicate nel 2021 a persone detenute possono oscillare tra le 1646 e le 1949. Si è scelto dunque di considerare come dato relativo al 2021 un dato medio tra questi due valori minimo e massimo.

Tabella 10: Presenze e capienza regolamentare. Serie Gen 2019 - Feb 2022. Dati Ministero della Giustizia. Elaborazione Nostra



Nei due anni di pandemia, il carcere è rimasto un luogo sovraffollato, con maggiore chiusura rispetto al mondo esterno, crescente isolamento, minori servizi e minori risorse.

Il covid-19 in carcere

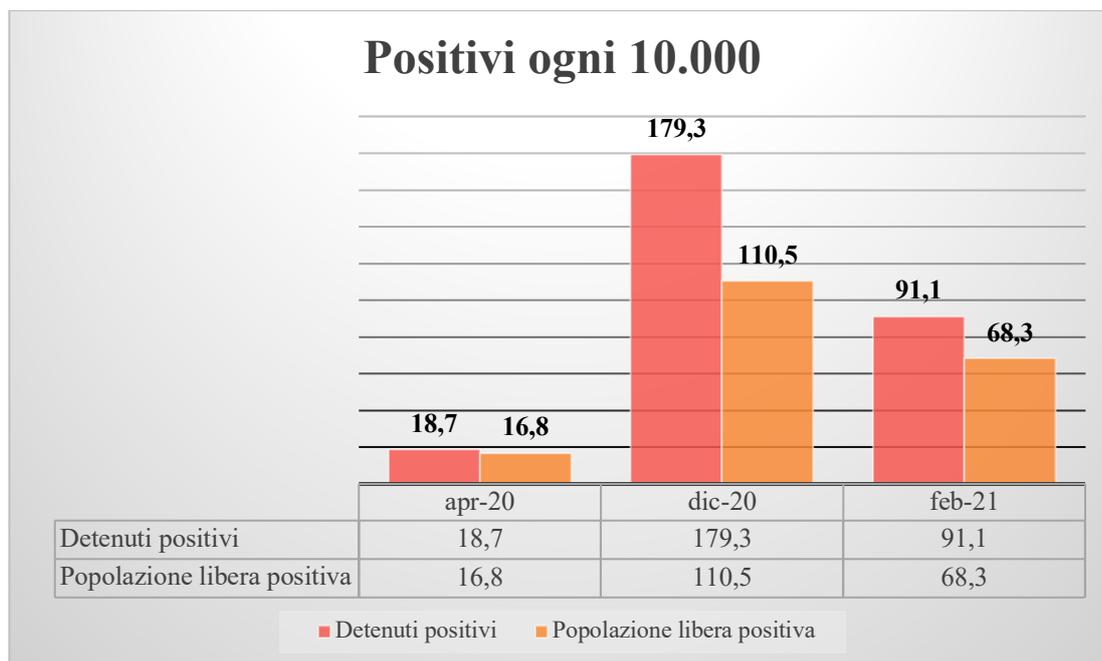
La pandemia ha impattato sulla vita delle persone detenute non solo perché alcune delle misure adottate per contenere il contagio hanno comportato la riduzione delle attività e dei contatti, ma anche perché il virus è entrato negli istituti penitenziari, in cui il mantenimento costante di misure di prevenzione – come il distanziamento, l’igienizzazione degli spazi e delle mani, l’adozione di dispositivi di protezione individuale – non è facilmente garantito.

La presenza del virus in carcere può aver prodotto effetti negativi sulla salute mentale delle persone detenute, sia in ragione del legittimo timore di contrarre il virus quando si presentano casi nell’istituto, sia per i particolari disagi di vivere in regime di isolamento sanitario in caso di sospetto contagio, sia infine per la paura di non ricevere cure adeguate nel caso di confermata positività al virus.

Nonostante le misure precauzionali, le chiusure all’esterno e le limitazioni, il virus è entrato negli istituti penitenziari. Dai dati che fornisce l’Associazione Antigone, il tasso di positivi in carcere, in tre rilevazioni – ad aprile 2020, dicembre 2020 e febbraio 2021 – è stato sempre superiore a quello dei positivi tra la popolazione libera⁶⁵ (tab 11).

⁶⁵ ANTIGONE, *Oltre il virus*, cit.

Tabella 11: Positivi ogni 10.000 abitanti. Popolazione detenuta/popolazione libera. Dati Associazione Antigone. Elaborazione grafico nostra.



Il tasso più alto di contagiati tra la popolazione detenuta è un dato di contesto che è necessario tenere presente per questa ricerca.

L'esame dei dati. I dati nazionali

Capire quali siano stati gli effetti della pandemia sulla salute mentale della popolazione detenuta, verificare se abbia dato luogo ad un complessivo deterioramento delle sue condizioni e comprendere come la popolazione detenuta abbia vissuto i difficili anni di convivenza con il virus, richiederebbe un lungo e complesso lavoro di approfondimento – con necessarie interlocuzioni con i diretti interessati – che non può essere svolto in questa sede, ma potrà essere oggetto di future indagini.

Anche se non è possibile scendere ad un livello di profondità, alcuni dati possono rappresentare degli indici del livello complessivo di qualità della vita nelle istituzioni penitenziarie e sul benessere psichico delle persone detenute, prima e durante l'emergenza pandemica.

Nei prossimi paragrafi, prenderemo in esame alcuni di questi dati, in particolare, quelli relativi ai suicidi, realizzati e tentati, alle morti per cause naturali, agli atti di autolesionismo e agli agiti etero aggressivi.

Si prenderanno in considerazione: i dati nazionali, i dati regionali toscani.

Suicidi

Le poche – perlopiù non recenti – ricerche sui suicidi in carcere in Italia⁶⁶, i rapporti delle associazioni che si occupano di diritti delle persone detenute⁶⁷ e le relazioni dei Garanti nazionali e territoriali⁶⁸ evidenziano da anni un dato molto significativo, che dovrebbe destare particolare allarme: l’altissimo tasso di suicidi tra la popolazione detenuta.

In carcere, il tasso di suicidi è tra 10 e 20 volte superiore a quello della popolazione libera. Nel 2019, data dell’ultima rilevazione ISTAT, in Italia i suicidi erano stati 3759, a fronte di una popolazione ultra-quindicenne di 51.913.934 persone (il tasso di suicidi viene ordinariamente calcolato prendendo in considerazione la popolazione ultra-quindicenne, in quanto il fenomeno nella popolazione più piccola è marginale⁶⁹). Il tasso di suicidi ogni 10.000 persone si aggirava intorno allo 0,72%. In quello stesso anno, il tasso di suicidi ogni 10.000 persone tra la popolazione detenuta era 12 volte superiore e pari all’8,7%.

Seguire l’andamento dei tassi di suicidio in carcere, può offrirci l’occasione di riflettere sulle condizioni detentive e sul benessere delle persone che si trovano a vivere in prigione, in diverse fasi e periodi. Infatti, l’esame dei numeri dei suicidi, permette di esprimere alcune considerazioni di carattere generale, seppure con la cautela connessa a un elemento che è opportuno tenere sempre presente, ovvero che: «l’atto suicidio e le sue motivazioni lontane e prossime appartengono, in primo luogo, a chi vi ricorre: e rimandano, innanzitutto all’unicità e irripetibilità della sua biografia»⁷⁰.

La scarsa letteratura scientifica nazionale sul suicidio in carcere mostra come fattori endogeni, quali l’affollamento delle prigioni incidano fortemente sui suicidi, con una moltiplicazione del numero di persone che si tolgono la vita negli istituti affollati, dove il sovrannumero produce anche pessime condizioni igieniche, scarsità di visite mediche e psicologiche, riduzione dei servizi e delle attività⁷¹.

Come abbiamo visto, nei due anni di pandemia, il numero di persone detenute ed il tasso di affollamento si sono ridotti (anche se i numeri non hanno mai registrato una discesa sotto la soglia della capienza regolamentare). Nonostante la riduzione del numero di detenuti, la qualità della vita interna è peggiorata in ragione dell’incremento del senso di isolamento e della riduzione di attività e contatti con l’esterno.

⁶⁶ L. MANCONI, A. BORASCHI, "Quando hanno aperto la cella era già tardi perché...". *Suicidio e autolesionismo in carcere. 2002-2004*, in "Rassegna Italiana di Sociologia, Rivista trimestrale fondata da Camillo Pellizzi", 1/2006, pp. 117-150; L. MANCONI, *Così si muore in galera. Suicidi e atti di autolesionismo nei luoghi di pena*, in "Politica del diritto". 2/2002, pp. 315-330; L. BACCARO, F. MORELLI, *In carcere: del suicidio ed altre fughe*, Ristretti Orizzonti, Padova, 2009; M. MIRAVALLE, G. TORRENTE, *La normalizzazione del suicidio nelle pratiche penitenziarie. Una ricerca sui fascicoli ispettivi dei Provveditorati dell’amministrazione penitenziaria*, in "Politica del diritto", 1-2/2016, pp. 217-258.

⁶⁷ Si vedano le sezioni dedicate ai suicidi e atti di autolesionismo, nelle relazioni annuali di Antigone, scaricabili dal sito (al link: <https://www.rapportoantigone.it>), in particolare: *Suicidi ed eventi critici*, in ANTIGONE, *Oltre il virus*, cit.; P.A. ALLEGRI, G. TORRENTE, *Si torna a morire. Il preoccupante aumento di suicidi e morti in carcere*, in ANTIGONE, *Un anno in carcere. XIV rapporto sulle condizioni di detenzione*;

⁶⁸ Per i dati nazionali, si rinvia alla Relazione del Garante nazionale delle persone private della libertà personale, GARANTE NAZIONALE DEI DIRITTI DELLE PERSONE PRIVATE DELLA LIBERTÀ PERSONALE, *Relazione al Parlamento 2021*, disponibile in pdf e scaricabile al link: <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/71eda75005cfca920c4c3a7cbcb6d27e.pdf>

⁶⁹ A questo proposito, si rinvia alla pagina dedicata ai suicidi in Italia del sito Epicentro – Epidemiologia per la sanità pubblica, dell’Istituto Superiore della Sanità.

⁷⁰ L. Manconi, A. Boraschi, *op.cit.*, p. 119.

⁷¹ Ivi, p. 122.

Nella prefazione al volume *In carcere: del suicidio ed altre fughe*, Margara, acutamente osservava:

i c.d. tassi suicidari restano significativi, ma con una riserva, legata alla limitata grandezza del numero di suicidi (che, ovviamente, sono sempre troppi) rispetto ai grandi numeri (quello dei detenuti) con cui si opera il confronto: in altre parole, singoli episodi eccezionali possono elevare in un anno il numero, senza che questo riveli circostanze generali che riguardano il carcere⁷².

In ragione di questa riserva, per valutare gli effetti della pandemia sul benessere delle persone detenute, abbiamo scelto di prendere in esame una combinazione di vari eventi critici.

Tra il 2019 e il 2020 i suicidi sono aumentati sia in numero assoluto che in relazione al numero medio di persone detenute nel corso dell'anno, raggiungendo il tasso di 11 suicidi ogni 10.000 detenuti (tabella 6), il più alto dal 2016.

Tabella 12: Suicidi ogni 10.000 detenuti. Dati del Ministero della Giustizia. Elaborazione nostra



	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Presenti al 31.12	54.653	57.608	59.655	60.769	53.364	54.134
Media presenti	53.984	56.946	58.872	60.610	55.445	53.758
Suicidi	39	48	61	53	61	57
Suicidi ogni 10.000 detenuti	7,2	8,4	10,4	8,7	11	10,6

Il tasso è di poco sceso nel 2021

con 57 suicidi: 10,6 ogni 10.000 detenuti. Purtroppo, l'inizio del 2022 ha già segnato un dato allarmante: 13 persone che si sono uccise in carcere nei primi 50 giorni dell'anno⁷³.

⁷² A. Margara, *Prefazione*, in L. Baccaro, F. Morelli, *op.cit.*, p. 12.

⁷³ Si veda, F. OLIVO, Allarme suicidi in carcere, già 13 nel 2022. "Persone ai margini, interrogiamoci tutti", in "Huffington Post", 21 Febbraio 2022.

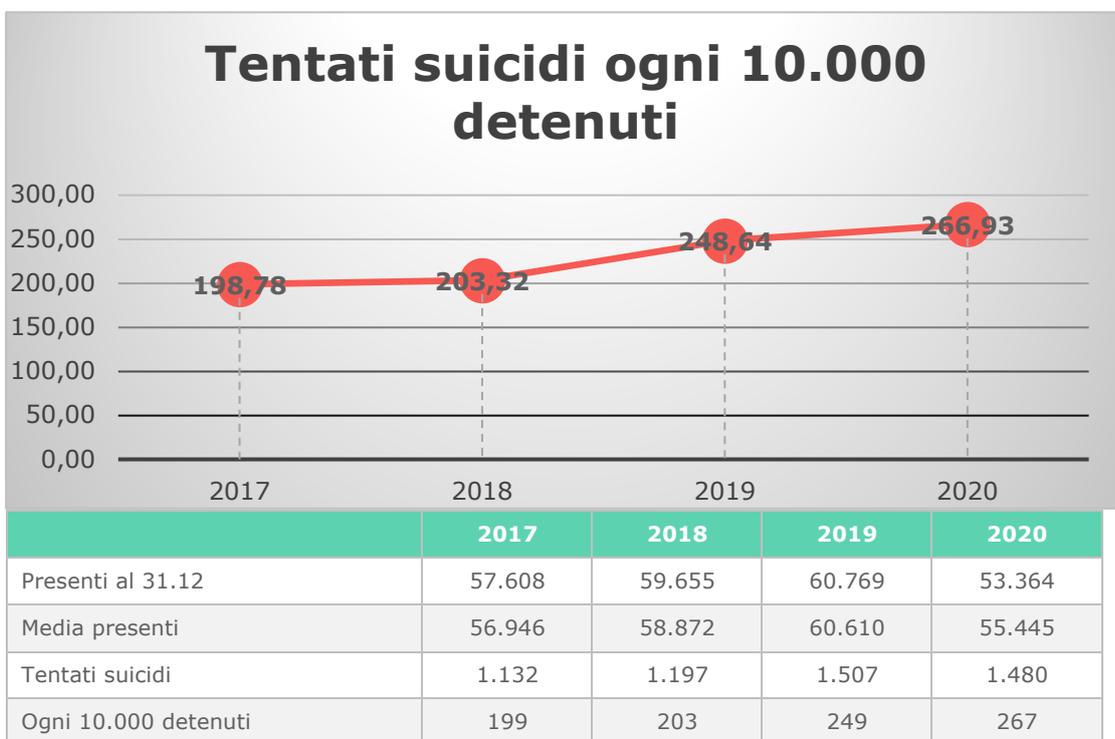
Tentati suicidi, autolesionismo ed altri "eventi critici"

Per poter avere un quadro il più possibile completo ed evitare di giungere a conclusioni affrettate, vista anche l'influenza che su numeri assoluti piccoli possono esercitare episodi singolari ed eccezionali, prendiamo in esame anche i dati relativi ai suicidi tentati, agli atti di autolesionismo e ad altri episodi che vengono definiti dall'amministrazione penitenziaria come "eventi critici".

Come premessa, vogliamo sottolineare che da molti anni il Ministero della Giustizia, che pubblica regolarmente statistiche di vario genere sul proprio portale (ad esempio quelle relative al numero e alle caratteristiche demografiche della popolazione detenuta, alle misure alternative, alle misure di sicurezza, al lavoro negli istituti penitenziari) non rende disponibili i dati relativi agli eventi critici. L'unico dato reso pubblico attraverso la piattaforma è quello relativo ai suicidi e ai decessi per cause naturali.

Abbiamo dunque esaminato, i dati che il DAP ha fornito al Garante nazionale delle persone private della libertà personale e che sono dettagliatamente riportati nella relazione del Garante 2021. I dati sono disponibili per gli anni tra il 2017 e il 2020, con l'aggiunta di un dato parziale per il 2021 (fino al 26 marzo).

Tabella 13: Tentati suicidi ogni 10.000 detenuti. Dati Garante Nazionale dei detenuti. Elaborazione nostra



L'esame del tasso di tentativi di suicidio mostra un costante andamento crescente tra il 2017, anno in cui si registrano 1.132 tentativi, mediamente 199 ogni 10.000 detenuti e il 2020, in cui i tentativi di suicidio salgono a 1.480, a fronte di una popolazione di media inferiore di oltre 1000 unità, per un tasso pari a 267 tentativi di suicidio ogni 10.000 persone detenute (tab. 7).

Dal 2017 al 2020, il tasso di tentativi di suicidio è aumentato del 34%, nel solo anno 2020 il tasso è superiore del 7% rispetto all'anno precedente.

Tra il 2019 e il 2020, sono cresciuti sia il tasso dei suicidi che dei tentativi.

Anche gli altri eventi critici dimostrano una tendenza di crescita tra il 2019 e il 2020. Crescono le aggressioni al personale, gli atti di contenimento, gli atti di protesta collettiva e individuale e l'autolesionismo. Unico dato in lieve controtendenza risulta essere quello relativo alle aggressioni.

Tabella 14: Eventi critici ogni 10.000 detenuti. Dati Garante Nazionale dei detenuti. Elaborazione nostra



	2017	2018	2019	2020
Presenti al 31.12	57608	59655	60769	53364
Media presenti	56946	58872	60610	55445
Atti di aggressione	3664	3821	4427	3967
Tasso aggressioni	643,42	649,04	730,41	715,48
Aggressioni al personale di polizia	587	680	827	837
Tasso aggressioni al personale	103,08	115,50	136,45	150,96
Atti di contenimento	305	436	488	642
Tasso contenimento	53,56	74,06	80,51	115,79
Protesta collettiva	1089	1082	1188	2012
Tasso protesta collettiva	191,23	183,79	196,01	362,88
Protesta individuale	10427	11178	12146	13792
Tasso protesta individuale	1831,03	1898,70	2003,96	2487,51
Autolesionismo	9442	10368	11261	11315
Tasso autolesionismo	1658,06	1761,11	1857,94	2040,76

Il quadro complessivo dato dagli eventi critici, i tentati suicidi, i suicidi e gli atti di autolesioni, ci restituisce un'immagine molto allarmante del carcere del primo anno di pandemia.

Un'istituzione in cui, rispetto all'anno precedente, il già tasso dei suicidi è aumentato del 29%, quello dei tentativi del 7%. Il tasso di aggressioni alla polizia è aumentato dell'11%,

quello relativo agli atti di contenimento del 45%. Sono aumentate le proteste, sia individuali (+ 24%) che collettive (+ 85%). Il tasso di atti di autolesionismo è cresciuto del 10%.

I dati regionali toscani

Il quadro nazionale ci mostra il grande impatto della pandemia su una dimensione carceraria già in crisi da molti anni.

La realtà toscana potrebbe essere in tutto analoga al trend nazionale, oppure presentare delle peculiarità, in ragione delle caratteristiche degli istituti che si trovano in regione, delle scelte intraprese dal Provveditorato e dalle Direzioni, degli investimenti e delle politiche sanitarie.

Prima di esaminare i dati quantitativi regionali, occorre rapidamente passare in rassegna le caratteristiche degli istituti penitenziari toscani.

Sul territorio regionale toscano insistono ben 16 istituti penitenziari per adulti: la casa circondariale Don Bosco di Pisa, la casa circondariale di Arezzo, la casa circondariale di Massa Marittima, la casa di reclusione di Volterra, la casa circondariale di Prato, la casa circondariale di Siena, la casa circondariale di Lucca, la casa di reclusione di San Gimignano, la casa circondariale Mario Gozzini di Firenze, la casa circondariale di Firenze Sollicciano, la casa di reclusione di Livorno, la casa di reclusione di Porto Azzurro, la casa Circondariale di Pistoia, la casa di reclusione di Massa, la casa di reclusione della Gorgona e la casa circondariale di Grosseto⁷⁴.

Gli istituti sono molto differenziati, pertengono a tre distinti circuiti di sicurezza⁷⁵ e sono sia case circondariali che case di reclusione, attualmente, 2 dei 16 istituti toscani ospitano anche detenute donne (Firenze Sollicciano e Pisa Don Bosco), mentre gli altri 14 ospitano soltanto detenuti di genere anagrafico maschile⁷⁶.

La popolazione penitenziaria toscana, al 28 febbraio 2022, è composta da 3025 persone. La percentuale di detenuti di origine straniera è superiore alla media nazionale (47,2% a fronte del 31,29%)⁷⁷. Le donne detenute sono 93, di queste 28 si trovano a Pisa e 65 a Sollicciano.

Dal 2017 ad oggi la popolazione detenuta toscana è diminuita, passando da una media annua di 3254 detenuti a una media di 3080 nel 2021 (tab. 9).

⁷⁴ Per avere un quadro delle caratteristiche degli istituti, si rinvia a: GARANTE REGIONALE DELLE PERSONE SOTTOPOSTE A MISURE RESTRITTIVE DELLA LIBERTÀ PERSONALE DELLA REGIONE TOSCANA, *Relazione annuale 2021. Sulle attività 2020*, tipografia Consiglio regionale della Toscana, 2021, pp. 25-58; AA.VV., *La dimensione affettiva delle persone in detenzione. Gli spazi per l'affettività e le specificità della detenzione femminile*, Fondazione Michelucci, 2021.

⁷⁵ Sui circuiti di sicurezza, si rinvia a: S. SANTORSO, *Un carcere fatto a circuiti: tra definizione formale e pratiche*, in ANTIGONE, *Un anno in carcere*, cit.;

⁷⁶ Si sottolinea che la distinzione binaria di genere (maschile/femminile) è qui adottata in quanto l'istituzione penitenziaria rappresenta un «luogo di segregazione sessuale binaria di tipo obbligatorio», si veda A. DIAS VIEIRA, S. CIUFFOLETTI, *Reperto D: un tertium genus di detenzione? case-study sull'incarceramento di persone transgender nel carcere di Sollicciano*, in "Rassegna penitenziaria e criminologica", 1/2015, pp. 159-207.

⁷⁷ Dati del Ministero della Giustizia.

L'INTEGRAZIONE TRA GLI ATTORI COINVOLTI NELLA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DELLE PERSONE DETENUTE.

G. MELANI

La ricerca qualitativa – svolta dalla Dr.ssa Giulia Melani tra dicembre 2021 e giugno 2022 - si poneva come obiettivo quello di cogliere il livello di integrazione tra gli attori appartenenti alle diverse agenzie che – con vari mandati e culture istituzionali – si occupano di tutela della salute mentale della popolazione detenuta.

INTRODUZIONE: PREMESSA METODOLOGICA E OBIETTIVI DI RICERCA.

Premessa

La ricerca qualitativa si poneva l'obiettivo di approfondire le modalità di presa in carico dei "rei folli" nel carcere di Sollicciano - Firenze e di promuovere un confronto fra operatori e rappresentanti di agenzie diverse per individuare linee di azione e buone pratiche di presa in carico, cura sul territorio e reinserimento di persone condannate con patologie mentali".

Per raggiungere questo obiettivo generale abbiamo scelto di condurre 5 interviste a dirigenti, operatori ed operatrici afferenti alle diverse agenzie che si occupano - a vario titolo e con diversi incarichi istituzionali - della salute mentale in carcere.

La ricerca qualitativa ha consentito di rendere più chiari alcuni elementi e mettere a fuoco diversi nodi critici che potranno essere meglio sviscerati, delineati ed approfonditi in un successivo progetto di durata e dimensioni più ampi.

Tempi, modalità e persone intervistate

La ricerca qualitativa ha avuto inizio a dicembre 2021, dopo la conclusione di una prima fase di ricerca documentale, tesa a ricostruire il quadro normativo regolante la materia della salute mentale in carcere. Un quadro complesso e composito, costituito non solo da disposizioni legislative nazionali, ma anche da principi ricavabili da convenzioni internazionali e dalla nostra carta costituzionale, così come da fonti normative secondarie (regolamenti, accordi stato-regione) e fonti normative regionali (leggi e regolamenti regionali), di particolare rilievo nella materia sanitaria che è tra quelle a potestà legislativa concorrente⁷⁸.

Approfondito e definito il quadro normativo, il gruppo di ricerca ha proceduto contemporaneamente alla raccolta e all'analisi di dati quantitativi (analizzati e presentati nel rapporto sull'analisi documentale e quantitativa) e alla predisposizione, organizzazione e realizzazione di 5 interviste. Il gruppo di ricerca ha individuato alcune aree di indagine e costruito una traccia di intervista.

Nell'elaborazione della traccia di intervista abbiamo scelto di calare il concetto bio-psico-sociale di salute mentale come stato di benessere psicofisico su cui influiscono e impattano fattori ambientali e sociali e lasciare di conseguenza ampio lo spettro di indagine, non limitandoci soltanto ad un esame della qualità dei servizi psichiatrici offerti e in particolare dei servizi psichiatrici offerti nell'articolazione di tutela della salute mentale. Per questo, abbiamo scelto di selezionare queste aree di indagine, a nostro avviso, significative:

- a) *concezione di salute mentale;*
- b) *competenze e strumenti di intervento dell'agenzia di appartenenza;*
- c) *percezione degli effetti del covid-19 e delle misure di contenimento della diffusione sulla salute mentale delle persone detenute;*
- d) *servizi offerti per la tutela della salute mentale dell'intera popolazione detenuta e modalità di funzionamento delle articolazioni di tutela della salute mentale;*
- e) *effettività della misura alternativa della detenzione domiciliare in deroga introdotta con la sentenza della Corte Costituzionale 99/2019*

⁷⁸ Si tratta di quelle materie in cui - ai sensi dell'art. 117 Cost. - la potestà legislativa spetta alle Regioni, salvo che per la determinazione dei principi, rimessa alla competenza statale.

f) criticità del sistema ed eventuali soluzioni, anche normative.

Le interviste si sono svolte tra dicembre 2021 e la fine di marzo 2022. Tre delle cinque interviste si sono tenute in presenza, presso gli uffici degli interessati, le altre due con modalità di videoconferenza, attraverso piattaforme online.

Il gruppo di ricerca ha scelto di effettuare le interviste con i membri delle varie agenzie, che a diverso titolo, si occupano di salute mentale delle persone detenute, in Toscana, con una particolare attenzione al carcere di Sollicciano, che è sede dell'articolazione per la salute mentale di Sollicciano. Sono state coinvolte: l'area sanitaria, l'area giudiziale, l'area penitenziaria e quella socioassistenziale. Per tutte le aree, si è scelto di interpellare persone che ricoprono ruoli apicali. Questa scelta è stata dettata dalla necessità primaria di ricostruire quelle che sono le linee di indirizzo, che potrebbero essere in un ulteriore progetto di ricerca confrontate con la prassi. Nell'area socioassistenziale, la dirigenza dell'Ufficio contattato ci ha indicato un'operatrice/operatore, che abbiamo intervistato in sua vece.

Stante l'obiettivo della ricerca – tesa a ricostruire i rapporti interistituzionali e le culture professionali, al fine di comprendere nodi critici e punti di forza del modello regionale di tutela della salute mentale – si è ritenuto opportuno lasciare le interviste anonimizzate e non indicare – salvo particolari necessità – l'agenzia di appartenenza dell'intervistata o intervistato. La ricerca, infatti, non mira ad individuare le responsabilità delle diverse agenzie, quanto piuttosto, a comprendere le caratteristiche del dialogo interistituzionale.

Oltre alla ricostruzione delle linee di indirizzo e delle relazioni interistituzionali, le ricercatrici coinvolte hanno scelto di porre alcune domande relative all'accertamento di dati importanti che non erano disponibili, circa l'applicazione della misura alternativa della detenzione domiciliare in deroga alle persone con grave infermità psichica, a seguito della sentenza 99/2019 e il dettaglio sulle tipologie di servizi offerti nel settore della salute mentale per tutti i detenuti, con particolare attenzione per quelli particolarmente vulnerabili.

La traccia di intervista

Le 5 interviste si sono svolte sulla base di una traccia che riportiamo di seguito.

AREA A) concezione di salute mentale

- 1. Come definirebbe la salute mentale?*
- 2. Quali fattori a suo avviso influiscono su un buono stato di salute mentale delle persone detenute?*
- 3. Può essere garantito un buono stato di salute mentale in un'istituzione totale come il carcere?*
- 4. Se sì, come?*

AREA B) competenze e strumenti di intervento dell'agenzia di appartenenza

- 5. Cosa può fare la sua agenzia per garantire una piena ed effettiva tutela della salute mentale delle persone detenute?*
- 6. Quali attività e indirizzi ha messo in campo la sua agenzia per garantire un miglioramento delle condizioni di salute mentale della popolazione detenuta negli ultimi anni?*

AREA C) percezione degli effetti della pandemia covid-19 e delle misure di contenimento adottate sullo stato di salute mentale della popolazione detenuta

7. *Dai dati sugli eventi critici, le risulta che ci sia stato un peggioramento delle condizioni di salute mentale delle persone detenute?*
8. *La pandemia covid-19 e le misure che si sono dovute adottare per il contenimento della diffusione del virus hanno inciso negativamente sulla salute mentale delle persone detenute?*

AREA D) servizi offerti per la tutela della salute mentale dell'intera popolazione detenuta e modalità di funzionamento delle articolazioni di tutela della salute mentale;

9. *Quali servizi e forme di assistenza psichiatrica e psicologica sono offerti alla popolazione detenuta in Toscana?*
10. *Quali sono le soluzioni e/o i servizi offerti per le persone particolarmente vulnerabili, che soffrono di patologie psichiatriche severe o che sono in fasi di particolare acuzie o scompenso di una patologia psichica nel corso della detenzione?*
11. *Secondo lei, l'istituzione delle articolazioni di salute mentale ha rappresentato una buona opzione per garantire un percorso terapeutico ai detenuti con più gravi disturbi?*
12. *Per quanto riguarda, nello specifico l'articolazione di salute mentale di Sollicciano, quali sono a suo avviso i punti di forza e le criticità?*

AREA E) effettività della misura alternativa della detenzione domiciliare in deroga introdotta con la sentenza della Corte costituzionale 99/2019

13. *Sempre riguardo alle persone con patologie più severe, l'estensione della possibilità di applicare la misura della detenzione domiciliare in deroga ex art. 47 ter co 1 ter dell'o.p. alle persone con grave infermità psichica ad opera della sentenza della Corte costituzionale 99/2019 ha rappresentato una soluzione effettiva ed efficace?*
14. *Se esistono difficoltà nella concreta applicazione di questa sentenza, quali ragioni individua?*

AREA F) criticità del sistema ed eventuali soluzioni, anche normative.

15. *Ritiene che l'istituzione delle articolazioni di tutela della salute mentale abbia rappresentato una buona opzione?*
16. *Per quella che è la sua lunga conoscenza dell'ambito penitenziario, ritiene che le decisioni sul trasferimento in articolazione possano essere influenzate da valutazioni relative alla sicurezza o al disagio che certi comportamenti possono arrecare, oltre che a considerazioni propriamente e strettamente diagnostiche e terapeutiche?*
17. *Ci sarebbero riforme o interventi che lei ritiene auspicabili per risolvere le eventuali criticità?*

Risultati

La ricerca ha coperto le sei aree sopra indicate: concezione di salute mentale, competenze e strumenti di intervento, effetti del covid-19, servizi offerti, effettività della detenzione domiciliare in deroga, criticità e proposte di soluzione. Nel corso delle interviste si è avuto modo di sviscerare alcuni dei temi che ci eravamo proposti come centrali. Inoltre, sono emerse alcune questioni inattese, su ulteriori tematiche o su criticità trasversali. Questo rapporto punterà a rendere conto delle une e delle altre, dunque, non seguirà pedissequamente la ripartizione per aree che avevamo inizialmente individuato.

Salute mentale come complessivo stato di benessere della persona. Diverse culture professionali principi di fondo condivisi.

Fin dall'adozione della sua Costituzione, firmata il 22 luglio del 1946, l'Organizzazione mondiale della sanità ha fatto propria una definizione di salute ampia. La salute, per l'OMS, non si riduce alla mera assenza di malattia e infermità, ma dev'essere intesa come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale»⁷⁹. Questa definizione di salute ha contribuito all'elaborazione teorica e all'affermazione del modello biopsicosociale (BPS), che individua tra i fattori che determinano ed influenzano lo stato di salute di una persona, non solo quelli organici, biologici e chimici, ma anche i fattori psichici e quelli esogeni e sociali⁸⁰.

Nell'ambito della salute mentale, come osserva Krzysztof Szadejko: «ci sono voluti circa trent'anni affinché il mondo psichiatrico, grazie all'intervento di George Libman Engel del Medical Center della Rochester University (NY) nel 1977, si accorgesse di questa breve citazione della costituzione dell'OMS e la accettasse definitivamente come un paradigma di riferimento nell'approccio alla persona»⁸¹.

Anche in materia di salute mentale, la definizione dell'OMS rappresenta un'utile punto di riferimento. L'OMS, infatti, definisce la salute mentale come «qualcosa di più di uno stato di assenza di disordini o disabilità mentali». La salute mentale – sempre per l'OMS – è determinata da una molteplicità di fattori sociali, psicologici e biologici che incidono su «uno stato di benessere nel quale l'individuo realizza le sue abilità, può far fronte ai normali stress della vita, può lavorare produttivamente e fruttuosamente ed è capace di dare un contributo alla sua comunità».

L'approccio biopsicosociale è stato fatto proprio anche dalla convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità (CRPD) approvata a Dicembre del 2006, laddove definisce le persone con disabilità come «quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri» (art. 1), attribuendo peso e rilevanza, non solo alle minorazioni, ma anche alle barriere esogene e sociali che impediscono la piena partecipazione alla società.

L'adesione al modello BPS è fondamentale in un ambiente come quello detentivo che, per una letteratura consolidata a partire dal fondamentale testo di Gonin, deve essere considerato un ambiente patogeno e produttivo di malattia⁸². Come osserva la sezione europea dell'OMS, infatti, «l'ambiente della prigione è, per sua natura, normalmente nocivo alla protezione o al mantenimento della salute mentale di coloro che entrano in carcere e ivi sono detenuti»⁸³. La mera offerta di terapie farmacologiche e di assistenza psichiatrica e psicologica, dunque, non può rispondere all'obiettivo della tutela della salute – e della salute mentale nello specifico. Difatti, il Comitato Nazionale di Bioetica, in un parere del 2019, dal titolo "Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere" raccomanda di:

⁷⁹ Il testo della Costituzione dell'OMS è reperibile, in lingua inglese, sul sito dell'Organizzazione who.it

⁸⁰ Per un approfondimento degli approcci bio-medico, sociale e bio-psico-sociale in materia di disabilità, si rinvia a M. G. Bernardini, *Disabilità, giustizia, diritto. Itinerari tra filosofia del diritto e Disability Studies*, Giappichelli, Torino, 2016.

⁸¹ K. Szadejko, *Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale*, in "Teoria e prassi. Rivista di Scienze dell'educazione", 1(2020)

⁸² D. Gonin, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, L'Archipel, Paris, 1991, tr. it. di E. Gallo, *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1994.

⁸³ WHO Europe, *Trecin Statement on prisons and mental health*, 2007, p. 5.

assicurare, quale forma basilare di tutela della salute mentale in carcere, modalità umane di detenzione, rispettose della dignità delle persone, offrendo un trattamento con opportunità di formazione e di lavoro nella prospettiva risocializzante; provvedere a che la cura delle persone affette da grave disturbo mentale e che abbiano compiuto reati avvenga di regola sul territorio, in strutture terapeutiche e non in istituzioni detentive, in ottemperanza al principio della pari tutela della salute di chi è libero e di chi è stato condannato al carcere. Rafforzare i servizi di salute mentale in carcere, superando la storica "separatezza" ereditata dalla sanità penitenziaria: in modo che funzionino come parte integrante di forti Dipartimenti di Salute Mentale, capaci di individuare le risorse di rete territoriale per la cura delle patologie gravi al di fuori dal carcere e di collaborare a tal fine con la magistratura di cognizione e di sorveglianza⁸⁴.

Alcuni anni prima, nel 2013, il CNB aveva già avuto modo di chiarire che:

una buona rete di servizi sanitari è semmai uno strumento, necessario ma non sufficiente, per raggiungere l'uguaglianza dei livelli di salute. Si tratta dunque di offrire ai detenuti pari opportunità nell'accesso al bene salute tenendo conto delle differenze (in questo caso, deficit) di partenza nei livelli di salute, nonché delle particolari condizioni di vita in regime di privazione della libertà, che di per sé rappresentano un ostacolo al conseguimento degli obiettivi di salute⁸⁵.

La nostra ricerca ha evidenziato che queste acquisizioni (una concezione multifattoriale della salute mentale che tenga in debito considerazione tutti i fattori di carattere ambientale e sociale) sono proprie di tutti gli intervistati, a prescindere da cultura e mandato professionali.

Le risposte – con gradi diversi di approfondimento e differenti sfumature – si concentrano tutte sul nucleo essenziale della definizione dell'OMS: lo stato complessivo di benessere. *La salute mentale è uno stato, come la salute fisica, di benessere (Intervista 3), si tratta insomma non soltanto di un'assenza di malattia, nel caso specifico una malattia psichica, una patologia psichica, ma una situazione di benessere, quindi un equilibrio tra corpo e mente, diciamo che sia indicativo di uno stato di benessere (Intervista 2).*

Tra le cinque interviste, in una è stata resa particolarmente esplicita l'adesione ad una concezione multifattoriale della salute mentale, indicando in dettaglio alcuni dei fattori ritenuti determinanti:

lo stress del perdurare dell'emergenza pandemica [...], la possibilità di incomprensioni linguistiche e socio-culturali emergenti dal dato sulla nazionalità prevalentemente straniera [...] disagi provocati dalle cattive condizioni generali delle strutture penitenziarie e ozio forzato derivante dalla scarsità di spazi trattamentali e/o dalla penuria di iniziative tese all'utile occupazione del tempo della detenzione. Questi sono due aspetti anche importanti. Le condizioni fatiscenti non aiutano a creare un equilibrio e questo è l'aspetto molto, molto delicato dell'occupazione del tempo. Noi poi siamo passati dalla custodia chiusa alla custodia aperta, però il rischio poi è quello di passare da un ozio di camera di pernottamento, a un ozio di vita collettiva in sezione. Abbiamo notato che a volte, anche quando ci sono delle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari, ci può essere anche un problema di conflittualità, anche rispetto ai dosaggi o delle richieste, magari di sovradosaggio. Possibili situazioni involutive nella cultura dell'ascolto verso le persone ristrette. Non c'è dubbio che l'evento critico può nascere spesso da un cortocircuito comunicazionale. Quindi c'è da un

⁸⁴ Comitato Nazionale di Bioetica, *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere*, 22 marzo 2019, pp. 3-4.

⁸⁵ Comitato Nazionale di Bioetica, *La salute dentro le mura*, 27 settembre 2013, p. 8.

lato la richiesta di attenzione e di domanda di bisogni da parte delle persone detenute e internate e il sistema che non riesce sia dal lato sanitario, ma anche da quello penitenziario, o da quello dell'istruzione, perché insomma, poi ci sono tanti, tanti profili che riguardano la vita penitenziaria, non riesce magari a dare risposte, quindi si crea quasi un po' un muro tra il bisogno di attenzione e di ascolto della persona detenuta e la risposta del sistema. Ora, è chiaro che alla domanda quali fattori possono contribuire a creare... è l'insieme di questi fattori. (intervista 4)

Solo in una delle conversazioni, pur a partire dalla condivisa visione della salute mentale come stato di benessere psicofisico, l'accento è stato posto sugli aspetti di natura psicopatologica.

La salute mentale è uno stato di benessere psicofisico. Credo che la salute mentale si debba occupare della cura della persona, con particolare riferimento ovviamente, agli aspetti di natura psicopatologica, però con una attenzione generale rispetto al benessere della persona (Intervista 5).

L'adesione ad una concezione non restrittiva e organicista, emersa dalle interviste, rappresenta sicuramente un positivo punto di partenza, per porre le basi necessarie per garantire un'effettività del diritto alla salute mentale.

Le intervistate e gli intervistati, inoltre, convergono sull'idea che il carcere sia un luogo patogeno in carcere è molto difficile assicurare questo equilibrio, perché le condizioni di detenzione da un lato possono slatentizzare dei disturbi che sono preesistenti - ed è quindi proprio la condizione di restrizione che può far emergere dei disturbi che erano fino a quel momento latenti - oppure lo stesso stato di detenzione cui si accompagna l'improvviso cambiamento dello stile di vita, la privazione delle relazioni familiari e sociali improvvisate, accompagnate anche dall'emergere molto spesso di un senso di colpa per il fatto di essere detenuti, può provocare un disturbo di natura psichica che può influire sulla corretta esecuzione di una pena detentiva (intervista 2).

Dai principi alla prassi. I confini delle rispettive responsabilità e le difficoltà di un proficuo dialogo interistituzionale

La comune adesione ad una concezione BPS di salute mentale dovrebbe essere prodromica ad una presa in carico condivisa e ad una cooperazione interistituzionale proficua. Nel passaggio però dal piano definitorio e di principio a quello più pratico degli strumenti a disposizione dell'agenzia di appartenenza si realizza una sorta di scollamento tra piano ideale e piano concreto delle responsabilità, delle competenze e dell'intervento.

Da un lato, infatti, da parte dell'agenzia socio-assistenziale, la risposta parte dal sottolineare la mancanza di competenza e la non responsabilità in materia, anche se poi vengono individuati alcuni specifici strumenti: "l'agenzia" *non si occupa della salute mentale né dei detenuti né delle altre persone in carico. Quello che noi facciamo è entrare in contatto con gli altri servizi per capire se per quella persona c'è un progetto, se c'è la possibilità di essere preso in carico* (Intervista 3).

Per quanto riguarda le agenzie sanitaria e penitenziaria, si può osservare invece un conflitto di competenze e di attribuzioni e la dichiarazione - diversamente declinata - dell'importanza di una collaborazione e cooperazione, sulla base di principi condivisi:

"l'agenzia" è impegnata nella sinergia interistituzionale che c'è nell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, ai tavoli tecnici interistituzionali regionali di lavoro. Quindi questo è un primo aspetto molto importante, perché se non c'è una cabina di regia,

poi si rischia di approcciare il problema in maniera un po' rapsodica, legata magari a una maggiore disponibilità di quella direzione e di quel servizio sanitario locale piuttosto che di un altro. Quindi, da questo punto di vista, il lavoro che noi facciamo attraverso l'ufficio terzo "detenuti e trattamento" è un lavoro di presenza, di costante presenza in questa cabina di regia (intervista 4).

Le difficoltà del rapporto tra personale appartenente a diverse istituzioni sono chiaramente rappresentate sia dal polo sanitario che da quello penitenziario:

il rapporto tra il personale che appartiene alle varie istituzioni è molto problematico e non solo per una questione di diversi mandati e diverse culture professionali. Per quanto riguarda i rapporti tra la direzione sanitaria e quella carceraria, dipende. Intanto, si dovrebbe parlare di "direzioni" e con ogni direzione c'è un caso a sé.

In generale è necessaria una codificazione di queste strutture, che renda chiari ruoli, rapporti e funzione. (Intervista 1).

Secondo me "l'altro servizio" è un po' passivo. Nel senso che l'avamposto è occupato "da noi". [...] Ci dovrebbe essere, invece, secondo me, uno spostamento, diciamo in avanti, per la cura e anche la presa in carico di quelli che è vero che sono disturbi antisociali ma che indubbiamente hanno bisogno di essere curati, hanno bisogno di un intervento di natura specialistica (Intervista 5).

Due delle persone intervistate che appartengono alle due istituzioni sanitaria e penitenziaria attribuiscono all'altra istituzione una responsabilità relativa alla mancata presa in carico o alle difficoltà di dialogo. L'agenzia sanitaria lamenta la mancata partecipazione alle riunioni di équipe multiprofessionali, un eccesso di zelo – che approfondiremo – nella segnalazione di casi che necessitano di una presa in carico e una concezione di presa in carico sanitaria che implica la totale de responsabilizzazione. L'agenzia penitenziaria, dal canto suo, ritiene di ricevere troppi dinieghi e poca assistenza per le persone segnalate e problematiche.

In un recente volume di sociologia giuridica sull'istituzione penitenziaria, Valeria Verdolini, partendo dalle teorie della sociologia dell'organizzazione, chiarisce: «all'interno dell'istituzione penitenziaria l'organizzazione abbia una dimensione di verticalità pluralista, e risorse, strumenti, burocrazie e pratiche risentano di differenti "teste" e di possibili alleanze o conflitti non solo tra custodia e detenuti, ma anche delle differenti linee di comando/burocratizzazione/organizzazione»⁸⁶. Benché il campione sia ridotto, le nostre interviste sembrano confermare questo quadro teorico. Le due agenzie maggiormente coinvolte nella dimensione della tutela della salute delle persone detenute risultano in conflitto. Un conflitto che spesso porta, come dichiara una delle persone intervistate ad *abdicare* dalla presa in carico della persona, dei suoi bisogni, delle sue aspettative, delle sue necessità.

In questo quadro, l'ulteriore agenzia coinvolta, quella giudiziale manifesta l'esistenza di strumenti di controllo e di vigilanza sulla piena tutela del diritto alla salute delle persone private della libertà personale attraverso *lo strumento del reclamo giurisdizionale e quindi la possibilità di intervenire ai sensi dell'articolo 35 bis, quando l'amministrazione, anche in tema di salute, leda il diritto del detenuto con un atto comportamento, un'omissione che determini un pregiudizio grave e attuale. Quindi questo è un altro strumento a disposizione della magistratura di sorveglianza, strumenti ai quali si accompagna un'opera costante di sorveglianza attiva sugli istituti penitenziari, di controllo che l'esecuzione della pena avvenga nel rispetto delle leggi e della Costituzione e che ovviamente il controllo che si*

⁸⁶ V. Verdolini, L'istituzione reietta. Spazi e dinamiche del carcere in Italia, Carocci, Roma, 2022, pp. 32-33.

estende anche agli imputati e quindi anche i soggetti non con condanna definitiva ma che sono ristretti in caso di esecuzione di una misura cautelare.

Un ruolo questo che appare di fondamentale importanza, anche se, si pone l'ulteriore tema, che necessiterà di essere approfondito, delle possibilità di accesso alla giustizia per le persone detenute – e fra queste – per quelle particolarmente vulnerabili.

Chi è "psichiatrico"? Conflitti in ordine al potere di definizione

Il conflitto tra le due "teste" dell'organizzazione penitenziaria si manifesta con particolare vigore rispetto alla questione del potere di etichettamento e di definizione della persona detenuta e sofferente come "psichiatrica", ai fini dell'invio presso l'articolazione di salute mentale, che sembra aver sostituito l'OPG come istituzione della gestione del "residuo". Il polo sanitario lamenta un'eccessiva psichiatrizzazione del disagio e una tendenza alla psichiatrizzazione delle condotte contrastive e di resistenza all'istituzione penitenziaria *C'è un eccesso di psichiatrizzazione. Ogni gesto di contrasto all'istituzione, di ribellione viene etichettato come disagio psichico e questo non fa bene al carcere come istituzione, né ai detenuti. E ancora I Dipartimenti di salute mentale sono spesso trattati come se fossero l'istituzione su cui scaricare ogni residuo e viene affidata alla salute mentale la gestione di ogni problematica di welfare/sociale.*

Dal canto suo, l'amministrazione penitenziaria ritiene insufficiente la presa in carico di persone con specifici bisogni, per la cui gestione, il personale della polizia penitenziaria e dell'area trattamentale non è debitamente formato. *Ci dovremmo incontrare a metà strada, nel senso che noi non dovremmo diciamo abdicare rispetto al trattamento delle persone con disturbi antisociali, ma nemmeno la salute mentale dovrebbe arretrare rispetto a questo problema. Perché anche nei confronti di persone di questo tipo, quindi, che sono al limite tra la malattia mentale e la normalità disturbata, è però necessario un intervento specialistico che, come dicevo prima, noi con i nostri operatori non siamo in grado di assicurare.*

E ancora, dal lato dell'amministrazione penitenziaria, il problema è riconosciuto come un problema di diversi inquadramenti e mancanza di incontro, in un punto intermedio. *Il problema che a volte c'è con i servizi sanitari dell'inquadramento del problema, perché il servizio sanitario psichiatrico tende ovviamente a dire io mi dovrei occupare di quelli che sono i casi patologici. C'è un po' una terra intermedia, un territorio intermedio che è quello del disturbo sociale o del disturbo antisociale della personalità.*

Dalle parole delle persone intervistate, il conflitto sull'attribuzione dell'etichetta di "psichiatrico" sembra essersi acuito dopo la chiusura dell'OPG. L'articolazione di salute mentale è letta sia dal lato penitenziario che da quello sanitario, come la struttura che di fatto (senza giudizi di valore a riguardo) ha sostituito l'OPG per le persone "ree folli", ma con un numero percepito come insufficiente di posti a disposizione.

Ovviamente, poi, la punta dell'iceberg sono le articolazioni per la salute mentale. Nel caso di Sollicciano, perché questa poi dovrebbe essere rispetto ai 111, 112 del Dpr 230 del 2000, un po' lo sbocco istituzionale dopo l'abolizione degli Opg e delle case di cura e custodia. E quindi questo poi mi pare che ci porta poi sul terreno.

Il conflitto sulla definizione, non riguarda soltanto la fase di accesso alle articolazioni per la tutela della salute mentale, ma anche la fase di reingresso alle sezioni ordinarie. *Abbiamo difficoltà, quando giudichiamo la persona pronta a ritornare in un reparto ordinario ad attuare il rientro.*

Questo conflitto, a prima vista, si gioca sulle persone sofferenti, che sembrano non avere voce in capitolo nella determinazione di bisogni e nella richiesta di servizi e risposte, per il loro disagio. Questo ci sembra uno degli aspetti cruciali, che sarebbe opportuno approfondire: come e se la persona sofferente riesce ad esprimere bisogni e necessità nell'ambiente penitenziario e quale risposta è in grado di offrire l'amministrazione nel suo complesso, attraverso forme di collaborazione e sinergia.

Rispetto a questo conflitto concernente il potere di definizione, l'istituzione socioassistenziale fa un passo indietro e si riconosce come non competente. L'istituzione giudiziale riconosce il proprio ruolo come soggetto terzo in grado di monitorare e controllare la corretta collocazione *lo strumento con cui si può intervenire è con il reclamo giurisdizionale. Quindi, non è escluso che un paziente ricoverato in articolazione nella salute mentale che ritenga di essere stato trasferito ingiustamente, possa reclamare davanti al magistrato di sorveglianza eccependo, deducendo la lesione del proprio diritto a essere trasferito nelle sezioni comuni. Ecco, certamente le sezioni sulla salute mentale non devono diventare delle sezioni, come dire, difficili, per i detenuti difficili che non riescono a stare insieme agli altri, perché hanno una vocazione prettamente terapeutica e quindi questo non bisogna mai dimenticarlo.*

La terra di nessuno: i disturbi antisociali

In una precedente ricerca condotta dalla Società della Ragione presso la REMS di Castiglione della Stiviere erano emersi alcuni risultati interessanti, rispetto alle persone diagnosticate come affette da disturbi antisociali di personalità. Dalle interviste alle operatrici e agli operatori di Castiglione della Stiviere l'eterogeneità dell'utenza della REMS era presentata come problematica.

In particolare, le operatrici e gli operatori della REMS individuavano come problematica la collocazione in REMS di persone diagnosticate con disturbo antisociale. Riportiamo un passaggio del rapporto di quella ricerca, condotta tra il 2019 e il 2020:

Quanto alle patologie, si sottolinea la marcata eterogeneità e i mutamenti recenti, sia per tipologia che per gravità (mentre prima c'era la schizofrenia pura, adesso abbiamo disturbi di personalità e doppia diagnosi... hanno esigenze completamente diverse questi qua... sono persone che hanno un bisogno tremendo di relazione e di contatto).

Si avanzano anche perplessità rispetto al fatto che la REMS risponda davvero alle esigenze curative di alcune tipologie di utenti, come quelli diagnosticati affetti da disturbi di personalità. In altri termini, anche le caratteristiche variegata dell'utenza rinviano alle ambiguità nel rapporto fra la ratio clinica e il regime giudiziario (***il concetto di infermità di mente... è piuttosto giuridico e poi clinico***)⁸⁷.

Le persone con disturbi di personalità sono individuate come un problema anche all'interno dell'istituzione penitenziaria.

Il conflitto sull'etichetta di "psichiatrico" e sulla conseguente presa in carico, da quanto emerge dalle interviste sembra giocarsi proprio su queste persone. Da parte dell'area penitenziaria si lamenta una mancata presa in carico. *A volte quello che per noi è un disagio che avrebbe bisogno di un intervento specialistico viene etichettato come un disturbo psicosociale e quindi non viene poi preso in carico dal servizio di salute mentale.* E ancora

⁸⁷ La Società della Ragione, Dopo l'OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario): un approfondimento circa la cultura e il funzionamento delle REMS (Residenze per Esecuzione di Misure di Sicurezza) con una ricerca azione nel sistema poli-modulare REMS di Castiglione della Stiviere, settembre 2020, pp. 20-21

C'è un po' una terra intermedia, un territorio intermedio che è quello del disturbo sociale o del disturbo antisociale della personalità. Ecco lì, probabilmente. Forse lì c'è un po' la tendenza a cercare di portare, di portare dentro la psichiatria.

Le persone con disturbo antisociale sono lette come un problema dall'istituzione penitenziaria, che ritiene di non avere strumenti per gestirle, un problema da quella sanitaria, che ritiene non debbano essere "psichiatrizzati" e un problema per una gestione opportuna delle REMS. Anche questo sembra essere un aspetto meritevole di un ulteriore approfondimento.

L'impatto del covid sulla salute mentale

Tutte le persone intervistate hanno ritenuto che il covid-19 e le misure di contenimento abbiano prodotto sulle persone detenute in Toscana effetti meno deflagranti di quanto fosse atteso.

La percezione totalmente condivisa da vari interlocutori è che le misure compensative – come i colloqui via skype – e una buona comunicazione alle persone detenute delle ragioni delle limitazioni siano state sufficienti a ridurre al minimo gli effetti potenzialmente più gravi sulla salute mentale delle persone ristrette.

La pandemia è indubbiamente stato un evento deflagrante non solo nella società civile, ma anche nell'ambito penitenziario. E, come abbiamo letto anche sui giornali, le cronache ci hanno restituito situazioni carcerarie che sono collassate. Devo dire per quanto riguarda la mia esperienza [...] ci sono stati dei momenti di tensione, che però sono stati gestiti, sia con un intervento diretto informativo nei confronti delle persone detenute, sia con un ampliamento delle possibilità dei contatti con i familiari (intervista 5).

Questa importanza riconosciuta da tutte le persone intervistate dell'ampliamento dei contatti con le persone care, dovrebbe far riflettere sulla possibilità di stabilizzare e ampliare le possibilità di colloqui con strumenti telematici, anche al fine di garantire una maggiore serenità e un miglior livello di benessere.

Servizi offerti

Abbiamo chiesto a tutte le persone intervistate di ricostruire il tipo di servizi offerti per la tutela della salute mentale dentro le istituzioni penitenziarie della Regione e in particolare nel carcere di Sollicciano.

A livello regionale, l'offerta risulta molto differenziata. Le carceri toscane, infatti, appartengono a tre diversi livelli: primo livello superiore (Firenze e Prato); primo livello (Pisa, Livorno, Porto Azzurro, San Gimignano); secondo livello, (Massa Carrara); terzo livello (Gozzini, Lucca, Arezzo, Siena, Pistoia, Grosseto e Massa Marittima).

Negli istituti di terzo livello che hanno numeri di detenuti più contenuti e un livello di complessità di gestione più basso, tutti i servizi assistenziali sono ridotti, compresa l'assistenza psichiatrica. Sugli istituti di grandi dimensioni, hanno un livello di assistenza più completo.

A Sollicciano, è garantito un servizio psichiatrico, giornaliero dal lunedì al sabato, e una guardia medica su richiesta e attivazione da parte del personale medico. A Sollicciano si trova l'articolazione per la tutela della salute mentale, che ha anche personale educativo specifico. Ci sono inoltre servizi di consulenza psicologica, oltre agli psicologi del Ministero della Giustizia, che si occupano in prevalenza degli aspetti di osservazione e valutazione.

Attraverso le interviste abbiamo avuto modo di ricostruire la modalità di selezione delle persone da trasferire nell'articolazione di tutela della salute mentale. Le persone sono individuate dai medici del carcere di provenienza e la decisione sul trasferimento è assunta dal Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria. Il medico che individua la persona con disagio ed effettua la diagnosi – sulla cui base viene assunta la decisione – non è in tutti i casi uno specialista della salute mentale.

Potrebbe essere opportuno approfondire le criticità relative al ruolo dello psicologo ministeriale, che si trova in una delicata posizione, a cavallo tra funzione terapeutica e quella di osservazione e "disciplinare".

Persone particolarmente vulnerabili, ATSM e la non applicazione della sentenza 99/2019

I nostri interlocutori, appartenenti alle diverse agenzie, hanno confermato un dato quantitativo, che non era ad oggi stato verificato: la scarsissima o mancata applicazione della detenzione domiciliare in deroga prevista dalla sentenza della Corte costituzionale 99/2019. L'area sanitaria sostiene di non essere a conoscenza di neanche un caso di detenzione domiciliare in deroga. L'area penitenziaria, precisando di non avere dati specifici, per la propria esperienza, sostiene di non essere a conoscenza di applicazioni di detenzioni domiciliari in deroga. L'area socioassistenziale manifesta la non conoscenza dei dati a riguardo. L'area giudiziale dichiara che a livello regionale toscano sono state scarse le applicazioni della sentenza 99/2019.

La poca effettività è ricondotta a difficoltà di accertamento dell'incompatibilità dello stato di salute con lo stato detentivo e a difficoltà di reperire strutture esterne idonee.

Sul primo versante, la magistratura chiarisce il punto principale, intanto è l'accertamento di questa infermità psichica. Cioè, noi possiamo disporre solo dello strumento che ci compete della perizia perchè noi ovviamente ci basiamo sulle relazioni sanitarie. Diciamo che mentre per l'infermità e per la salute fisica è molto più più semplice, anche in quei casi ricorriamo alle perizie, ma ovviamente vi sono relazioni più complete, vi sono accertamenti clinici diagnostici che ci possono confortare, visite sanitarie ecc. Quando invece si sviluppa una malattia, insorge una malattia psichica l'accertamento di essa è più difficile. Noi partiamo ovviamente dalla relazione sanitaria del medico psichiatra del carcere, ma poi il più delle volte per verificare l'effettiva incompatibilità dello stato di salute e della necessità di predisporre cure e terapie solo in ambito extra murario, siamo costretti a ricorrere a una perizia medico-legale o psichiatrica. Questa è la prima difficoltà.

Per quanto concerne il secondo, sempre l'istituzione giudiziale afferma La seconda difficoltà è quella di reperire un luogo idoneo per la cura. Spesso si tratta di soggetti che, proprio a causa del disturbo psichico, non possono sicuramente semplicemente rientrare nelle loro abitazioni, nelle loro famiglie, ma hanno bisogno di cure integrate che possono essere assicurate solo in strutture di cura esterne, cliniche e ospedali e così via. Quindi non è facile reperire un luogo alternativo al carcere per poterli ricoverare. Questa è un'altra delle difficoltà.

Questa seconda area di difficoltà è riconosciuta anche dall'istituzione penitenziaria.

La mancata applicazione della sentenza 99/2019, inevitabilmente, conduce inevitabilmente a riconoscere come univoca soluzione per le persone in scempenso e più vulnerabili del ricovero in ATSM.

Soluzioni prospettate

Abbiamo chiesto alle persone intervistate, quali interventi – anche normativi – ritenessero necessari per superare eventuali criticità. Le risposte si sono mosse sui seguenti punti

Regolamentazione delle articolazioni

È percepita come necessaria una chiara regolamentazione normativa – anche con fonte primaria – delle articolazioni di tutela della salute mentale, atta a chiarire le funzioni della struttura e i ruoli delle diverse agenzie che vi operano. L'area sanitaria ha cercato di organizzare l'articolazione per la tutela della salute mentale come un ospedale all'interno del carcere. Ma la vigenza del regolamento penitenziario anche all'interno dell'articolazione, le condizioni strutturali del carcere e un'inefficacia della cooperazione tra istituzioni, fondata su chiarezza di ruoli, responsabilità e mansioni è stata percepita come un grave ostacolo a raggiungere questo obiettivo.

Anche l'area giudiziale percepisce come una grave mancanza quella relativa ad una chiara regolamentazione delle ATSM.

Cooperazione interistituzionale

Grande rilievo è dato al coordinamento e alla cooperazione tra diverse istituzioni e agenzie, sia che operano all'interno che all'esterno dell'ambito penitenziario. La chiarezza dei rispettivi ruoli, da raggiungere anche attraverso l'elaborazione di linee guida condivise, è vista come prezioso strumento per la realizzazione di servizi più efficaci

REMS più ampie

Molti degli interlocutori riconoscono un nesso tra la carenza di posti in REMS e la saturazione delle articolazioni di tutela della salute mentale e individuano come possibile soluzione per alcuni dei problemi della gestione della salute mentale in carcere, la previsione di REMS con un maggiore numero di posti letto.

Questa lettura della realtà, delle criticità, delle problematiche e delle possibili soluzioni non è condivisa dalle ricercatrici che hanno steso il rapporto.

I numeri delle persone in lista d'attesa detenute, di cui ci da conto la relazione del Garante dei diritti delle persone private della libertà personale, infatti, sono così esigui (5 persone di competenza regionale Toscana) da rendere poco convincente che tra le soluzioni principali per garantire la salute mentale della popolazione detenuta possa individuarsi proprio l'aumento dei posti nelle REMS.

È di grande interesse che questa sia comunque percepita come una delle più significative soluzioni.

Maggiori investimenti

Alcune agenzie ritengono necessari maggiori investimenti sia nei servizi che nella formazione del personale.

La società
della
ragione
onlus



con il sostegno di

