



SALUTE MENTALE IN CARCERE

dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Restituzione della ricerca condotta da
la Società della Ragione nel periodo
inizio luglio 2024 - fine settembre 2025

30 settembre 2025

Melani, Poneti, Girolimetto

Contesto della ricerca: l'OPG un dispositivo ausiliario

Precedentemente alla riforma della sanita penitenziaria (DPCM del 1 aprile 2008, l. 81/2014):

- Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) come «valvola di sfogo» del carcere
- Lo psicopatologico e l'ingestibile carcerario destinatari dell'OPG

Con il superamento degli OPG:

- Cura in luogo di detenzione (SSN)
- Detenzione in luogo di cura (REMS, Sen. 99/2019 CC)

Obiettivo generale

Tutela della salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere necessitano di un radicale ripensamento dopo la chiusura degli OPG, in ottica di tutela del paradigma riabilitativo (l. 81/2014).

Obiettivo: comprendere quale sia oggi il livello di tutela della salute mentale in carcere e di assistenza alle persone condannate con disturbi psichiatrici gravi dopo l'estensione del SSN negli istituti penitenziari e la chiusura degli OPG.

Obiettivi specifici

- indagare il funzionamento del sistema sanitario in carcere per la prevenzione nel campo della salute mentale e per la presa in carico delle patologie psichiatriche;
- verificare il rispetto del diritto dei malati più gravi ad essere curati – di regola – fuori dal carcere;
- attivare una rete di attori istituzionali

I luoghi della ricerca

- Prato: media e alta sicurezza, collaboratori di giustizia
- Udine: media sicurezza
- Roma Rebibbia: sezione femminile

Metodi della ricerca

- **Seminari iniziali (2):** precisazione della ricerca con il coadiuvo di professioniste e professionisti del settore che operano nei tre istituti oggetto di ricerca
- **Sopralluoghi (2):** nelle carceri di Udine (27 marzo 2025) e di Prato (4 aprile 2025), utili alla conoscenza diretta degli attori presenti e alla raccolta di dati quantitativi (protocolli tabelle) e qualitativi (note etnografiche)*
- **18 Interviste narrative** (Cardano, 2011; La Mendola, 2009): Area direttiva (2), Garanti regionali e comunali (4), Area psichiatrica (4), Area psicologica (1), Area psicologica ex art. 80 (1), Area SerD (2), Volontariato e terzo settore (3), Area direttiva sanitaria (1).

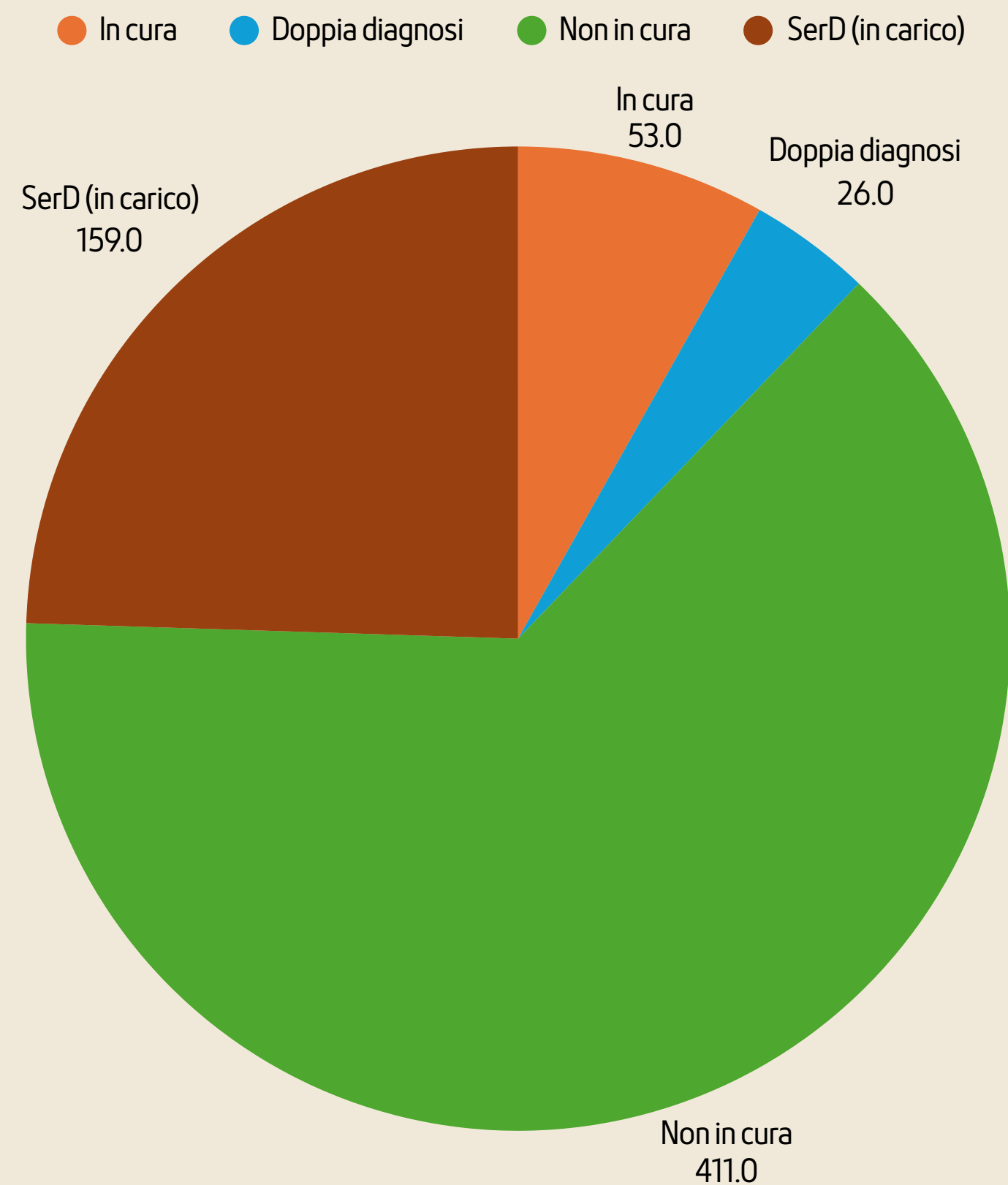
I dati quantitativi della ricerca: considerazioni preliminari

- Difficoltà nella raccolta dati in specie per quei valori che richiedevano un coordinamento tra amministrazione penitenziaria, sanitaria e servizi esterni
- Differenti modalità di identificazione della «presa in carico»
- Compilazione disomogenea e parziale intra e infra istituto

Un problema di definizioni

	CSM Udine	Psichiatria Prato
Consulenza	Una persona che viene valutata in modo puntuale alcune volte, non necessita un prosieguo;	Visite effettuate senza successiva presa in cura del paziente
In cura	una persona che viene seguita per un determinato periodo di tempo, ad es per un disturbo dell'adattamento o comunque una problematica non particolarmente rilevante	soggetto a cui vengono effettuate visite di controllo regolari programmate
In carico	una persona che necessita di essere seguita nel tempo in modo più duraturo e continuativo, che ha una problematica complessa che richiede anche interventi più complessi e strutturati.	soggetto in cura contemporaneamente al servizio psichiatrico e psicologico della Salute Mentale

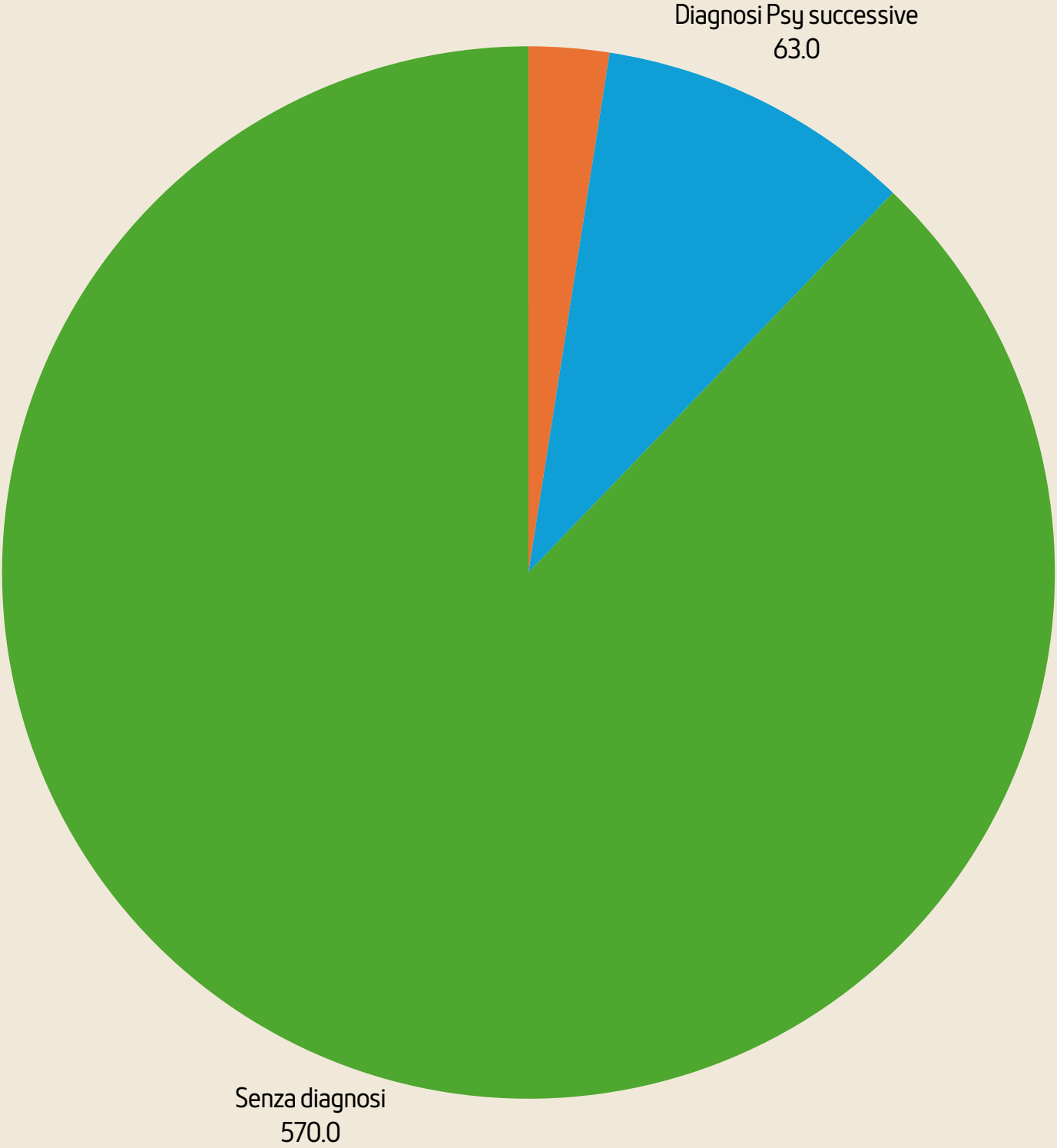
Prato: i numeri della salute mentale



Prato: distribuzione delle diagnosi «Psy»

al 28 febbraio 2025

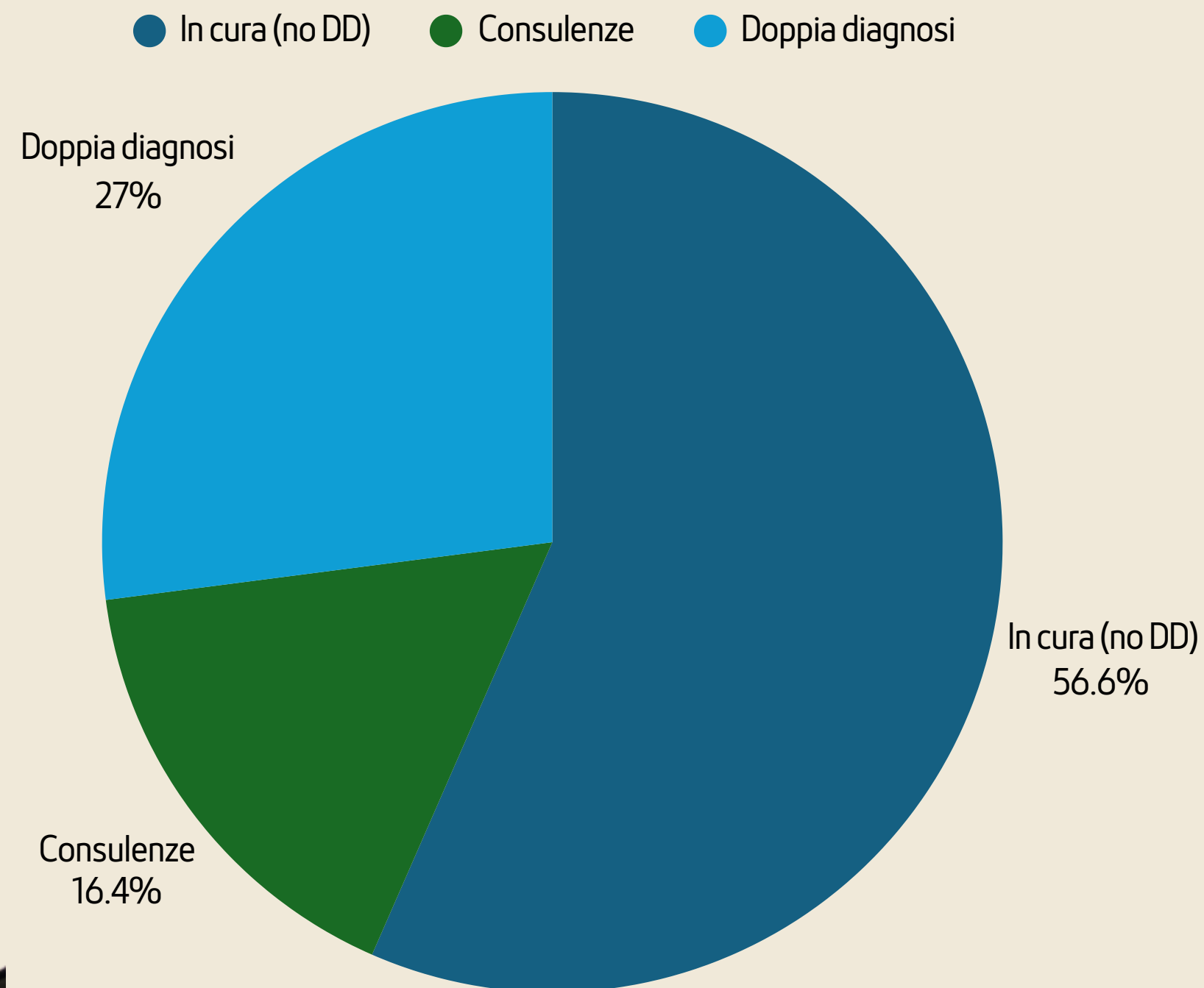
● Diagnosi Psy precedente alla detenzione ● Diagnosi Psy successive ● Senza diagnosi



Prato: prevenzione delle condotte suicidarie

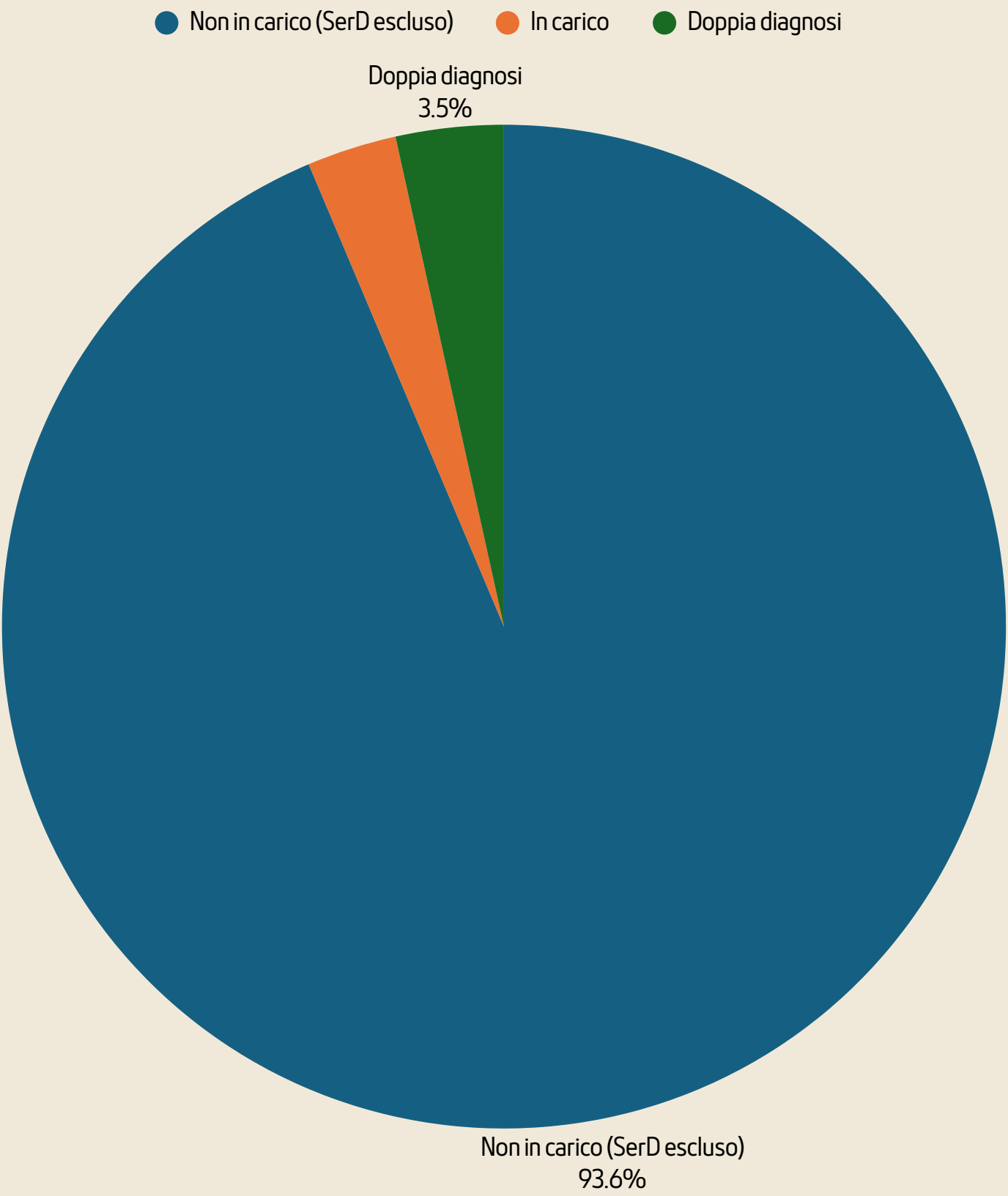
(1 ott – 31 dic 2024)

Si specifica che le diagnosi psichiatriche gravi al 28.02.25 sono pari a 26; mentre il totale di consulenze svolte nel 2024 sono pari a 3521, di cui 88 psichiatriche e 3433 psicologiche.

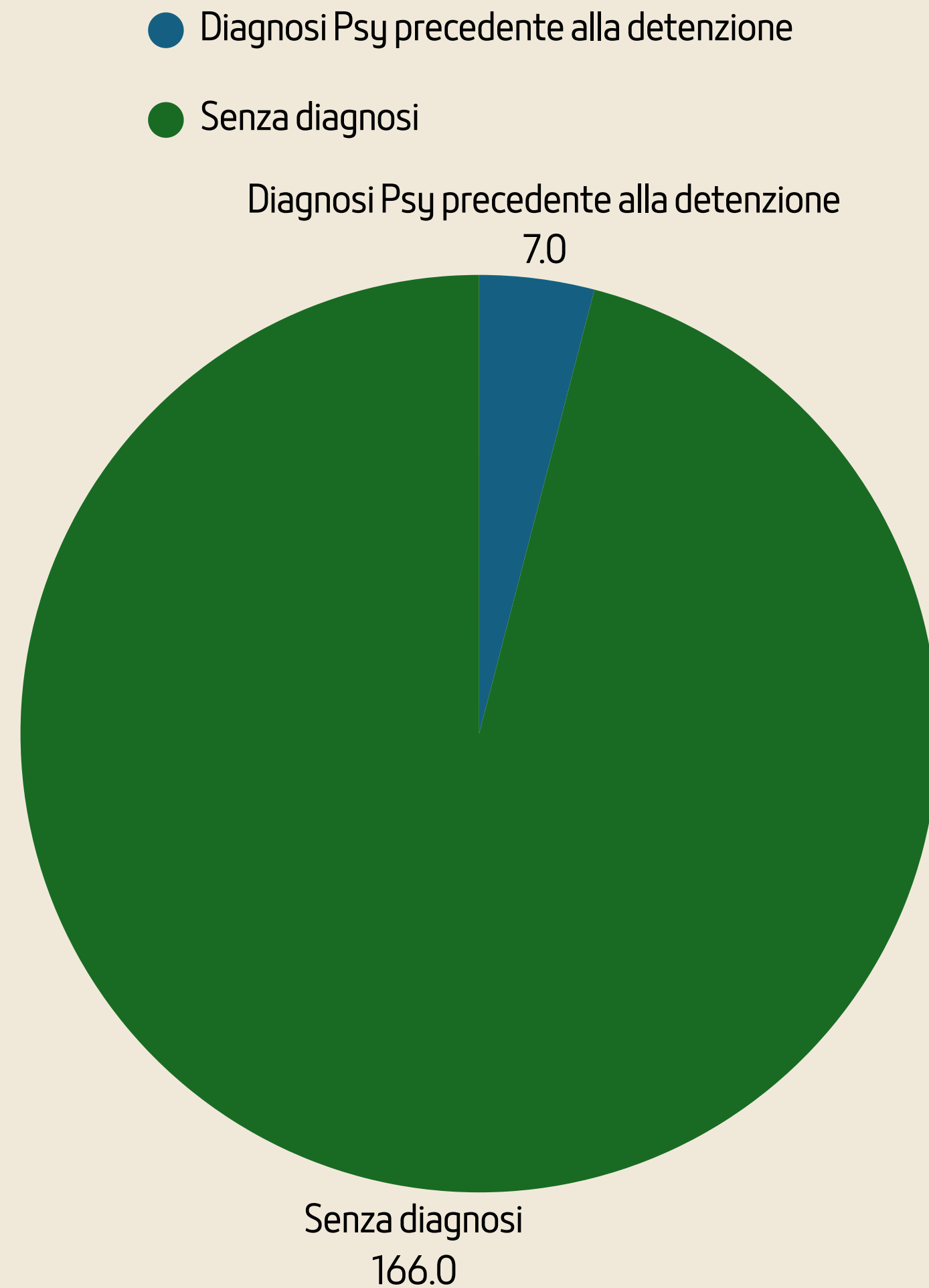


Udine: i numeri della salute mentale

al 28.02.25

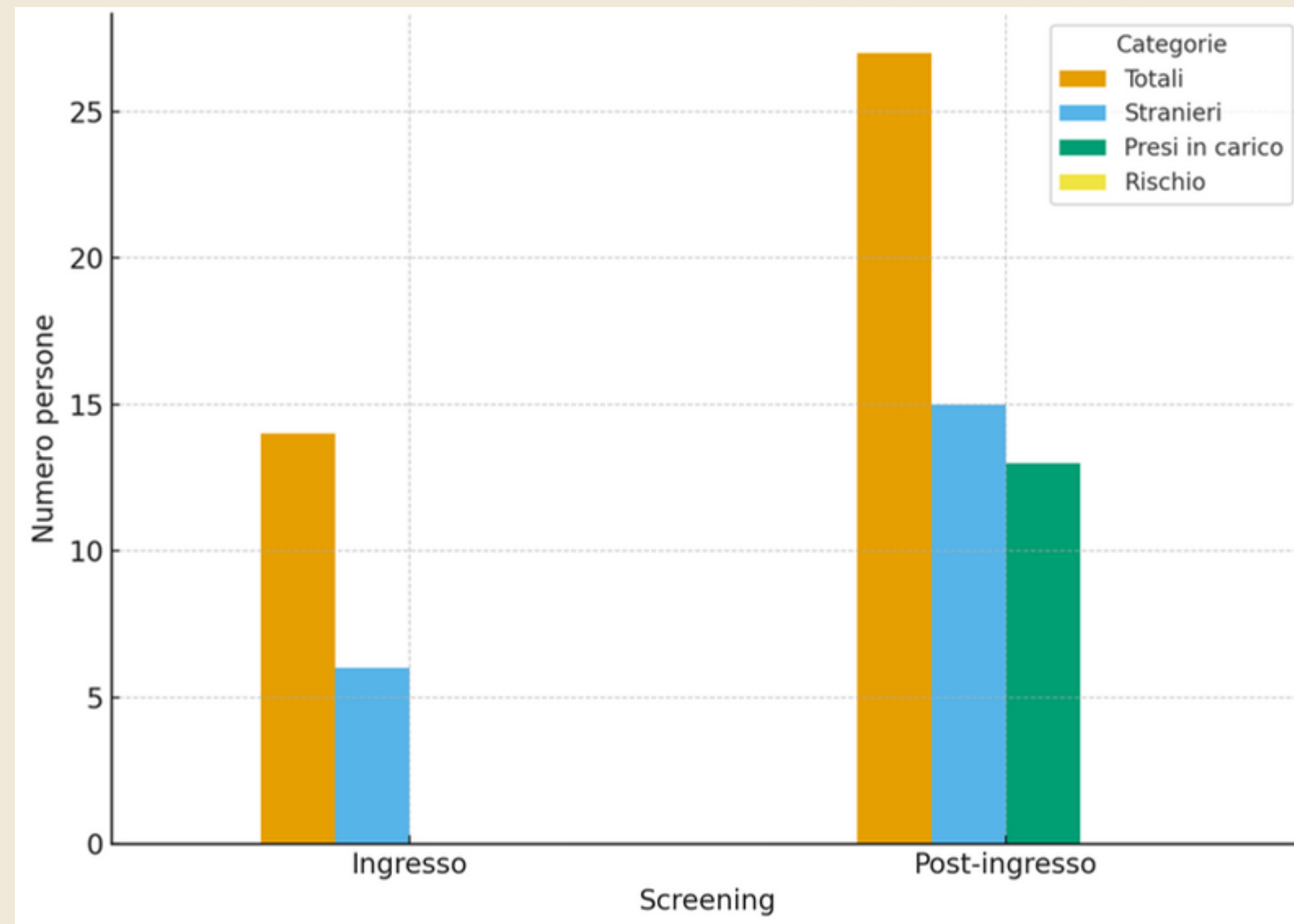


Udine: distribuzione delle diagnosi Psy al 28 febbraio 2025



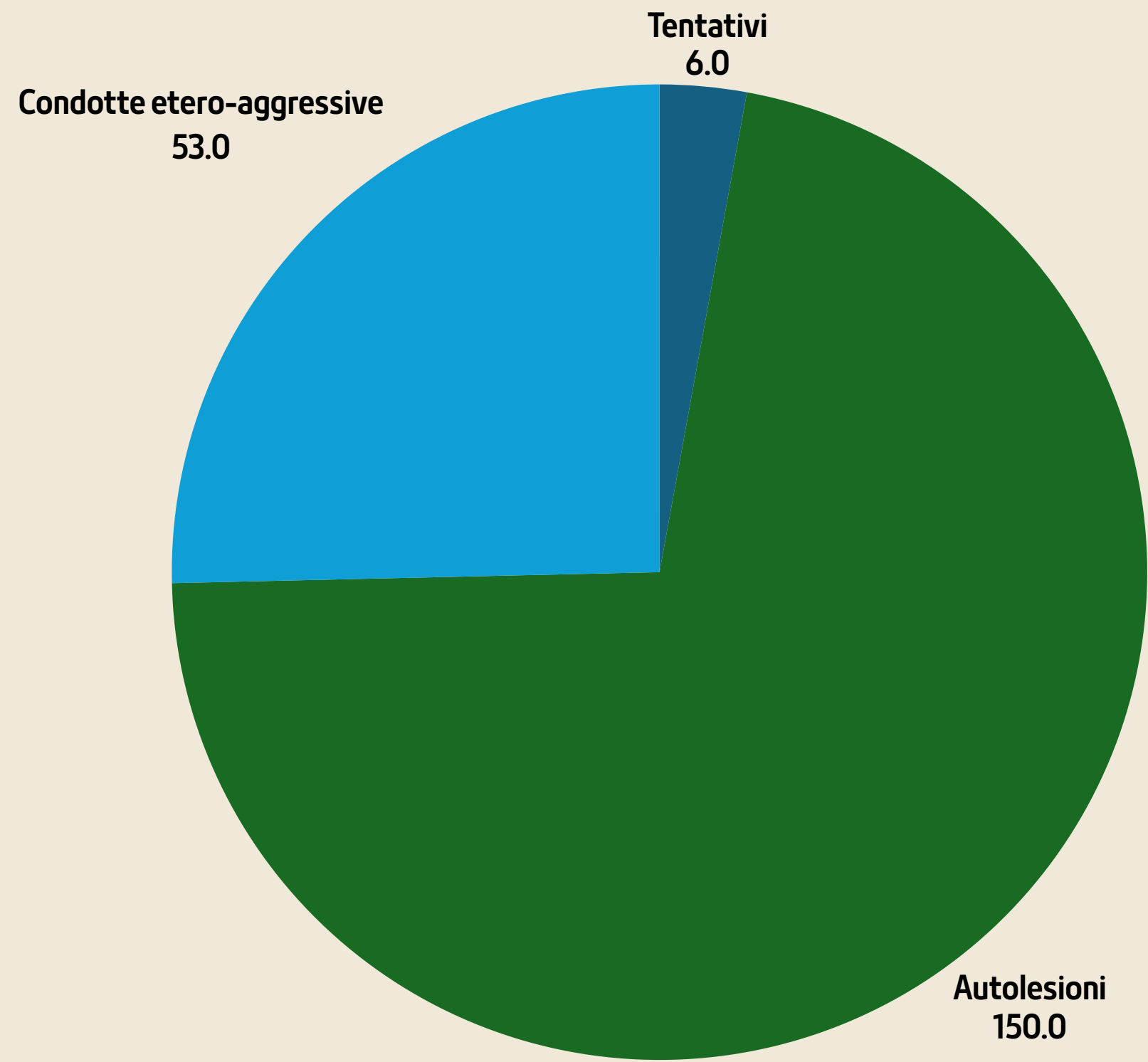
Udine: prevenzione delle condotte suicidarie

(1 ott - 31 dic 2024)



Udine: condotte critiche nell'arco del 2024

● Tentativi ● Autolesioni ● Condotte etero-aggressive



I dati qualitativi della ricerca



1. Un problema di definizioni



«Ci risponde che la loro attività è limitata e limitante. Non c'è un'equipe multidisciplinare, non ci sono tecnici della riabilitazione psichiatrica, è una risposta alle urgenze e al quotidiano, non c'è territorio»
(nota etnografica 4 aprile 2025)

«qui in Friuli Venezia Giulia, diciamo che non è molto dissimile dalla salute mentale nel resto dei luoghi, nel senso che noi siamo abituati a entrare, appunto, all'interno delle carceri con un'équipe che è simile a quella del centro di salute mentale ventiquattr'ore che c'è in Friuli Venezia Giulia [...]» (Intervista, *professionista psy 2*)

«La psichiatria è una piccola parte [...] Tutto il resto è salute mentale. Tutto quello che tu metti in piedi nella vita della persona, facendo schematicamente sull'asse lavoro, quindi un reddito, che è uno dei determinanti principali per la dignità di una persona, un reddito, quindi un lavoro, una casa [...]»
(Intervista, *professionista psy 2*)



2. La salute mentale come ossimoro



“Salute mentale e istituto penitenziario/carcere è già un po’ un ossimoro, nel senso che è difficile stare bene, ecco, in carcere, per cui sicuramente è un argomento importante che merita la massima attenzione” (Intervista, Psichiatra 4).

“Il benessere non è raggiungibile in stato di privazione della libertà, quello che può essere fatto è ridurre l’oppressione, cercando una costruzione di senso della realtà vissuta. Se l’azione che poi tu fai come operatore della salute mentale tende a rendere meno oppressivo e a dare un senso, una costruzione di senso, è quello che devi vivere, perché sei stato sanzionato, me il benessere, diciamo, non è proprio attuabile all’interno di una casa circondariale o di un carcere” (Intervista, Psichiatra 3)



Il trattamento a matrice «Psy» in carcere si riarticola come **dispositivo di adattamento secondario**:

- micro-interventi cognitivo-comportamentali, supporto farmacologico, ascolto e messa a disposizione di strumenti pratico-conoscitivi per affrontare la burocrazia carceraria
- Farmacoterapia: "medium di negoziazione" o una "stampella" per mantenere l'equilibrio in un contesto iatrogeno.
- Fondamentali: volontariato, terzo settore, rapporti coi servizi esterni

3. Fattori di prevenzione e tutela



“è molto complicato parlare di benessere in ambito penitenziario sotto tanti punti di vista [...] ci troviamo in una condizione di sovraffollamento, che ovviamente si porta dietro non solo la questione della vivibilità e gestibilità degli spazi, ma ovviamente del tentativo di accaparramento delle poche risorse umane disponibili” (Garante 4).

“il lavoro è importante, il lavoro è pure uno strumento veramente fondamentale per il benessere. Avere tanti soldi, fare lavorare le persone detenute, così come incentivare la formazione scolastica professionale: sono degli strumenti di politica penitenziaria super efficaci perché... ma impegni la persona, gli fai intraprendere un percorso positivo, si sente riconosciuta, apprezzata, tutelata e anche stimolata...perché poi il nodo principale per me è quello del tempo” (Area direttiva 1).



Benessere come precipitato del **miglior adattamento a:**

- condizioni strutturali: sovraffollamento, organico (figure psy, educatori, mediatori culturali), strutture e spazi terapeutici
- Attività: formazione, lavoro, progetti comuni che garantiscono orientati a sostegno nella detenzione e reinserimento sociale (casa, lavoro, reddito)
- Relazioni: tutela dei legami familiari e affetti, rapporti col territorio, relazione staff-detenuti vs turnover
- Certificazioni: attestazioni sanitarie, residenza, presa in carico ai servizi esterni, permesso di soggiorno, etc.)

4. Condizioni strutturali



“C'è una serie di problematiche e di scollamento, che almeno io avverto. Poi, nel periodo in cui sono stat* garante, ci sono stati vari cambiamenti, sia di direzione, sia di direzione sanitaria, cioè di coordinamento [...] per cui ho da sempre visto uno scollamento tra le varie aree, l'area sanitaria, l'area trattamentale, l'area della sicurezza...”
(Garante 1)

“Sì sì, sto pensando che, secondo me, dalla riforma in poi, credo che l'aspetto psichiatrico sia, nel senso che rispetto al passato ci sono più detenuti psichiatrici [...] in carcere. Credo che proprio le persone abbiano più problemi psichiatrici, e poi soprattutto in carcere, per cui la necessità prima dello psichiatra era minore rispetto a quella che abbiamo adesso” (Area direttiva 2)



- **Sovraffollamento e politiche securitarie (populismo penale):** dominio dell'insicurezza simbolica e paradigma punitivo
- **Effetto post DPCM 2008:** Disarticolazione tra professioni sanitarie e penitenziarie, mancata coordinazione tra le aree
- **Condizioni economiche e di organico:** assenza di figure di coordinamento, carenza di personale dispersione informazion, disinvestimento sul territorio determinano la forma e le possibilità della cura

5. Relatività della traiettoria carceraria



«Se uno non ha la residenza è difficile individuare il territorio, e soprattutto far sì che il territorio si si senta competente di quei pazienti. Non ha la residenza, non ha mai avuto la residenza, è extracomunitario, ha fatto reato non so dove...in teoria, dato che c'è tutta una scala, per quanto riguarda la sanità, per la definizione di territorio competente. Poi c'è da vedere, però, se il territorio ha i contatti e concorde con l'individuazione di quel tipo di territorio. Se c'hanno la residenza è facile, è quella per forza. Però senza questo è un po complicato, già solo l'individuazione del territorio a cui riferirsi. Poi, se sono pazienti conosciuti, ce la possiamo fare, se sono pazienti sconosciuti senza residenza e comunque devono essere presa in carico da un territorio, non è sempre così semplice, dipende dal territorio con cui uno si interfaccia. Perché poi se non li conoscono, che diano programmi per farli uscire, soprattutto se non hanno famiglia, non hanno casa, non hanno niente, non è semplice» (Psichiatra 2)



La **selettività** non è solo **simbolica** (stigma), ma anche **strutturale**, legata all'assenza di fondi, al tipo di certificazione, alle risorse familiari e alle politiche locali sulla residenza.

Le logiche strutturali e oppressive del carcere, come il sovraffollamento e la carenza di risorse, tendono a **omogeneizzare la vita** dei detenuti, ma al contempo **esacerbano le disuguaglianze sociali**:

- More or less eligibility?
- Effetto iatrogeno e selettività del carcere

6. Il corpo del detenuto come dispositivo poli-funzionale



«Giovedì scorso c'era uno che dovevo vedere che mi fa, un ragazzo sulla ventina d'anni, "Ero già pronto a ingoiarmi le pile se non mi...se non mi chiamavate", e dico porca miseria» (Area psicologica).

«A me può andare anche bene che all'inizio la motivazione sia strumentale tra virgolette, cioè uscire dal carcere. Gli viene detto ovviamente, cioè, se tu vuoi uscire dal carcere non è che la comunità... andare in comunità vuol dire avere un motivo: vuol dire avere degli obiettivi, cioè devi darci delle motivazioni rispetto a te, a quello che vuoi fare» (Area Serd 1)



Diverse istanze e modalità d'uso regolamentano l'assoggettamento (etero-auto diretto) del corpo rendendolo strumento di:

- **Comunicazione e resistenza:** richiesta d'aiuto vs strumentalità → riduzione del bisogno all'illegittimo
- **Verificazione:** regime di verità organica ed effetti identitari dell'etichettamento e contrasto alla strumentalità
- **Sorveglianza:** verso persone con disabilità o malattie (cura tra pari) e prevenzione rischio suicidario

7. I vissuti di operatori e operatrici della salute



Diciamo che è la sorveglianza stessa a capire che se c'è un detenuto, un po' particolare o particolarmente aggressivo, si creano un po' le condizioni di fare dei colloqui un pochino più sorvegliati. Ecco...più tranquilli, o si entra in sezione, dove loro magari appunto loro stanno dietro le sbarre. Noi facciamo un colloquio... con l'agente vicino (Psichiatra).

non è tanto il quantitativo di ore settimanali che c'è, ma è la capacità di tenere in testa tot numero di pazienti [...] Quindi partiamo dal presupposto che non ci sono psichiatri, quindi il fatto che non ci siano, peraltro, noi siamo specialisti ambulatoriali qui a ***, quindi nel nostro contratto è previsto il sostituto [...] Ora è, credo, 5 anni, più o meno che non abbiamo sostituito. Questo vuol dire che ora siamo in 2, la collega, per esempio, ora, a fine giugno, per 2 settimane va in ferie e io rimango da sola, in istituto.” (Psichiatra 2)



Senso del limite professionale:

- **Frustrazione e inadeguatezza:** tempi dilatati, lentezza delle procedure e delle comunicazioni, lavoro emergenziale
- **Strategie difensive:** negoziazione del farmaco

8. Il farmaco come tecnologia polivalente



“Tropo spesso io noto che, un problema che è stato rilevato, spesso lo noto anche a ***, è l'abuso di psicofarmaci, cioè... Si considera la salute mentale, dentro il carcere, come un problema di ordine, mi verrebbe da dire, di ordine pubblico, se pensiamo alla condizione... alla vita dentro il carcere.” (Volontariato 1)

“Diciamo che però la popolazione tossicodipendente nel tempo è molto cambiata e purtroppo, sia nella popolazione straniera, ma anche nella popolazione del nostro paese, la richiesta è sempre di più quella di un supporto psicofarmacologico, che è quella che ovviamente noi amiamo meno e che vorremmo abolire, ma che ci rendiamo conto che non è possibile perché la parte straniera è sempre più traumatizzata nel suo percorso che lo ha portato poi nel nostro paese.” (Area Serd 2)



Centralità del farmaco nella vita delle persone detenute:

- Forma di adattamento: scopi ludici, commercio, sopperire alle condizioni carcerarie
- Sostituto della relazione professionale
- Contrattazione costante operatori-detenuti
- Sedazione e controllo (rappresentazione pubblica)

9. Prevenzione del rischio suicidario



“Purtroppo la carenza dei medici spesso determina che il detenuto non venga sempre visto nell'immediatezza [entro le 24H dal primo accesso]. E questa è la criticità. La psicologa è qui dal lunedì al venerdì, ma se c'è necessità anche il sabato mattina, gli educatori ci sono tutti i giorni per cui, almeno dal punto di vista dei colloqui iniziali, a parte la visita d'ingresso, posso dire cerchiamo di garantirli” (Area direttiva 2)

“Ora, in carcere abbiamo questa criticità: cioè, che fare tante rivalutazioni degli staff [...] implicano uno sforzo notevole, cioè rivalutare tutte le sorveglianze due volte al mese, tutti gli attenzionamenti... è tanto! Considerando anche un ingranaggio molto farraginoso, perché bisogna trovarsi in cento teste e gli attenzionamenti rischiano di essere tanti” (Psichiatra 1)



- **Fattori di rischio:** giovane o l'avanzata età, sentimenti di vergogna e disperazione, preoccupazione per lo status di detenuto, abuso di sostanze, fragilità psichiatrica preesistente, precedenti tentativi di suicidio e mancanza di supporto sociale e di speranza
- **Condizioni strutturali:** rendono fragile qualsiasi progetto di prevenzione, portando a risposte spesso emergenziali

9. Prevenzione del rischio suicidario

Prevenzione: insieme di pratiche che oscillano tra controllo e cura, in un'istituzione che genera le condizioni di malessere che poi è chiamata a gestire:

- **Primo ingresso:** protocolli e strumenti standardizzati consentono un' applicazione «generica», standardizzata, che fatica a entrare nel dettaglio della singola persona
- **Sorveglianza:** capillare e diffusa tra le figure professionali (Psy in particolare) e non (detenuti) vs lentezza trasmissione informazioni e formazione non sempre garantita
- **Integrazione professionale:** integrare le azioni degli operatori delle varie aree (sicurezza, sanitaria, educativa) anche attraverso l'organismo multidisciplinare (Staff).

Piano locali: logica formativa e preventiva orientata ai fattori di rischio individuali piuttosto che a quelli di protezione (ambientale in primis): molto concentrato sui fattori individuali di rischio, mentre i fattori ambientali (isolamento, quotidianità carceraria, sovraffollamento, condizioni igienico-sanitarie, mancanza d'attività) sono presi in considerazione in modo molto marginale.

➔ **Possibili azioni proattive:** migliorare le condizioni di vita durante la detenzione promuovere attività lavorative prolungate e durature, incrementare tempi e modalità d'incontro coi familiari, sostenere e facilitare *iter* burocratici per residenza/rinnovo passaporto/richiesta permesso di soggiorno, iniziative aperte alla cittadinanza, etc.

10. Etnocentrismo carcerario



«Quando non c'è residenza, le devo dire chiaramente, se ne lavano tutti le mani. Più volte è capitato, se non c'è residenza il comune dice non posso far nulla, l'azienda sanitaria dice non posso fare nulla, e la persona esce e non ha nessun sostegno» (Garante 1)

«Se io ho di fronte un ragazzo pakistano che ha fatto la rotta balcanica e... ha visto morire il fratello perché gli hanno sparato davanti a lui perché ha vissuto delle condizioni... E mi trovo davanti un ragazzo che è un tossicodipendente. Poi mi racconta tutta la sua storia e dico, ho capito perché si seda in quel modo ha vissuto delle cose terribili» (Area psicologica)



- Il **corpo** del migrante diviene un **campo di lotta tra la razionalità** dello sguardo **medico** (che cerca di riconoscere la malattia per garantire il diritto alla cura) e la razionalità **agita** dal detenuto stesso attraverso la riappropriazione del proprio corpo per rivendicare la sofferenza e la violenza subita
- La regolarità carceraria produce l'irregolarità: migrante come **soggetto espellibile**

11. Salute mentale e incompatibilità carceraria



“L'incompatibilità viene dichiarata di solito per patologie gravi, organiche. E quindi c'è bisogno, quindi, di un'attenzione particolare alla cura di quella persona, oppure anche può essere anche per questioni di salute mentale, però è molto più raro, perché se tu offri, sei abituato a offrire, poi in *** tendenzialmente non c'è questo problema, cioè l'incompatibilità col carcere perché sei un cittadino che soffre di salute mentale.”
(Psichiatra 3)



- **Non applicazione della Sentenza 99/2019 della Corte costituzionale**
- Sistema dei servizi esterni come **nodo critico**: non attrezzato ad accogliere le persone detenute con patologia mentale; la pregressa conoscenza del detenuto da parte dei servizi territoriali è un elemento decisivo
- ATSM come «scatolette dentro lo scatolone» (Garante 3)

12. Che cos'è la psichiatria?



«[...] molte sono persone che hanno lavorato lungamente in carcere, quindi che si sono in qualche maniera formate per qui, quindi hanno un approccio [...] non così esclusivamente psicofarmacologico, hanno un'attenzione anche alla persona, all'importanza dell'adattamento [...] Siamo tutti attenti, in genere, a non psichiatrizzare, non... cerchiamo tutti quanti di non cadere nelle "trappole" tra virgolette legate alle richieste istituzionali, che alle volte sono improprie. Quindi questo approccio orientato alla persona, non psichiatrizzante ce lo abbiamo tutti, e su questo siamo abbastanza fortunati. Naturalmente c'è anche l'altro... il rovescio della medaglia, soprattutto per i colleghi che hanno lavorato per lungo tempo in carcere, è difficile avere la prospettiva del fuori» (Psichiatra 1)



Una rappresentazione multi-prospettica:

- **Dimensione specialistica:** valutazione e prescrizione farmacologica
- **Dimensione relazionale:** attenzione ai bisogni e al rapporto di fiducia con la persona detenuta
- **Dimensione politica:** quando si lotta collettivamente per le risorse e contro le derive del sistema

13. Immaginari di cambiamento: se avessi la bacchetta magica...

- Riduzione o eliminazione del **sovraffollamento**
- Apertura del carcere verso l'**esterno** (familiari e territorio)
- **Strutturazione e qualità dei** percorsi trattamentali: inoccupazione come fattore di rischio della salute, promotrice di illegalismi e agente mortificatrice
- **Chiarezza e specificità** dei protocolli trattamentali
- Migliorare la **comunicazione** interna e la circolarità delle informazioni inter-professioni
- **Incremento risorse economiche, umane e territoriali**: equiparare risorse educative a quelle di sorveglianza, assicurare continuità assistenziale e lavoro multi-disciplinare
- Incrementare la **qualità degli spazi e decrementare l'impronta autoritaria** dell'istituto
- Promuovere il **benessere degli agenti di polizia penitenziaria**



Conclusioni: che cos'è la salute mentale in carcere?

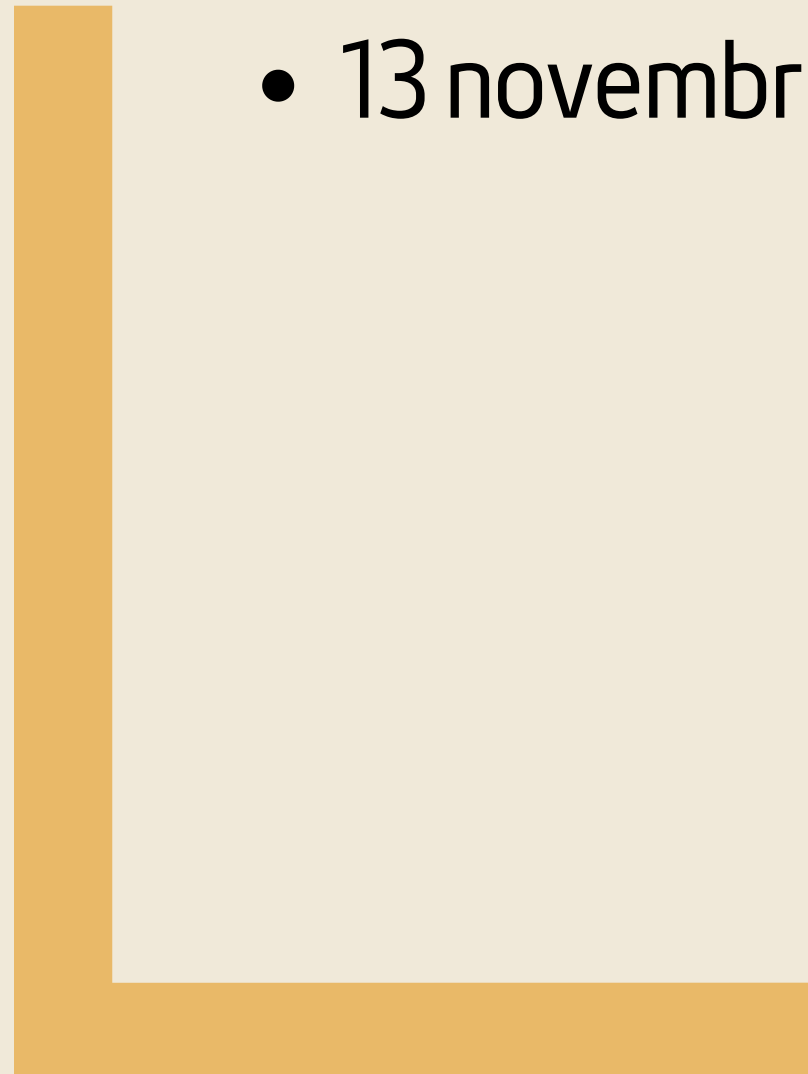
- **Emergenza psichiatrica percepita è maggiore di quella effettiva:** l'utilizzo differenziato delle categorie con cui vengono certificate le persone detenute con problematiche legate alla salute mentale rende opaca e caratterizzata da *bias* qualsivoglia ricerca di tipo quantitativo sui «numeri» della salute mentale
- **Carcere e Salute sono incompatibili:** le logiche del campo penitenziario sono sovradeterminate a quelle terapeutico-riabilitative, determinando la forma e l'efficacia degli interventi a matrice Psy e riabilitativo-territoriale
- **Il carcere/la pena non è uguale per tutti:** il carattere omogenizzante del carcere sulle persone detenute esacerba le disuguaglianze sociali.
- L'**incompatibilità** col carcere per ragioni di salute mentale **non è attuata**, in violazione della Sen. 99/2019 della Corte Costituzionale. Si propone trasposizione in norma di legge formale (es. art. 94 TU 309/1990)

Conclusioni: che cos'è la salute mentale in carcere?

- **Per le persone straniere, non regolari, il carcere assume i connotati di un centro per il rimpatrio:** l'intersezione di problematiche di salute con le carenze certificative (documenti, residenza, diagnosi) genera condizioni di totale mancanza di prospettive di tutela della salute fuori dal carcere
- **Sinergia con il territorio:** Buone prassi in ottica rieducativa e di reinserimento territoriale sono sostenute e promosse dal comparto volontariato e terzo settore, e dall'area salute (Psy e SerD)
- **Carenza di risorse:** sia finanziarie che di organico

Prossimi appuntamenti

- 28 ottobre 2025 - Consiglio Regionale della Toscana (Firenze)
- 13 novembre 2025 - Comune di Udine





Progetto sostenuto con i fondi
Otto per Mille della Chiesa Valdese



Grazie per l'ascolto!

Contatti:

info@societadellaragione.it

giuliamelani88@gmail.com

katia.poneti@gmail.com

riccardo.girolimetto@gmail.com

Media Partner

FUORI LUOGO

Droghe&Diritti



CUMBRE
ALTRE FREQUENZE