

SALUTE MENTALE IN CARCERE

**dopo la chiusura degli
Ospedali Psichiatrici Giudiziari**



REPORT FINALE

Report a cura di
Katia Poneti e Riccardo Girolimetto

Hanno collaborato al progetto:
**Giulia Melani, Leonardo Fiorentini,
Natalia Maffei, Camillo Donati,
Giacomo Locci, Lisa Boni, Luca Sortino**

Salute mentale in carcere dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Sommario	1
Capitolo 1 - Salute mentale e carcere: la letteratura scientifica	3
Capitolo 2 - Il quadro normativo	11
2.1. Quadro normativo nazionale	11
2.1.1. Le norme del Codice penale	12
2.1.2. La riforma della sanità penitenziaria	12
2.1.3. La riforma per il superamento degli OPG	21
2.1.4. La sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019	32
2.1.5. L'affidamento terapeutico per persone tossicodipendenti ex art. 94 TU 309/1990	34
2.1.6. La nuova normativa sulla residenza per i senza fissa dimora	35
2.1.7. I recenti sviluppi in materia di TSO (sentenza C.Cost. e DDL)	36
2.1.8. La Delibera del CSM seduta del 22 gennaio 2025	39
2.1.9. Piano azione nazionale salute mentale (PASM) 2025-2030	43
2.2. Quadro normativo regionale	51
2.2.1. Toscana	51
2.2.1.1. L'organizzazione del servizio sanitario in carcere	51
2.2.1.2. ATSM Sollicciano	56
2.2.1.3. Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria	58
2.2.1.4. Obiettivi prioritari per la tutela della salute dei detenuti e degli internati	59
2.2.1.5. La presa in carico delle persone tossicodipendenti presenti in carcere	60
2.2.1.6. Raccordo tra i servizi territoriali e i presidi sanitari penitenziari nella presa in carico dei pazienti psichiatrici	61
2.2.2. Lazio	63
2.2.2.1. L'organizzazione del servizio sanitario in carcere	63
2.2.2.2. ATSM Rebibbia Femminile e Civitavecchia	67
2.2.2.4. Obiettivi assistenza sanitaria 2024-2026	69
2.2.2.5. Presa in carico e cura dei detenuti tossicodipendenti	70
2.2.2.6. Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario	71
2.2.3. Friuli Venezia Giulia	72
2.2.3.1. L'organizzazione del servizio sanitario in carcere	72
2.2.3.2. Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria	74
2.2.3.3. Accoglienza psicologica dei detenuti nelle strutture della Regione FVG	74
2.2.3.4. Protocollo per la gestione della sanità nel carcere di Udine	77
Capitolo 3 - La prevenzione del suicidio in carcere	79
3.1. Linee guida OMS	84
3.2. Gli Accordi in Conferenza Stato-Regioni e il Piano nazionale di prevenzione delle condotte suicidarie	94

3.3. Le circolari DAP sulla prevenzione del suicidio in carcere	100
3.4. I Piani regionali	110
3.4.1. Regione Toscana e Piano Locale di Prato	110
3.4.2. Regione Friuli Venezia Giulia e Piano Locale Udine	114
3.4.3. Regione Lazio e il Piano Locale di Rebibbia femminile	126
Capitolo 4 - Metodologia della ricerca	129
4.1. Seminari iniziali	131
4.2. Sopralluoghi nelle carceri	138
4.3. Raccolta dati quantitativi	139
4.4. Ricerca qualitativa condotta tramite interviste in profondità	140
Capitolo 5 - I risultati della ricerca: I dati quantitativi	141
5.1. Casa circondariale di Prato	141
5.1.1. Indicazioni emerse dai seminari introduttivi	141
5.1.2. Dati emersi nell'ambito della visita: protocollo dati e note etnografiche	141
5.1.3. Dati tabelle	154
5.2. Casa circondariale di Udine	158
5.2.1 Indicazioni emerse dai seminari introduttivi	158
5.2.2 Dati emersi dalle note etnografiche delle visite e dal protocollo	159
5.2.3 Dati tabelle	170
5.3. Casa Circondariale di Roma Rebibbia femminile	176
5.3.1. Indicazioni emerse dai seminari introduttivi	176
5.3.2. Dati emersi dalle Relazioni di Antigone e dei Garanti territoriali	176
5.4 Annotazioni sui dati quantitativi raccolti	185
Capitolo 6 - I risultati della ricerca: I dati qualitativi	190
6.1. Una distinzione fondamentale: salute mentale e disturbi Psy	190
6.2. La salute mentale come ossimoro	193
6.3 Fattori di prevenzione e tutela	204
6.4. Condizioni strutturali	214
6.5. Relatività della traiettoria carceraria	225
6.6. Il corpo del detenuto come dispositivo poli-funzionale	232
6.7 Vissuti di operatori e operatrici della salute	243
6.8. Farmaco come dispositivo polivalente	248
6.9. Prevenzione del rischio suicidario	259
6.10 Etnocentrismo carcerario	268
6.11 Incompatibilità relativa	273
6.12 Che cos'è la psichiatria?	287
6.13 Immaginari di cambiamento	301
Conclusioni	309
Bibliografia	317
Appendice	327
ALLEGATO A - Protocollo domande aperte	326
ALLEGATO B - Protocollo sopralluogo istituti penitenziari	329
ALLEGATO C - Protocollo raccolta dati quantitativi	336

Capitolo 1 - Salute mentale e carcere: la letteratura scientifica

Il significato del concetto di salute mentale comprende numerosi fattori e determinanti, la cui garanzia e tutela non coincide con l'assistenza psichiatrica strettamente intesa. Il tema della salute mentale delle persone detenute in carcere non può prescindere da questa considerazione iniziale.

La definizione condivisa di salute è stata inserita nella Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)/World Health Organization (WHO): si tratta di “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità” (Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità, firmata a New York il 22 luglio 1946). Allo stesso modo, la salute mentale può essere influenzata da una serie di fattori socioeconomici che devono essere affrontati attraverso strategie globali per la promozione, la prevenzione, il trattamento e il recupero. La definizione di salute mentale che possiamo ricavare dai documenti dell'Organizzazione mondiale della sanità è ampia. Con salute mentale si intende il benessere psichico della persona, i cui determinanti “includono non solo attributi individuali quali la capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali, come le politiche nazionali, la protezione sociale, il tenore di vita, le condizioni di lavoro e i supporti sociali di comunità” (WHO, 2021, 2). La protezione della salute mentale è parte integrante del diritto umano alla salute (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). Recenti documenti dell'Organizzazione hanno creato un piano di promozione della salute mentale che arriva al 2030 (*Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*) e un monitoraggio sulle azioni intraprese dagli Stati per realizzarlo (*Mental Health Atlas 2024*). Inoltre, un ulteriore documento (*World mental health report: transforming mental health for all*) invita tutti gli Stati parti dell'Organizzazione ad accelerare gli sforzi per raggiungere gli obiettivi del piano, concentrandoli su tre percorsi di trasformazione:

1. approfondire il valore e l'impegno che diamo alla salute mentale come una parte integrante della nostra salute e del nostro benessere, come diritto umano fondamentale e come fattore determinante della salute pubblica, del benessere sociale e dello sviluppo sostenibile;

2. rimodellare gli ambienti che influenzano la salute mentale, con modalità che riducano i rischi e rafforzino i fattori protettivi in modo che tutti abbiano pari opportunità di raggiungere il più alto livello di salute mentale e benessere;
3. rafforzare l'assistenza sanitaria per la salute mentale, in modo che l'intero insieme dei bisogni di salute mentale sia soddisfatto attraverso una rete comunitaria di servizi e supporti accessibili, convenienti e di qualità (WHO; 2022, 249).

A partire dalla definizione di salute promossa dalla Organizzazione mondiale della sanità è stato elaborato il 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 sociali. Ne emerge un modello complesso di salute che aiuta a rendere complesso anche l'approccio alla condizione di disabilità, letta progressivamente tramite approcci bio-medico, sociale e bio-psico-sociale (Bernardini, 2016). Nel contesto specifico della salute mentale tale elaborazione ha tardato a realizzarsi, poiché 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” (Szadejko, 2020, 22).

Nella Convenzione ONU dei diritti delle persone con disabilità (Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD) approvata a Dicembre del 2006 si pone al centro l'approccio biopsicosociale: le persone con disabilità sono, infatti, definite come “quantità 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). La Convenzione considera rilevanti non solo le minorazioni ma anche le barriere esogene e sociali che impediscono la piena partecipazione alla società.

Per analizzare il diritto alla salute in un ambiente come quello detentivo che, da una letteratura consolidata a partire dal fondamentale testo di Gonin, è considerato un ambiente patogeno e produttivo di malattia (Gonin, 1991), è fondamentale rifarsi al modello BPS. La stessa sezione europea della OMS, infatti, ha evidenziato la caratteristica patogena dell'ambiente penitenziario, affermando che “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” (WHO Europe, 2008, 5). Le persone private della libertà personale sono indicate

dall'Organizzazione come uno dei gruppi di persone che, a seconda del contesto locale, possono essere esposti a un rischio significativamente più elevato di sperimentare problemi di salute mentale (WHO, 2021, 2). In particolare, alcuni fattori che purtroppo sono presenti in carcere aumentano il rischio per la salute mentale: in carcere, le persone possono essere sottoposte a isolamento sociale, cattive condizioni di vita, aggressioni fisiche o sessuali o abuso psicologico (WHO, 2022, 240). Tuttavia, nonostante il bisogno di cura sia maggiore, in carcere vi è una probabilità più bassa che questo sia soddisfatto, soprattutto in alcuni paesi a basso reddito, dove i servizi di salute mentale sono particolarmente carenti. Affrontare i bisogni di salute mentale nel sistema della giustizia penale porterebbe vantaggio ai detenuti, ma anche ai dipendenti del carcere e alla comunità in generale, e vi sono esempi, sperimentati nei paesi a reddito più alto, che danno suggerimenti: servizi di collegamento (*liaison*) e *diversion*, o triage di strada sono stati sviluppati per identificare le persone con possibili problemi di salute mentale al loro primo contatto con la giustizia penale, in modo da indirizzarli verso un'adeguata assistenza sanitaria o sociale, piuttosto che verso la giustizia penale. Altre strategie suggerite per il miglioramento dell'assistenza sanitaria psichiatrica nel sistema di giustizia penale riguardano l'integrazione della salute mentale tra i servizi per la salute in generale a disposizione di tutti i detenuti; nonché la formazione sulla salute mentale dello staff a tutti i livelli del sistema di giustizia penale può aiutare a creare consapevolezza, sfidare atteggiamenti stigmatizzanti, e incoraggiare la promozione della salute mentale sia per il personale che per i detenuti (WHO, 2022, 241).

L'influenza dei fattori sociali e ambientali sulla salute mentale è determinante; perciò, per garantire un pieno diritto al suo godimento in contesti istituzionalizzati è necessario indirizzare la cura e il trattamento a tutti i bisogni dei detenuti, inclusi i bisogni sociali. Infatti, l'offerta di terapie farmacologiche e di assistenza psichiatrica e psicologica non può rispondere, se dissociata da un intervento più ampio sui bisogni della persona, all'obiettivo della tutela della salute, in particolare della salute mentale. Sul punto il Comitato Nazionale di Bioetica - CNB nel parere *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere* (2019) ha espressamente raccomandato di:

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 sorveglianza (CNB, 2019, 3-4).

In un precedente parere del 2013, lo stesso Comitato Nazionale di Bioetica era intervenuto sul tema penitenziario: nel parere *La salute dentro le mura* sottolineava che una buona rete di servizi sanitari è uno strumento, necessario ma non sufficiente, per raggiungere l’uguaglianza dei livelli di salute tra interno ed esterno del carcere: l’obiettivo è quello di offrire ai detenuti pari opportunità nell’accesso al bene salute, considerando le differenze di partenza nei livelli di salute, che nel caso dei detenuti sono deficit di salute, nonché la condizione di privazione della libertà che di per sé rappresenta un impedimento al raggiungimento degli obiettivi di salute (CNB, 2013, 8).

Nel contesto carcerario, la tendenza ad appiattire la tutela della salute mentale sull’offerta di servizi psichiatrici e terapie psicofarmacologiche (che in carcere sono consumati in percentuale molto più alta che tra la popolazione libera) si combina con un ricorso alla psichiatrizzazione—ben definito nella letteratura in materia — dei comportamenti che violano la disciplina dell’istituzione penitenziaria ed arrecano disturbo al normale svolgimento della vita interna. Ne emerge un fenomeno socialmente complesso, in cui si intersecano processi di istituzionalizzazione e di psichiatrizzazione, in cui la disciplina del penitenziario e l’etichettamento dell’istanza psichiatrica si combinano.

Per istituzionalizzazione s’intende “nel linguaggio sociologico, e anche nella medicina sociale, l’internamento e il trattamento clinico e giuridico-penale in apposita istituzione (carcere, riformatorio, case di cura, ecc.) di soggetti devianti, criminali o malati” (Istituto Enciclopedico Treccani). Oppure è definita come “adverse effects on individuals of residence in long-stay organization such as mental hospitals and prisons” (Scott, Marshall, 2009). L’istituzionalizzazione è uno dei temi fondamentali della sociologia e il suo più noto studioso è Erving Goffman. Secondo Goffman le istituzioni sociali sono quelle organizzazioni, luoghi, spazi, edifici, in cui una qualche attività ha luogo con regolarità (Goffman, 1970, 33). Tra le differenti tipologie di istituzioni lo studio di Goffman si concentra sulle “istituzioni totali”, nelle quali le principali sfere della vita di una persona, che normalmente si svolgono in luoghi differenti, sono vissute nello stesso luogo, che è chiuso rispetto al mondo esterno, e nel quale tempo, spazio e interazioni sociali sono rigidamente organizzati: ciò conduce alla

istituzionalizzazione e porta ad un cambiamento nelle soggettività che vivono dall'interno tale processo, che divengono persone "istituzionalizzate" (Goffman, 1970, 34). Il concetto di istituzionalizzazione è usato ampiamente nello studio del carcere e delle istituzioni psichiatriche (Bowker, 1980; Crewe, Ievins, 2020).

Da evidenziare è però il fatto che il risultato dell'istituzionalizzazione nasce da un processo sociale più ampio, nonché da un processo giuridico, in cui interagiscono regole, discorsi e pratiche che contribuiscono a rispondere al bisogno sociale di escludere e richiudere quelle soggettività o classi sociali che via via nella storia sono state additate come problematiche, pericolose (Garland, 1990).

La definizione e l'allontanamento della follia hanno legittimato, a partire dal secolo XVII, l'internamento di una classe sociale considerata pericolosa, il proletariato, che è stata bersaglio di un potere che la voleva, nello stesso tempo, escludere dalla società libera e disciplinare nei comportamenti (Foucault, 1972; Foucault, 1975). Nella medicalizzazione del presente avviene che i problemi non medici vengono definiti e trattati in termini medici, come malattie o disordini (Conrad, 1992). Anche la medicalizzazione produce effetti disciplinari.

Nella cultura psichiatrica italiana è nato e si è sviluppato un approccio alternativo all'internamento, quello della de-istituzionalizzazione proposta da Franco Basaglia, che ha rinvenuto proprio nel muro, materiale e culturale, dell'istituzione totale la frontiera che definisce e separa la normalità dall'anormalità (Basaglia, 1981). Il cambiamento culturale suscitato dall'opera di Basaglia ha portato alla chiusura dei manicomi civili, appunto con la Legge Basaglia (180/1978, poi inserita nella Legge 833/1978 sul Servizio Sanitario Nazionale). Come una sua propaggine la Riforma per il superamento degli OPG (Leggi 9/2012 e 81/2014) ha portato alla chiusura dei manicomi criminali (Corleone, 2018). L'idea che la malattia mentale abbia una parte importante di determinanti sociali e che questi debbano essere affrontati per poter parlare veramente di salute è un filo che lega l'approccio del WHO, la psichiatria di impronta basagliana e la riforma per il superamento degli OPG. In questo senso, verso un approccio integrato e attento ai bisogni e ai diritti civili e sociali vanno le proposte innovative di applicazione degli strumenti messi a disposizione dalla nuova legislazione: il piano terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) può essere utilizzato come uno strumento per rendere più trasparente la relazione tra istanze penali e istanze psichiatriche e per facilitare il perseguimento di obiettivi congiunti di cura e tutela dei diritti, e potrebbe non essere limitato

agli aspetti strettamente medico-sanitari ma comprendere quegli elementi sociali che sono la base per il processo di recovery ed essere aperto alla negoziazione con il paziente.

Da rilevare è il fatto che, di fronte alla tendenza a mescolare giustizia penale e sistema di protezione sociale, con il primo che supplisce alle carenze del secondo (Wacquant, 2004), il pericolo che si vada, invece, verso un maggiore commistione delle culture e delle istanze penal-penitenziarie e psichiatriche, è evidente, con la conseguenza dell'utilizzo della conoscenza medica come strumentale all'allargamento del controllo sociale.

La qualificazione di “paziente psichiatrico” in carcere ne emerge, piuttosto che un punto di partenza certo da cui partire per valutare l'attuazione del diritto alla salute mentale, come un nodo critico da indagare. Infatti la definizione di “paziente psichiatrico” può essere letta come l'esito, sempre mutevole a seconda dei contesti e dei soggetti, di una lotta per la definizione, della quale sono parte le istanze istituzionali che intervengono nei procedimenti giudiziari e/o nella presa in carico socio-sanitaria: servizio psichiatrico territoriale e penitenziario, amministrazione penitenziaria, UEPE, magistratura, enti privati di gestione delle strutture psichiatriche territoriali.

In ambito penitenziario la questione psichiatrica si affianca e, in alcuni casi, si interseca con la condizione di “tossicodipendenza”, e le modalità attraverso le quali questa viene definita e accertata affondano le proprie ragioni nei modi di interpretare il consumo di sostanze. Da un lato, troviamo il modello neurobiologico della *addiction*, che medicalizza la dipendenza (brain disease), concentrando l'attenzione sulla sostanza come *master* della condizione di assunzione di droghe, che con il proprio potere drogante spezzano la volontà del soggetto che le utilizza e lo rendono dipendente. Nel modello dell'*addiction* la persona che usa droghe non ha nessuna capacità di contrastare la spinta verso il consumo intensivo e la condizione di dipendenza dalla sostanza. Dall'altro lato, vi è un diverso modello che interpreta l'uso di sostanze calandolo nel contesto, personale e sociale, in cui questo avviene (Zinberg, 1984). L'assunzione di droghe è “un'attività umana complessa” (Zuffa, 2025) che è comprensibile solo con un approccio multidisciplinare, che guardi, oltre alla dimensione biologica, a quella psicologica e sociale. Secondo questo diverso approccio, non medicalizzante, il *master* dell'assunzione di droghe è il soggetto assuntore, che resta un soggetto capace di prendere decisioni e può regolare il suo consumo in ragione degli obiettivi, psicologicamente e socialmente rilevanti, di restare integrato nel proprio ambiente familiare e sociale. Insomma, il consumatore non è considerato “schiavo della droga” e quindi privo di un ruolo attivo nel suo uso, ma un soggetto che può

essere in grado di regolare il proprio consumo in base al suo contesto psicologico e sociale. Questo secondo approccio è definito anche come “riduzione del danno”, un’idea che va al di là dell’intervento diretto dei servizi sociali per limitare alcuni danni fisici derivanti dal consumo (distribuzione di siringhe sterili, stanze del consumo, recentemente la distribuzione delle pipette per il crack) e si estende alla considerazione in positivo delle conoscenze dei consumatori, in una prospettiva di empowerment delle loro abilità verso un modello di consumo che riduca progressivamente il danno.

Nella prospettiva dei servizi per le dipendenze il primo modello è quello più diffuso; tuttavia non mancano approcci critici, che si orientano verso un modello di riduzione del danno. Nel contesto penitenziario, in cui la presa in carico della tossicodipendenza dovrebbe indirizzare verso percorsi esterni al carcere, secondo il modello procedurale dell’affidamento terapeutico in comunità o al SerD sul territorio, la definizione e l’accertamento dello *status* di tossicodipendente acquisisce una complessità ulteriore, che mette insieme una pluralità di approcci interpretativi con le dinamiche proprie del contesto penitenziario.

In questo lavoro di ricerca, per comprendere al meglio le intersezioni delle culture che nel contesto penitenziario interpretano, tramite le azioni della quotidiana gestione dei pazienti e dei non-pazienti, la condizione psichiatrica e la condizione della tossicodipendenza, si è pensato di affiancare ad una prima indagine di tipo quantitativo, una seconda fase di analisi qualitativa.

Capitolo 2 - Il quadro normativo

2.1. Quadro normativo nazionale

Dalla fine degli anni '90 del secolo scorso più processi riformatori si sono intrecciati nell'ambito della disciplina normativa della tutela della salute delle persone detenute e sottoposte a misure di sicurezza. Per queste ultime sono state create delle nuove istituzioni, le Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). Si descrive qui il quadro normativo di riferimento per la tutela della salute mentale in carcere, a cui sono destinate quelle persone che commettono un reato e sono considerate capaci di intendere e di volere, ovvero sane di mente. Si tratta di un quadro composito, formato da quattro gruppi di norme:

- a) Norme sulle non imputabilità per vizio di mente (Codice penale);
- b) Norme sulla Riforma della sanità penitenziaria: la legge delega (L. 419/1998) e i relativi decreti legislativi (in particolare, il D.Lgs. 230/1999), le successive disposizioni legislative e regolamentari (in particolare, L. 244/2007), i DPCM (in particolare, il DPCM 1° aprile 2008) e gli accordi attuativi in Conferenza unificata, che comprendono le indicazioni riguardanti le Articolazioni per la tutela della salute mentale (ATSM);
- c) La riforma per il superamento degli OPG, per quanto ha influito sulla salute mentale delle persone condannate (art. 3-ter D.L. 211/2011, introdotto in sede di conversione con L. 9/2012 e successivi decreti-legge e leggi di conversione);
- d) Giurisprudenza della Corte Costituzionale in materia di misure alternative per le persone con disturbi psichiatrici: sentenza Corte Cost. 99/2019.

Si tratta di un quadro normativo uniforme per l'intero territorio nazionale. Tuttavia, le diverse discipline regionali, riguardanti l'organizzazione dei servizi sanitari hanno attuato sul territorio la riforma della sanità penitenziaria e gli accordi della Conferenza unificata e hanno progettato il proprio modello di assistenza psichiatrica penitenziaria, nel contesto dei propri servizi psichiatrici territoriali. 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.

Di seguito si delineano i quattro gruppi di norme a livello nazionale, mentre successivamente ci si concentrerà sulle specifiche normative della Regione Toscana, della Regione Lazio, della Regione Friuli Venezia Giulia.

2.1.1. Le norme del Codice penale

Il Codice penale (art. 88 ss.) 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, prosciolti e sottoposti a misura di sicurezza se ritenuti pericolosi (i cosiddetti folli rei), da coloro giudicati sani di mente e che vengono condannati; questi ultimi manifestano la patologia durante la detenzione (i cosiddetti rei folli). A questi si aggiungono i casi di vizio parziale di mente (art. 89 c.p.), in cui la capacità d'intendere e di volere non è esclusa al momento del fatto ma grandemente ridotta: in questo caso la pena è ridotta ed è seguita da una misura di sicurezza.

La questione della tutela della salute mentale in carcere riguarda, dunque, quelle persone che sono state condannate alla detenzione e che manifestano il disturbo psichiatrico dopo la condanna; riguarda, altresì, le persone condannate a pena ridotta per vizio parziale di mente.

2.1.2. La riforma della sanità penitenziaria

Parte I - Principi della riforma: dalla legge 419/1998 al DPCM 1° aprile 2008

Un cambiamento fondamentale nella tutela della salute in carcere è avvenuto con la riforma della sanità penitenziaria, poiché questa ha stabilito il passaggio delle competenze in materia dal Ministero della Giustizia a quello della Salute, e di conseguenza alle Regioni. La sanità penitenziaria, che era stata a lungo separata dalla sanità pubblica e chiusa all'interno dell'istituzione carceraria, è divenuta parte integrante del servizio sanitario. 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 i quali fondamentale è l'equiparazione del livello di prestazioni (di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) garantito ai detenuti a quello garantito ai cittadini liberi (Art. 1, co. 1, D.Lgs. 230/99). Oltre al principio di equiparazione nel livello di prestazioni, sono previsti: 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).

L'attuazione dei principi stabiliti dalla riforma si è avuta con il DPCM 1° aprile 2008, che ha trasferito tutte le risorse e i rapporti di lavoro tra i due Ministeri e dettato le linee di indirizzo per i due ambiti di privazione della libertà 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.

- *Linee di indirizzo per gli interventi del servizio sanitario per la tutela della salute in carcere (Allegato A)*

Le prestazioni che devono essere assicurate ai detenuti devono comprendere la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione, e sono collocate nell'ambito dei LEA. Sono ricordati i principi in base ai quali deve essere organizzata l'assistenza sanitaria per i detenuti e gli 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.

L'Azienda sanitaria è l'ente competente ad erogare le prestazioni, tra le quali rientrano espressamente gli "interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale". A tale scopo, si indica, nello specifico, 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;
- ❖ 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 trattamentale, definendo a tale scopo protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori dei servizi di salute mentale e gli operatori penitenziari (DAP e CGM).

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

Lo scopo di queste linee guida era quello di dare le direttive per trasferire le competenze sanitarie, già svolte all'interno degli OPG, alla sanità regionale. Tale trasferimento è stato il primo passo per quello che, in un momento successivo, è stato il superamento degli OPG. Pur riguardando nello specifico le persone sottoposte a misure di sicurezza, le linee guida sono rilevanti anche per la sanità penitenziaria poiché indicano quali attività e tipologie di provvedimenti penali dovranno aver esecuzione negli istituti penitenziari: si prevede l'attivazione di sezioni di cura e di 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 fissata come un punto fondamentale per il buon risultato del programma specifico per gli OPG. Inoltre, nel DPCM si aggiunge che presso le stesse sezioni potrebbero essere assegnati i condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

Ancora nell'Allegato C, si trova una direttiva sui modelli organizzativi: nelle Aziende sanitarie che sono sede di OPG deve essere istituita, nell'ambito del Dipartimento di salute mentale, una idonea struttura, con autonomia organizzativa. Essa deve avere funzioni di raccordo con le altre aziende sanitarie (regionali ed extraregionali) di provenienza dei singoli internati, allo scopo di

elaborare insieme i piani terapeutici individuali di trattamento (PTRI) per il reinserimento sul territorio; deve anche coordinarsi con gli altri servizi dell'azienda sanitaria e con i servizi sociali.

Tornando al tema della riforma della sanità penitenziaria possiamo evidenziare che la regola che le dà forma è quella della gestione esclusivamente sanitaria dei presidi medici interni agli istituti penitenziari. Tale principio cardine della riforma è stato oggetto di analisi in alcuni atti di *soft law* emanati dall'Organizzazione mondiale della sanità. Il rapporto *Health in Prisons*, ha segnalato, 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, come difficoltà nel reclutamento del personale, educazione e formazione continua inadeguate. L'OMS ha ricordato 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 pubblica (WHO, 2007b, 2). La gestione unica dei presidi sanitari interni ed esterni, con mobilità nelle due direzioni, è indicata come modalità adeguata 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. Queste caratteristiche sono funzionali alla garanzia dell'equivalenza dello standard di cura tra interno ed esterno del carcere (WHO, 2007b, 7), che a sua volta è un punto essenziale per la garanzia del diritto alla salute delle persone recluse. Anche il Comitato europeo per la prevenzione della tortura (3rd General report on the CPT's activities, 1992, punti 38-40) e il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa (Raccomandazione n. R(98)7 sugli aspetti etici e organizzativi della salute in carcere, punti 10-11) si erano espressi nel senso della garanzia di un'assistenza sanitaria unificata tra interno ed esterno.

Il Comitato Nazionale di Bioetica, nel suo parere *La salute "dentro le mura"* del 27 settembre 2013 ha operato una valutazione degli effetti di tale riforma. Esso ha affermato che la riforma ha fatto entrare in carcere l'istituzione sanitaria, evidenziando che il mandato primo e unico di questa è la promozione della salute della persona e la sua tutela come paziente:

Questo passaggio, 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’ (CNB, 2013, 17).

In tal modo, le esigenze del diritto alla salute delle persone detenute hanno nel medico un loro rappresentante di fronte all’amministrazione penitenziaria, che invece 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” (Ibidem).

Parte II - Accordi della Conferenza unificata Stato Regioni

La Conferenza Unificata Stato-Regioni ha concluso vari Accordi, allo scopo di dettare disposizioni più specifiche sulle modalità di attuazione della riforma. Tali Accordi 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. Queste disposizioni regolano modalità esecutive di privazione della libertà personale, e il fatto che siano inserite in accordi Stato-Regioni e non in norme di legge costituisce, come si dirà più avanti, una delle criticità che caratterizzano tali spazi.

Si ripercorrono, dunque, le principali indicazioni che emergono dagli Accordi. La salute intesa in senso generale è l’oggetto su cui si concentra 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 come parte integrante della rete dei servizi sanitari territoriali, in modo da assicurare la continuità assistenziale. I servizi destinati a detenuti con necessità di particolare impegno assistenziale devono essere pianificati secondo il modello organizzativo delle reti cliniche integrate “HUB & SPOKE”, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB), connessi con i centri periferici (SPOKE). 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, fino al servizio medico multiprofessionale integrato con sezione specializzata. Le sezioni specializzate hanno come riferimento normativo

l'art. 65 O.P., che l'Accordo richiama espressamente, dando la direttiva di realizzare sezioni per detenuti con malattie infettive, sezioni per detenuti con problemi di tossicodipendenza e sezioni per detenuti con patologie psichiatriche. Inoltre, sono previste le sezioni specializzate di assistenza intensiva (SAI, ex centri clinici).

La gestione di tutte le attività di tutela della salute della popolazione detenuta, e dei bambini al seguito delle madri detenute, è di competenza delle aziende sanitarie, che devono anche organizzare 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. Infine, i criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza e i Piani diagnostici terapeutici applicati sono definiti in accordo con le ASL territorialmente competenti (art. 6 Accordo).

Le Articolazioni per la tutela della salute mentale (ATSM) sono state oggetto specifico di tre accordi, che hanno a poco a poco definito le loro caratteristiche, seppur in modo incompleto. L'*Accordo n. 81/CU del 26/11/2009* delinea lo stato dell'arte riguardo alle 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)": emerge che vi è una sola sezione per minorati psichici (ex art. 65 O.P.), e 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 le persone qualificate come minorati psichici, che di fatto sono stati internate negli OPG. Considerando che la creazione di sezioni apposite per l'osservazione psichiatrica "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. Restando 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.

L'Accordo n. 95/CU del 13 ottobre 2011 ribadisce 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 che l'indisponibilità di idonee strutture per la salute mentale in carcere rende di fatto non praticabile nessun percorso alternativo all'OPG per queste tipologie di persone. A partire da questa considerazione l'accordo opera un'integrazione degli indirizzi di carattere prioritario contenuti nell'accordo del 2009 prevedendo 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. In tale articolazione dovranno essere assicurate le osservazioni all'interno degli istituti (art. 112 DPR 230/2000) e l'accoglienza dei 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). A seguito di tale disposizione l'Amministrazione penitenziaria non deve disporre più invii in OPG per le osservazioni.

Ancora, con 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, è richiamata la previsione normativa dell'art. 65 O.P., secondo la quale alcune categorie di detenuti, affetti da specifici stati patologici, possono essere 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 condannati 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".

Riassumendo. Le articolazioni psichiatriche penitenziarie (ATSM) comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e "minorati psichici" e dovranno ospitare i soggetti con disturbi psichici gravi, ovvero tutte le categorie di soggetti in tali condizioni non sottoposti a misura di sicurezza. 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).

È importante segnalare alcuni punti deboli di tali disposizioni. La prima, e più importante, mancanza deriva dal fatto che, essendo inserite in accordi Stato-Regioni, manca alle disposizioni sulle ATSM il valore di legge, requisito che deve essere soddisfatto dalle norme che influiscono sulla libertà personale degli individui ex art. 13 Costituzione. Non vi è nessuna indicazione di legge, in particolare, riguardo a quali categorie di detenuti debbano/possano essere inseriti nelle ATSM, come invece dovrebbe essere, riguardando la modalità di esecuzione della pena. Anche se 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, resta il fatto che 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, nonché delle norme sostanziali, che permettano di giudicare la decisione dell’inserimento anche dal punto di vista della tutela dei diritti della persona. Nessuna indicazione è data, inoltre, riguardo a come debba essere inteso l’inserimento nell’articolazione relativamente all’eventuale misura alternativa psichiatrica, ora prevista dopo la Corte Cost. 99/2019.

È importante, infine, sottolineare che il collocamento nelle ATSM sembra essere gestito come un atto amministrativo di competenza dell’Amministrazione penitenziaria ma, riguardando un diritto soggettivo pieno, esso dovrebbe essere censurabile davanti al giudice e dovrebbe permettere al detenuto interessato di esprimere la sua volontà in merito al collocamento nella ATSM.

Nemmeno sui requisiti strutturali e di trattamento che le articolazioni psichiatriche dovrebbero possedere si ha una disposizione di legge: a parte l’indicazione che gli interventi diagnostici e terapeutici 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). Soprattutto non vi sono 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, della recovery, nella prospettiva della curabilità e temporaneità della malattia mentale? la permanenza nella sezione è vista come transitoria e si costruisce con il paziente un progetto di recupero, che preveda di preferenza l'inserimento in percorsi di uscita?

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 libera, 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.

I dati sulle ATSM non sono aggiornati: risalgono all'ultima relazione del Garante nazionale delle persone private della libertà personale, pubblicata nel 2023¹. Il totale delle presenze era al 31 marzo 2023 di 210 uomini e 17 donne.

Si riproduce di seguito la tabella pubblicata nella Relazione del Garante Nazionale.

¹ Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, Relazione al Parlamento 2023, p. 218.

Regioni	Istituti	Articolazione Salute Mentale									
		n. Sezioni		Presenti				n. Sezioni per Disabili		Disabili presenti	
		F	M	D	n. camere	U	n. camere	F	M	D	n. camere
Abruzzo	Pescara - Casa circondariale	-	1	-	-	7	4	-	-	-	-
	Vasto - Casa lavoro	-	1	-	-	1	3	-	-	-	-
Calabria	Catanzaro - Casa circondariale	-	1	-	-	7	6	-	1	-	2
	Reggio Calabria "G.Panzerà" - Casa circondariale	-	1	-	-	-	5	-	-	-	-
Campania	Benevento - Casa circondariale	-	1	-	-	2	4	-	-	-	-
	Napoli Secondigliano - Casa circondariale	-	1	-	-	14	18	-	-	-	-
	Pozzuoli - Casa circondariale femminile	1	-	7	3	-	-	-	-	-	-
	Salerno - Casa circondariale	-	1	-	-	8	4	-	-	-	-
	Santa Maria C.V. - Casa circondariale	-	1	-	-	19	12	-	-	-	-
	Sant'Angelo dei Lombardi - Casa di reclusione	-	1	-	-	1	5	-	-	-	-
Emilia Romagna	Bologna - Casa circondariale	1	-	5	2	-	-	1	-	1	1
	Piacenza - Casa circondariale	-	1	-	-	3	5	-	-	-	-
	Reggio Emilia - Istituti penitenziari	-	1	-	-	44	50	-	-	-	-
Lazio	Civitavecchia - Casa circondariale	1	-	2	2	-	-	-	-	-	-
	Roma Rebibbia - Casa circondariale	-	1	-	-	2	3	-	-	-	-
	Roma Rebibbia - Casa circondariale femminile	1	-	-	6	-	-	-	-	-	-
	Roma Regina Coeli - Casa circondariale	-	1	-	-	1	2	-	-	-	-
	Velletri - Casa circondariale	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
	Viterbo - Casa circondariale	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-
Liguria	Genova Marassi - Casa circondariale	-	1	-	-	2	3	-	-	-	-
Lombardia	Monza - Casa circondariale	-	1	-	-	1	5	-	-	-	-
	Pavia - Casa circondariale	-	1	-	-	12	11	-	-	-	-
Marche	Ascoli Piceno - Casa circondariale	-	1	-	-	4	4	-	-	-	-
Piemonte	Torino - Casa circondariale*	1	2	-	2	23	38	-	1	-	2
Puglia	Lecce - Casa circondariale	-	1	-	-	4	10	-	1	-	1
Sardegna	Cagliari - Casa circondariale	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Sicilia	Barcellona P. G. - Casa circondariale	1	1	3	7	32	26	-	1	-	2
	Palermo - Casa circondariale	-	1	-	-	5	6	-	-	-	-
Toscana	Firenze - Sollicciano - Casa circondariale	-	1	-	-	9	8	-	-	-	-
	Livorno - Casa circondariale	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-
Umbria	Spoletto - Casa di reclusione	-	1	-	-	2	5	-	1	-	1
Veneto	Belluno - Casa circondariale	-	1	-	-	5	6	-	-	-	-
	Verona - Casa circondariale	-	1	-	-	2	5	-	-	-	-
Totale nazionale [Sezioni presenti in 33 Istituti su 190 (17 %)]		6	27	17	22	210	258	1	7	1	4

* La sezione destinata ad accogliere persone in regime speciale ex articolo 41 bis o.p. è di recente istituzione ed è unica nel panorama nazionale.

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.

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

2.1.3. La riforma per il superamento degli OPG

La riforma per il superamento degli OPG e l'istituzione delle REMS non riguarda direttamente la materia della salute mentale in carcere, dal momento che il trattamento delle persone imputabili e di quelle non imputabili è sottoposto a regimi giuridici differenziati. Tuttavia, si fa presente che la riforma influisce sulla tutela della salute mentale delle persone detenute, in modo diretto e indiretto. In primo luogo, la riforma ha inciso direttamente sulla condizione di quelle persone ritenute imputabili che in passato venivano mandate in OPG e che oggi non possono essere mandate in REMS. In secondo luogo, la riforma rappresenta il riferimento costante, a volte come quadro ideale a cui tendere, più spesso come riferimento polemico, degli attori che a vario titolo si occupano di salute mentale in carcere. Infine, pur nella diversità dei

quadri normativi, sono numerosi i luoghi di interazione tra attori nei campi della salute mentale penitenziaria e delle misure di sicurezza per non imputabili.

Si richiamano, di conseguenza, alcuni concetti fondamentali che caratterizzano la riforma per il superamento degli OPG, prevista dall'art 3-ter della L. 17 febbraio 2012, n. 9 e dai successivi interventi di modifica (D.L. 24/2013 e relativa legge di conversione L. 57/2013 – D.L. 52/2014 e relativa legge di conversione L. 81/2014). Prima di giungere all'attuazione della riforma sono state necessarie due proroghe e la nomina dell'on. Franco Corleone come Commissario ad acta.

Questo insieme di interventi legislativi ha le sue radici nel precedente percorso di riforma della sanità penitenziaria (supra 2.1.2.). Tuttavia, l'impulso decisivo è stato dato dalla denuncia delle condizioni degradanti in cui versavano gli internati in OPG, fatta dalla Commissione Marino nel 2011. L'idea che ha guidato il legislatore è stata quella di porre al centro delle misure di sicurezza per persone giudicate incapaci di intendere e volere per «infermità di mente» la tutela della loro salute, in linea con i principi affermati dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale².

Con la L. 9/2012 e s.m.i., il legislatore ha deciso di non modificare il sistema del “doppio-binario”³ previsto dal codice Rocco, lasciando in piedi la distinzione tra imputabili e non imputabili e il sistema delle misure di sicurezza, e introducendo le nuove Residenze per l'Esecuzione delle Misure di sicurezza (REMS): un'istituzione a completa gestione sanitaria che, nell'architettura disegnata dalla riforma, non sostituisce i precedenti OPG, ma deve essere residuale, in un sistema di presa in carico sul territorio in cui debbono prediligersi le misure di sicurezza non detentive. È questo il principio di *extrema ratio*, secondo il quale le persone sottoposte a misura di sicurezza sono destinate ad essere prese in carico dal servizio psichiatrico territoriale e, solo nei casi più gravi, sono inviate in una REMS. Ciò significa che l'invio in REMS è un provvedimento da adottare solo quando altri, meno restrittivi della libertà personale, come la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche, siano considerati inadeguati a

² Si tratta delle note sentenze nn. 253/2003, 367/2004 e 208/2009, con le quali la Corte Costituzionale è intervenuta sulla natura delle misure di sicurezza per non imputabili, interpretandole alla luce della centralità della tutela della salute. Un cambiamento fondamentale nel modo di intendere la funzione delle misure di sicurezza, che è stato il riferimento di principio dei successivi mutamenti normativi: la Corte ha sostenuto il valore terapeutico delle misure di sicurezza per infermi di mente, sia definitive che provvisorie, che non devono essere più intese come rivolte a garantire prevalentemente la sicurezza, ma piuttosto la salute della persona a cui sono applicate, nel necessario bilanciamento degli interessi costituzionalmente protetti.

³ In estrema sintesi, il sistema del doppio binario prevede due percorsi distinti, il primo per chi è considerato imputabile, in quanto capace di intendere e volere, ed è condannato e sottoposto a pena, il secondo per chi invece è considerato non imputabile, in quanto incapace di intendere e volere, ed è prosciolto e sottoposto a misura di sicurezza. Si rinvia a Pelissero (2008).

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, hanno dato l'opportunità di configurare un meccanismo aperto al territorio, in cui all'opzione custodiale si arrivi solo dopo aver vagliato ed escluso soluzioni che diano la priorità alla cura in luoghi aperti, o semiaperti.

Le principali novità introdotte dalla riforma per il superamento degli OPG si possono riassumere nei seguenti punti essenziali:

- A. Principio di *extrema ratio* della misura detentiva: la misura di sicurezza del ricovero in REMS può essere applicata soltanto quando ogni altra misura sia considerata inadatta a contrastare la pericolosità sociale del soggetto;
- B. Limite massimo di durata della misura di sicurezza detentiva: la misura di sicurezza detentiva non può durare per un tempo superiore alla pena edittale massima prevista per il reato commesso. Introducendo questo limite temporale, il legislatore ha voluto porre un argine al fenomeno dei c.d. «ergastoli bianchi», internati che ricevevano continue proroghe, arrivando a scontare un ergastolo *de facto*;
- C. Valutazione della pericolosità sociale indipendente da eventuali carenze dei servizi: nella valutazione della pericolosità sociale, operata dal giudice ai fini dell'applicazione e soprattutto della proroga della misura, non è più possibile tenere conto della mancanza di piani terapeutici individuali, come accadeva al tempo degli OPG, in cui veniva dichiarata la persistenza della pericolosità sociale di una persona perché non vi erano strutture disposte ad accoglierlo sul territorio, piuttosto che considerando il suo percorso terapeutico e le sue necessità;
- D. Principio di territorialità: destinazione delle strutture alle persone provenienti dal territorio regionale delle medesime, per garantire una migliore presa in carico ed evitare, come avveniva in OPG, ricoveri in aree molto distanti dalla provenienza e dai legami della persona.

A questi principi sanciti dalle disposizioni della riforma, si aggiunge un principio derivato dalla natura sanitaria di queste strutture: il numero chiuso. Come strutture sanitarie accreditate, le residenze non possono accogliere oltre il numero di posti previsto, indicato dal DM 1° ottobre 2012 in 20 posti. Il DM 1° ottobre 2012 integra i requisiti già dettati per tutte le strutture

sanitarie con DPR 14 gennaio 1997 con “ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza” specifici per le REMS. Questo principio garantisce la non riproduzione di enormi strutture sovraffollate, che rendono difficile un’effettiva presa in carico e rischiano di replicare le pessime condizioni che si riscontravano nei preesistenti OPG.

Il modello che è emerso dalla riforma vede l’insieme dei servizi psichiatrici territoriali come protagonisti della presa in carico terapeutica degli autori di reato con patologia mentale, e come luoghi di esecuzione delle misure di sicurezza.

Le REMS restano in ogni caso destinate, come indica il loro nome, soltanto all’esecuzione delle misure di sicurezza, in ottemperanza al principio del “doppio binario”. Mentre la persona condannata, che si trova in carcere con patologia psichiatrica deve essere presa in carico dal servizio psichiatrico penitenziario e auspicabilmente inserita in percorsi di cura all’esterno del carcere, tramite l’utilizzo di misure alternative alla detenzione, come indicato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019

Come per tutti i servizi di natura sanitaria il criterio di riferimento per l’individuazione della REMS competente è quello della residenza della persona destinataria della misura, ovvero il principio di territorialità fondato sulla residenza accertata. L’Accordo n. 17/CU del 26/02/2015 ha ribadito tale criterio, e ha aggiunto che, per i senza fissa dimora e per gli stranieri, rinvia a quanto previsto negli Accordi 81/CU e 95/CU: ovvero al criterio dell’abituale dimora al momento dell’applicazione della misura di sicurezza, che individuano le competenze dell’Amministrazione penitenziaria e delle Asl nella gestione dell’inserimento in REMS. Con l’accordo n. 188/CU del 30 novembre 2022, si precisa il criterio di presa in carico territoriale: si ripropone quanto già definito negli accordi precedenti, ovvero che il primo criterio per individuare il servizio sanitario competente è quello del Comune di residenza della persona prosciolta, oppure di domicilio, a cui si aggiunge, nei casi di persone senza fissa dimora, il criterio del territorio di commissione del reato.

Questa regola vale sia se debba essere applicata la misura della REMS, sia se si debba applicare la libertà vigilata, come specifica anche l’accordo del n. 188/CU, che, oltre a specificare che “[l]e regioni assicurano l’assistenza sanitaria sul territorio [...] attraverso la presa in carico dei soggetti da parte dei DSM che si avvalgono della rete dei servizi socio-sanitari territoriali e, ove necessario e appropriato, nel rispetto del principio di *extrema ratio* del ricovero in R.E.M.S” (primo punto delle Premesse), precisa, poi, all’art. 1 che “i soggetti senza fissa

dimora/stranieri sono presi in carico dal DSM sul cui territorio è avvenuto il reato connesso alla misura di sicurezza. Gli autori di reato non residenti nel territorio nazionale o senza fissa dimora sono da considerarsi a carico dell'Azienda Sanitaria Locale (di seguito ASL) nel cui territorio sia stato commesso il reato, sia per quanto concerne gli aspetti di gestione dell'urgenza, sia per la presa in carico sociosanitaria, nonché per gli aspetti relativi ai percorsi di riabilitazione" (art. 1).

La misura della REMS è uno dei possibili modi di assicurare l'assistenza sanitaria, ma non è l'unico: in ottemperanza al principio di *extrema ratio* stabilito dalla legge la presa in carico può avvenire anche tramite l'inserimento in una struttura psichiatrica residenziale oppure con la predisposizione di un programma di frequenza del SPDC.

La riforma ha costituito un vero e proprio cambio di paradigma, che l'allora Commissario unico per il superamento degli OPG, Franco Corleone, aveva definito una «rivoluzione gentile» (Corleone, 2018, 11-19).

Tuttavia, nella sua attuazione, restano alcune criticità. Tra queste, quella più pressante riguarda la presenza di persone nelle liste d'attesa, per mancanza di posti in REMS. Una lettura di superficie del fenomeno non fa che censire la scarsità di posti in REMS rispetto alle esigenze, manifestate dall'applicazione delle misure da parte della magistratura. Posta in tali termini la questione sarebbe risolvibile costruendo muri, ovvero con una semplice espansione del numero di REMS. Tuttavia sarebbe una lettura, come si è detto, di superficie, semplificata, e potrebbe indurre a una rapida moltiplicazione delle misure applicate, che porterebbe a una nuova saturazione dei posti.

Più utile è indagare le cause di tale fenomeno in modo complesso. Tra queste è stata da più parti segnalata la sostanziale disapplicazione del principio di *extrema ratio* e la percentuale molto elevata di misure di sicurezza provvisorie rispetto al totale delle misure applicate.

Alcuni ricorsi alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo di Strasburgo hanno affrontato la questione - tra cui uno conclusosi con un accordo e il riconoscimento della violazione da parte del Governo italiano e un altro con la condanna dell'Italia, il 24 gennaio 2022 (Caso Sy vs. Italia (n. 11791/20) del 24 gennaio 2022) - e un ricorso davanti alla Corte Costituzionale, conclusosi con la Sentenza 27 gennaio 2022 n. 22.

La Corte Europea dei Diritti dell'uomo con la sentenza 24 gennaio 2022 ha condannato l'Italia a risarcire una persona detenuta in carcere in attesa della liberazione di un posto in REMS, per

illegittima detenzione ai sensi dell'art. 5 della Convenzione e trattamento inumano e degradante, ai sensi dell'art. 3. In questa pronuncia, la Corte ha deciso di non dare allo Stato italiano indicazioni di carattere generale, lasciando dunque la soluzione della problematica alla libera individuazione da parte del Governo delle strade più opportune da intraprendere.

A poca distanza dalla Corte EDU si è pronunciata la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 22/2022 (l'udienza di discussione è stata tenuta il 15 dicembre 2021 e la sentenza è stata depositata il 27 gennaio 2022), chiamata dal giudice di Tivoli a decidere della legittimità costituzionale della normativa sul superamento degli OPG. Ha dichiarato le questioni sottoposte inammissibili, salvaguardando la riforma, ma ha altresì dato indicazioni per una modifica complessiva del sistema, che assicuri:

- ❖ un'adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza, secondo i principi poc'anzi enunciati;
- ❖ la realizzazione e il buon funzionamento, sull'intero territorio nazionale, di un numero di REMS sufficiente a far fronte ai reali fabbisogni, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati rispetto alle necessità di cura e a quelle, altrettanto imprescindibili, di tutela della collettività (e dunque dei diritti fondamentali delle potenziali vittime dei fatti di reato che potrebbero essere commessi dai destinatari delle misure);
- ❖ forme di adeguato coinvolgimento del Ministro della giustizia nell'attività di coordinamento e monitoraggio del funzionamento delle REMS esistenti e degli altri strumenti di tutela della salute mentale attivabili nel quadro della diversa misura di sicurezza della libertà vigilata, nonché nella programmazione del relativo fabbisogno finanziario, anche in vista dell'eventuale potenziamento quantitativo delle strutture esistenti o degli strumenti alternativi.

Il problema relativo alle liste d'attesa è stato riconosciuto dalla sentenza, che però non ne ha individuato come causa univoca la carenza di posti nelle REMS. La Corte ha lasciato spazio a diverse possibili opzioni, compreso il potenziamento delle strutture sul territorio in modo da garantire l'adozione di adeguate misure non detentive. La richiesta della Corte di approntare un'adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza, la richiesta di realizzare e garantire il buon funzionamento di REMS e strutture sul territorio in grado di garantire i reali fabbisogni

e l'invito all'individuazione di forme di adeguato coinvolgimento del Ministero della Giustizia, richiedono una calibrata riflessione. Allo stato attuale una tale ridefinizione normativa non è stata avviata.

In questo nuovo e complesso contesto, si può infine richiamare il disegno di legge Magi, presentato nella precedente legislatura (A.S. 2939 depositato alla Camera dei Deputati, l'11 marzo 2021) e riproposto nell'attuale (A.C. n. 1119 depositato alla Camera dei Deputati il 26 aprile 2023) che mira ad andare oltre alla riforma per il superamento degli OPG, superando a sua volta, tramite una riforma del Codice penale, la distinzione tra imputabili e non imputabili.

Un importante strumento di coordinamento dei servizi territoriali, denominato Punto Unico Regionale, è stato creato dall'accordo in sede di Conferenza Unificata Stato, Regioni, Province autonome, Enti Locali siglato, in data 30 novembre 2022 (n. 188/CU). L'accordo opera una revisione del precedente accordo 17/CU del 26/02/2015, che aveva attuato il DM 1° ottobre 2012, con il quale si dettavano i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle REMS. L'accordo n. 181/CU richiama la sentenza della Corte Costituzionale n. 22/2022 e le due Risoluzioni del Consiglio Superiore della Magistratura in materia di REMS, la prima del 19 aprile 2017 e la seconda del 24 settembre 2018, che avevano evidenziato le problematiche emerse nei primi anni di applicazione della riforma, tra cui lo squilibrio numerico tra i posti disponibili presso le strutture residenziali e le richieste di disponibilità provenienti dalle Autorità giudiziarie competenti, problema che risultava aggravato dal fatto che le R.E.M.S. erano utilizzate per ospitare persone sottoposte a indagini, e quindi soggette all'applicazione della misura provvisoria, mentre la loro funzione era chiaramente finalizzata a ospitare soggetti destinatari di misure di sicurezza detentive definitive; l'ampio utilizzo delle REMS per le persone sottoposte a misure provvisorie era indicato anche come uno dei fattori che faceva aumentare esponenzialmente le liste d'attesa, costituendo uno dei principali motivi di inefficienza del sistema.

Tra i principi e i criteri che le due Risoluzioni richiamano vi è la necessità di una costante integrazione funzionale tra le istituzioni deputate alla gestione delle misure di sicurezza per il non imputabile, e ciò al fine di dare attuazione effettiva al principio di *extrema ratio* del ricovero in REMS (che se applicato correttamente potrebbe ridurre il problema della lista d'attesa) e anche di offrire ai giudici di cognizione uno spettro, il più ampio possibile, di soluzioni applicative per scegliere la misura di sicurezza non definitiva. Le Risoluzioni richiamano poi l'importanza dei principi di priorità della cura sanitaria necessaria, di

territorialità, in forza del quale il soggetto viene preso in carico dai servizi di salute mentale del territorio di residenza e di centralità del progetto terapeutico individualizzato.

L'accordo aggiunge, inoltre, ai suoi punti di riferimento la sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019, che ha aperto all'applicazione delle misure alternative alla detenzione per i condannati con patologia mentale, e il parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 22 marzo 2019, in cui si sottolinea la necessità di limitare il ricorso alle REMS ai soggetti nei cui confronti viene applicata la misura di sicurezza detentiva definitiva.

L'accordo, dopo aver richiamato tali principi e tali direttive, sottolinea la necessità di realizzare un costante coordinamento tra le istituzioni chiamate ad esprimersi e ad agire nel caso di applicazione di una misura di sicurezza: Ufficio di Sorveglianza, DSM, Direzione della REMS, ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (UIEPE).

Prevede, a tal fine, che le Regioni e le Province autonome istituiscano un Punto Unico regionale (PUR), allo scopo di dare supporto all'Autorità giudiziaria nell'esecuzione dei provvedimenti che applicano la misura detentiva, individuando la REMS in base al principio di territorialità. Il PUR eserciterà anche la funzione di indicare strutture residenziali o semiresidenziali sul territorio che possano accogliere la persona destinataria di misura non detentiva (libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche), derivante dalla trasformazione, qualora possibile, della misura detentiva nel caso che non vi sia posto in REMS. Il PUR deve, altresì, offrire sostegno nel reperimento di un percorso di cura, residenziale, semi-residenziale o ambulatoriale, per quelle persone ricoverate in via provvisoria in SPDC per acuzie, nella prospettiva della dimissione. Il PUR deve, ancora, promuovere la stipula di protocolli operativi con le Autorità Giudiziarie di competenza territoriale per elaborare percorsi assistenziali condivisi per i pazienti psichiatrici autori di reato; tali protocolli devono contenere la previsione che, al momento del conferimento degli incarichi peritali o di consulenza tecnica in materia psichiatrico-forense, le Autorità Giudiziarie invitino i periti e i consulenti tecnici a prendere contatti con i P.U.R. allo scopo di individuare percorsi di cura individuali anche di tipo residenziale idonei ad accogliere il paziente psichiatrico autore di reato, nel caso sia ritenuta sufficiente l'applicazione di una misura di sicurezza non detentiva.

L'accordo ribadisce l'importanza del principio di territorialità nella presa in carico sanitaria e psichiatrica e ne specifica i dettagli in merito. Ribadisce il criterio della residenza accertata, come base per definire la competenza territoriale del DSM, che si avvale della rete dei servizi sociosanitari per le misure non detentive e della collaborazione delle R.E.M.S. di riferimento

regionale. Il Comune di residenza o domicilio sarà competente a fornire le informazioni rilevanti per favorire il coinvolgimento precoce dei Servizi Sanitari e sociosanitari. I soggetti senza fissa dimora o stranieri senza residenza sono presi in carico dal DSM sul cui territorio è avvenuto il reato connesso alla misura di sicurezza. In particolare, “gli autori di reato non residenti nel territorio nazionale o senza fissa dimora sono da considerarsi a carico dell'Azienda Sanitaria Locale (di seguito ASL) nel cui territorio sia stato commesso il reato, sia per quanto concerne gli aspetti di gestione dell'urgenza, sia per la presa in carico sociosanitaria, nonché per gli aspetti relativi ai percorsi di riabilitazione” (art. 1).

I PUR devono supportare le varie istituzioni anche nella gestione delle liste d'attesa allo scopo di far sì che le persone che, trovandosi ancora in lista, possano accedere a misure meno coercitive, trovino una struttura di riferimento e siano tolte dalla lista. Inoltre il PUR può svolgere una funzione simile in fase di uscita dalla REMS, monitorando periodicamente le condizioni dei pazienti lì ricoverati e favorendo la possibilità, nel caso di valutazione positiva rispetto alla pericolosità, di una loro uscita verso strutture residenziali non detentive.

La lista di attesa deve essere sottoposta a revisioni periodiche e le parti dell'accordo s'impegnano ad azzerarla. A tal fine si prevede che non sia possibile tenere posti liberi per le situazioni in cui è applicata la Licenza finale di esperimento (LFE). Si dà, inoltre, l'indicazione di adeguare i criteri di tenuta delle liste a quelli indicati dall'accordo (art. 4), e in particolare:

1. la data di applicazione della misura;
2. le caratteristiche sanitarie del paziente;
3. livello di inappropriatezza della condizione attuale del paziente (es. carcere o SPDC);
4. adeguatezza delle soluzioni assistenziali alternative alla REMS, da sottoporre all'Autorità giudiziaria.

Ai PUR è demandata la gestione della lista d'attesa regionale, con ulteriori indicazioni operative da tenere presenti fino all'azzeramento:

- a) esclusione dalla lista dei soggetti che facciano ingresso in REMS, ovvero deceduti, ovvero nei cui confronti la misura sia revocata o sostituita;
- b) mantenimento in lista di coloro che sono inseriti in una struttura terapeutica presente sul territorio, ma nei confronti dei quali non sia revocata o sostituita la misura detentiva;

- c) sono formati elenchi separati, che devono essere monitorati costantemente, coloro che sono: irreperibili, espatriati, ristretti in esecuzione pena (per altro reato o per lo stesso fatto-reato che ha dato luogo alla misura di sicurezza – seminfermità), in libertà vigilata in attesa della REMS (caso, questo, che risulta critico dal punto di vista della legittimità costituzionale), accolti provvisoriamente in REMS diversa da quella territorialmente competente.

Un altro punto molto significativo dell'accordo è quello riguardante il Progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI), di cui ribadisce l'importanza, prevedendo che esso definisca il percorso di cura e riabilitazione, all'interno del quale sono presenti obiettivi generali e specifici, prevenzione di comportamenti a rischio, e trattamenti e interventi finalizzati al reinserimento sociale (rapporti con la famiglia, con la comunità esterna e il mondo del lavoro). Il PTRI, specifico per ogni paziente ed elaborato con il suo coinvolgimento attivo, viene periodicamente verificato secondo le procedure sanitarie ed inserito nella cartella clinica personale. Fondamentale è il richiamo ai principi della recovery, che devono guidare l'elaborazione del PTRI:

- ❖ valutazione multi-professionale, secondo precise procedure e strumenti definiti per ciascun ambito;
- ❖ definizione del percorso terapeutico-riabilitativo e del contratto di cura che comprenda obiettivi generali e specifici, la prevenzione del comportamento a rischio e che sia comunque finalizzato alla re-inclusione sociale, nonché aspetti specifici di trattamento (impostazione della quotidianità, responsabilizzazione delle persone nella vita della struttura, attività riabilitative, anche attraverso il mantenimento dei rapporti con la famiglia).

Il PTRI è lo strumento che segue il percorso del paziente autore di reato dall'inizio alla fine della misura e che costituisce il continuo riferimento documentale del suo percorso di riabilitazione e reinserimento. Il DSM competente deve definire il P.T.R.I. appena prende in carico il paziente (entro 45 giorni) in collaborazione con gli Uffici U.I.E.P.E. del territorio competente e provvedere all'inserimento dello stesso nel sistema informativo indicato nel medesimo accordo. Il P.T.R.I., inoltre, viene comunicato all'Autorità Giudiziaria e deve essere periodicamente rivalutato per consentire l'eventuale rimodulazione del percorso assistenziale.

I rapporti tra Servizi Sanitari, Magistratura e Uffici Inter-distrettuali Esecuzione Penale Esterna (UIEPE) devono essere regolati da specifici accordi regionali, che prevedano forme di collaborazione, finalizzate all'applicazione del principio di *extrema ratio* (procedure di collegamento e cooperazione, pronta individuazione delle strutture territoriali disponibili, applicazione della REMS come transitoria, elaborazione di PTRI finalizzati a soluzioni diverse dalla REMS).

È prevista la formazione degli operatori. Sia da parte delle Regioni, con iniziative formative interdisciplinari e multi-professionali riguardanti in particolare gli aspetti clinici e riabilitativi, con il coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti (Autorità Giudiziaria, Uffici Inter-distrettuali per l'Esecuzione Penale Esterna (U.I.E.P.E.), Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria competenti per territorio) sia nell'ambito della Scuola Superiore della Magistratura ai fini dell'integrazione nella programmazione annuale di specifici programmi sulla gestione delle misure di sicurezza.

È attivata a livello nazionale una Cabina di regia, nell'ambito del Tavolo di coordinamento previsto dal DPCM 1° aprile 2008, art. 5, comma 2, a sua volta istituito presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Essa ha lo scopo di coordinamento, il monitoraggio e la promozione di iniziative volte all'attuazione delle disposizioni normative, anche in riferimento alla valutazione dell'adeguatezza delle risorse economiche dei fondi pertinenti all'attività di superamento degli ex OPG.

L'accordo prevede che sia svolto un monitoraggio costante delle attività delle REMS da parte delle Regioni e delle Province autonome. Esso deve essere uniforme e continuo, e deve essere effettuato attraverso il Sistema informativo SMOP della Regione Campania. Tale monitoraggio deve riguardare, in primo luogo, gli ingressi e le uscite dalle R.E.M.S., la definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali ai sensi della legge n. 81/2014, la gestione delle liste di attesa e le informazioni sui percorsi di presa in carico sanitaria in applicazione di misure di sicurezza non detentive; inoltre, tutti i soggetti firmatari dell'accordo s'impegnano per assicurare l'allineamento e l'eventuale unificazione della gestione informatizzata del monitoraggio dell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non detentive, applicate sul territorio nazionale in via provvisoria o definitiva a persone affette da infermità psichica.

2.1.4. La sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019

Le persone in detenzione, che sviluppano una patologia psichiatrica in carcere, sono inquadrare dal Codice penale nella disposizione dell'art. 148 c.p., su cui la riforma per il superamento degli OPG non è intervenuta, se non marginalmente. Gli Accordi Stato-Regioni avevano indicato le ATSM come loro destinazione, previsione che 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.)

Eppure, vi era anche stato il suggerimento di creare una nuova misura alternativa alla detenzione dedicata ai malati psichiatrici, art. 148. Il Tavolo 10 su Salute e disagio psichico, nell'ambito degli stati generali dell'esecuzione penale, aveva modellato tale misura sulla grave infermità fisica (art. 147 c.p.) e proponeva di attuarla attraverso la detenzione domiciliare ex art. 47-ter O.P., opportunamente integrato con modifiche normative. Destinatari di tale misura sarebbero stati 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 interventi riabilitativi 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. Anche la riforma legislativa prevista nel 2018 nell'ambito della Delega Orlando (Legge delega per la riforma dell'Ordinamento penitenziario n.103/2017) aveva proposto una soluzione simile a quella del Tavolo 10, che però non è riuscita ad arrivare all'approvazione.

Nell'inerzia del legislatore, è intervenuta nel 2019 la Corte Costituzionale, grazie alla questione sollevata dalla Corte di Cassazione (Corte di Cassazione, sezione I, n. 13382/2018, data udienza 23/11/2017) sulle norme riguardanti la cosiddetta detenzione domiciliare "umanitaria" o "in deroga" (ovvero quelle 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 ha analizzato l'impatto della riforma sulle norme in esame, e ricostruito la disciplina come contrassegnata da un vuoto normativo, a seguito dell'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 detto niente riguardo ai detenuti con patologia psichiatrica sopravvenuta, avrebbe reso inapplicabile l'art. 148. Questa abrogazione produce 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 99/2019 (su cui Ruotolo, 2019; Bortolato, 2019; Pelissero, 2019; Menghini, 2020), ha ritenuto il ricorso fondato e ha 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, e in particolare l'OPG, sono scomparsi, eliminati dalle riforme legislative mosse da un nuovo approccio alla malattia mentale, sintetizzabile nel passaggio dalla mera custodia alla terapia:

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 (C.Cost. 99/2019, punto 3.1. considerato in diritto))

La Corte Costituzionale ha sottolineato la 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 alla salute, sancito dall'art. 32 Cost.:

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 (C.Cost.99/2019, punto 4.1. considerato in diritto).

Spetta al giudice temperare 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. 1° art. 47 ter, comma 1-

ter o.p. Ciò significa che, in caso di condizioni psichiatriche che non siano curabili adeguatamente in una condizione penitenziaria, deve essere costruito, da parte degli psichiatri interni al carcere in collaborazione con gli psichiatri che lavorano sul territorio, un percorso di uscita verso una modalità di presa in carico territoriale, che potrà corrispondere nella gran parte dei casi a una struttura psichiatrica residenziale. Tale percorso di uscita dovrà essere autorizzato dalla magistratura di sorveglianza tramite la concessione della misura alternativa prevista dall'art. 47 ter, comma 1-ter o.p.

2.1.5. L'affidamento terapeutico per persone tossicodipendenti ex art. 94 TU 309/1990

In base al TU 309/90 le persone tossicodipendenti dovrebbero essere tenute, per quanto possibile, fuori dal carcere e indirizzate verso interventi di cura. Per quanto riguarda l'ingresso in carcere, l'art. 89 prevede che la custodia cautelare in carcere possa essere sostituita da un programma di recupero svolto presso una comunità terapeutica o al domicilio con affidamento al SerD (la scelta dipende anche dal tipo di reato). Per quanto riguarda la fase esecutiva, l'art. 94 prevede l'affidamento terapeutico, anch'esso da svolgere in comunità o, in alternativa, al domicilio con affidamento al SerD. Misura, quest'ultima, che può essere concessa quando mancano meno di sei anni al fine pena (4 anni, in caso di condanna per reato incluso nelle previsioni del 4-bis O.P.).

Le misure specifiche per tossicodipendenti necessitano, per essere autorizzate dal giudice, della certificazione da parte del SerD. Per arrivare alla certificazione della tossicodipendenza è necessaria la collaborazione tra SerD interno al carcere, che ha di fronte la persona tossicodipendente detenuta, e SerD esterno, ovvero quello competente in base alla residenza della persona, struttura quest'ultima su cui ricade l'onere del pagamento della retta nella comunità terapeutica.

La residenza della persona detenuta tossicodipendente costituisce, dunque, un requisito essenziale perché questa possa accedere ai programmi terapeutici esterni al carcere. In tale prospettiva, l'art. 45 O.P. è stato modificato per imporre al direttore del carcere di richiedere l'iscrizione anagrafica dei detenuti senza fissa dimora, italiani e stranieri, nel Comune sede dell'istituto in cui si trovano, in modo da avere un riferimento chiaro per i servizi socio-sanitari.

Qualora lo straniero sia irregolare, esso ha comunque diritto a ricevere i trattamenti sanitari, compresi quelli per le tossicodipendenze, come previsto dalla Legge di riforma del servizio sanitario penitenziario. Secondo tale normativa gli stranieri detenuti sono iscritti al Servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia (D.lgs. 230/1999, art. 1, co. 5). Si rinvia sul punto all'ordinanza del Magistrato di Sorveglianza di Spoleto n. 2021/534.

2.1.6 La nuova normativa sulla residenza per i senza fissa dimora

L'art. 45 dell'Ordinamento Penitenziario, come modificato dal D. Lgs. 123/2018, nel suo 4° comma prevede che: “Ai fini della realizzazione degli obiettivi indicati dall'articolo 3, commi 2 e 3, della Legge 8 novembre 2000, n. 328 il detenuto o l'internato privo di residenza anagrafica è iscritto, su segnalazione del direttore, nei registri della popolazione residente del comune dove è ubicata la struttura”. Gli obiettivi indicati nella Legge 328/2000, a cui l'art. 45 fa riferimento, sono la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

L'art. 45 O.P. è dunque finalizzato a far rientrare le persone detenute e internate tra la popolazione per la quale sono programmati e offerti tali interventi e servizi. Tra questi si possono elencare le prestazioni sanitarie ampiamente intese, le prestazioni dei SerD, le prestazioni socio-sanitarie, come possono essere i ricoveri in strutture di vario tipo. La residenza è, infatti, il criterio in base al quale si definisce la competenza a fornire i servizi socio-sanitari e risulta, quindi, un elemento decisivo per la realizzazione concreta del diritto alla salute.

In base all'art. 45 O.P., dunque, le persone senza fissa dimora (comprese le persone straniere senza documenti finché si trovano in stato di detenzione: Cass. pen., SS.UU. 27 aprile 2006, n. 14500 e C. cost. n. 78/2007) devono essere iscritte nell'anagrafe del Comune sede del carcere o della REMS in cui si trovano reclusi. Tale previsione rende possibile anche per le persone in condizioni di maggiore marginalizzazione affrontare l'uscita dal carcere o dalla Rems con la prospettiva di avere dei servizi a cui potersi rivolgere sul territorio, compresa la possibilità di essere accolti in strutture residenziali psichiatriche o in comunità per le tossicodipendenze. La norma ha il potenziale di rendere effettivi i percorsi di reinserimento sociale previsti dalla legge

e di intervenire in modo effettivo sulla riproduzione delle disuguaglianze sociali, rompendo il circolo vizioso della marginalizzazione.

Nonostante sia in vigore ormai da più di sei anni, introdotto dal D.Lgs. 123/2018, l'art. 45 O.P. non è stato ancora accolto come norma cogente da vari istituti penitenziari e dalle REMS, che non sempre lo percepiscono come un obbligo per la direzione della struttura. Infatti, sono ricorrenti i casi di mancata applicazione e di conseguente difficoltà nella predisposizione di percorsi di uscita dall'istituzione verso la cura sul territorio.

Esistono in Toscana esempi di buone pratiche, come il Protocollo firmato dal Comune di Firenze con le direzioni delle carceri fiorentine per l'attuazione dell'art. 45 o.p. che prevede la possibilità di iscrivere in anagrafe anche gli stranieri senza documenti tramite la trasmissione del cartellino identificativo carcerario in qualità di documento equipollente. Tuttavia, il DAP ha attualmente sospeso l'attuazione del protocollo.

2.1.7. I recenti sviluppi in materia di TSO (sentenza C.Cost. e DDL)

In Italia ci troviamo oggi immersi in una deriva governativa di tipo securitario e penal-populista (Anastasia e Anselmi, 2021), in cui le questioni sociali trovano riformulazione e soluzione sul piano penale. Questo processo produce effetti rilevanti: dalla criminalizzazione del dissenso alla proliferazione di nuovi reati, dall'inasprimento delle pene al sovraffollamento delle carceri – incluse quelle minorili – fino alla trasformazione del carcere stesso in un luogo che, di fatto, finisce per svolgere funzioni di welfare (Cummins, 2020; Sterchele, 2019; Timmer e Nowotny, 2021; Verdolini, 2022).

Parallelamente, si assiste a una crisi profonda del welfare sanitario, segnata da una cronica carenza di risorse nei servizi territoriali e di salute mentale (Ierna, 2023; Negrognò, 2023; Zanalda e Giannantonio, 2021: 6), cui fa da contraltare la crescita progressiva del settore privato accreditato⁴. In questo contesto si accentua anche la medicalizzazione e la criminalizzazione della popolazione giovanile, accompagnate da un'espansione delle narrazioni emergenziali attorno alla loro sofferenza (Kvist Lindholm e Wickström, 2020; Negrognò, 2025). È all'interno di questo quadro che si inseriscono le recenti disposizioni in materia di Salute Mentale: il DDL

⁴ In specie, ci dice il report del Ministero della Salute del 2021, per ciò che concerne l'assistenza "territoriale residenziale" (84,0%) e "semiresidenziale" (71,3%) e "riabilitativa ex art. 26 L. 833/78" (78,2%) (Ministero della Salute, 2021).

1179 (Zaffini, Fratelli d'Italia) e la recente delibera del Consiglio Superiore della Magistratura, di cui proverò a tracciare le problematiche.

Per quanto concerne il DDL Zaffini (1179):

L'art. 2, comma 4 e 5 prevede:

- ❖ l'adozione di un decreto che definisca interventi di *screening*, di approfondimento diagnostico-clinico di intervento terapeutico in capo al SSN (in specie ai Dipartimenti di Salute Mentale) «allo scopo di garantire l'intervento precoce negli stati mentali a rischio nell'età dell'infanzia e dell'adolescenza» (cfr. art. 2, comma 4, 5).

All'art. 4 introduce:

- ❖ Il coinvolgimento delle forze dell'ordine per la tutela della sicurezza del personale sanitario;
- ❖ L'estensione dei margini per il ricorso a trattamenti coattivi (fisici, farmacologici e ambientali) giustificato in base ad un non meglio specificato "stato di necessità".

L'art. 5 propone:

- ❖ il raddoppio della durata del TSO (15 giorni) con motivazioni che non si fondano su logiche terapeutiche né su esigenze pratico-organizzative.

L'art. 6, stabilisce:

- ❖ la realizzazione, all'interno degli istituti penitenziari, di sezioni sanitarie psichiatriche con un numero di posti letto non inferiore al 3% del totale delle persone detenute; sezioni in cui si potranno effettuare TSO;
- ❖ L'aumento dei posti letto nelle REMS da 20 a 25, modificando la logica socio-riabilitativa introdotta dalla l. 81/2014.

Secondo quanto previsto dal DDL 1179, il disturbo mentale verrebbe interpretato come un fattore di rischio, in particolare per la sicurezza e l'incolumità dei professionisti. Una simile impostazione rischia però di riproporre l'equivalenza tra pericolo e follia, un'analogia che si era intesa superare con la chiusura dei manicomi e con il superamento della legge 36 del 1904.

Inoltre, il disegno di legge tende a rafforzare una visione individualizzante della sofferenza psichica, intesa come deficit o carenza personale, piuttosto che riconoscerla anche come il prodotto di condizioni sociali e politiche ingiuste e oppressive (Deangelis, 2022; Foley, 2008; Graham, 2015; La Marre et al., 2018).

L'adozione estesa di programmi centrati quasi esclusivamente sulla diagnosi psichiatrica rischia di tradursi in una "forma-problema" costruita attorno all'idea di individualizzazione e patologizzazione (Lindholm e Wickström, 2020). In questo modo si rafforza la convinzione che tanto la causa quanto la soluzione della sofferenza risieda unicamente nella mente delle persone, trascurando invece le condizioni materiali in cui le loro vite si sviluppano, come alcune evidenze mostrano chiaramente (Deangelis, 2022; Graham, 2015). In tale prospettiva, il DDL 1179 appare espressione di una risposta di tipo neoliberale alla salute mentale: esso tende infatti a interpretare disuguaglianze e problemi sociali come deficit individuali, senza riconoscere le radici anche in assetti sociopolitici ingiusti e oppressivi (Foley, 2008; La Marre et al., 2018).

A contrastare parzialmente questa deriva, la sentenza n. 76 del 30.05.2025 della Corte costituzionale perfeziona in ottica garantista gli articoli che disciplinano il TSO (33, 34, 35 l. 833/78). La Corte, in particolare, dà pieno riconoscimento dei diritti delle persone con disturbo mentale, solleva il giudizio di legittimità costituzionale sugli artt. appena menzionati⁵. Inoltre, prevede l'obbligo di notifica dell'ordinanza del sindaco e l'obbligo di audizione della persona soggetta a TSO da parte del giudice tutelare prima della convalida. Tuttavia, questo non garantisce che la credibilità presupposta nei confronti del "tecnico psy" prevalga sul giudice in quanto figura non esperta.

⁵ Il richiamo riguarda diversi articoli della Costituzione italiana, che insieme definiscono il quadro di diritti fondamentali da tutelare anche in ambito detentivo. L'articolo 2 sancisce l'esistenza e l'inviolabilità dei diritti fondamentali dell'individuo; l'articolo 3 afferma il principio di uguaglianza e di pari dignità davanti alla legge, senza alcuna distinzione; l'articolo 13 garantisce il rispetto dell'inviolabilità personale, tutelando contro ogni forma di violenza fisica o morale nei confronti di chi si trova in condizione di restrizione della libertà, la quale può avvenire solo secondo i principi di legalità. L'articolo 24 riconosce a tutti il diritto di agire in giudizio per la tutela dei propri diritti e interessi; l'articolo 32 stabilisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività; l'articolo 111 introduce il principio del giusto processo; infine, l'articolo 117 (primo comma) vincola la potestà legislativa dello Stato al rispetto della Costituzione. A questi si aggiunge il riferimento agli articoli 6 e 13 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo: il primo tutela il diritto a un processo giusto ed equo, mentre il secondo garantisce a chiunque un ricorso effettivo dinanzi a un'istanza nazionale.

2.1.8. La Delibera del CSM seduta del 22 gennaio 2025

Il pensiero avanzato che ha dato vita alla riforma per il superamento degli OPG, e le esperienze positive che ne sono nate, sono contrastati da resistenze strutturali. Ultimo arrivato è il documento del Consiglio Superiore della Magistratura (CSM) del gennaio 2025, in cui l'uso di categorie di sapore lombrosiano (gli “inemendabili”)⁶ sostiene la richiesta di aumento dei posti in REMS e in ATSM (Calcaterra, Pellegrini, Secchi, 2025). Tutto ciò accompagnato dalla mancanza di dati raccolti in modo sistematico a livello nazionale (Pellegrini, 2025).

Le spinte più recenti all'aumento dei posti in REMS arrivano, innanzitutto, da una comunicazione ai Presidenti delle Regioni da parte del Ministero della Salute, che prospetta di riformare il sistema realizzando quattro tipi di strutture, tra cui una REMS di primo livello caratterizzata dalla «massima intensità di cura e dalla massima sicurezza»: in sostanza “un piccolo manicomio presidiato dalla polizia penitenziaria” (Corleone, 2025). Inoltre, il plenum del CSM ha preso atto di un documento redatto da una Commissione Mista di magistrati sul tema delle REMS: in esito a un'analisi parziale della situazione e all'audizione di un numero molto limitato di attori, si propone di aggiungere 700 posti in REMS⁷ agli attuali 577 e di realizzare un doppio circuito di REMS, con strutture di alta sicurezza affidate alla sola custodia della polizia penitenziaria⁸ definite UVAP (Unità di Valutazione Assistenziale e Prognostica)⁹. Queste ultime dovrebbero essere riservate a una specifica categoria di delinquenti, che la Commissione ha definito gli “inemendabili”, per i quali “l'aspetto custodiale prevalga su quello curativo” (Documento CSM, 186). Infine, il parere del CSM propone un potenziamento delle sezioni ATSM negli istituti penitenziari e la realizzazione di sezioni psichiatriche per soggetti tossicodipendenti con comorbidità, configurando come soluzione l'istituzione di una “scatola dentro una scatola più grande”. Soluzione che sembra in contrasto con i principi della l. 833/1978 e richiamati dalla Corte costituzionale nella sentenza n.253/2003, in specie per ciò che concerne l'esclusione di segregazione, custodia e isolamento anche per i pazienti psichiatrici che hanno commesso un fatto previsto dalla legge come reato, incentivando, piuttosto, soluzioni territoriali e comunitarie (Schiaffo, 2021).

Alla delibera della Commissione mista sulle REMS (seduta del 22 gennaio 2025) va in parte dato merito di aver enucleato gli snodi problematici che hanno investito il superamento degli OPG: la questione delle liste d'attesa, la qualità delle perizie, l'esigenza di potenziare il coordinamento tra periti, consulenti

⁶ Secondo il dott. Nicolò all'audizione al CSM, nella quotidianità si tratterebbe di persone di difficile gestione che avrebbero “bisogno più di contenimento che di cura” (cit. Giuseppe Nicolò, audizione al CSM). Da qui la proposta di indirizzare queste persone in “comunità terapeutiche ultra-protette”, contigue al carcere.

⁷ Non gioca a sostegno di un stimato investimento di circa 180 milioni di euro per la costruzione di 700 nuovi posti, né tantomeno dei 88 milioni annui per gli oneri di funzionamento (la stima è basata su quanto dichiarato all'art. 3 ter della legge 9/2012).

⁸ Il documento è disponibile alla pagina: <https://www.giustiziainsieme.it/it/giustizia-pene/3384-la-risoluzione-del-csm-in-materia-di-rems>.

⁹ Servirebbero da “cabina di regia” per suggerire al magistrato e al perito la soluzione migliore, minimizzando gli “invii impropri” in Rems.

e territorio (DSM), ATSM, le ricognizioni delle strutture psichiatriche territoriali, nonché la garanzia di preservare il fondamentale diritto alla salute. Tuttavia, persistono i due ordini di problematicità nella delibera testé delineati. Queste appaiono in netta controtendenza rispetto a quanto stabilito dalla Corte costituzionale con la sentenza 22/2022, che ha sottolineato il valore dell'inclusione territoriale e il definitivo superamento della logica manicomiale. Allo stesso modo, esse contrastano con lo spirito della legge 81/2014, violando il carattere sanitario delle REMS, il principio di territorialità e persino quello di *extrema ratio*. Al contempo, va sottolineato come la stessa sentenza 22/2022 rimarchi la necessità di coinvolgimento del Ministero della Giustizia nell'attività di coordinamento e monitoraggio delle REMS, spianando la strada per un ritorno della supremazia della Giustizia sulla Salute, così come la delibera del CSM riporta la gestione e la responsabilità della REMS nell'ambito della giustizia, riducendo la psichiatria a mera esecutrice. Infatti, il parere espresso dal CSM, pur privo di indagini empiriche che giustifichino l'esigenza di raddoppiare i posti letto, richiama la precedente esperienza degli OPG, che di fatto avevano rappresentato una valvola di sfogo del carcere, ospitando persone non ancora dichiarate non imputabili per vizio di mente (ex art. 148 c.p.)¹⁰. Secondo il XXI Rapporto di Antigone, il quale fa riferimento ai dati raccolti dal sistema SMOP¹¹, si stima che solo il 36% di chi è in lista d'attesa avrebbe effettiva necessità di accoglienza in REMS, riconfigurando il quadro emergenziale d'incremento posti dipinto nella delibera del CSM. In aggiunta, la Conferenza Unificata Stato-Regioni (n. 188/CU del 30 novembre 2022) ha stabilito che le liste d'attesa siano gestite dai Punti Unici Regionali (PUR), non soltanto secondo un criterio cronologico, ma soprattutto nel rispetto di criteri qualitativi, che tengano conto della singolarità dei casi specifici.

Accanto alla questione delle liste d'attesa, i dati più recenti mettono in evidenza alcune tendenze significative (Antigone 2025). Al 31 dicembre 2024 risultavano attive in Italia 31 REMS, di cui 27 monitorate dal sistema informativo SMOP, con una presenza complessiva di 606 pazienti. Di questi, 145 erano stranieri (pari al 24%) e 69 donne (l'11%). Colpisce in particolare la crescita della *popolazione straniera*, in progressivo aumento: dai 79 pazienti del 2020 si è passati a 104 nel 2022, 131 nel 2023 e 144 nel 2024.

Un'altra tendenza riguarda l'*espansione delle misure provvisorie*. Dal 2016, infatti, il numero di persone sottoposte a misura di sicurezza in fase di procedimento penale (198 in misura provvisoria) è cresciuto più di quello dei soggetti definitivi (cioè prosciolti per non imputabilità ma sottoposti a misure di sicurezza in quanto ritenuti socialmente pericolosi). Nel 2025 si

¹⁰ La logica alla base del "calcolo" - improprio - adottato dal CSM emerge chiaramente dalla stessa delibera. Considerando che negli ex OPG il numero di internati oscillava costantemente tra 1.200 e 1.500 persone, *allora* si è ritenuto di proporre la creazione REMS di capienza equivalente. In questo modo, secondo la delibera, si evita che un magistrato possa trovarsi nella situazione di non riuscire ad applicare un ordine di ricovero a causa della mancanza di posti disponibili (Antigone, 2025)

¹¹ Sistema informatico finalizzato alla realizzazione di una base informativa omogenea continuamente aggiornata da chi opera nei vari servizi coinvolti, utile a descrivere e valutare il percorso di superamento degli OPG.

contano 253 persone in misura provvisoria a fronte di 323 definitivi, con un incremento che segnala la progressiva erosione del carattere di *extrema ratio* sancito dalla legge 81/2014. Tale dinamica si pone inoltre in tensione con le indicazioni della Corte EDU e della Corte costituzionale, che sollecitano un equilibrato bilanciamento tra esigenze terapeutiche e sicurezza

Parallelamente, si assiste al rafforzarsi della *libertà vigilata come misura di riferimento*. La maggioranza dei pazienti psichiatrici autori di reato non vive infatti in REMS, ma è sottoposta a questa forma di controllo, che negli anni¹², è diventata il vero architrave delle misure di sicurezza (Miravalle, 2025)¹³. Non di rado, tuttavia, le prescrizioni che impongono l'obbligo di residenza in comunità terapeutiche trasformano la libertà vigilata “semplice” in una misura di fatto detentiva, e dunque illegittima (*ibidem*). Si inserisce in questo quadro anche la *deregolamentazione delle comunità* che accolgono persone autori di reato. Ad oggi non esistono infatti licenze, accreditamenti specifici o linee guida che distinguano le strutture deputate a ospitare soggetti provenienti dal circuito penale. Questa assenza normativa lascia ampi margini di discrezionalità, se non di arbitrarietà, nei percorsi di accoglienza post-REMS (*ibidem*). Infine, i dati sulle provenienze confermano il *ruolo centrale del carcere nell'intercettare – o produrre – disagio psichico*. Tra le persone attualmente internate, 116 arrivano direttamente da un istituto penitenziario e 138 dai Servizi di superamento OPG, attraverso trasferimenti da altre REMS o dalle articolazioni di salute mentale¹⁴ (Antigone, 2025).

Oggi i processi di criminalizzazione – come quelli veicolati dal *DL Sicurezza* o dalla delibera del CSM – e quelli di medicalizzazione preventiva – come nel caso dei *DDL 1179* e *1171* – si

¹² Nel corso dell'ultimo anno (2024-2025) le persone sottoposte a libertà vigilata risultavano essere 5.759, di cui 429 donne e 5.330 uomini. Un dato rilevante riguarda il triennio 2013-2015, coincidente con la fase di superamento degli OPG, durante il quale si è registrato un incremento netto di 758 unità. Se si allarga lo sguardo all'intero quindicennio 2010-2025, il numero complessivo delle persone in libertà vigilata è cresciuto di 1.445 unità, pari a un aumento del 25%. Particolarmente significativo è l'anno di entrata in vigore della legge 81/2014: tra il 2014 e il 2015 si è infatti verificato un incremento di 489 persone in un solo anno (Antigone, 2025).

¹³ I dati forniti dal Ministero della Giustizia relativi alla libertà vigilata presentano due importanti limiti. In primo luogo, non consentono di distinguere quante persone siano sottoposte a libertà vigilata a causa di un vizio totale o parziale di mente e quante invece per essere state dichiarate socialmente pericolose per motivi diversi dalla patologia psichiatrica, come nel caso dei cosiddetti “delinquenti abituali, professionali o per tendenza”, categorie giuridiche ancora presenti nel nostro codice penale. In secondo luogo, i dati non specificano il “contenuto” della libertà vigilata, rendendo impossibile determinare, neppure in termini generali, il grado di restrizione della libertà effettivamente imposto dal giudice. (Miravalle, 2025).

¹⁴ Altre persone: 83 da altra misura, 99 da altra motivazione, 52 dalla libertà vigilata, 13 da licenza finale di esperimento, 105 dalla libertà (Antigone, 2025)

legittimano attraverso le retoriche della sicurezza e della prevenzione. In questo intreccio, la salute diventa posta in gioco non solo come questione clinica, ma come terreno di definizione del rapporto tra cura e custodia. È in gioco, infatti, il potere di nominare e di autorizzare pubblicamente ad una forma d'esistenza, produzione e controllo di soggettività. Come ricorda Bourdieu, si tratta del potere del verdetto, «che specifica attraverso una definizione sociale legittima quale sia la verità di una persona [...], ciò che è autorizzato a essere e ciò che ha diritto di essere» (Bourdieu, 2009, p. 110). Il diritto penale non va letto soltanto come una risposta egemone ai bisogni e alle problematiche sociali, ma come il dispositivo che le trasfigura, universalizza e naturalizza. Non è neutrale, così come non lo sono coloro che ne esercitano l'autorità: al contrario, esso riproduce una normatività che finisce per consolidare un “pensiero di Stato” (Sayad, 1999). Se la norma contribuisce a produrre realtà sociale definendola, nominandola e autorizzandola, il diritto ne consacra la legittimità (naturale e universale) attraverso la forza simbolica dello Stato (Bourdieu, 2012). In questo quadro, la tutela della salute e dell'autodeterminazione delle persone non può ridursi alla mera individuazione precoce di un disturbo, né all'estensione dei dispositivi di controllo che finiscono per anticipare e inquadrare la sofferenza entro categorie psichiatrico-giuridiche. Così facendo, il diritto alla parola degli individui verrebbe subordinato alla definizione patologica o giuridica che li precede e li incasella, determinandone identità e possibilità di espressione (Negrognolo, 2025). La sfida non riguarda dunque l'apertura o la chiusura di nuove REMS, ma un cambiamento profondo della cultura della cura, che passi attraverso il lavoro nei e con i territori, il rafforzamento dei servizi pubblici, ma anche l'attivazione di reti comunitarie più ampie e inclusive.

2.1.9. Piano azione nazionale salute mentale (PASM) 2025-2030

Relativamente alla tutela della salute mentale per le persone detenute/imputabili e per le persone affette da disturbi mentali autrici di reato in misura di sicurezza, il Piano d'azione nazionale sembra allinearsi a quanto già stabilito dal DPCM del 1 aprile 2008 (GU serie Generale n.126 del 30/05/2008) demandando ai DSM la gestione della salute psichica.

Attraverso i “presidi sanitari penitenziari”, e con il supporto dei Servizi Sanitari Aziendali Territoriali ed Ospedalieri, ogni Azienda Sanitaria si fa carico della salute delle persone detenute, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza. In tal senso, il piano d'azione prevede l'obbligo di istituire un servizio psichiatrico interno con l'obiettivo di garantire:

- ❖ Individuazione precoce del disagio dei detenuti per la prevenzione e la riduzione del rischio di suicidio e di auto/eterolesionismo;
- ❖ Precoce individuazione delle forme di patologia psichiatrica o di disagio psichico che possano evolvere in un quadro psicopatologico;
- ❖ Interventi di cura e riabilitazione delle persone sottoposte a misure di detenzione e presa in carico di pazienti che necessitino di interventi integrati;
- ❖ Interventi mirati a prevenire l'insorgenza di patologie psichiatriche;
- ❖ Assistenza psicologica;
- ❖ Integrazione con gli altri servizi medici dell'azienda Asl, per i casi complessi a diagnosi multipla, e con i servizi sociali per i pazienti con bisogno di intervento sociale;
- ❖ Collaborazione con l'area trattamentale dell'istituto, per attivare percorsi di assistenza e cura, sia all'interno dell'istituto, sia all'esterno, tramite l'attivazione di misure alternative;
- ❖ Continuità terapeutica con i servizi e i presidi del territorio sia durante la detenzione, che nella fase di uscita dal carcere, al termine della pena detentiva o nel corso delle misure alternative alla detenzione.

Attraverso i DSM, l'azienda sanitaria è chiamata a collaborare con la Magistratura competente, sia nella fase di cognizione che di esecuzione della pena, al fine di individuare con tempestività percorsi di cura e riabilitazione, sia nel territorio che nelle strutture terapeutiche residenziali. In tal senso, la ratio è la riduzione delle misure di sicurezza detentive.

Per ciò che concerne le Articolazioni Tutela Salute Mentale in carcere (ATSM), il documento ne attesta la presenza in 33 Istituti Penitenziari, con una copertura di posti (320) pari allo 0,5% (su una presenza stimata del 10-15% di persone con disturbo mentale in carcere) della popolazione detenuta, auspicando di raggiungere il 10%. Secondo Pellegrini (2025) ponendosi l'obiettivo di passare dall'attuale 0,5% ad almeno il 5% della popolazione carceraria, questo implicherebbe un incremento di 3000 posti con un costo gestionale annuo di circa 300 milioni, a cui si aggiungerebbero le spese per investimenti in nuove strutture o ristrutturazioni.

La vocazione delle ATSM dovrebbe essere a gestione del post acuzie¹⁵, attraverso un iniziale approccio riabilitativo, sia cognitivo che pratico-esperienziale, preparatorio ad eventuali progetti fuori del carcere.

L'ATSM dovrebbe essere organizzata per poter ospitare circa 18/20 posti letto, ed essere allocata all'interno degli istituti, dove poter gestire al meglio sia i soggetti cui sono applicati gli articoli seguenti:

- ❖ art. 112 (DPR 230/2000): accertamento condizioni psichiche su segnalazione/iniziativa dell'autorità giudiziaria o del magistrato di sorveglianza (max. 30gg di osservazione)
- ❖ art. 111 (D.P.R. 230/2000, commi 5 e 7): imputati/condannati che sviluppano infermità durante la detenzione, senza necessità di misura di sicurezza; Condannati a pena diminuita per vizio parziale incompatibili con permanenza in istituti ordinari (rientro in istituto dopo miglioramento)
- ❖ art. 148 (CP): "rei-folli" con pena differita o sospesa. Ricovero (rems) revocato quando cessano le condizioni con ripristino esecuzione pena.

L'inserimento in dette sezioni che comprendono ed unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e minorati psichici, è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'art. 111 (commi 5 e 7) del decreto del Presidente della Repubblica 230/2000 dell'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all'art. 112 del decreto del Presidente della Repubblica medesimo ed ai soggetti di cui all'art.148 c.p. Le sezioni ATSM dovrebbero prevedere, oltre agli spazi di degenza, anche e soprattutto delle aree comuni per attività di tipo riabilitativo e degli spazi verdi per le attività ricreative comuni. In ogni Dipartimento di Salute Mentale dovrebbe esserci un "referente forense" che funga da facilitatore tra il territorio e i sanitari del carcere, per favorire una presa

¹⁵ Le acuzie rimarrebbero gestite in SPDC (TSO in primis).

in carico efficace ed appropriata sia dei detenuti, sia delle persone che saranno ritenute incompatibili, sia per chi sarà ritenuto non imputabile per vizio di mente. Al contempo, il Piano indica posizioni di criticità rispetto alle ATSM, che le configurerebbe come sono illegittime in ragione di una violazione degli articoli 13 e 32 della Costituzione, oltre che dell'articolo 3 della Corte europea dei diritti dell'uomo (Pellegrini, 2025). Rimane inevasa la questione su quali siano i percorsi di salute mentale negli istituti penitenziari e in quelli esterni rispetto all'attuazione della sentenza 99/2019 della Corte Costituzionale (*ibidem*).

Punto di massima criticità del documento concerne la mancata precisazione di un incremento delle risorse economiche per le azioni previste dallo stesso che, *de facto*, consisterebbero in una serie di provvedimenti a costo zero. Problematicità che si esacerba se la si confronta con la situazione precaria dei servizi psichiatrici territoriali, dove le risorse destinate dal fondo sanitario nazionale non hanno ancora raggiunto il 5% (Pellegrini, 2025). Sorge spontanea la domanda rispetto al come si intende realizzare tutta una serie di iniziative a partire dallo stato attuale delle risorse materiali (economiche e di organico), senza considerare tutti gli altri ambiti della salute mentale, ovvero quello della NPIA (Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza), la cui percentuale d'investimento dovrebbe essere del 2%, e quello delle Dipendenze Patologiche, dove il finanziamento dovrebbe essere pari all'1,5% del fondo sanitario nazionale (Pellegrini, 2025). Pur collocandosi nell'ambito della l. 180/78, della l. 18/2009 (convenzione dei diritti delle persone con disabilità e della l. 219/2017, il documento non tiene in considerazione fondamentali passaggi precedenti come la Conferenza Nazionale Salute Mentale del 2021 né a quella sulle droghe dello stesso anno, così come non menzione quanto previsto dall'intesa Stato Regioni del 4 agosto 2021 e al successivo "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" del Ministero della Salute (Pellegrini, 2025).

Delineato lo stato dell'arte rispetto ai numeri¹⁶ delle *Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza* (REMS), il PASM avvalorà il carattere innovativo della l.81/2014, facendo altresì riferimento all'accordo CU n.188 del 30 novembre 2022, in specie per ciò che concerne l'istituzione dei Punti Unici Regionali (PUR), la gestione delle liste di attesa per l'accoglienza in REMS secondo criteri di priorità aggiuntivi a quello cronologico. Si rifà altresì alla sentenza

¹⁶ Nel PASM si riporta che, secondo il censimento del Ministero della Salute (10 aprile 2025), risultano attive 39 REMS con 709 posti complessivi. Si stima al contempo che circa 750 persone attendano l'esecuzione della misura di sicurezza in soluzioni alternative o in libertà, a causa della cronica carenza di posti letto. Tuttavia, la mancanza di sistemi informativi dedicati non consente di oggettivare con precisione questo dato. In sede di PASM non viene fatto riferimento al sistema SMOP (cfr. nota 57).

22/2022 Della Corte Costituzionali richiamando la necessità di un intervento specifico del legislatore per disciplinare la misura di sicurezza rispetto ai casi in cui dev'essere applicata e alle modalità con cui dev'essere eseguita, rimarcando il carattere *contenitivo* - oltreché terapeutico - dell'istituzione nei confronti di una persona che ha commesso un reato. Sempre in richiamo alla CU n. 188, il Piano ne ribadisce le indicazioni rispetto al PTRI e le modalità di collaborazione con la Magistratura, mediante accordi specifici ai fini dell'attuazione delle disposizioni normative pertinenti (applicazione, trasformazione e applicazione di misure di sicurezza non detentive), allo scopo di ottimizzare gli inserimenti in modo che siano appropriati.

Tra le *proposte operative* avanzate dal PASM, si evincono le seguenti. Sul *piano clinico*, si evidenzia la necessità di strutturare percorsi di cura mirati che tengano conto delle specificità del contesto forense. Un corretto assessment rappresenta infatti la base per trattamenti aderenti alle linee guida evidence-based e consente una valutazione prognostica utile a definire la destinazione più appropriata della presa in carico. In questo quadro, è auspicabile che il legislatore, in coerenza con quanto richiesto dalla Corte Costituzionale, proceda a una revisione profonda della normativa vigente, distinguendo chiaramente le competenze: da un lato, l'esecuzione delle misure di sicurezza, affidata al Ministero della Giustizia (compresa la sicurezza delle strutture e la gestione degli atti giudiziari); dall'altro, l'assistenza sanitaria, inclusa quella psichiatrica e psicologica, di esclusiva pertinenza del Ministero della Salute.

In quest'ottica, il *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)* per i pazienti autori di reato dovrebbe articolarsi in quattro fasi principali:

1. presa in carico e assessment iniziale;
2. trattamenti differenziati per patologia secondo linee guida evidence-based;
3. gestione del rischio di recidiva violenta;
4. rivalutazione della pericolosità sociale.

L'ingresso in REMS avviene su ordinanza dell'autorità giudiziaria e comporta la presa in carico da parte del Dipartimento di Salute Mentale competente. La valutazione clinica iniziale deve essere multidimensionale e includere aree clinico-personologiche, consapevolezza di malattia e *insight*, funzionamento cognitivo e *social cognition*, funzionamento sociale e rischio (violenza, pericolosità sociale e psicopatologia). È opportuno che, a livello nazionale, si condivida un modello unico di valutazione del rischio e della pericolosità sociale, così da rendere i dati

confrontabili tra regioni e istituzioni. Il piano di trattamento individuale (PTI), redatto in sede intramuraria, viene condiviso con la ASL di appartenenza della persona e formalizzato nel PTRI da inviare all'Autorità Giudiziaria, da aggiornare con cadenza trimestrale per garantire una rivalutazione costante della pericolosità sociale.

I *percorsi di cura*, pur in assenza di linee guida specifiche per la popolazione forense, si basano sull'adattamento di protocolli validati nei servizi di salute mentale generale. L'eterogeneità clinica delle persone internate (spesso con farmacoresistenza, comorbidità per DUS, disturbi di personalità, ADHD, assetto cognitivo borderline, marginalità sociale, con procedimenti penali pregressi o pendenze concomitanti) impone un approccio ad “alto costo/basso volume”, alta intensità assistenziale e vocazione terapeutico riabilitativa. Esistono tuttavia aree di consenso su trattamenti farmacologici (litio, clozapina, terapia LAI), psicoterapici (DBT) e psicosociali (psicoeducazione, riabilitazione vocazionale, SST, *cognitive remediation*, SST, *Skill Training*).

La *gestione del rischio di recidiva violenta* richiede un'attenta valutazione dei fattori di rischio e protettivi, utile sia nel contesto peritale/giudiziario che nella pianificazione terapeutica di interventi trattamentali e conseguente assegnazione a programmi specifici in base al gradiente di rischio. Tra le modalità di stima vengono citate valutazioni cliniche non strutturate, valutazioni attuariali del rischio (ARA) e giudizi professionali strutturati (SPJ). Strumenti come l'HCR-20 V3 e la *Psychopathy Checklist Revised* sono tra i più utilizzati, e risultano efficaci nello screening degli individui a basso rischio di recidiva ma le evidenze scientifiche confermano che la capacità predittiva resta limitata¹⁷. È pertanto auspicabile che anche in Italia si adotti un sistema condiviso per la valutazione del rischio e della pericolosità sociale, in grado di consentire confronti oggettivi a livello interregionale e con il sistema giudiziario.

Rispetto alla *rivalutazione della pericolosità sociale*, qualora si osservi un miglioramento clinico complessivo e la presenza di indicatori favorevoli, interni ed esterni, rispetto al rischio di violenza, i servizi territoriali possono proporre un PTI che contempli la dimissibilità dalla REMS. Tale percorso avviene attraverso un'udienza di rivalutazione della misura di sicurezza detentiva, finalizzata all'attenuazione o alla revoca della pericolosità sociale da parte dell'Autorità Giudiziaria. In caso di *revoca della misura*, il paziente viene preso in carico dal Servizio di Salute Mentale dipartimentale come soggetto libero. In caso di *attenuazione della*

¹⁷ Come citato nel documento “A livello internazionale (Ogonah et al 2023) si ritiene che “ non vi è sufficiente evidenza scientifica per poter avere una previsione affidabile del rischio di violenza” (PASM, 2025, p. 55).

misura, con passaggio alla libertà vigilata, l'utente è affidato al Servizio territoriale, secondo le modalità stabilite nel PTI proposto.

Sul piano *normativo*, il PASM configura come necessario rivedere la Legge 81/2014 alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 22/2022.

Dal punto di vista *organizzativo*, emergono alcune priorità secondo il PASM:

- ❖ attivazione in ogni regione di un Punto Unico Regionale (PUR) coordinare i percorsi dei pazienti con misura di sicurezza, in sinergia con autorità sanitarie, giudiziarie e forze dell'ordine;
- ❖ revisione del fabbisogno nazionale di posti letto REMS, con la previsione di almeno una struttura per regione, dimensionata in base alla popolazione, in riferimento a quanto disposto dall'art. 4 della CU 188/2022.
- ❖ implementazione della Cabina di Regia Nazionale Interistituzionale (art. 13 CU 188/2022), con funzioni di coordinamento, monitoraggio e valutazione delle risorse economiche pertinenti al superamento degli ex OPG;
- ❖ realizzazione di un sistema informativo nazionale integrato. Come evidenziato dalla sentenza 22/2022, i dati attualmente disponibili attraverso il sistema informativo sanitario e quelli del Ministero della Giustizia risultano profondamente divergenti. Per superare questa criticità il PASM ritiene necessario istituire un sistema informativo nazionale, gestito dal Ministero della Salute, che sia pienamente integrato con i flussi già esistenti. A tal fine il documento auspica una revisione del decreto ministeriale del 15 ottobre 2010, così da colmare l'attuale gap informativo sulle attività delle REMS. Tale revisione dovrà prevedere, oltre alla condivisione dei dati con Regioni, Province autonome e altri stakeholder, anche l'acquisizione del parere dell'Autorità garante della privacy e l'accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni.
- ❖ istituzione di Unità di Psichiatria Forense nei Dipartimenti di Salute Mentale, con equipe multidisciplinari dedicate al raccordo tra clinica e giustizia;
- ❖ sperimentazione di strutture residenziali specializzate per pazienti con misure di sicurezza non detentive, Tale previsione mira al rafforzamento delle rete di strutture afferenti ai dipartimenti di salute mentale.

Secondo Pellegrini (2025), la REMS dovrebbe mantenere la sua funzione residuale di “extrema ratio”, un aspetto che andrebbe maggiormente sottolineato nel PASM. Parallelamente, non

appare adeguatamente riconosciuto nel documento l'impegno dei DSM, che assistono sul territorio circa 7.000 persone sottoposte a misure giudiziarie, di cui circa 4.800 in strutture residenziali, con un conseguente impiego rilevante di risorse economiche: ogni progetto costa infatti circa 60.000 euro all'anno. Questo impegno richiederebbe un adeguato riconoscimento da parte dello Stato nei confronti delle Regioni.

Inoltre, dal documento pare emergere un preponderante spazio accaparrato dalla componente giudiziaria, sollevando l'interrogativo che possa essere questa a sostanziare il trattamento piuttosto che la componente socio-riabilitativa (Pellegrini, 2025), come previsto dalla l. 81/2014 di cui il PASM richiede una riforma importante ma non ne specifica in maniera dettagliata gli aspetti che vorrebbe rimodulare. Se è condivisibile che ogni Regione debba dotarsi di almeno una REMS, il numero dei posti dovrebbe essere proporzionato non solo alla popolazione residente, ma anche alla tipologia dei servizi e alla struttura del sistema comunitario. Infine, nel Programma di Azione Nazionale per la Salute Mentale non sembrano emergere progetti mirati, come invece indicato nella lettera del Capo di Gabinetto del Ministero della Salute (n. 0018635-P-23.12.2024), indirizzata alle Regioni (Pellegrini, 2025). In quel documento si annuncia una proposta di riforma del sistema che prevede, per l'ambito sanitario, l'assistenza alle persone assolte ai sensi degli artt. 88 e 89 c.p., articolata su quattro livelli di intensità. Solo il primo livello è caratterizzato da massima intensità di cura, elevata sicurezza, osservazione e valutazione assistenziale e prognostica (*ibidem*).

Per ciò che concerne le persone *minori autori di reato*, il piano sottolinea una generale necessità di strutturare percorsi di presa in carico specifici e integrati tra servizi socio-sanitari e servizi della giustizia minorile. L'obiettivo dichiarato è la promozione della "centralità di un intervento multi disciplinare capace di garantire una continuità assistenziale durante e dopo l'esecuzione della misura penale" (PASM, 2025, p. 47).

I percorsi previsti dal Piano dovrebbero così garantire la creazione di équipe interistituzionali integrate (servizi giustizia minorile, sanitari e sociali); una équipe valutativa Multiprofessionale (EVM) in seno ad ogni ASL (composta da neuropsichiatra infantile/psichiatra, psicologo clinico, assistente sociale, infermiere, medico tossicologico) chiamata a gestire assessment, diagnosi e stesura di PTI e PTRI¹⁸; diverse intensità assistenziali in base all'acclarata o meno presenza di disturbi del neurosviluppo e/o psicopatologia e delle fragilità emergenti nelle fasi

¹⁸ In coprogettazione con Enti Locali e Servizi della Giustizia minorile.

evolutive; monitoraggio dello sviluppo; coinvolgimento della famiglia. È prevista inoltre l'identificazione di una figura di coordinatore (psicologo, neuropsichiatra infantile o psichiatra) con funzioni di snodo clinico e gestionale tra il sistema Giustizia e il sistema Sanità.

La competenza amministrativa della presa in carico del minore è in capo all'Azienda sanitaria di residenza e in collaborazione con L'azienda Sanitaria di domicilio nei casi di misura cautelare in comunità. Mentre per senza fissa dimora concerne il territorio dove è stato commesso il fatto reato.

In tal senso il Piano sollecita ogni Azienda sanitaria a sviluppare propri PDTA e a definire protocolli valutativo-diagnostici evidence based per delineare il funzionamento cognitivo e adattivo, gli aspetti psicopatologici e personologici, i punti di forza e le fragilità personali e ambientali, nonché l'eventuale presenza di comportamenti antisociali o a rischio di psicopatia per ogni minore. In parallelo, individuare percorsi di presa in carico specifici, capaci di rispondere ai bisogni sanitari e psico-sociali e di sostenere la funzione educativa della pena (DPR 448/1988).

È cruciale differenziare i percorsi comunitari, distinguendo tra strutture socio-educative (competenza Giustizia/Enti Locali), comunità terapeutiche intensive/estensiva (competenza ASL) e strutture sperimentali socio-sanitarie ad alta intensità (competenza congiunta). Si rende necessario un adeguamento del numero di posti letto nelle comunità terapeutiche. Il collocamento dei minori in strutture socio-educative (art. 22 DPR 448/1988) è di competenza dei Servizi della Giustizia minorile, in collaborazione con gli Enti Locali, mentre le Aziende sanitarie garantiscono la presa in carico dei bisogni assistenziali e di cura territoriale. Diversamente, l'inserimento in comunità terapeutiche intensive o estensive rientra nella competenza sanitaria e riguarda condizioni cliniche che richiedono stabilizzazione di acuzie o sub-acuzie psichiatriche, rendendo necessario un adeguamento dei posti disponibili. Per le strutture sperimentali socio-sanitarie ad alta intensità, infine, è previsto un percorso di coprogettazione tra Sanità, Enti Locali e Giustizia, al fine di offrire risposte integrate a minori e giovani adulti autori di reato con quadri psicopatologici complessi e/o dipendenze.

In tal senso, per il minore autore di reato sembra si prospetti l'impiego trasversale di una logica medicale-preventiva preponderante, di modo da anticipare condotte (patologiche o disfunzionali) di favorendo una precoce medicalizzazione, dove il funzionare sembra sussumere l'esistere, mentre il dolore, i problemi sociali e le disuguaglianze sono o rimosse o

riconfigurate come un impedimento alla funzionalità docile dell'individuo (Benasayag e Cany, 2021).

2.2. Quadro normativo regionale

2.2.1. Toscana

2.2.1.1. L'organizzazione del servizio sanitario in carcere

La Regione Toscana, con la L.R. 2 dicembre 2005, n. 64 “Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana”, ha assunto come base della propria azione il principio della parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, fra persone libere e persone detenute ed internate e si è impegnata a garantire ai detenuti e agli internati nelle carceri toscane, i livelli essenziali di assistenza sanitaria concernenti le prestazioni preventive, diagnostico-terapeutiche e riabilitative, alla pari degli individui in stato di libertà.

Successivamente, ha modellato l'organizzazione del servizio sanitario in carcere in base a quanto suggerito dalle linee guida della Conferenza Unificata, contenute nell'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. Con la Delibera della Giunta regionale n. 873 del 14/09/2015 la Regione Toscana ha dettato le linee guida per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari e per la realizzazione delle reti sanitarie nazionali e regionali.

Le linee guida della Regione Toscana (Allegato B) disegnano il quadro organizzativo del servizio sanitario nelle carceri toscane, e stabiliscono le sue caratteristiche essenziali. Innanzitutto, in ogni carcere vi deve essere un presidio sanitario in grado di assicurare alcune funzioni indispensabili: la medicina di base, il servizio per le tossicodipendenze ed il servizio psichiatrico. Inoltre, in ogni struttura penitenziaria ci deve essere un responsabile medico, con funzione di raccordo e coordinamento con gli altri sanitari e con l'Amministrazione penitenziaria. Le strutture penitenziarie sono, poi, classificate in diversi livelli, dai più semplici ai più complessi, in base alla complessità delle prestazioni sanitarie che possono essere fornite

all'interno. Ogni servizio sanitario penitenziario è considerato come una sede territoriale della locale azienda sanitaria, e quindi è parte della rete dei servizi regionali; il servizio deve erogare l'assistenza sanitaria in modo multidisciplinare e nella prospettiva dell'integrazione di interventi, assicurando la continuità assistenziale.

Quando è stata emanata la Delibera n. 873 in Toscana vi erano 18 istituti penitenziari per adulti e 2 per minori, distribuiti 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): ASL Centro, ASL Nord-Ovest, ASL Sud-Est. Il sistema sanitario toscano comprende anche le 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 si prende carico della salute delle persone detenute in base alla propria competenza territoriale, attraverso i presidi penitenziari e con il supporto dei presidi sanitari territoriali e ospedalieri, e deve garantire i Livelli Essenziali di Assistenza. Ogni ASL ha un medico referente per la salute in carcere.

In ogni istituto penitenziario è presente un presidio sanitario, che è paragonabile a un presidio distrettuale. Per la specificità logistica è assimilabile 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, a cui è affidato il coordinamento delle attività sanitarie che si svolgono all'interno, nonché l'integrazione e i contatti con la Direzione dell'istituto penitenziario, in accordo con il referente aziendale della salute in carcere.

La Regione Toscana sottolinea che la propria azione è rivolta 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).

Per rendere agevole la circolazione delle informazioni sulla salute delle persone detenute, in special modo pensando alla pratica comune dei trasferimenti da un istituto a un altro, si propone di utilizzare il fascicolo sanitario elettronico anche in carcere: “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).

Deve essere favorita la scelta del medico, fra quelli presenti in carcere (linee guida Toscana), e deve essere permesso a professionisti sanitari di fiducia del detenuto di accedere alla struttura penitenziaria e utilizzarne le strutture mediche, dietro pagamento (linee guida nazionali). Si tratta di disposizioni che mirano a tutelare la libertà di scelta in campo sanitario, un indirizzo da tenere ben presente vista la tendenza in ambito istituzionale a far prevalere le scelte organizzative su quelle riguardanti i diritti delle persone. La Delibera dà anche importanza alla prestazione di visite specialistiche in carcere, richiedendo il monitoraggio delle prestazioni effettuate.

La salute mentale è una delle prestazioni da garantire negli istituti penitenziari. Si parla di “prevenzione, cura e riabilitazione per la salute mentale”, e si sottolinea che, in base ai dati dell’ARS (Agenzia Regionale di Sanità della Toscana), le patologie psichiatriche rappresentino la prevalenza delle patologie riscontrate nei detenuti (il 41% nel 2012 e il 35% nel 2014 del totale delle patologie). L’azienda USL si deve, quindi, fare carico della salute mentale delle persone detenute e in ogni istituto deve essere presente un servizio psichiatrico interno, gestito direttamente dalla ASL, che provvede alle seguenti attività:

- a) Individuazione precoce del disagio mentale, per prevenzione e riduzione rischio suicidio e auto/etero lesionismo;
- b) Individuazione precoce di forme di disagio psichico che possono evolvere in patologie;
- c) Cura e riabilitazione;
- d) Prevenzione;
- e) Assistenza psicologica;
- f) Integrazione con altri servizi medici Asl, e con servizi sociali;
- g) Collaborazione con Area trattamentale per accesso a misure alternative;

h) Continuità terapeutica con servizi e presidi del territorio.

Un accordo con il PRAP dovrà fungere da quadro ordinativo per l'adeguamento della rete regionale per la salute mentale in carcere, secondo quanto previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata rep. Atti n. 95/CU del 13/10/2011 (su cui infra 2.2.1.2.)

Inoltre, la Delibera prevede di realizzare accordi interistituzionali, la collaborazione con l'Autorità giudiziaria, allo scopo di creare percorsi di cura alternativi al carcere ed evitare misure di sicurezza detentive improprie.

Nella delibera sono presenti anche i numeri del personale assegnato, complessivamente, agli istituti penitenziari *al 31 dicembre 2014: 186 medici, 186 infermieri, 30 psicologi, 13 personale tecnico, 4 personale 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 stati classificati in base all'intensità delle prestazioni sanitarie che vi vengono fornite, oltre a quelle che devono essere presenti in tutti gli istituti: la medicina generale, il Sert e il servizio di salute mentale.

1. *Servizi con medicina di base*: sono i presidi sanitari a minore intensità, 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. Vi rientrano: Arezzo, Grosseto, Massa Marittima, Siena e Gorgona. Vi era compreso anche Empoli, che oggi non è più un istituto penitenziario, perché nei suoi locali è stata realizzata una delle due REMS della Toscana. I presidi di tipo 1b accolgono detenuti con bisogni assistenziali non particolarmente impegnativi: assistenza sanitaria di base (con 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 e 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; vi è la presenza di una 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 nel 2014 erano 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): quella femminile è successivamente stata eliminata, mentre quella maschile è ora parte dell'ATSM;
 - b. 1 reparto di casa di cura e custodia femminile per detenute considerate "minorate psichiche" di cui all'art. 111 DPR 230/2000 e 148 CP: è stato successivamente eliminato;
 - 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.
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, di tipo extra-ospedaliero (reparto FKT di Massa: 13 pl per cicli di riabilitazione), o 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), Presidio Ospedaliero Arezzo San Donato (2ppll), Ospedale Misericordia di Grosseto (1pl).

2.2.1.2. ATSM Sollicciano

A Sollicciano risulta istituita una ATSM con DM del 28 maggio 2015, in cui si indica che essa è destinata:

- ❖ all'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000,
- ❖ all'accoglienza dei detenuti con infermità psichica sopravvenuta nel corso della detenzione di cui all'art. 148 c.p.,
- ❖ all'accoglienza dei detenuti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente di cui all'art. 111, commi 5 e 7 del DPR 230/2000. Il decreto stabiliva che l'ATSM era istituita dalla data del decreto, ma ciò concretamente non si è realizzato.

L'ATSM è stata poi oggetto della Delibera regionale 1195/2016, che ha approvato una bozza di accordo tra il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e la Regione Toscana per la realizzazione di una ATSM a Sollicciano. Nell'accordo si fa presente che l'accertamento delle infermità psichiche è già stato attivato, con accordo tra la Direzione dell'Istituto penitenziario di Sollicciano e la Direzione dell'Azienda USL territorialmente competente, e che il servizio di Osservazione Psichiatrica, svolto da un'équipe multi-professionale, ha valenza territoriale regionale, con 1 posto nella sezione femminile e 5 posti nella sezione maschile. Tali sezioni sono “reparti di secondo livello ad alta specializzazione diagnostica per i casi dubbi e di difficile diagnosi, ferma restando la competenza di ciascun Istituto penitenziario ad effettuare presso la propria sede l'osservazione psichiatrica che ad esso compete ai fini di legge”. I pazienti, prosegue la bozza di accordo, possono essere inviati esclusivamente da istituti della Toscana per un periodo massimo di 30 giorni.

L'accordo dichiara di avere la finalità di integrare quanto già esistente, ovvero la sezione di Osservazione psichiatrica, con i servizi per l'accoglienza dei detenuti di cui all'art.148 del CP ed art.111 del DPR 230/2000, e prevede di attivare, entro data da definire, presso il carcere di Sollicciano, la “Articolazione per la tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli istituti penitenziari”, composta da due Sezioni:

1. una sezione femminile, con capienza complessiva di tre posti, destinati ad accogliere:
 - a. osservande detenute nelle carceri toscane (art. 112 DPR 230/2000) con 1 pl;
 - b. cittadine toscane detenute minorate psichiche (art. 111 DPR 230/2000);
 - c. cittadine toscane detenute con infermità psichica sopravvenuta (art.148 CP);
2. una sezione maschile, con capienza complessiva di nove posti, destinati ad accogliere:

- a. osservandi detenuti nelle carceri toscane (art. 112 DPR 230/2000) con 2 ppll;
- b. cittadini toscani detenuti minorati psichici (art. 111 DPR 230/2000);
- c. cittadini toscani detenuti con infermità psichica sopravvenuta (art.148 CP).

La bozza di accordo precisa che le prestazioni sanitarie relative alle sezioni sopra richiamate, vengono assicurate dall'Azienda USL Toscana Centro, in appositi locali resi idonei e messi a disposizione del Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria.

Il 7/12/2018 è stato firmato un accordo tra la Direzione di Sollicciano e la Azienda USL Toscana Centro relativo all'apertura del reparto ATSM, con i tempi di apertura della sezione maschile (dal 21 gennaio 2019), di inserimento del personale e di trasferimento dei detenuti. Nel gennaio 2019 con ordine di servizio del direttore di Sollicciano è stata aperta la ATSM.

La delibera regionale di riferimento resta la 1195/2016, anche se l'ATSM concretamente realizzata e presente a Sollicciano è in parte differente da quanto ivi previsto: non è stata realizzata la sezione femminile, essendo presente solo quella maschile con 9 posti, all'interno della quale non sono tuttavia ospitati detenuti ex art. 148 CP, a seguito dell'abrogazione di esso da parte della Corte Costituzionale con Sentenza 99/2019 (supra 2.1.4.). L'ATSM fa parte del DSM, in quanto l'organizzazione della sanità penitenziaria dettata dalla DGR 873/2015 considera i presidi penitenziari come parte dei presidi ASL di riferimento.

2.2.1.3. Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria

In base al DPCM 1° aprile 2008 le Regioni devono istituire un organismo di monitoraggio e valutazione degli interventi sanitari in carcere, con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, competenti territorialmente (Allegato A). La Regione Toscana ha istituito un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, chiamato comunemente Osservatorio carcere, con la DGR n. 213/2012, che è stata successivamente modificata dalla DGR n. 163/2017, per 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.

L'organismo svolge il compito di monitoraggio e valutazione dell'efficienza ed efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti. È un organismo unico, come previsto dal DPCM 1° aprile 2008, per superare la pluralità di organismi creata precedentemente.

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 e definizione degli obiettivi;
- 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.

L'osservatorio svolge i compiti 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;

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'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) ha il compito di svolgere l'indagine epidemiologica negli istituti penitenziari e nei servizi penali minorili della Toscana.

2.2.1.4. Obiettivi prioritari per la tutela della salute dei detenuti e degli internati

Con la Delibera n. 669 del 3 giugno 2024 la Regione Toscana ha aggiornato, in continuità con gli anni precedenti, gli obiettivi prioritari per la tutela della salute dei detenuti in carcere e dei pazienti psichiatrici autori di reato per il triennio 2024-2026. Tra gli obiettivi, da realizzare nelle carceri e nelle Rems, alcuni sono più direttamente legati alla salute mentale, come:

- la definizione e la realizzazione di progetti annuali per l'assistenza psicologica,
- il monitoraggio dei Piani di Prevenzione del Rischio Suicidario,
- il sostegno all'attuazione del Punto Unico Regionale (DGR 742/2023) e dei programmi e delle azioni regionali in materia di percorsi di cura ed inclusione dei rei prosciolti per infermità mentale, ai sensi della legge 81/2014,
- le azioni di monitoraggio e di accompagnamento per il miglioramento del benessere organizzativo e della qualità assistenziale nelle carceri e nel circuito penale delle misure di sicurezza psichiatriche.

2.2.1.5. La presa in carico delle persone tossicodipendenti presenti in carcere

Con la Delibera 873/2015, come già descritto più ampiamente supra 2.2.1., si è stabilito che in ogni istituto penitenziario vi sia un presidio del SerD. Con la Delibera 1232/2011 sono state dettate le linee di indirizzo per la presa in carico delle persone tossicodipendenti detenute, al fine di aumentare l'accesso ai percorsi alternativi al carcere. Tra i principi informatori del percorso indicato nell'Allegato alla Delibera vi è quello “da un ‘sistema di attesa’ ad un ‘sistema d’iniziativa’: accogliere e favorire in ogni modo le richieste di progettualità alternative al carcere da parte dei detenuti; data la difficoltà di sviluppare un cambiamento terapeutico all'interno del carcere, anche per i noti contesti di sovraffollamento e di difficoltà strutturali di vario genere, diviene prioritario incoraggiare i detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti ad una precoce comunicazione con gli operatori sanitari preposti” (p. 1).

La DGR 513/2019 ha approvato nel suo Allegato 1, i nuovi percorsi assistenziali terapeutici, residenziali e diurni, per persone con disturbo da uso di sostanze e da gioco d'azzardo.

L'inserimento delle persone nei diversi percorsi è disposto dai Servizi per le dipendenze (Ser.D) di residenza delle stesse, e strumento fondamentale dell'inserimento è l'elaborazione di un progetto terapeutico individuale (PTI), concordato con la persona. Le aree di intervento sono le seguenti: accoglienza, terapeutico riabilitativa, specialistica, pedagogico riabilitativa, disturbo da gioco d'azzardo.

Nella recenti Relazioni del Garante regionale della Toscana (anni 2024 e 2025¹⁹) si evidenzia che i dati ricevuti dalle Aziende Usl sulla presa in carico dei tossicodipendenti in carcere da parte del Serd sono discordanti rispetto alle rilevazioni effettuate dall'Amministrazione penitenziaria. La discrasia nei dati era nota fin dalle prime rilevazioni post-riforma del 2008 ed è addebitabile ai differenti criteri utilizzati nel classificare una persona come tossicodipendente²⁰. Sul punto, già nel 2015 il Garante regionale, on. Franco Corleone, raccomandava alla Regione Toscana di utilizzare i criteri indicati dal Decreto Ministeriale n. 186 del 12 luglio 1990, il cui art. 1, riguardante le “Procedure diagnostiche e medico-legali” per accertare la condizione di tossicodipendenza, prevede che l'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope si fondi su uno o più elementi valutativi, anche di natura psicologica e sociale e non soltanto sull'esame clinico. Questi elementi permettono una valutazione complessiva dei singoli casi che tenga conto della loro storia di tossicodipendenza, nella prospettiva di un accesso che sia il più ampio possibile alle misure terapeutiche alternative alla detenzione²¹.

Le comunità terapeutiche, autorizzate e accreditate in base alla L.R. 51/2009 e al Regolamento n.79/R del 2016 (come modificato dal D.P.G.R. 16 sett. 2020, n. 90/R), si distinguono per tipo di regime (residenziale o semiresidenziale), tipo di utenza (femmine adulte, maschi adulti, adulti mista, minori/giovani adulti 14-25, minori mista, minori maschi, minori femmine, mamma bambino) e tipo di comunità, tra cui in particolare vi sono quelle terapeutico riabilitative, doppia diagnosi, alcoldipendenza, disturbo gioco d'azzardo, pedagogico riabilitativa, centro alcologico, disassuefazione da BZD, specialistica per alcol - polidipendenti.

¹⁹ Relazione 2025, p. 134

²⁰ Su cui si rinvia a Franco Corleone, Saverio Migliori, Katia Poneti, Luana Ruscitti (a cura di), La droga in carcere: fatti e misfatti. Gli approfondimenti del Garante, Novembre 2015, pp. 16, 23-27.

²¹ Ivi, p. 26.

2.2.1.6. Raccordo tra i servizi territoriali e i presidi sanitari penitenziari nella presa in carico dei pazienti psichiatrici

Il raccordo tra i servizi territoriali di salute mentale e delle dipendenze e i presidi sanitari penitenziari è un punto cruciale nel funzionamento della rete dei servizi che serve a creare la base operativa perché alcune misure alternative al carcere, come l'affidamento terapeutico ex art. 94 TU 309/1990 e la detenzione umanitaria ex Sentenza Corte Cost. 99/2019, possano concretamente essere applicate: tali misure, infatti, per poter essere concesse dal giudice, necessitano che la Asl predisponga un programma di trattamento.

Il Decreto dirigenziale 10321/2016 ha approvato gli indirizzi operativi perché il raccordo tra servizi interni ed esterni al carcere divenga effettivo per poter predisporre tale programma. In particolare il coordinamento ha lo scopo 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, è importante sottolinearlo, 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 indicano la necessità di fornire reciproche informazioni, tra servizio psichiatrico interno al carcere e territoriale, in particolare tramite l'informazione che il Responsabile del Presidio sanitario penitenziario, "al momento in cui viene accertata la presenza in istituto penitenziario di un paziente con rilevanti turbe psichiche" (Punto 1) deve dare ai servizi di salute mentale territorialmente competenti, indicando il nominativo dello psichiatra del presidio sanitario penitenziario che ha in carico la persona; e con indicazione, entro e non oltre 15 giorni dal ricevimento della notizia, da parte del servizio di salute mentale

territorialmente competente, del nominativo dello psichiatra titolare della cura della persona, quale referente del caso.

Le indicazioni operative riguardano, inoltre, altro punto da evidenziare, la collaborazione nella predisposizione del piano terapeutico (PTI): “Lo psichiatra del servizio di salute mentale territoriale e lo psichiatra del presidio sanitario penitenziario, che segue clinicamente il caso, si rapportano direttamente per la formulazione del Piano di trattamento individuale (PTI), restando attribuita al secondo tra i due la responsabilità di scegliere e gestire la cura farmacologica e al primo il compito di individuare le eventuali ipotesi di accoglienza esterne al carcere, qualora praticabili. Insieme potranno relazionare all’Autorità Giudiziaria competente per gli opportuni provvedimenti” (Punto 1). La fase della stesura del programma di trattamento terapeutico interno al carcere deve avvenire entro 60 giorni dalla prima comunicazione pervenuta ai servizi territoriali.

Oltre che nella redazione del Piano di trattamento interno al carcere, I servizi penitenziari e quelli territoriali devono collaborare anche nella progettazione dei percorsi esterni: “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” (Punto 3).

L’individuazione della soluzione di accoglienza sul territorio è dunque di competenza del servizio psichiatrico territoriale, che deve garantire:

- ❖ la disponibilità del posto nella comunità terapeutica, residenza, casa alloggio o altro individuato nel progetto presentato dal servizio;
- ❖ l’inserimento nella struttura individuata (disponibilità delle risorse finanziarie, delibera o atti aziendali necessari, pagamento della retta, documentazione per l’ammissione alla struttura o qualsiasi altro adempimento necessario);
- ❖ le modalità di accompagnamento, trasporto o trasferimento del paziente dall'istituto penitenziario alla struttura individuata.

L’attuazione di tali indirizzi dovrebbe sottostare a un monitoraggio semestrale, 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.

2.2.2. Lazio

2.2.2.1. L'organizzazione del servizio sanitario in carcere

La rete regionale dei servizi di sanità penitenziaria del Lazio è inserita nell'assistenza territoriale, conformemente all'Accordo sancito in Conferenza Unificata n.3 del 22 gennaio 2015, recepito con DGR n.375 del 28 luglio 2015. La Rete dei servizi e delle strutture dell'area sanitaria penitenziaria per adulti della Regione Lazio viene configurata nel documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti: implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" (DGR 129 del 16 marzo 2021) che assicura l'erogazione delle prestazioni necessarie a soddisfare i livelli essenziali di assistenza ai detenuti, che comprendono tutte le funzioni assegnate alla regione con il D. Lgs. n. 230/1999, il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 e la Legge n. 9/2012.

L'assistenza è assicurata attraverso un sistema articolato di servizi delle Aziende Sanitarie Locali che costituiscono la Rete regionale di sanità penitenziaria.

In ogni istituto è presente il servizio sanitario penitenziario, dipendente dall'Unità Operativa di afferenza (medicina dei servizi, DSM, SerD). I servizi sanitari presentano caratteristiche differenti a seconda delle dimensioni degli Istituti, del numero e della tipologia di detenuti, del loro turnover, della configurazione generale dell'Azienda Sanitaria Locale. Ogni ASL è messa nelle condizioni di assicurare la completa presa in carico del paziente detenuto offrendo assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza medica specialistica e assistenza infermieristica.

Le ASL sono titolari della gestione di tutte le attività dedicate alla tutela della salute della popolazione detenuta, compresa, tra gli aspetti generali dell'assistenza, la presa in carico del paziente secondo l'art.6 della C.U. n.3/2015. La Rete regionale dei servizi sanitari territoriali in ambito penitenziario, prevede l'ingresso negli II.PP. di tutti i servizi sanitari garantiti dalle ASL alla popolazione in generale. Il documento, inoltre, evidenzia che "in tutti gli Istituti Penitenziari sono presenti soggetti con disturbo da uso di sostanze e con disturbo mentale, che

in minima misura sono allocati nelle sezioni specialistiche dedicate e che il servizio per la salute mentale e le patologie per le dipendenze è stabilmente presente all'interno di tutti gli Istituti Penitenziari" (p. 9). Il documento declina quanto previsto dall'Accordo n. 3/CU in precise forme organizzative:

1. *Strutture con medico di base*: è la tipologia di servizio più semplice e vi rientrano tutte le strutture penitenziarie sul territorio regionale, con popolazione detenuta in buone condizioni di salute. Sono presenti in via continuativa prestazioni di medicina di base, assistenza infermieristica, alcune prestazioni di medicina specialistica (odontoatria, cardiologia, malattie infettive), assistenza per disturbi correlati all'uso di sostanze e disturbi mentali. Le altre specializzazioni sono garantite in base alle esigenze e il servizio notturno, festivo e prefestivo è a chiamata. Il servizio svolge attività sanitaria di promozione della salute, diagnosi e cura di patologie o comorbidità di basso impatto assistenziale. Garantisce test di screening previsti per tutta la popolazione. Assistenza farmaceutica e protesica.
2. *Strutture con servizio medico multi-professionale integrato*: vi rientrano tutti gli istituti penitenziari del Lazio; questa tipologia si differenzia dalla precedente per la presenza di personale medico ed infermieristico sulle 24 ore. Fornisce, inoltre, il monitoraggio di patologie di maggior complessità assistenziale e il trattamento post-acuzie.
3. *Servizio medico multiprofessionale integrato con sezione specializzata*: si aggiunge la presenza di sezioni detentive per detenuti affetti da specifici stati patologici:
 - a. Sezioni per detenuti con malattie infettive: vi rientrano la sezione presso il Carcere di Paliano (ASL Frosinone) per la TBC e la sezione presso il carcere di Rebibbia (ASL Roma 2) per l'HIV, mentre presso tutti gli IL.PP, a livello ambulatoriale, si curano le Epatiti virali croniche di tipo B e C.
 - b. Sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali: in queste sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi sono assicurati dai Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende sanitarie Locali territorialmente competenti, oltre che dagli altri specialisti del Servizio. L'inserimento in queste sezioni che comprendono ed unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e "minorati psichici", è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'articolo 111 (commi 5 e 7) del DPR 230/2000, ai soggetti di cui all'articolo 112 del medesimo D.P.R. e ai soggetti di cui all'art. 148 C.P. Rientrano in

questo livello: 2 posti presso Regina Coeli (ASL Roma 1); 24 posti presso il N.C. e la C.R. di Rebibbia (ASL Roma 2); 8 posti presso carcere di Velletri (ASL Roma 6); 3 posti presso carcere femminile della Casa Circondariale di Civitavecchia (ASL Roma 4). Presso tutti gli II.PP., a livello ambulatoriale, si curano i soggetti affetti da disturbo mentale.

- c. Sezioni per soggetti tossicodipendenti (art.96 comma 3 e 4 DPR 309/90): si tratta di custodie attenuate, che ospitano persone con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza in fase di divezzamento avanzato dall'uso di sostanze stupefacenti e occupano un intero istituto ("I.C.A.T.T.": Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti). Si avvalgono di personale del SerD e del DSM, se necessario, che svolge attività di prevenzione, riduzione del danno, valutazione diagnostica, cura e trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcol-tossicodipendenti. Il SerD fornisce i suoi interventi nell'ambito di uno specifico regolamento del servizio medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate, con precisi criteri di accesso, esclusione, permanenza e che favorisca anche l'avviamento alle misure alternative. Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano: D.M. n. 444/90, L. 45/99 e D.P.R. 309/90. Rientra in questo livello la Sezione per tossicodipendenti in custodia attenuata: Terza casa di Rebibbia (ASL Roma 2). Presso tutti gli II.PP., a livello ambulatoriale, si curano i soggetti affetti da disturbo correlato ad uso di sostanze e da addiction.
- d. Servizio medico multi-professionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (S.A.I.): sono sezioni intra-penitenziarie extra ospedaliere per detenuti non autosufficienti o affetti da patologie croniche non assistibili in sezioni ordinarie; garantiscono assistenza medica, infermieristica diurna e notturna e assistenza specialistica di particolare rilievo; sono organizzate in base a esigenze regionali e nazionali, anche a seconda della tipologia di detenuti ospitata nell'istituto in cui sono collocate. Rientra in questo livello Regina Coeli (ASL Roma 1), con n. 78 posti letto di cui 18 in 1^Medicina, 29 in 2^Medicina (non attivi), 23 in chirurgia e 8 di post operatorio; n. 2 sale operatorie (non attive). Il SAI di Regina Coeli si caratterizza per la dotazione della cucina per la preparazione di vitto personalizzato in presenza di particolari patologie.

- e. Reparti ospedalieri per detenuti: si tratta dei servizi previsti dalla legge 296/93 art. 7, destinati a degenze prolungate in caso di patologie complesse; si trovano all'interno degli ospedali ordinari, in cui l'Amministrazione penitenziaria provvede al piantonamento. Vi rientrano: l'Ospedale Belcolle (ASL Viterbo) medicina protetta, con n. 8 posti letto; l'Ospedale Pertini (ASL Roma 2) medicina protetta con 15 posti letto; ulteriori posti letto ordinari sono previsti in quasi tutti gli Ospedali (in alcuni casi con stanza protette).

A livello centrale la Regione Lazio svolge le attività di programmazione, monitoraggio e coordinamento complessivo delle attività della Rete. A tale livello sono presenti alcuni attori:

- ❖ Area della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria con competenza per la Sanità penitenziaria: è l'articolazione nell'ambito della regione che svolge attività amministrativa e di programmazione in materia di sanità penitenziaria e REMS;
- ❖ Osservatorio permanente regionale sulla Sanità penitenziaria: si tratta dell'organismo previsto dal DPCM 1° aprile 2008 finalizzato a valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei ristretti (su cui infra 2.2.2.3.);
- ❖ Coordinatore Rete Regionale per la valutazione dell'appropriatezza dei trasferimenti per motivi di salute: quando in un istituto non siano garantite prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche necessarie si procede al trasferimento in altro istituto su parere del coordinatore;
- ❖ Progetti: le ASL hanno attivato alcuni progetti, tra cui si segnalano quelli in materia di salute mentale:
- ❖ Sportello di counseling psicologico dedicato al Personale di Polizia Penitenziaria (ASL Roma 4);
- ❖ Progetto Clessidra: attività riabilitative per detenuti con disagio psichico (ASL Roma 4);
- ❖ Corso di peer supporter e caregiver per detenuti per la prevenzione del rischio suicidario (ASL Roma 2 e ASL Roma 4);
- ❖ Corso di formazione per personale dell'Amministrazione penitenziaria "Gestione del detenuto con disturbo mentale e/o uso di sostanza" (ASL Frosinone);
- ❖ Telemedicina: è un progetto già avviato nella ASL Roma 4 che ha stipulato una convenzione con l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata, permettendo al personale medico e infermieristico in servizio presso i due II.PP. di Civitavecchia, di

accedere al teleconsulto cardiologico. Il progetto prevede la possibilità di estensione ad altre branche specialistiche e in altri II.PP. del Lazio.

2.2.2.2. ATSM Rebibbia Femminile e Civitavecchia

Nel carcere di Rebibbia femminile l'assistenza sanitaria è garantita dalla Asl Roma 2. L'ultima Relazione del Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, pubblicata nel 2023, indica la presenza della Sezione ATSM a Rebibbia femminile con la presenza di 6 celle, ma nessuna detenuta detenuta presente, e la presenza di una sezione con 2 celle a Civitavecchia, sempre per donne, in cui sono presenti 2 detenute²².

2.2.2.3. Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria

La Regione Lazio ha rinnovato la composizione di questo organismo con DGR 237 del 22 maggio 2018 e ne ha nominato i componenti con Decreto del Presidente n. T00282 del 12 novembre 2018 e s.m., sostituendo la precedente D.G.R. n. 137 del 13/5/2009. Ha deciso di svolgere tramite tale organismo il monitoraggio degli interventi attuativi di tutte le norme, gli accordi e le iniziative mirate ad attuare l'Accordo C.U. n.3 il 22 gennaio 2015, tra cui i compiti in materia di acquisizione di conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti nel penitenziario.

L'osservatorio è composto da rappresentanti politici e amministrativi della sanità regionale, dal Garante dei diritti dei detenuti, da rappresentanti delle varie ASL, del Prap, della magistratura di sorveglianza, del Centro di Giustizia minorile.

Funzioni dell'Osservatorio sono:

- ❖ la ridefinizione del Progetto "Interaziendale alle popolazioni detenute nel territorio regionale del Lazio", o Progetto InDel, al fine di dare una specifica organizzazione alla Rete regionale sanitaria penitenziaria;
- ❖ il monitoraggio degli interventi attuativi di tutte le norme, gli accordi e le iniziative mirati all'attuazione della C.U. n. 3/2015;

²² Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, Relazione al Parlamento 2023, p. 218.

- ❖ la comunicazione su avvenimenti di interesse sanitario, problematiche e criticità insorgenti negli Istituti penitenziari e nell'area penale esterna;
- ❖ l'acquisizione di conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti in ordine alle condizioni ed ai fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche;
- ❖ la proposta di programmi di formazione continua a favore del personale sanitario e sociosanitario che opera all'interno degli istituti per adulti e per minori;
- ❖ la collaborazione ogni qualvolta sarà ritenuto necessario con il referente medico regionale che si occupa dell'appropriatezza dei trasferimenti, in relazione anche alle esigenze di sicurezza;
- ❖ l'elaborazione di un report annuale.

2.2.2.4. Obiettivi assistenza sanitaria 2024-2026

La Delibera di giunta 976 del 28 dicembre 2023 recante il *Piano di programmazione dell'assistenza territoriale 2024/2026* comprende anche la sanità penitenziaria.

Il Piano prevede, per quanto riguarda la salute negli istituti penitenziari (parr. 9.18-9-19), due obiettivi:

Obiettivo 1. Riorganizzazione e rimodulazione dei servizi sanitari erogati in carcere al fine di renderli adeguati ai complessi bisogni di salute che connotano la popolazione detenuta. Questo obiettivo si declina in varie azioni:

Azione 1. Istituzione di tavolo tecnico a supporto della Direzione Salute e integrazione sociosanitaria – maggio 2024.

Azione 1.1. Rivalutazione standard minimi di offerta sanitaria per ogni Istituto Penitenziario (IP), favorendo l'accesso a interventi di prevenzione quali le vaccinazioni in età adulta e gli screening oncologici, in funzione del numero di detenuti per Istituto e della tipologia di sezioni specialistiche presenti in ciascun Istituto Penitenziario che contempli anche una riorganizzazione del Servizio “Nuovi Giunti”, con specifica attenzione alla popolazione vulnerabile (giovani con disturbo da uso di sostanze, soggetti multimorbidità) – dicembre 2024.

Azione 1.2. Monitoraggio di un'adeguata offerta sanitaria interna in termini di disponibilità di ore di assistenza specialistica e di fruibilità delle stesse al fine di contenere il ricorso a prestazioni erogate all'esterno dell'I.P. –dicembre 2025.

Obiettivo 2. Implementazione della telemedicina per garantire una adeguata assistenza sanitaria a tutti i soggetti privati della libertà personale al fine di evitare la frequente movimentazione dei detenuti:

Azione 1. Attivazione di servizi di telemedicina in via progressiva – entro giugno 2025.

Il Piano, nello specifico per la salute mentale negli istituti penitenziari, considera che “nel contesto penitenziario la malattia mentale non può essere gestita con risposte esclusivamente o prevalentemente sanitarie ma necessita di interventi integrati di tipo ambientale, sociale, trattamentale e riabilitativo”.

Prevede di rivalutare le ATSM, definite con la DGR n. 277/2012 (C.U. n.95/2011 e successiva C.U. n.3/2015), in quanto “non risultano soddisfare a pieno il fabbisogno”. Il Piano pone l'Obiettivo 1. Valutare fabbisogno attuale di posti letto di ATSM dedicati alla tutela della salute mentale adulti in ambito penitenziario. Obiettivo che si declina nella Azione 1: Istituzione di tavolo tecnico con referenti salute mentale in carcere delle ASL con Istituto Penitenziario e referenti PRAP (Amministrazione Penitenziaria/A.P.) al fine di attualizzare la DGR n.277/2012 e aggiornare il fabbisogno equivalente alla presenza di ATSM in ciascun I.P. – maggio 2024.

2.2.2.5. Presa in carico e cura dei detenuti tossicodipendenti

Con la Determinazione Dirigenziale n. G11442 del 24/9/2015 è stata approvata la "Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio". Il percorso deve poi essere declinato in procedure locali dai singoli istituti. Le procedure di segnalazione devono essere assicurate dal personale sanitario dell'assistenza sanitaria dell'ambito penitenziario della UOC ASB (medicina di base, continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza medicina specialistica) che fa riferimento all'Area del Coordinamento Tecnico interaziendale per l'assistenza alle popolazioni detenute della Regione Lazio, che ha condiviso in sede regionale il Percorso assistenziale.

Le procedure sono finalizzate a garantire l'adeguata assistenza ai soggetti con disturbo da uso di sostanza, con particolare riguardo a:

1. rilevazione dei dati clinici e anamnestici per i quali chiedere la consulenza alla UOC Dipendenze e psicopatologia nel circuito penitenziario;
2. procedure e modulistica da utilizzare;
3. dati da registrare, a cura della UOC ASB - Assistenza Sanitaria in Ambito Penitenziario e UOC Dipendenze e psicopatologia nel circuito penitenziario, nella cartella clinica generale;
4. segnalazione del paziente alla UOC Dipendenze e psicopatologia nel circuito penitenziario;
5. somministrazione della terapia agoniste/agoniste parziali - antagoniste/sale sodico dell'acido-4. idrossibutirrico (Alcover) nei giorni di non presenza presso gli istituti Penitenziari del personale della UOC Dipendenze e psicopatologia nel circuito penitenziario;
6. accertamenti clinico-diagnostici richiesti dal Medico della UOC Dipendenze e psicopatologia nel circuito penitenziario;

L'obiettivo è quello di garantire una corretta presa in carico di tutti i detenuti che ne abbiano necessità evitando inutili sovrapposizioni e/o inadempienze. La visita medica d'ingresso del Nuovo Giunto è un momento idoneo alla valutazione di un'eventuale segnalazione per rischio da disturbo di uso di sostanze.

2.2.2.6. Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario

La Regione Lazio ha anche approvato un programma operativo per la presa in carico del detenuto con problemi di salute mentale, da utilizzare da parte di tutti i servizi sanitari penitenziari. esso è stato adottato con DCA n. U00563 del 20 dicembre 2017 avente per oggetto: "Approvazione del documento recante "Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario" - Conferenza Unificata n. 3 del 22 gennaio 2015".

Il riferimento scientifico a cui si ispira è il documento dell'OMS *Prison and Health, 2014*, che viene richiamato in particolare perché identifica alcuni fattori che, più di altri, impattano negativamente sulla salute mentale dei detenuti, ovvero:

- ❖ Sovraffollamento
- ❖ Forme varie di violenza
- ❖ Isolamento forzato
- ❖ Mancanza di privacy
- ❖ Mancanza di attività significative
- ❖ Isolamento dalle reti sociali
- ❖ Incertezza sulle prospettive future, sul lavoro e sulle relazioni
- ❖ Inadeguatezza dei servizi sanitari per la salute mentale

Scopo del programma operativo è quello orientare sia le politiche sanitarie in materia di tutela della salute mentale in ambito penitenziario che i servizi per la salute mentale verso un'adeguata pianificazione degli interventi di prevenzione, di cura e di riabilitazione. Inoltre, il suo scopo è anche quello di supportare i servizi nel definire percorsi assistenziali e offrire un quadro unitario del percorso assistenziale, che incrementi l'omogeneità di trattamento tra Istituti Penitenziari, favorendo la continuità assistenziale per tutti i pazienti anche nel caso di trasferimento.

Tra le indicazioni strategiche, il documento pone come primo obiettivo generale degli interventi la prevenzione e promozione del benessere mentale. Successivamente definisce il percorso diagnostico terapeutico per adulti, suddiviso in varie fasi ed attività fino alle dimissioni.

2.2.3. Friuli-Venezia Giulia

2.2.3.1. L'organizzazione del servizio sanitario in carcere

La Regione Friuli Venezia Giulia ha approvato con la sua Deliberazione 2059 del 7 novembre 2014 le *Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari*. Questo documento definisce “le linee organizzative ritenute adeguate per assicurare la tutela della salute negli istituti penitenziari, sulla base del principio di uguaglianza rispetto al diritto alla salute tra la popolazione ristretta e quella libera” (premessa).

La Delibera delinea chiaramente le modalità di integrazione della sanità penitenziaria nei servizi territoriali. Vi si afferma che le funzioni di sanità penitenziaria rientrano nell'ambito dell'organizzazione dell'assistenza distrettuale e che negli istituti penitenziari vengono svolte le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi, terapia e riabilitazione previsti dai

livelli essenziali di assistenza nazionali e della programmazione strategica regionale. Le Linee di indirizzo stabiliscono le modalità di organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari, e chiariscono che le Asl “sono titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alle persone detenute e, a tal fine, mettono in campo la propria organizzazione, in particolare attraverso i servizi distrettuali, i servizi di salute mentale, i servizi per le dipendenze e i Dipartimenti di prevenzione” (p. 2). Ogni Azienda in cui ha sede un istituto penitenziario individua un servizio di sanità penitenziaria, il quale “eroga l'assistenza sanitaria garantendo la continuità assistenziale, con modalità di lavoro multidisciplinare, prevedendo l'integrazione degli interventi”. Il servizio afferisce al livello di assistenza distrettuale” (p. 2).

Le ASL si occupano sia dell'assistenza primaria che di quella specialistica e rispondono a tutti i bisogni di assistenza compresa nei livelli essenziali, nonché a quelle che ritengano di prestare in modo aggiuntivo, come per esempio l'assistenza odontoiatrica.

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria prevede la presa in carico della persona detenuta e la continuità terapeutica, con un iter che copra la fase di accoglienza, il periodo di detenzione e la dimissione.

Le diverse figure professionali operano in équipe, con un approccio integrato e in stretta collaborazione con i servizi distrettuali e aziendali. Essi partecipano a specifici programmi di formazione, anche congiunta con il personale penitenziario. I medici che operano in carcere lo fanno in analogia con la figura del medico di medicina generale, erogano le cure primarie e fanno la visita di primo ingresso; essi, inoltre, segnalano alla Direzione del carcere i casi che possono dar luogo a incompatibilità con la detenzione in base agli artt. 146 e 147 del C.P., nonché i detenuti che si sono dichiarati tossicodipendenti (p. 3).

La continuità terapeutica deve essere garantita dal personale di cura nel caso di trasferimento e all'uscita dal carcere, in particolare per le persone affette da disturbo psichico o da dipendenza da sostanze (p. 4).

Le linee guida sono seguite e integrate dalla Delibera n. 716 del 28 aprile 2016, che approva lo schema di Protocollo di collaborazione tra il PRAP (Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria) e le ASL (Aziende Sanitarie Locali), in cui si impegnano per perseguire l'obiettivo comune della salute dei detenuti, non solo inteso come intervento di cura

e risposta alle emergenze, ma anche come promozione della salute e del benessere della persona nel suo complesso.

Le prestazioni sanitarie sono erogate di preferenza all'interno degli istituti e, solo nel caso in cui ciò non sia possibile, in servizi esterni; in questo caso il personale sanitario provvede alla prenotazione con percorsi dedicati (art. 2).

Le ASL si impegnano a mantenere le continuità terapeutica in caso di trasferimento o uscita dal carcere, in modo speciale per coloro che hanno malattie croniche, patologia psichiatrica, dipendenza da sostanze; deve essere consegnata al detenuto una relazione sanitaria contenente tutte le informazioni. Nel caso di problemi di salute mentale, "i Dipartimenti di salute mentale devono attivare sul territorio équipe multi-professionali per la presa in carico dei detenuti e degli internati in una logica di continuità terapeutica e di prevenzione fondata sulla competenza territoriale" (art. 3).

Nell'ambito dell'11, che tratta della condivisione dei dati tra Amministrazione penitenziaria e Asl, stabilendo la regola generale della condivisione nei limiti necessari a garantire le norme di sicurezza del penitenziario e i necessari interventi per la salute dell'interessato e per la salute pubblica, stabilisce un elenco di atti la cui redazione è a carico della Asl: tra questi vi è la certificazione delle condizioni o delle infermità psichiche presenti o sopravvenute a cura del DSM competente.

2.2.3.2. Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria

L'Osservatorio, previsto dal DPCM 1° aprile 2008, Allegato A, è stato istituito in Friuli Venezia Giulia con Decreto del direttore centrale salute e integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, n. 494/SPS del 9 luglio 2015. Ha il compito di monitorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi in materia di salute dei detenuti e la loro appropriatezza, nonché di proporre eventuali strumenti correttivi. Nell'ambito dell'Osservatorio è prevista la costituzione di un gruppo di lavoro che possa elaborare un programma operativo in materia di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.

2.2.3.3. Accoglienza psicologica dei detenuti nelle strutture della Regione FVG

Il Decreto n. 23887 del 24/05/2024 della Regione Friuli Venezia Giulia riguarda la procedura di accoglienza psicologica dei detenuti nelle strutture penitenziarie della regione, con l'obiettivo

di garantire il supporto psicologico necessario per favorire il benessere mentale e il trattamento delle problematiche psico-sociali dei detenuti. Questo decreto stabilisce le modalità operative per la gestione dei servizi psicologici destinati ai detenuti, in particolare nei primi momenti di detenzione, quando l'ingresso in carcere può avere un impatto significativo sulla salute mentale.

La procedura ha come scopo principale:

- ❖ Fornire un supporto psicologico iniziale ai detenuti, soprattutto nei momenti critici dell'ingresso in carcere, per prevenire e gestire il disagio psicologico che può derivare dalla detenzione.
- ❖ Migliorare il benessere psicologico dei detenuti, favorendo l'adattamento alla vita carceraria e prevenendo l'insorgere di disturbi psicologici gravi, come la depressione, l'ansia o il suicidio.
- ❖ Integrare l'intervento psicologico con il trattamento penitenziario, attraverso una collaborazione tra psicologi, educatori, e operatori penitenziari per affrontare le problematiche individuali dei detenuti.

La procedura si articola in diverse fasi che riguardano l'accoglienza e la valutazione psicologica dei detenuti:

- ❖ Prima accoglienza: Quando un detenuto entra nel circuito penitenziario, viene sottoposto a un colloquio iniziale con uno psicologo. Questo colloquio ha l'obiettivo di valutare lo stato psicologico del detenuto, identificare eventuali situazioni di vulnerabilità o disagio psicologico, e stabilire il tipo di intervento necessario.
- ❖ Valutazione psicologica iniziale: Lo psicologo esegue una valutazione approfondita delle condizioni psicologiche del detenuto, con particolare attenzione a:
 1. Eventuali precedenti di disturbi mentali.
 2. La presenza di problematiche di tipo psichico (come ansia, depressione, o disturbi post-traumatici).
 3. La gestione di eventuali crisi emotive legate alla detenzione.
 4. Il rischio di suicidio o autolesionismo.
- ❖ Individuazione di percorsi terapeutici: Sulla base della valutazione, vengono individuati i percorsi terapeutici adeguati per ciascun detenuto, che possono includere colloqui psicologici individuali, terapie di gruppo, o interventi specifici per il trattamento di disturbi psichiatrici.

Il decreto prevede l'adozione di diversi interventi psicologici, a seconda delle necessità individuate:

- ❖ Supporto psicoterapeutico individuale: Colloqui psicologici per affrontare le difficoltà emotive e psicologiche legate alla detenzione.
- ❖ Attività di gruppo: Terapie di gruppo per favorire il confronto tra detenuti, migliorare le competenze relazionali e gestire il disagio collettivo.
- ❖ Interventi per la prevenzione del suicidio: Monitoraggio psicologico intensivo per quei detenuti che mostrano segnali di autolesionismo o che si trovano in una condizione di particolare vulnerabilità psicologica.

La procedura prevede un monitoraggio continuo delle condizioni psicologiche dei detenuti, con interventi periodici e rivalutazioni dello stato emotivo e psicologico. Qualora emerga un bisogno di supporto psichiatrico, il detenuto può essere inviato a un medico psichiatra per una valutazione più approfondita.

Il follow-up è importante per assicurare che il detenuto continui a ricevere il supporto necessario durante tutto il periodo di detenzione. Questo include il monitoraggio delle sue condizioni psichiche nel tempo e la verifica dell'efficacia degli interventi terapeutici. Un altro punto cruciale del decreto è la collaborazione tra i diversi attori coinvolti nell'assistenza psicologica dei detenuti:

- ❖ Psicologi e psichiatri: Lavorano insieme per fornire un trattamento completo, che può includere sia supporto psicologico che trattamento psichiatrico, quando necessario.
- ❖ Educatori e operatori penitenziari: Collaborano con il personale sanitario per rilevare e segnalare tempestivamente situazioni di disagio psicologico o rischi per la salute mentale.
- ❖ Strutture ospedaliere e servizi sociali: In caso di necessità, il detenuto può essere trasferito a strutture sanitarie esterne per trattamenti specialistici o per una valutazione psichiatrica approfondita.

Il protocollo mira non solo a gestire il disagio psicologico immediato, ma anche a preparare il detenuto a una migliore reintegrazione sociale dopo il periodo di detenzione. In particolare, l'accompagnamento psicologico durante la detenzione può essere un supporto importante per affrontare il reinserimento nella comunità, riducendo i rischi di recidiva.

2.2.3.4. Protocollo per la gestione della sanità nel carcere di Udine

La Delibera n. 329 del 27 giugno 2014 della Regione Friuli Venezia Giulia riguarda un Protocollo di Intesa tra l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUFC) e la Casa Circondariale di Udine per la gestione della sanità penitenziaria. Il protocollo stabilisce una serie di modalità di collaborazione tra le due entità con l'obiettivo di migliorare l'assistenza sanitaria ai detenuti, garantendo loro l'accesso a cure adeguate e tempestive durante il periodo di detenzione.

Il protocollo è finalizzato a:

- ❖ Garantire l'assistenza sanitaria ai detenuti in modo conforme agli standard di qualità previsti dalla legge.
- ❖ Rafforzare la collaborazione tra i servizi sanitari e quelli penitenziari, per una gestione più efficiente e integrata della salute dei detenuti.
- ❖ Ottimizzare l'uso delle risorse e delle strutture esistenti, migliorando la gestione delle emergenze sanitarie all'interno dell'istituto penitenziario.

Il Protocollo di Intesa stabilisce un'importante sinergia tra il sistema sanitario e quello penitenziario nella gestione delle problematiche sanitarie all'interno della Casa Circondariale di Udine. Il suo scopo è migliorare l'assistenza ai detenuti, in modo che possa essere fornita una cura tempestiva e adeguata, favorendo anche il reinserimento sociale e la prevenzione delle malattie. In pratica, questa delibera crea una base di collaborazione per integrare i servizi sanitari pubblici nelle strutture penitenziarie, consentendo ai detenuti di ricevere le stesse opportunità di cura e assistenza sanitaria di cui godrebbero nella comunità libera.

Ambiti di intervento

Il Protocollo stabilisce che l'Azienda Sanitaria di Udine (ASUFC) fornisca servizi sanitari diretti presso la Casa Circondariale di Udine, attraverso:

- ❖ Presenza di personale sanitario dedicato (medici, infermieri, psicologi, ecc.) che operano all'interno della struttura carceraria.
- ❖ Monitoraggio delle condizioni di salute dei detenuti, con particolare attenzione alle patologie croniche, psichiatriche e infettive.

- ❖ Attività di prevenzione delle malattie, comprese quelle infettive e sessualmente trasmissibili, e interventi di educazione sanitaria.
- ❖ Servizi di emergenza sanitaria per rispondere tempestivamente a situazioni critiche.

Gestione delle emergenze

È previsto che l'ASUFC fornisca anche una risposta alle emergenze sanitarie interne alla Casa Circondariale, con un piano d'intervento che consenta di trasferire i detenuti in strutture ospedaliere esterne in caso di necessità di cure specialistiche o trattamenti che non possano essere gestiti internamente.

Pianificazione e monitoraggio

Il protocollo stabilisce modalità di pianificazione e monitoraggio delle attività sanitarie, con incontri periodici tra i rappresentanti dell'Azienda Sanitaria e la direzione della Casa Circondariale per valutare l'andamento dei servizi sanitari e risolvere eventuali problematiche.

Formazione del personale

È prevista anche una formazione specifica per il personale penitenziario riguardo le problematiche sanitarie e la gestione delle emergenze mediche.

Collaborazione con altri enti

Il protocollo sottolinea anche la necessità di collaborazione con altri enti, tra cui i servizi sociali e le associazioni, per garantire un'assistenza sanitaria completa e integrata che vada oltre le cure immediate, con un focus sul reinserimento sociale e sulla gestione della salute mentale e delle dipendenze. La durata dell'accordo è fissata a un anno, con la possibilità di rinnovo, e viene stabilito che il protocollo dovrà essere periodicamente aggiornato in base alle esigenze e alle evoluzioni della situazione sanitaria e penitenziaria.

Capitolo 3 - La prevenzione del suicidio in carcere

Richiamando le icastiche parole con cui il filosofo algerino Albert Camus decide di aprire il suo *Mito di Sisifo*, il suicidio risulta l'unico problema filosofico serio nella misura in cui ingaggiarlo implica determinare il nostro atteggiamento alla vita. La vita in carcere non fa eccezione. Checché ne dica l'attuale ministro della Giustizia Nordio²³, le condizioni materiali di vita sono intrinsecamente legate al nostro atteggiamento rispetto ad essa.

Secondo l'ultimo rapporto di Antigone (2025), il 2024 è stato l'anno con il più elevato numero di morti in carcere di sempre, un'escalation che prosegue quantomeno da più di tre anni. Se nel 1992 si sono registrati 47 suicidi, nel 2024 sono 91 le persone private della libertà privatesi anche della vita. Se non si considerano i decessi ancora da accertare, a marzo 2025 il conteggio sale a 33. "Numeri" che si discostano leggermente da quelli offerti dal Garante Nazionale delle persone private della libertà personale (83 nel 2024), giacché estrapolati dagli applicativi del DAP che non includono tutti quei decessi avvenuti in ospedale a seguito di un gesto suicidario eseguito in carcere, così come quelle morti avvenute a seguito di scioperi della fame, asfissia da gas, etc, di cui non è stato acclarato l'intento suicidario. Se si considera la serie storica dei suicidi avvenuti negli anni (42 nel 2014, 39 nel 2015, 39 nel 2016, 48 nel 2017, 62 nel 2018, 54 nel 2019, 62 nel 2020, 58 nel 2021 e 85 nel 2022), il numero di suicidi nei contesti detentivi è venti volte superiore rispetto a quello della popolazione generale secondo la Circolare DAP del 2024. Secondo la WHO (2007a), tra le persone private della libertà si osservano i tassi di suicidio più elevati rispetto alla comunità, continuando a manifestarsi anche dopo la scarcerazione. Al di qua di ogni possibile razionalizzazione Psy, la questione del suicidio è una questione di salute pubblica (*ibidem*), un problema esistenziale nel senso stretto del termine.

²³ Si rimanda al seguente articolo per un approfondimento: <https://www.ilpost.it/2025/07/17/nordio-sovraffollamento-carceri/>

Anni	Presenza media detenuti ²⁴	Detenuti in custodia nel corso dell'anno (presenti al 1° gennaio + entrati dalla libertà) ²⁵	Suicidi		Decessi per cause naturali			
			valore assoluto	ogni 10.000 detenuti mediamente presenti	ogni 10.000 detenuti in custodia nel corso dell'anno	valore assoluto	ogni 10.000 detenuti mediamente presenti	ogni 10.000 detenuti in custodia nel corso dell'anno
2015	52.966	99.446	39	7,4	3,9	69	13	6,9
2016	53.984	99.506	39	7,2	3,9	64	11,9	6,4
2017	56.946	102.797	48	8,4	4,7	78	13,7	7,6
2018	58.872	104.865	61	10,4	5,8	100	17	9,5
2019	60.610	105.856	53	8,7	5	90	14,8	8,5
2020	55.445	96.049	61	11	6,4	93	16,8	9,7
2021	53.758	89.903	57	10,6	6,3	91	16,9	10,1
2022	55.269	92.259	84	15,2	9,1	87	15,7	9,4
2023	57.967	96.857	66	11,4	6,8	122	21	12,6
2024	61.507	103.655	83	13,5	8	126	20,5	12,2

Tabella 1 - Eventi critici negli istituti penitenziari - Anni 2015 - 2024 (Ministero di Giustizia, 31 dicembre 2024)

Tra il 2024 e il 2025 sono 124 le persone che si sono suicidate in carcere, come si riporta nel Ventunesimo Rapporto di Antigone (2025) in cui si riportano informazioni attinte dal dossier di Ristretti Orizzonti, dall'analisi del Garante Nazionale, da fonti di stampa e segnalazioni pervenute all'associazione stessa. Delle 124 persone decedute, 56 erano di origine straniera (pari al 45,2%). Considerando che gli stranieri rappresentano attualmente circa un terzo della popolazione detenuta complessiva (31,6%), emerge chiaramente come l'incidenza dei suicidi

²⁴ Media aritmetica delle persone detenute presenti a fine mese.

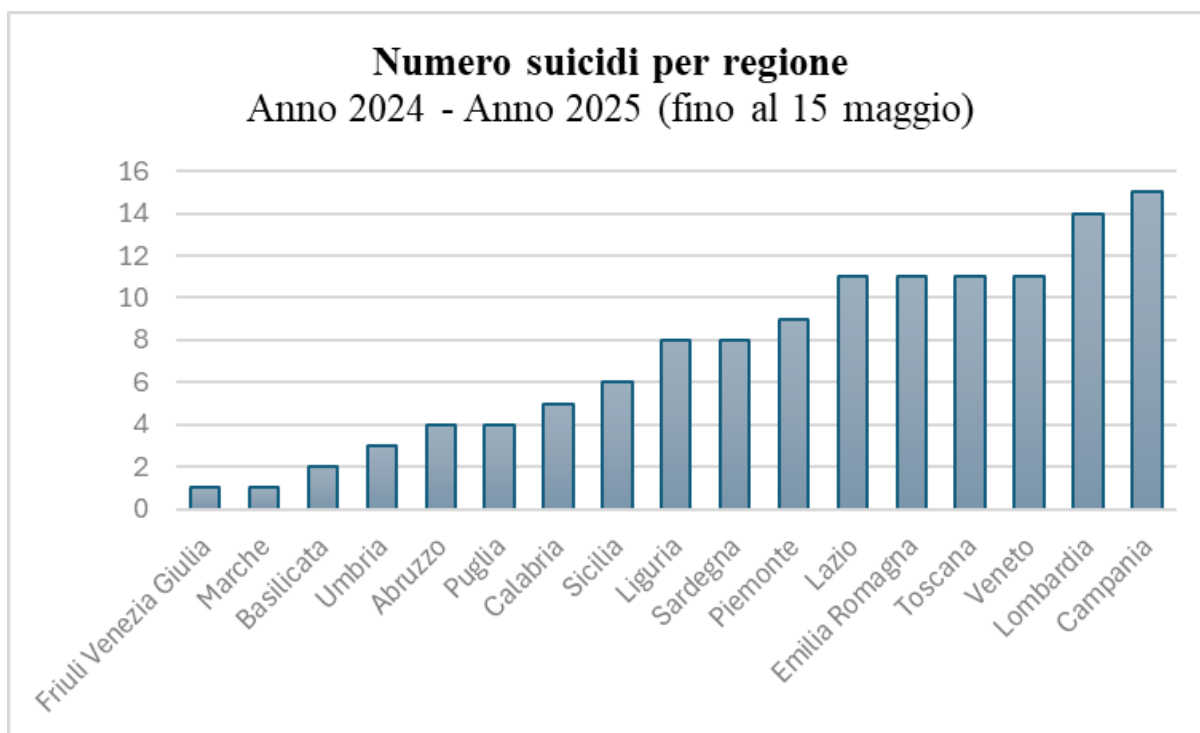
²⁵ Il flusso degli entrati dalla libertà può includere più volte lo stesso individuo.

sia significativamente più alta tra i detenuti stranieri rispetto a quelli italiani. Dal punto di vista delle provenienze geografiche:

- ❖ 31 persone erano originarie del Nord Africa (12 dal Marocco, 9 dalla Tunisia, 7 dall'Egitto, 3 dall'Algeria);
- ❖ 16 dall'Europa orientale (7 Romania, 3 Ucraina, 3 Albania, 2 Macedonia, 1 Slovacchia);
- ❖ 4 dall'Asia (1 Afghanistan, 1 Bangladesh, 1 India, 1 Cina);
- ❖ 3 dall'Africa occidentale (2 Nigeria, 1 Ghana);
- ❖ 1 dal Sud America (Ecuador);
- ❖ 1 dal Medio Oriente (Palestina).

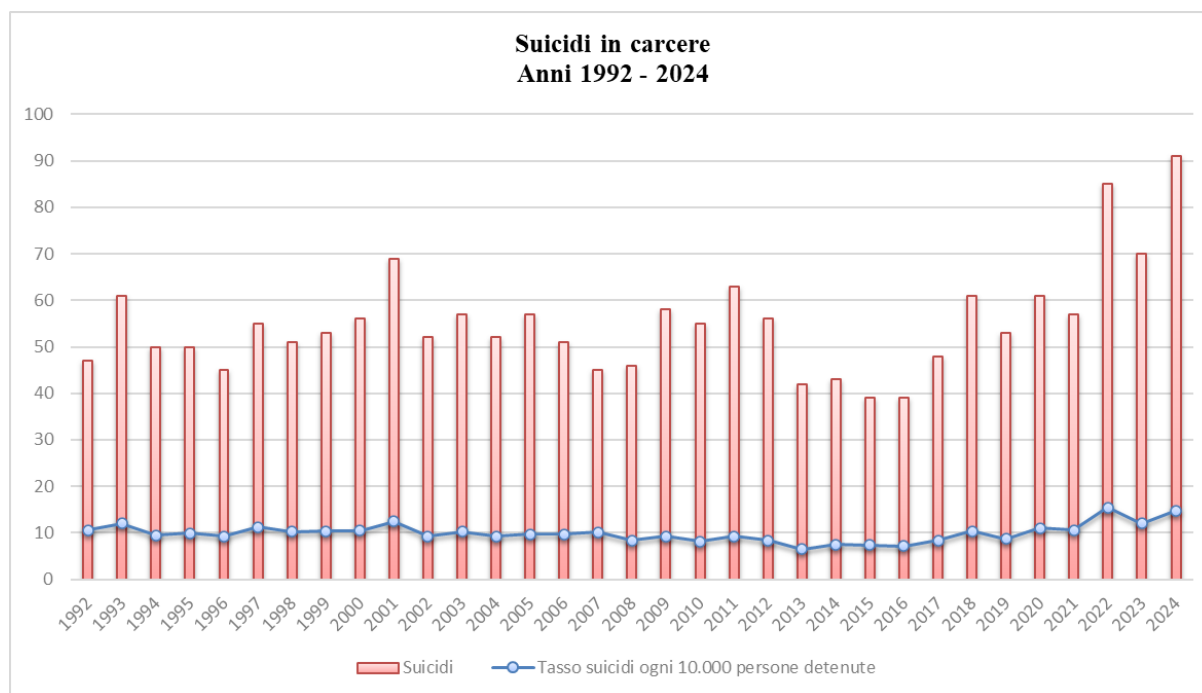
Considerando il *genere*, nello stesso periodo considerato sono 4 le donne toltesi la vita. La prima, originaria della Repubblica Slovacca, aveva 55 anni, la seconda aveva 63 anni, proveniente da Caltanissetta. Le altre due donne (una di 58 e l'altra di 52 anni) sono decedute nel mese di marzo 2025, entrambe detenute con condanna definitiva.

L'*età* delle persone private della vita tra il 2024 e il 2025 è in media di 41 anni, con una rappresentatività maggiore tra i 30 e i 39 anni (33 casi di suicidi). A seguire la fascia di coloro aventi tra i 20 e i 29 anni (32 casi). Successivamente vi sono le fasce 40-49 (24 suicidi) e 50-59 (24 suicidi). Tra le persone con età superiore di 60 anni si riscontrano 10 casi di suicidio, e quattro per quanto riguarda persone di 20 anni.



Fonte: Ventunesimo rapporto sulle condizioni di detenzione (Antigone 2025)

Sempre secondo il Ventunesimo rapporto di Antigone (2025), tra le persone che si sono tolte la vita, 53 erano detenute con condanna definitiva (43% del totale), mentre 49 si trovavano in attesa di primo giudizio (40%). Ulteriori situazioni giuridiche risultano così distribuite: 10 persone avevano una posizione giuridica mista, con almeno una condanna definitiva; 1 persona presentava invece una posizione giuridica mista, ma senza alcuna condanna definitiva; 5 erano appellanti; 2 ricorrenti; 1 persona era internata in via provvisoria; 1 persona era collocata in misura di sicurezza presso una REMS. Per 2 persone non è stato possibile reperire informazioni sulla posizione giuridica.



Fonte: Ventunesimo rapporto sulle condizioni di detenzione (Antigone 2025)

Tra i 64 carceri (su 189) attraversati da questo fenomeno, negli istituti dove si riscontra un maggior numero di suicidi si registra una situazione più o meno grave di sovraffollamento: “Tra questi svettano le Casa Circondariali di Verona (186%), Roma Regina Coeli (184%) e Venezia (171%). Seguono la Casa Circondariale di Modena (155%), di Napoli Poggioreale (154%), Firenze Sollicciano (146%), Teramo (142%) e Terni (140%)” (Antigone, 2025).

Secondo uno studio di Antigone (Stroppa, 2025) a partire da dati raccolti attraversando gli istituti penitenziari visitati - almeno 4 volte - tra il 2019 e il 2024, vi sarebbe da un lato una correlazione esistente (-0,38) tra il numero di ore d’aria e i casi di autolesionismo, così come tra ore d’aria e tentati suicidi (-0,31). In tal senso, con il venir meno delle ore d’aria aumentano sia i tentati suicidi sia i casi di autolesionismo (e viceversa). Rispetto ai provvedimenti di isolamento ed ai casi di autolesionismo e tentati suicidi, la correlazione individuata è di segno positivo: +0,56 (autolesionismo) e +0,45 (tentati suicidi). Questo significa che con l’incremento dei provvedimenti di isolamento incrementano altresì gli atti autolesivi e i tentati suicidi (e viceversa). È stata rilevata invece una correlazione più debole tra i suicidi consumati e, da un lato, il numero di ore d’aria concesse ai detenuti e, dall’altro, la frequenza dei provvedimenti di isolamento.

3.1. Linee guida WHO

Nel 2007 il *Department of Mental Health and Substance Abuse* della World Health Organisation (Organizzazione Mondiale della Sanità, WHO/OMS) ha redatto un documento che riassume le raccomandazioni sulla "Prevenzione del suicidio nelle carceri".

Secondo il documento dell'WHO, avente il carattere di vere e proprie linee guida, "la detenzione in sé e per sé è un evento stressante anche per i detenuti 'sani', in quanto priva la persona di risorse basilari" (WHO, 2007a, p. 9). Pertanto, anche i fattori di rischio ambientali, oltre allo sviluppo della persona e al trattamento di patologie, hanno un impatto significativo rispetto a questo fenomeno, evidenziando come il suicidio sia spesso "la causa più comune di morte nelle carceri" (*ivi*, p. 7). Sempre in riferimento al testé menzionato Rapporto di Antigone (2025), nel 75% dei casi di suicidio le persone erano detenute in una sezione a custodia chiusa. Venire meno all'obbligo di preservare la salute delle persone private della libertà, così come della loro sicurezza, continua la WHO (2007a, p. 7) è perseguibile ai fini di legge, financo fattore stressogeno per chi abita e lavora in questi spazi.

Nella pubblicazione destinata a dirigenti responsabili dello sviluppo ed implementazione dei programmi di salute mentale all'interno degli istituti di pena, al personale carcerario e agli operatori sanitari, la WHO ha da tempo delineato una serie di linee guida in ambito di prevenzione di questo fenomeno all'interno degli istituti di esecuzione della pena.

Le condizioni carcerarie (sovraffollamento, durata della pena, isolamento, accesso limitato ai servizi sanitari e stress) influenzano i tassi di suicidio. Nonostante le differenze tra Paesi e istituti, esistono principi generali per ridurre i casi. Secondo la WHO, avviene un suicidio ogni minuto e un tentativo ogni tre secondi. La prevenzione del suicidio è complessa perché richiede, innanzitutto, la capacità di riconoscere le persone più vulnerabili, di individuare le circostanze in cui tale vulnerabilità tende a manifestarsi e, successivamente, di intervenire in modo efficace. Numerosi studi hanno evidenziato che il rischio suicidario nasce dall'interazione di molteplici fattori, che includono aspetti socio-culturali, disturbi psichiatrici, predisposizioni biologiche e genetiche, oltre allo stress sociale. Le modalità con cui questi elementi si intrecciano e portano a un comportamento suicidario restano complesse e non del tutto chiarite. Tuttavia, alcune combinazioni di tali fattori hanno consentito di delineare gruppi considerati particolarmente a rischio, verso i quali è necessaria una maggiore attenzione, poiché presentano una frequenza di suicidi superiore alla media: giovani maschi tra i 15 e i 49 anni; persone anziane, soprattutto

uomini; popolazioni indigene; soggetti con disturbi mentali; persone con problemi di abuso di alcol o sostanze; chi ha già compiuto tentativi di suicidio; detenuti.

Le persone detenute hanno tassi di suicidio molto superiori alla popolazione generale. Il rischio deriva sia da fattori personali preesistenti (“importati”) sia dallo stress della detenzione. I soggetti sottoposti a detenzione manifestano pensieri e condotte suicidarie lungo l’arco dell’intera vita. In particolare, i detenuti in attesa di giudizio e quelli già condannati riportano un tasso di tentativi di suicidio rispettivamente pari a 7,5 e 6 volte quello riscontrato nei maschi della popolazione generale. Da un lato, molti autori di reato portano già con sé fattori di vulnerabilità che aumentano il rischio di suicidio (cioè “importano” il rischio). Dall’altro, il contesto detentivo stesso rappresenta un *potente fattore di stress*, capace di incidere anche su persone senza disturbi pregressi, privandole di risorse fondamentali e amplificando la fragilità di chi è già vulnerabile. Proprio per questo, è all’interno del carcere – quando questi individui sono più facilmente raggiungibili – che diventa cruciale attivare interventi mirati. Tra i principali fattori di rischio individuali e ambientali che, singolarmente o in combinazione, possono aumentare il rischio suicidario nei detenuti si segnalano:

- ❖ la concentrazione di gruppi tradizionalmente più vulnerabili, come giovani maschi, persone con disturbi mentali, soggetti socialmente isolati, individui con problemi di abuso di sostanze o con precedenti tentativi di suicidio;
- ❖ l’impatto psicologico dell’arresto e dell’incarcerazione, le crisi di astinenza legate alla tossicodipendenza, la consapevolezza di dover affrontare lunghe condanne o lo stress quotidiano della vita carceraria;
- ❖ l’assenza, in molti contesti, di procedure formali per l’identificazione e la gestione dei detenuti a rischio suicidario e, laddove lo screening iniziale sia effettuato, la mancanza di un adeguato monitoraggio successivo;
- ❖ le difficoltà operative del personale penitenziario, che in condizioni di sovraccarico di lavoro o in assenza di formazione specifica possono non riconoscere i segnali precoci di rischio suicidario;
- ❖ l’esclusione degli istituti di pena dai programmi di salute mentale di comunità, con conseguente accesso limitato o nullo a servizi psichiatrici adeguati.

In diversi istituti penitenziari sono stati introdotti programmi specifici di prevenzione del suicidio. In alcuni Paesi, inoltre, sono state definite normative nazionali e linee guida dedicate. L’implementazione di tali interventi ha portato, in più contesti, a una significativa riduzione sia

dei suicidi sia dei tentativi. Questi programmi condividono alcuni elementi fondamentali che costituiscono la base delle strategie oggi considerate più efficaci. Un primo passo per ridurre i suicidi in carcere consiste nella costruzione di “profili” che permettano di identificare gruppi o situazioni ad alto rischio. Il documento ne individua alcuni:

- ❖ *Detenuti in attesa di giudizio*: generalmente giovani maschi (20-25 anni), non sposati, alla prima esperienza detentiva, arrestati per reati minori spesso legati all’abuso di sostanze. Molti si trovano sotto l’effetto di alcol o droghe al momento dell’arresto e commettono il suicidio nelle primissime fasi della detenzione, talvolta già nelle prime ore, a causa dello shock per la privazione della libertà, dell’isolamento improvviso, della mancanza di informazioni e delle preoccupazioni per il futuro. Altri momenti critici sono rappresentati dalle ore che precedono un’udienza in tribunale, soprattutto se vi è l’aspettativa di una sentenza sfavorevole. Dopo circa 60 giorni di detenzione, si registra spesso una condizione di esaurimento psicologico, definita “burn-out”.
- ❖ *Detenuti condannati*: mediamente più anziani (30-35 anni) e spesso colpevoli di reati violenti. Il suicidio avviene dopo un periodo di permanenza in carcere, in genere dopo 4-5 anni, e può essere preceduto da conflitti con altri detenuti o con l’amministrazione penitenziaria, da litigi familiari, da separazioni, o da eventi giudiziari negativi (es. mancata concessione della libertà vigilata).

La detenzione implica perdita di libertà, distacco dalla famiglia e dal supporto sociale, paura di violenze fisiche o psicologiche, sensi di colpa per il reato commesso e condizioni ambientali difficili. Con il tempo, si aggiungono ulteriori stress: conflitti istituzionali, frustrazioni legali, episodi di vittimizzazione, logoramento fisico e mentale. Tutto ciò porta a un progressivo aumento del rischio suicidario, particolarmente elevato nei detenuti a lungo termine e negli ergastolani.

Fattori di rischio comuni sono distinti in *situazionali* e *psicosociali*. Rispetto alla prima tipologia, l’OMS segnala che il metodo più frequentemente utilizzato è l’impiccamento, spesso durante periodi di isolamento e in momenti caratterizzati da carenza di personale, come le ore notturne o i fine settimana. Il tipo di alloggio ha un ruolo altresì rilevante: i detenuti collocati in isolamento o sottoposti a regimi di detenzione particolarmente restrittivi (ad esempio 23 ore al giorno in cella singola) mostrano un rischio molto più elevato. Relativamente ai fattori *psicosociali*, sono ricorrenti l’assenza di supporto sociale e familiare, la presenza di precedenti

tentativi di suicidio (soprattutto recenti), la storia di disturbi psichiatrici e problematiche emotive. Spesso questi individui subiscono episodi di bullismo, conflitti con altri detenuti, sanzioni disciplinari o ricevono notizie negative dall'esterno. Indipendentemente dalla combinazione di fattori presenti, il percorso che porta al suicidio converge in sentimenti di disperazione, perdita di prospettive e incapacità di reagire. In tale contesto, il suicidio viene percepito come unica via d'uscita da una condizione vissuta come insostenibile. Per questa ragione, detenuti che esprimono apertamente intenzioni suicidarie, piani concreti o sentimenti di disperazione devono essere sempre considerati a rischio elevato e necessitano di interventi tempestivi.

Sebbene la maggioranza dei suicidi in carcere riguardi uomini, anche le *donne detenute* rappresentano un gruppo ad alto rischio suicidario. Le donne in attesa di giudizio commettono suicidio con una frequenza molto superiore rispetto alle loro coetanee nella comunità, e i tassi di suicidio completato risultano più elevati rispetto agli uomini. Inoltre, la prevalenza di gravi disturbi mentali è significativamente maggiore tra le donne detenute. Pur non esistendo ancora profili di rischio specifici per le donne in attesa di giudizio o condannate, appare prioritario indirizzare verso programmi di prevenzione mirata le detenute con scarso supporto familiare e sociale, precedenti tentativi di suicidio, una storia di disturbi psichiatrici e problematiche emotive.

Rispetto agli *istituti minorili*, l'esperienza detentiva è particolarmente traumatica per i giovani, che subiscono la separazione dalla famiglia e dalla rete amicale. I minori con fragilità emotive sono fortemente dipendenti da relazioni di sostegno con il personale penitenziario; la mancanza di tali relazioni, unita a condizioni di isolamento, può accrescere significativamente il rischio di condotte suicidarie, che possono verificarsi in qualunque fase della detenzione. Un'attenzione particolare deve essere riservata ai minori trasferiti in istituti per adulti, che presentano un rischio ancora più elevato di suicidio.

I profili delineati dall'OMS non sono statici: l'implementazione di programmi di prevenzione può modificarne le caratteristiche, così come le specificità locali possono influenzarne la configurazione. Per questo motivo i profili dovrebbero essere considerati strumenti di supporto e non sostituiti di una valutazione clinica individuale. I fattori di rischio non sono mai predittori assoluti, ma vanno interpretati con cautela e all'interno di un'attenta valutazione clinica e psicosociale.

Per ciò che concerne i *programmi di prevenzione del suicidio*, l'OMS stabilisce che ogni istituto penitenziario, indipendentemente dalle dimensioni, dovrebbe disporre di un programma strutturato e completo di prevenzione del suicidio. L'elaborazione e l'attuazione di tali programmi spettano alle autorità amministrative, non agli agenti di custodia, i quali tuttavia ne rappresentano un pilastro fondamentale. Infatti, la *formazione degli agenti* costituisce l'elemento centrale. Poiché i suicidi avvengono spesso nelle celle, di notte o nei fine settimana – momenti in cui medici e specialisti non sono presenti – sono gli agenti a rappresentare la prima linea di difesa nella prevenzione. La formazione dovrebbe riguardare non solo gli agenti di custodia, ma anche il personale sanitario e psichiatrico. Essa deve essere garantita sia all'inizio del servizio sia attraverso aggiornamenti annuali. I contenuti minimi da trattare includono:

- ❖ il motivo per cui il carcere costituisce un contesto ad alto rischio suicidario;
- ❖ le percezioni del personale rispetto al suicidio;
- ❖ i principali fattori predisponenti e i periodi critici;
- ❖ i segnali d'allarme;
- ❖ l'analisi di casi recenti di suicidio o tentativo di suicidio;
- ❖ le procedure previste dal programma di prevenzione.

Inoltre, tutto il personale a contatto con i detenuti dovrebbe ricevere addestramento in primo soccorso, rianimazione cardio-polmonare e uso delle attrezzature di emergenza presenti in istituto. Sono raccomandate anche esercitazioni periodiche, compresi scenari di “falso allarme”, per garantire prontezza operativa in caso di crisi reale.

Lo *screening dei nuovi giunti* è cruciale perché la maggior parte dei suicidi in carcere si verifica nelle prime ore o nei primi giorni dall'arresto. Idealmente, lo screening dovrebbe essere ripetuto anche quando le condizioni di detenzione o la situazione personale del detenuto cambiano.

Poiché spesso il numero di psichiatri in carcere è insufficiente, gli agenti devono essere in grado di utilizzare strumenti semplici per individuare i segnali di rischio. Lo screening dovrebbe integrare variabili statiche (dati anagrafici e anamnestici) e dinamiche (fattori personali e situazionali). Quando le risorse lo consentono, lo screening dovrebbe essere parte di una valutazione psicologica completa condotta da professionisti. Agli agenti che effettuano lo

screening deve essere fornito un addestramento specifico e una lista di domande guida. Alcuni indicatori da indagare sono:

- ❖ abuso o dipendenza da sostanze;
- ❖ sentimenti intensi di vergogna, colpa o paura;
- ❖ segni di depressione (pianto, chiusura comunicativa, appiattimento emotivo);
- ❖ pensieri o dichiarazioni suicide;
- ❖ precedenti trattamenti psichiatrici o disturbi in corso;
- ❖ comportamenti anomali (confusione, dialoghi con sé stessi, allucinazioni);
- ❖ tentativi di suicidio pregressi o piani suicidari attuali;
- ❖ assenza di reti di supporto;
- ❖ valutazione soggettiva di rischio da parte dell'agente o segnalazioni nei registri.

Questa lista fornisce una guida al personale nell'indagine su aree chiave, funge da promemoria quando il tempo è limitato, facilita la comunicazione con medici e psichiatri e rappresenta una documentazione ufficiale dello screening effettuato. Le informazioni raccolte devono essere registrate nella scheda del detenuto e condivise con il personale dei turni successivi o con l'istituto di eventuale destinazione. Nei casi di rischio elevato, il detenuto deve essere visitato da personale medico al più presto. Rimane però la mancanza di dati solidi sui fattori protettivi dal suicidio, che potrebbero rendere le valutazioni più precise e complete. Poiché i suicidi possono avvenire anche molto tempo dopo l'arresto – talvolta a distanza di anni – è necessario un monitoraggio costante, *post screening*, non limitato al periodo immediatamente successivo all'ingresso. La prevenzione deve prevedere valutazioni regolari nel tempo, supportate da personale addestrato a mantenere un'attenta vigilanza per tutta la durata della detenzione. Le informazioni sul livello di rischio suicidario possono essere raccolte in diversi contesti, tra cui:

- ❖ Controlli di routine, durante i quali osservare indicatori di disagio o intento suicidario come pianto, insonnia, irrequietezza, sbalzi d'umore, cambiamenti improvvisi nelle abitudini alimentari o del sonno, gesti simbolici di distacco (es. cedere oggetti personali), perdita di interesse, rifiuto di cure o richiesta anomala di farmaci.
- ❖ Colloqui nei momenti critici, come udienze giudiziarie o eventi personali significativi (morte di un familiare, separazioni), per individuare sentimenti di disperazione o pensieri suicidari.

- ❖ Osservazione dei colloqui con familiari e amici, con attenzione a eventuali conflitti o segnali di sofferenza; è utile incoraggiare i familiari a segnalare al personale ogni sospetto di intento suicidario.
- ❖ Avvio del regime di isolamento, fase particolarmente a rischio: in questi casi è raccomandato un esame preliminare dello stato mentale per verificare la compatibilità del detenuto con tale condizione.
- ❖ Costruzione di rapporti di fiducia, che facilitino i detenuti a esprimere apertamente disagi o sentimenti di disperazione.

Dopo lo screening iniziale è indispensabile attivare un sistema strutturato di osservazione e follow-up. Ciò richiede linee guida chiare, che definiscano compiti e responsabilità nella gestione dei detenuti a rischio, comprese le modalità di alloggio, il livello di supervisione e l'accesso a interventi psichiatrici. L'osservazione deve essere modulata in base al grado di rischio:

- ❖ Supervisione costante per i detenuti in fase di attiva suicidalità.
- ❖ Monitoraggio frequente (ogni 5–15 minuti) per chi presenta segnali sospetti ma non ammette intenti suicidari al momento. Tuttavia, va sottolineato che un tentativo di impiccagione può causare danni cerebrali irreversibili in soli 3 minuti e risultare letale in 5–7 minuti. Anche a un intervallo di 10-15 minuti gli interventi potrebbero essere inefficaci per un detenuto ad alto rischio.

Particolare attenzione va posta ai regimi di isolamento, dove i detenuti non dovrebbero mai rimanere privi di contatto umano e supervisione continua. In questi casi, colloqui individuali regolari possono rappresentare un'occasione sia di espressione personale sia di osservazione clinica. In ogni circostanza, i detenuti a rischio non devono essere lasciati soli.

Alcuni segnali comportamentali possono indicare un rischio suicidario e, se rilevati e condivisi correttamente, contribuiscono alla prevenzione del suicidio. La *comunicazione efficace* si sviluppa su tre livelli principali: (1) tra l'agente responsabile dell'arresto o della traduzione e gli altri agenti di custodia; (2) tra le diverse professionalità all'interno dell'istituto (agenti, personale sanitario e psichiatrico); (3) tra il personale dell'istituto e il detenuto a rischio suicidario. La prevenzione del suicidio inizia spesso al momento dell'arresto. Comportamento, parole e atteggiamenti del detenuto durante l'arresto, la traduzione in carcere e la sistemazione in cella possono fornire indicazioni precoci di rischio. Gli agenti incaricati devono osservare

attentamente ansia, disperazione o altri segnali e raccogliere informazioni anche da familiari o amici. Tutte le informazioni rilevanti devono essere comunicate agli agenti carcerari. Durante tutta la detenzione, gli agenti devono mantenere vigilanza costante, condividere informazioni e riferire prontamente al personale medico. Incontri multidisciplinari periodici, che coinvolgano agenti, operatori sanitari e psichiatrici, dovrebbero monitorare la situazione dei detenuti sotto osservazione. Ogni misura di sicurezza, variazione o osservazione deve essere documentata in moduli specifici, disponibili e consultabili da tutto il personale in contatto con il detenuto.

In termini di *intervento sociale*, il documento precisa che, idealmente, i detenuti a rischio dovrebbero essere collocati in celle condivise. Alcuni istituti prevedono detenuti addestrati come “compagni di supporto”, la cui vicinanza favorisce la comunicazione e il supporto emotivo. Le visite dei familiari rappresentano un’ulteriore fonte di supporto sociale e un’opportunità per raccogliere informazioni sul rischio suicidario. Tuttavia, l’interazione sociale forzata o non monitorata comporta rischi: compagni di cella poco collaborativi possono non segnalare segnali di pericolo e l’accesso a strumenti potenzialmente letali può aumentare il rischio.

Per quanto riguarda l’*ambiente fisico e l’architettura*, l’OMS precisa che molti suicidi in carcere avvengono tramite impiccagione con lenzuola, lacci o indumenti. Le celle “anti-suicidio” devono eliminare punti da cui il detenuto potrebbe impiccarsi e controllare l’accesso a strumenti potenzialmente pericolosi. Le persone detenute in crisi possono necessitare di indumenti protettivi o, in casi eccezionali, di mezzi di contenzione. L’utilizzo di tali strumenti deve seguire procedure chiare, regolamentando: condizioni di autorizzazione, alternative meno restrittive, sicurezza, limiti di tempo, monitoraggio continuo e consulenza psichiatrica. Le telecamere di sorveglianza rappresentano un supporto utile all’osservazione diretta, ma presentano limitazioni: punti ciechi, distrazioni degli operatori o intolleranza del detenuto alla sorveglianza costante. La videosorveglianza non può sostituire l’osservazione diretta degli agenti, ma deve integrarla e supportarla.

Le persone detenute con *disturbi psichiatrici e alto rischio suicidario* devono ricevere un trattamento appropriato, incluso l’uso di psicofarmaci. Una volta identificato come ad alto rischio, il detenuto richiede valutazioni e interventi psichiatrici supplementari. Tuttavia, in molti istituti l’accesso a cure psichiatriche è limitato da risorse interne insufficienti e scarsa connessione con strutture sanitarie esterne o programmi di salute pubblica, elementi fondamentali per una gestione efficace del rischio suicidario. Per soddisfare pienamente le

necessità di salute mentale e fisica, gli istituti dovrebbero stabilire forti collaborazioni con servizi comunitari, ospedali, strutture psichiatriche, programmi di salute mentale e centri di disintossicazione. Ciò richiede un'integrazione tra giustizia penale, salute mentale e servizi sanitari pubblici, al fine di garantire continuità di cura e prevenzione del suicidio.

In caso di *tentativo di suicidio*, il personale deve proteggere l'area e prestare pronto soccorso fino all'arrivo del personale medico interno o esterno. L'addestramento al pronto soccorso e all'uso delle attrezzature di rianimazione è essenziale. Le procedure operative devono essere formalizzate, con canali di comunicazione rapidi e equipaggiamento di emergenza sempre pronto, testato e accessibile per evitare ritardi. Subito dopo l'evento, deve essere effettuata una valutazione psicologica approfondita, in un ambiente riservato e privo di interruzioni. Tale valutazione analizza i fattori scatenanti, le problematiche (acute e croniche) che la persona sta affrontando, il grado di intenzionalità, eventuali problemi psichiatrici, il rischio di recidiva a breve termine e il tipo di supporto necessario.

Alcuni detenuti compiono gesti suicidari percepiti come *manipolatori*, con l'obiettivo di ottenere vantaggi (trasferimenti, attenzioni o riduzione delle restrizioni). Secondo l'OMS le persone detenute con disturbi di personalità antisociale o sociopatiche sono più inclini a tali comportamenti in quanto hanno più difficoltà ad adattarsi ad un ambiente iper-controllato e alle comuni condizioni della vita in carcere, mentre altri usano l'autolesionismo come strategia per ridurre tensione e stress. Per le donne, automutilazioni ripetute (tagli, bruciature) possono rappresentare una risposta allo stress carcerario.

Distinguere tra automutilazione e vero intento suicidario è complesso, e spesso gli atti combinano motivazioni manipolative e reale intenzionalità. Gli agenti, pur riconoscendo potenziali intenzioni manipolative, non devono sottovalutare il rischio: anche gesti non finalizzati alla morte possono portare a conseguenze fatali. I tentativi con basso intento suicidario vanno considerati "espressivi" piuttosto che "propositivi": servono a comunicare problemi. La risposta più efficace è favorire l'espressione e il dialogo, evitando punizioni o isolamento che possono aggravare la situazione. Ignorare il comportamento autolesivo o punirlo con l'isolamento possono in realtà peggiorare la situazione, e indurre il detenuto a correre dei rischi ancora maggiori. In tal senso sono cruciali i programmi specifici, volti a promuovere supervisione, supporto, accesso alle risorse psicoterapeutiche.

In *caso di suicidio*, l'OMS prevede procedure specifiche per documentare ufficialmente l'evento e fornire un riscontro positivo per migliorare le attività future di prevenzione. Operatori sanitari e agenti di custodia sono chiamati ad analizzare l'evento per ricostruire gli eventi preliminari; identificare i fattori non precedentemente rilevati o presi in considerazione, valutare l'adeguatezza del sistema di risposta all'emergenza, delineare nuove regole per migliorare la prevenzione.

Chi ha vissuto direttamente un suicidio in custodia, così come eventuali detenuti testimoni, possono manifestare reazioni emotive diverse, che spaziano dalla rabbia e risentimento alla tristezza o senso di colpa. In questi casi, è utile offrire un “debriefing” approfondito, supporto tra pari o consulenze professionali strutturate. Occasionalmente, le carceri possono essere luoghi in cui si verificano suicidi “a grappolo”. Secondo l'OMS, l'analisi di tali cluster indica che il rischio di ulteriori suicidi rimane elevato fino alle prime quattro settimane successive al primo evento e tende a diminuire con il tempo. Le persone detenute giovani risultano particolarmente vulnerabili ai cosiddetti “suicidi fotocopia”, rendendo necessario un addestramento specifico del personale sulle fasce d'età più a rischio. Strategie efficaci per ridurre il rischio di contagio includono: garantire accesso alle cure psichiatriche per chi soffre di disturbi mentali, trasferire o trattare detenuti particolarmente suscettibili e gestire con attenzione la comunicazione ufficiale del suicidio da parte delle autorità.

3.2. Gli Accordi in Conferenza Stato-Regioni e il Piano nazionale di prevenzione delle condotte suicidarie

La bontà del documento dell'OMS e la sua esaustività vengono riconosciuti dall'Accordo 5 della CU del 2012, configurandolo come strumento di riferimento (da Accordo 5/CU 2012). Pur considerando le differenti specificità sostanziali tra regimi penitenziari dei diversi Paesi, nell'Accordo del 2012 si individuano le seguenti indicazioni strategiche generali:

- ❖ Organizzare corsi di addestramento (e di aggiornamento) per il personale di Polizia Penitenziaria e per gli operatori sanitari che li aiuti a riconoscere i detenuti a rischio suicidario;
- ❖ Curare la qualità del clima sociale e porre particolare attenzione all'ambiente, considerando i suoi livelli di attività, di sicurezza, di cultura, e il tipo di rapporto tra agenti e detenuti;
- ❖ Mettere in atto strategie tese a ridurre i comportamenti aggressivi ed altre forme di violenza, ed enfatizzare invece relazioni supportive tra i detenuti e il personale sanitario e penitenziario;
- ❖ Implementare procedure di screening sistematico dei detenuti sia all'ingresso che durante la detenzione, per identificare gli individui con un rischio suicidario elevato;
- ❖ Implementare procedure di screening precoce e relativa valutazione dei minori privati della libertà;
- ❖ Favorire la comunicazione e le informazioni tra il personale sanitario e penitenziario sui soggetti a rischio;
- ❖ Formalizzare procedure scritte che riportino i requisiti minimi per ospitare detenuti ad alto rischio, le modalità per fornire supporto sociale, la prescrizione di frequenti controlli visivi e osservazione continua per i detenuti a rischio suicidario.

L'Accordo 5/CU decide di costituire in ogni Regione e PP.AA., all'interno di ciascun Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto, senza oneri aggiuntivi, anche da operatori sanitari e da operatori penitenziari e minorili. Compito del gruppo è elaborare un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili. Il programma deve prevedere:

- ❖ una ricognizione dell'esistente in ciascuna Regione ed Istituto/servizio penitenziario e/o minorile, in termini di disposizioni normative e pratiche già in atto;

- ❖ specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;
- ❖ l'adozione, in tempo utile, di tutte le iniziative necessarie all'avvio, entro un anno dalla data della stipula del presente Accordo, di una sperimentazione in almeno una struttura carceraria per adulti e una per minori presente sul territorio della Regione, fermo restando che il successo e l'efficacia dell'intervento sono legati all'effettiva messa in atto delle azioni specifiche individuate per ciascuna amministrazione coinvolta;
- ❖ il monitoraggio e la valutazione, anche attraverso l'utilizzo di strumenti per la verifica dell'applicazione delle procedure stesse (es: audit, monitoraggio della diffusione e della conoscenza delle procedure, ecc.).

L'Accordo ritiene necessari anche percorsi di formazione congiunta degli operatori appartenenti alle diverse amministrazioni coinvolte, (incluso il personale di Polizia Penitenziaria), terzo settore e volontariato. Dovrà essere fatto un monitoraggio annuale dell'Accordo da parte di Regioni e Ministero giustizia, i cui dati elaborati sono messi a disposizione del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato l'Accordo concernente il Piano di azioni nazionale per la salute mentale che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza. L'Accordo concernente il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" (PANSM) (Atto rep. n. 4/CU del 24 gennaio 2013) impegna le Regioni e le Province autonome a recepire i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili. Il piano prevede la prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare per pazienti affetti da disturbo dell'umore.

La C.U. n. 81 del 27 luglio 2017 sancisce "L'Accordo ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281 sul documento recante *Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti*. Il Piano si inserisce nel quadro normativo stabilito dal DPCM 01/04/2008 (pubblicato in G.U. 30 maggio 2008, n. 126), che regola il trasferimento delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature e dei beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria. Gli Allegati A e C del DPCM definiscono le azioni da realizzare, in particolare riservando attenzione alla tematica

della presa in carico dei nuovi giunti e alla prevenzione del rischio suicidario negli istituti penitenziari e nei servizi minorili.

La prevenzione del rischio suicidario in ambiente carcerario è un obiettivo condiviso dalle Amministrazioni della Giustizia e della Salute. Le normative vigenti richiedono ai presidi sanitari in istituto penitenziario e servizio minorile di adottare procedure di accoglienza volte a mitigare gli effetti traumatici della privazione della libertà e a intervenire per prevenire atti di autolesionismo.

Il presente Piano è necessario per superare le criticità riscontrate nel monitoraggio delle precedenti "Linee di indirizzo" (Rep. Atti n. 5/CU del 19 gennaio 2012). Tali monitoraggi hanno rilevato incompletezze nella implementazione delle attività, rigida separazione delle competenze, irregolarità nella raccolta dati e assenza di idonei monitoraggi.

Il Piano Nazionale si configura come un intervento sistematico per garantire che l'assistenza sanitaria penitenziaria sia erogata in tutti gli Istituti con continuità ed uniformità. Caratteristiche essenziali del Piano sono le seguenti:

- ❖ Piena condivisione degli interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), dell'Amministrazione della Giustizia e dell'Amministrazione Penitenziaria. Si riconosce che *“i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente da inquadrare come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia”*.
- ❖ Implementazione di organizzazioni funzionali definite e dedicate a livello centrale, regionale e locale, integrate e con elevate competenze professionali.
- ❖ Regolare monitoraggio degli interventi, focalizzato sulla valutazione di processo e degli esiti - condiviso e aggregabile a livello regionale e centrale - attraverso un sistema informativo informatizzato e omogeneo.
- ❖ Definizione di una gestione del caso condivisa, che soddisfi i criteri di riferimento dei diversi attori interessati all'analisi e alla gestione del fenomeno suicidio, separando scelte autolesive da quelle suicidarie in quanto fenomeni diversi tra loro e non necessariamente collegati/collegabili.
- ❖ Costante definizione e aggiornamento dei protocolli operativi locali, tra il singolo istituto penitenziario e la competente azienda sanitaria.

- ❖ Esclusione del coinvolgimento non mediato dei servizi sanitari specialistici della salute mentale nelle attività iniziali, per prevenire l'errore di conduzione interpretativa e operativa dei comportamenti e delle scelte autolesive e suicide nell'ambito di condizioni patologiche psichiatriche.

Il Piano è specificamente focalizzato sulla prevenzione delle condotte suicide nel sistema penitenziario per adulti. Il modello organizzativo è strutturato su tre livelli:

1. Livello Centrale: Costituito dal Tavolo di Consultazione Permanente per la sanità penitenziaria (TCPSP). Il TCPSP ha il compito di elaborare/aggiornare il Piano Nazionale, generare una rete diffusa di referenti sul territorio, raccogliere e sistematizzare le buone prassi, indirizzare la formazione e monitorare l'andamento delle attività.
2. Livello Regionale: Comprende gli Osservatori Regionali Permanenti di Sanità Penitenziaria, con il supporto di ulteriori articolazioni regionali eventualmente presenti. I compiti includono l'elaborazione delle linee di indirizzo regionali utili per rendere operativi quelli locali, garantire la formazione degli operatori locali, diffondere a livello centrale le buone prassi individuate. Segue e verifica la redazione e l'aggiornamento periodico dei protocolli operativi locali di prevenzione, gestisce la formazione degli operatori locali, pianifica e organizza le attività di audit clinico, raccoglie le prassi da inviare a livello centrale. Svolge o delega azioni conoscitive e inchieste amministrative ritenute opportune e/o dovute in rapporto alle competenze specifiche di ciascuna amministrazione.
3. Livello Locale: con l'attività congiunta di Direzioni degli Istituti Penitenziari e le Aziende Sanitarie territorialmente competenti, è richiesto di redigere, aggiornare, implementare e monitorare i Piani Locali di Prevenzione (PLP) avente natura clinico-operativa ed inserito nel progetto d'istituto. Il livello locale deve assicurare la formazione del personale, elaborare protocolli operativi clinici e raccogliere i dati e le prassi locali.

In termini generali vengono delineate indicazioni vincolanti per le varie articolazioni:

- ❖ Costituzione della rete di referenti: formalizzazione dei vari gruppi (locali e regionali) che avranno in capo l'implementazione dei programmi

- ❖ Elaborazione dei Piani (regionali e locali) di prevenzione: i protocolli regionali devono fornire le indicazioni più utili ai livelli locali, prevedendo tutti i punti indicati nelle Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.). La revisione/redazione di questi protocolli deve essere improntata alla massima condivisione e concretezza tra le parti interessate.

A queste si aggiungono tre aree operative:

- ❖ Area dell'attenzione e del sostegno tecnico-clinico: si riferisce a tutte quelle figure tecnico-professionali che operano quotidianamente e che possono cogliere sintomi/richieste di attenzione e cura nel corso di visite, colloqui, distribuzione di terapie (medici, infermieri, psicologi).
- ❖ Area dell'attenzione e del sostegno tecnico: si riferisce alla figura del funzionario giuridico-pedagogico.
- ❖ Area dell'attenzione atecnica: tutte quelle altre figure della rete che hanno una presenza costante nei settori detentivi, e che possono agire un'attenzione diffusa e capillare (polizia penitenziaria, persone detenute, volontari penitenziari). Seppur essenziale, il loro impegno non può sostituire l'attività istituzionale, né è costitutivo di potenziali responsabilità
- ❖ Area della decisione: rappresentata dal direttore dell'istituto o chi ne fa le veci in termini di funzioni di governo in assenza del primo (es. comandante di reparto, addetti della sorveglianza generale).

Relativamente alla *gestione dei casi a rischio*, il piano prevede l'attivazione di un processo gestionale del caso, a livello locale, che tenga conto dei seguenti aspetti

- ❖ Attivazione della procedura gestionale;
- ❖ Alloggiamento;
- ❖ Controllo della persona;
- ❖ Disponibilità di oggetti pericolosi;
- ❖ Interventi sanitari;
- ❖ Interventi di supporto istituzionali;
- ❖ Interventi di supporto da parte di peer supporter;
- ❖ Chiusura della procedura.

Rispetto alla *formazione degli operatori*, il piano richiede come necessario un sistematico programma di informazione e formazione diretto a tutti gli operatori, in specie coloro che sono a stretto contatto con la quotidianità detentiva. L'aumento di consapevolezza e la conoscenza teorica facilita la riduzione di stereotipi e acuisce la sensibilità e la possibilità di impiegare procedure congrue ed efficaci, sia in termini di prevenzione che di intervento in situazioni di emergenza. A livello regionale (tramite PRAP e Istituti di istruzione dell'amministrazione penitenziaria o altri Enti Regionali e locali di attività) spetterà l'organizzazione dei programmi formativi. Questi saranno concordate e svolte congiuntamente dalle Aziende Sanitarie e dall'Amministrazione penitenziaria, oltretutto inserite in programmi formativi annuali del personale. Le aree di approfondimento dei programmi sono:

- ❖ struttura del Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario;
- ❖ elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi;
- ❖ indicazioni dell'OMS;
- ❖ modello operativo generale;
- ❖ laboratorio di progettazione;
- ❖ fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidari;
- ❖ benessere organizzativo e ricadute sugli operatori;
- ❖ temi inerenti strategie di comunicazione e relazione.

Infine, tutto il personale regolarmente a contatto con le persone detenute dovrà essere formato anche rispetto al primo soccorso e alle tecniche di rianimazione cardio-polmonare, nonché formato all'uso di specifici equipaggiamenti d'emergenza allocati nell'istituto.

La circolare Renoldi 2022 (n° 3695/6145 prot. 0302875.U) esorta i Provveditori a verificare, se nei distretti di competenza, siano stati stipulati i Piani regionali di prevenzione. Ove questi manchino, al fine di sollecitarne la loro approvazione. Nel caso in cui invece tali Piani siano esistenti «si rende necessario che i Provveditori verifichino se essi siano in linea con le previsioni del “Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema per gli adulti”, pubblicato in data 27 luglio 2017 a cura della Presidenza del Consiglio – Conferenza Unificata».

3.3. Le circolari DAP sulla prevenzione del suicidio in carcere

La circolare del 21 Gennaio 2010 (GDAP-0032296-2010). Emergenza suicidi – Istituzione unità di ascolto di Polizia penitenziaria

Questa circolare evidenzia l'aumento progressivo dei suicidi e sottolinea come il periodo iniziale di detenzione sia particolarmente rischioso a causa del trauma legato al passaggio dalla libertà al regime detentivo. Le condizioni di sovraffollamento vengono altresì definite un ostacolo nell'assicurare ogni intervento operativo. Considerando indispensabile e impellente gestire l'emergenza suicidi e promuovere la vita come valore fondamentale, la circolare si pone l'obiettivo di istituire un *servizio di ascolto* composto da personale della Polizia Penitenziaria e dell'area educativa, integrato con volontari, per soccorrere immediatamente i detenuti in situazioni di imminente criticità. In tal senso si presuppone l'acquisizione di conoscenze e competenze specifiche tramite percorsi formativi.

Circolare del 24 agosto 2010 (GDAP-0177644-2010). Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni autoaggressivi

Il documento stabilisce che rientra tra i *compiti fondamentali dell'Amministrazione Penitenziaria* spiegare le azioni volte a contenere il disagio esistenziale dei soggetti privati della libertà personale, in doverosa attuazione di principi di rango costituzionale, per prevenire il compimento di atti autoaggressivi. Le misure proposte dal documento sono considerate applicabili per tutte le persone detenute ad esclusione di coloro collocate in alta sicurezza o in regime di 41-bis.

Rispetto alle *prime misure di sostegno e fattori di rischio*, il documento individua 4 punti focali:

- ❖ Periodi a Maggior Rischio: L'analisi dei dati e l'esperienza empirica, suffragata dagli studi, indicano che il momento di maggior rischio per il compimento di scelte estreme (atti autolesivi e suicidari) è rappresentato dalla fase iniziale della carcerazione, specialmente se accompagnata da un periodo di isolamento.
- ❖ Cause del Disagio Iniziale: L'impatto con la struttura penitenziaria, il distacco dalla quotidianità, la mancanza di informazioni sulla situazione giuridica che ha causato la

detenzione, e la conseguente incertezza sul proprio futuro, possono generare sentimenti di abbandono e disorientamento, rendendo la persona particolarmente vulnerabile.

- ❖ Soggetti Vulnerabili: Gli elementi di rischio autoaggressivo sono accresciuti nei casi di soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti oppure affetti da disturbi psichiatrici.
- ❖ Priorità e Team Multidisciplinare: Tali condizioni di rischio vanno valutate nel contesto della situazione personale e psicologica di ciascun detenuto. Si richiama l'importanza delle disposizioni dipartimentali che disciplinano l'accoglienza per i nuovi giunti dalla libertà, con particolare riferimento al ruolo dello staff multidisciplinare (personale sanitario, educativo e Polizia Penitenziaria). L'efficacia dell'intervento dello staff è strettamente connessa alla sua tempestività. Si avvalora al contempo il contributo di persone volontarie e rappresentanti della comunità esterna, consentendo un accesso all'istituto almeno fino alle ore 18:00

Il documento ribadisce la necessità di *migliorare i contatti con il proprio nucleo familiare*

- ❖ Adempire agli obblighi d'informazione previsti dalla legge circa le ragioni della detenzione, i diritti della persona detenuta e le regole di vita nell'istituto, anche attraverso opuscoli informativi multilingue, integrati con l'offerta di: volontariato, servizi sanitari interni, attività progettuali in atto.
- ❖ Segnalare, da parte del personale penitenziario, eventuali problemi pratici che affliggono la persona detenuta.
- ❖ Agevolare la presa di contatto tra la persona detenuta e il suo difensore.
- ❖ Possibilità di colloqui telefonici con i difensori senza soggiacere ai limiti previsti dall'art. 39 del regolamento penitenziario.

Rispetto alle telefonate la circolare prevede la possibilità di chiamare ai numeri di telefono cellulare alle persone detenute di media sicurezza che non abbiano effettuato colloqui visivi né telefonici per un periodo di almeno 15 giorni. Al detenuto, però l'obbligo di indicare il numero di cellulare dei propri congiunti e di produrre la documentazione che comprovi la titolarità di tale utenza (situazione quantomeno complicata nel caso di persone straniere).

Viene altresì dichiarato importante adottare misure organizzative finalizzate ad evitare ogni contrazione del funzionamento del servizio colloqui, considerando di predisporre o ampliare aree verdi o spazi ad uso collettivo per realizzare i colloqui stessi. Ancora, si sollecita il coinvolgimento del Magistrato di Sorveglianza per elaborare progetti che, tenendo conto delle

caratteristiche logistico-ambientali della struttura, facilitino la fruizione dei momenti di affettività per rafforzare i percorsi trattamentali.

La circolare richiama il DPCM del 1 aprile 2008 e l'onere delle direzioni penitenziarie di richiedere alle ASL la tutela dell'uguaglianza dei servizi offerti tra la popolazione esterna e quella detenuta. In tal senso fornisce le seguenti indicazioni:

- ❖ Che ogni Azienda Sanitaria renda disponibile la carta dei servizi attivati nell'istituto
- ❖ Garantire al detenuto la capacità decisionale rispetto al medico dal quale essere curato
- ❖ Garantire un servizio di guardia medica "interno" negli istituti medio grandi, e "territoriale" per istituti di limitata capienza

Circolare del 26 Maggio 2015 (GDAP-0186697-2015). Eventi critici

Questa circolare, pur rilevando dati incoraggianti sul processo di cambiamento in atto a seguito della sentenza Torreggiani, focalizza l'attenzione su un elemento critico emerso dal monitoraggio: *l'aumento del numero degli eventi critici configurati in aggressioni al personale*. Nonostante una diminuzione generalizzata degli eventi critici riguardanti la popolazione detenuta (suicidi, atti di autolesionismo) laddove è in vigore una gestione aperta, nei casi di un regime c.d. chiuso (applicato nei confronti delle persone detenute in alta sicurezza al momento della circolare) gli episodi di aggressione al personale risultavano leggermente in aumento. Si richiede un "servizio di controllo" che possa intervenire in ausilio del personale e la creazione di sezioni ex art. 32, sollecitano soluzioni tempestive da parte dell'Amministrazione Penitenziaria in caso di siffatti episodi. Azioni che vanno dalla convocazione del consiglio di disciplina alla comunicazione all'autorità giudiziaria qualora vi fossero gli estremi di reato. Nel documento si richiede ai Provveditori Regionali di svolgere opera di sensibilizzazione e monitorare le situazioni di criticità al fine di verificare se le modalità poste in essere (prevenzione e repressione) siano adeguate. Anche all'Amministrazione centrale spetterà il compito di monitoraggio periodico della situazione relativa agli eventi critici.

Circolare del 28 Ottobre 2016 (036626): Prevenzione dei suicidi negli istituti penitenziari – dislocazione in cella singola

Il documento ribadisce l'attenzione alla prevenzione dei gesti suicidari.

- ❖ **Rischio Isolamento:** Dalle analisi sugli eventi auto-soppressivi è emersa una percentuale elevata di suicidi in cella singola rispetto a quelli in cella comune.
- ❖ **Disposizione:** Si sconsiglia di privilegiare la sistemazione in cella singola a meno che il soggetto non sia sotto controllo costante e la situazione psicologica sconsigli l'alloggiamento con altri. È cruciale evitare l'isolamento, individuando, se possibile, compagni di detenzione umanamente e culturalmente più idonei per instaurare un rapporto proficuo con la persona in difficoltà.
- ❖ **Richiamo delle direttive** sulle “misure di prevenzione dei suicidi delle persone detenute” in merito all'importanza di evitare ogni forma di isolamento del soggetto a rischio.
- ❖ **Nel caso di collocamento in cella singola,** dev'essere previsto un contestuale costante e puntuale controllo.

Circolare del 20 Dicembre 2017: Allertamento eventi suicidari

Emanata a seguito di un aumento significativo dei suicidi (48 casi a fronte dei 39 registrati nell'anno precedente), chiede alle SSLL di sensibilizzare tutto il personale a prestare massima accortezza per intercettare tempestivamente situazioni a rischio, in particolare durante il periodo delle festività natalizie che acuisce la sofferenza. Il documento ricapitola precedenti considerazioni in merito al fenomeno suicidario, facendo riferimento ad alcune costanti quali: fascia d'età (25-44 anni), istituto (frequenza nelle case circondariali), temporalità (nei primi sei mesi dall'ingresso in istituto), situazione giuridica (persone non ancora definitivamente condannate o ristrette per reati contro la persona). Rispetto al *monitoraggio* il documento richiede di implementare le informazioni rilevanti a fini statistici (es. tipologia di custodia, stanza singola/comune, motivazione allocazione singola, presenza protocollo operativo, reato, precedenti tentativi) da comunicare entro 24 ore dall'evento critico.

Circolare del 20 gennaio 2021: prevenzione dei suicidi

Sollecita a prestare attenzione alla prevenzione dei suicidi, richiamando il Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti del 27 luglio 2017. In tal senso si raccomanda ai Provveditori regionali di rivedere i protocolli di prevenzione del suicidio in carcere, verificandone la corrispondenza con le linee guida impartite dal Piano Nazionale e trasmettendo le indicazioni ai livelli locali di modo che anche questi piani siano aggiornati di conseguenza. Considerando l'impatto della pandemia sulla popolazione detenuta, il documento invita alla sensibilizzazione delle direzioni affinché si implementino i colloqui a cura dello psicologo e del funzionario giuridico penitenziario nei confronti della popolazione detenuta e, specialmente, di ciascun nuovo giunto, caldeggiando il dirigente sanitario ad un puntuale svolgimento delle visite mediche alle persone detenute in stato di isolamento.

Circolare 8 agosto 2022: Iniziative per un intervento continuo in materia di prevenzione delle condotte suicidarie delle persone detenute

La circolare sollecita i vari Provveditori a verificare se siano stati stipulati i piani regionali di prevenzione, segnalando l'eventuale assenza alla Direzione generale dei Detenuti e del Trattamento. Nel caso fossero presenti, si richiama alla necessità di una loro omologazione al Piano nazionale del 2017 e alla verifica di diretta mutuaazione dei piani regionali nei relativi locali. Tale operazione, si precisa, dovrà essere svolta coinvolgendo le istituzioni sanitarie, definiti attori imprescindibili.

Secondo la logica avanzata di prevenzione continua, nella circolare si delineano alcuni punti in tema di prevenzione degli eventi suicidari:

- ❖ Staff multidisciplinare come sede ottimale per affrontare l'analisi delle situazioni di rischio, anche incrementando l'attenzione rispetto ai c.d. casi silenti, ovvero quelle situazioni di rischio che potrebbero rimanere "invisibili".
- ❖ Strutturare una rete di attenzione finalizzata a intercettare i segnali di rischio, precisare la competenza degli interventi sanitari e penitenziari, definire le azioni di sostegno
- ❖ Indirizzare in modo adeguato gli operatori addetti alla gestione della persona, considerando i seguenti momenti esemplificativi di criticità: ingresso e accoglienza; colloqui coi familiari; flussi di corrispondenza ed anomalie; fasi pre e post processo,

reazioni alle notifiche, in aula e al rientro dalla aule di giustizia; comunicazione di eventi traumatici a carico della persona/familiari; comportamenti anomali in sezione; mutazione dell'approccio per i nuovi giunti alle persone detenute trasferite; dimissione della persona.

- ❖ Caldeggiare una collaborazione tra Istituto e Ordine degli Avvocati territorialmente competente.
- ❖ Favorire la possibilità che i familiari riferiscano in forma riservata l'eventuale percezione di segnali di rischio agli operatori.
- ❖ Attivare accordi a livello locale con Magistratura e Garanti.
- ❖ Incrementare l'attenzione della Sorveglianza della sezione rispetto a quelle fasce orarie in cui una persona rimane in stanza di pernottamento isolata, dotando altresì il personale dell'amministrazione e dell'area sanitaria di radio-ricetrasmittente.
- ❖ Nell'attivazione del processo di gestione del singolo caso a seguito dell'individuazione del rischio si ritiene essenziale tenere presente dei seguenti aspetti: attivazione procedura gestionale, alloggiamento, controllo della persona, disponibilità oggetti pericolosi, interventi sanitari e di supporto penitenziario, interventi da parte di peer supporter con attivazione di corsi specifici destinati alle persone detenute, modalità di chiusura della procedura.

Per quanto riguarda le assegnazioni e i trasferimenti, si richiede di prestare attenzione – dagli uffici detenuti dei Provveditorati - al momento dell'assegnazione definitiva e alle richieste di trasferimento, privilegiando istituti in grado di soddisfare le esigenze di presa in carico delle problematiche di disagio.

In merito alle iniziative di formazione, la circolare precisa la necessità di organizzare giornate di studio e confronto da parte della Scuola Superiore dell'esecuzione Penale sul tema della prevenzione suicidaria, da dedicare ai Provveditori e agli operatori penitenziari. I Provveditori sono chiamati a organizzare una formazione dei direttori e degli operatori in servizio nei relativi territori di competenza, coinvolgendo altresì il personale dell'area sanitaria. Ai direttori i compiti di elaborare i Protocolli locali e la diffusione degli stessi tra tutti il personale.

Circolare del 12 febbraio 2024: Fenomeno suicidario. Azioni di prevenzione in ambito penitenziario

La circolare si apre richiamando il contesto e la gravità del fenomeno dei suicidi. Infatti, nel 2023 ci sono stati 66 suicidi su circa 60000 persone detenute (111,6 casi per 100000 abitanti), segnale di un dato circa venti volte maggiore di quelli della popolazione generale. Rispetto al 2024, alla data della presente circolare si certificano 16 casi di suicidi. L'Amministrazione Penitenziaria ha posto in essere numerosi interventi passati in materia di gesti anti-conservativi (citando provvedimenti dal 1986 al 2022). Il documento fa riferimento all'avviata interlocuzione con il Consiglio Nazionale dell'Ordine Forense, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi e l'Ispettore generale dei Cappellani Penitenziari per ampliare la platea dei soggetti che possano concorrere alla prevenzione. È stata altresì avviata un'interlocuzione con l'Agenzia per l'Italia Digitale (AGID) per valutare lo studio delle potenzialità della tecnologia applicata alla prevenzione dei suicidi, con l'obiettivo di facilitare un intervento preventivo e rapido in presenza di "condizioni di alert" rispetto a intenti autolesivi o autoconservativi.

A fronte della situazione si dichiara la formazione di un apposito tavolo tecnico per affrontare la delicatezza e la natura multidisciplinare del problema. Inoltre, con la nota del 6 febbraio 2024, è stata evidenziata al Ministro della Giustizia la necessità di stanziare risorse aggiuntive per implementare il capitolo di bilancio 1766 pag. 2 relativo agli "Onorari degli esperti ex art. 80 o.p.", il cui finanziamento risulta ridotto di circa il 42% rispetto agli anni scorsi.

Al centro di ogni intervento di prevenzione, continua la circolare, si trovano gli operatori penitenziari che sono a quotidiano contatto con le persone ristrette, e la cui osservanza delle regole di accoglienza e monitoraggio è cruciale.

Con lo scopo di sollecitare ulteriormente sul fenomeno in oggetto, si invitano i vari direttori a:

- ❖ diffondere la circolare a tutti gli operatori penitenziari e coinvolgerli nell'azione di prevenzione;
- ❖ curare la scrupolosa applicazione delle intese sui fenomeni suicidari tra Regioni, Provveditorati, ASL e istituti penitenziari, provvedendo alla sottoscrizione o al rinnovo degli accordi scaduti;
- ❖ interloquire con tutti i soggetti che hanno contatto con i detenuti (sanitari, insegnanti, psicologi ex art. 80 O.P., titolari d'impresa, cappellani, congiunti e avvocati difensori)

affinché siano vigili e attenti a recepire e segnalare tempestivamente ogni situazione di rischio suicidario;

- ❖ procedere a un frequente riesame dei casi a rischio nell'ambito delle riunioni del gruppo di osservazione e trattamento, assicurando il coordinamento funzionale di tutte le figure professionali;
- ❖ comunicare le "buone prassi applicative" al Provveditorato regionale per la condivisione e diffusione dei comportamenti virtuosi;
- ❖ porre in essere ogni sforzo per incrementare le occasioni di lavoro (intra ed extra murarie) e tutte le altre attività risocializzanti (studio, laboratori, attività sportive), riconoscendo che tali attività contribuiscono in modo determinante alla prevenzione dell'isolamento sociale e del disagio individuale.

Nella circolare DAP del 2024, si fa menzione a quanto condiviso nel 2020 dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS)²⁶ in materia di epidemiologia e fattori di rischio legati al fenomeno suicidario, citando il seguente passaggio:

"Il suicidio si conferma come la risultante di molti fattori (genetici, biologici, individuali e ambientali) e, come indicato anche dall'OMS, la malattia psichiatrica non è l'unico fattore di rischio, pertanto le politiche di prevenzione del suicidio non possono essere confinate al solo ambito sanitario ma devono tener conto anche dei potenziali fattori di rischio a livello di contesto sociale, economico e relazionale del soggetto". (p. 1)

Si sottolinea altresì come l'Italia non risulti tra i Paesi che hanno sviluppato una strategia nazionale di prevenzione del suicidio (p. 2), necessitando l'implementazione di politiche di prevenzione articolate in termini multisettoriali, considerando fattori di rischio quali contesto economico, sociale e relazionale della persona. Sempre nella circolare si precisa come sia un dovere dell'Amministrazione penitenziaria compiere "ogni sforzo organizzativo e di intelligenza per prevenire e limitare il più possibile il fenomeno dei suicidi in carcere".

In data 25.1.2024 i vertici Dipartimentali hanno proceduto ad una riunione in videoconferenza con tutti i Signori Provveditori, per informarli delle attività che sono in corso di sviluppo sul fenomeno de quo, per acquisire le informazioni sulla situazione nei rispettivi distretti e le relative criticità,

²⁶ Il fenomeno suicidario in Italia. Aspetti epidemiologici e fattori di rischio (iss.it)
<https://www.epicentro.iss.it/mental-e/giornata-suicidi-2020-fenomeno-suicidi-e-i-dati-in-italia>

nonché per recepire i suggerimenti utili. Recentemente il Dipartimento ha avviato una interlocuzione con il Consiglio Nazionale dell'Ordine Forense, con il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi e con l'Ispettore generale dei Cappellani Penitenziari, per allargare la platea dei soggetti che possano concorrere fattivamente a compiere tutti gli interventi possibili - a legislazione invariata e con le risorse disponibili - per la prevenzione dei suicidi. Nell'ambito delle azioni di prevenzione del fenomeno dei suicidi, il DAP ha altresì menzionato la possibilità di impiegare speciali tecnologie, avviando un'interlocuzione con l'Agenzia per l'Italia digitale (AGIO). Ancora, con nota del 6.2.2024 il Capo del Dipartimento ha evidenziato al Ministro della Giustizia la necessità di stanziare risorse aggiuntive per la prevenzione, implementando il capitolo di bilancio 1766 pag. 2 "Onorari degli esperti ex art. 80 o.p." per il corrente anno, non solo per garantire lo stesso livello del "servizio psicologico" degli anni scorsi, ridotto di circa il 42% a seguito dell'applicazione della legge 21 aprile 2003 n. 49, ma anche per incrementarlo adeguatamente.

3.4. I Piani regionali

3.4.1. Regione Toscana e Piano Locale di Prato

La pianificazione regionale della Toscana è stata fatta nel 2018, quando è stato approvato il Piano regionale con la DGR 451/2018, e poi nel 2024, quando è stato aggiornato il Piano regionale DGR 1495/2024. I Piani d'istituto, approvati in una prima tornata nel 2019, sono attualmente ancora in fase di revisione e nuova approvazione.

Una prima programmazione in materia di prevenzione del rischio suicidario era stata fatta in Toscana, con la collaborazione della Regione Toscana e del Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria con le "Linee di indirizzo per la prevenzione del suicidio in carcere", approvate con Delibera di Giunta regionale toscana n. 842 del 3 ottobre 2011.

Queste evidenziavano i punti relativi all'organizzazione del carcere e alle sue criticità, i fattori situazionali penitenziari individuali e gli aspetti sociosanitari, fattori dei quali la Regione raccomanda la considerazione anche nel Piano del 2024. In particolare, fattori organizzati comprendono la capienza regolamentare, l'organico del personale di polizia penitenziaria e dell'area pedagogico-trattamentale, il budget per le mercedi, la presenza di attività lavorativa non alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria, svolta dai detenuti che rappresenta un fattore terapeutico e fortemente protettivo. Comprendono altresì le opere di manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture per qualificare i livelli igienico-sanitari imposti dalle

normative nazionali valide anche in carcere, il turn-over dei detenuti negli Istituti Penitenziari, nonché alcune procedure e abitudini che possono essere causa di eventi critici, che possono essere riviste e modificate con l'individuazione di presidi più adeguati e con minor fonti di rischio, quali: l'uso dei fornelli a gas, l'uso eccessivo di alcol, dove ancora consentito, l'uso, in dose non terapeutica, di psicofarmaci prescritti. Ancora, il turn-over tra gli operatori sanitari e la necessità di una loro adeguata formazione che favorisca la conoscenza del contesto organizzativo del carcere. Importante è che sia stata messa l'attenzione su questi fattori, che essendo fattori organizzativi non dipendono dal singolo detenuto, ma richiedono un intervento delle amministrazioni per migliorare le condizioni strutturali.

A questi seguono i fattori situazionali, che riguardano più nello specifico la persona detenuta in interazione con l'ambiente carcerario, e i fattori sociosanitari, che si concentrano sulle necessità organizzative della sanità in carcere. L'aver evidenziato tali fattori è segno di un approccio complesso al fenomeno del suicidio in carcere, in linea con il documento dell'OMS. Si analizza qui di seguito il Piano locale per il carcere di Prato approvato nel febbraio 2019, in base alla precedente programmazione, visto che il nuovo piano non è ancora disponibile. Nell'analisi si mette in evidenza la presenza o l'assenza di alcuni indicatori individuati dal documento dell'OMS e, a seguire, dall'Accordo CU 5/2012, come influenti sulla prevenzione del rischio suicidario, o che vengono raccomandati per affrontarlo: la presenza di procedure standardizzate di screening, la formazione del personale, il ruolo dei fattori ambientali (presenti nell'istituzione carceraria), ruolo dei fattori sociali, ovvero il contesto economico, sociale e relazionale (abitazione, lavoro, documenti, famiglia) che influiscono sullo sviluppo della persona, il ruolo dei fattori individuali clinici, quali specifiche patologie.

Quanto alle procedure standardizzate di screening il Piano del carcere di Prato prevede la redazione del Diario di rischio suicidario, previsto dalla DGR 451/2018 (che approva il piano regionale), che segue il detenuto dall'ingresso alla dimissione; la cadenza del suo aggiornamento dipende dal grado di rischio rilevato e dal presentarsi di eventi significativi. La valutazione in ingresso è il momento procedurale più importante: entro 12 ore deve essere fatta la visita del medico di cure primarie, che compila il Diario (All. B) e la scheda SAD (All. C: la scheda prevede differenti punteggi, da zero a 8, per segnalare il rischio da basso a elevato); la visita dello psicologo deve essere fatta entro 24 ore (tranne festivi) ed, eventualmente, dello psichiatra e del SerD. Qualora il detenuto provenga da altro carcere con provvedimento di "attenzionamento" viene convocato urgentemente il Mini Staff (operatori penitenziari e

sanitari) per rivalutare tale necessità. In base al livello di rischio individuato con il SAD viene deciso il livello di attenzionamento; al termine della visita d'ingresso, il coordinatore della sorveglianza decide l'allocazione del detenuto, in base alle risultanze della visita.

Lo Staff multidisciplinare (area sanitaria, sicurezza, educativa) si riunisce una volta al mese per i casi stabilmente presi in carico (mentre per le richieste ordinarie si riunisce entro 15 gg., per le urgenti in giornata). Di ogni Staff è redatto verbale, All. E, in cui sono declinati gli specifici interventi che ogni area dovrà intraprendere.

Gli atti autolesivi sono registrati nell'All. G, che contiene anche le azioni di conseguenza. La valutazione del rischio può essere anche successiva all'ingresso, in particolare in occasione di eventi particolari (es. udienze) e la segnalazione delle situazioni di rischio può essere fatta da ogni operatore (All. F). Il piano elenca le tipologie di interventi che possono essere realizzati:

- ❖ Sostegno tecnico-clinico: tutto il personale sanitario, con attività di monitoraggio e colloqui
- ❖ Attenzione del sostegno tecnico: funzionari giuridico pedagogici con interventi loro tipici, come attivazione attività e contatti con famiglia;
- ❖ Attenzione atecnica: polizia penitenziaria che per la sua presenza nei settori detentivi può mettere in pratica un'attenzione diffusa e capillare; attuano eventuale monitoraggio con osservazione diretta;
- ❖ Attenzione atecnica (seconda area): sono gli insegnanti, i volontari, redazione del Diario di rischio suicidario, previsto dalla DGR 451/2018, che segue il detenuto dall'ingresso alla dimissione.

La cadenza dipende dal grado di rischio rilevato e il suo aggiornamento quando vi siano eventi significativi.

Per quanto riguarda la valutazione in ingresso: entro 12 ore visita del medico di cure primarie, che compila il Diario (All. B) e la scheda SAD (All. C: la scheda prevede differenti punteggi, da zero a 8, per segnalare il rischio da basso a elevato); visita dello psicologo entro 24 ore (tranne festivi) ed, eventualmente, dello psichiatra e del Serd. Qualora il detenuto provenga da altro carcere con provvedimento di “attenzionamento” viene convocato urgentemente il Mini Staff (operatori penitenziari e sanitari) per rivalutare tale necessità. In base al livello di rischio

individuato con il SAD viene deciso il livello di attenzionamento. Al termine della visita d'ingresso, il coordinatore della sorveglianza decide l'allocazione del detenuto, in base alle risultanze della visita.

Lo staff multidisciplinare (area sanitaria, sicurezza, educativa) si riunisce una volta al mese per i casi stabilmente presi in carico (per richieste ordinarie entro 15 gg., urgenti in giornata) (di ogni Staff è redatto verbale, All. E, in cui sono declinati gli specifici interventi che ogni area dovrà intraprendere). Gli atti autolesivi sono registrati nell'All. G, che contiene anche le azioni di conseguenza. La valutazione del rischio può essere anche successiva all'ingresso, in part. in occasione di eventi particolari (es. udienze) e la segnalazione delle situazioni di rischio può essere fatta da ogni operatore (All. F).

Tipologie interventi:

- ❖ Sostegno tecnico-clinico: tutto il personale sanitario, con attività di monitoraggio e colloqui;
- ❖ Attenzione e del sostegno tecnico: funzionari giuridico pedagogici con interventi loro tipici, come attivazione attività e contatti con famiglia;
- ❖ Attenzione atecnica: polizia penitenziaria che per la sua presenza nei settori detentivi può mettere in pratica un'attenzione diffusa e capillare; attuano eventuale monitoraggio con osservazione diretta
- ❖ Attenzione atecnica (seconda area): sono gli insegnanti, i volontari penitenziari, i detenuti, che possono segnalare casi di fragilità.

Nei casi più critici lo Staff valuta se attivare la sorveglianza speciale prevista nella DGR 451/2018. In sintesi, gli atti di contrasto al rischio suicidario si concentrano nel monitoraggio, nei colloqui con gli specialisti psy, nell'attivazione di attività e nel coinvolgimento delle relazioni familiari e, infine, nella sorveglianza speciale. Si tratta di atti che sono tutti concentrati sull'individuo, a parte quelli di competenza dell'area educativa, che possono coinvolgere altre persone e indirizzarsi anche alla vita quotidiana detentiva, lavorando con le attività interne.

Quanto alle attività formative, è prevista la formazione degli operatori, volta a superare stereotipi, che limitano la sensibilità e la capacità di adottare procedure congrue. Si prevede una formazione regionale (che riguarda la parte conoscitiva teorica, tra cui indicazioni OMS e piano nazionale prevenzione, fattori ambientali, psicologici e comportamentali predisponenti)

e formazione locale (riguarda elementi pratici come il primo soccorso e la rianimazione cardio-polmonare).

Vengono considerati i fattori individuali clinici, quali le diverse patologie. In particolare le abitudini (tabacco, alcolici, droghe), le informazioni sanitarie (patologie psichiatriche, dipendenze, altre patologie, i fattori di rischio psicologici (insoddisfazione della vita, paure, aspettative negative per il futuro), i fattori di rischio specifici: pensieri suicidari, piani suicidari, gli eventi critici (atti autolesivi, tentati suicidi, atti dimostrativi).

Altresì sono considerati i fattori sociali (abitazione, lavoro, documenti, famiglia) che influiscono sullo sviluppo della persona. Tra questi la presenza/assenza di componenti del gruppo familiare; i fattori di rischio situazionali: come il rifiuto di partecipare alle attività, di usufruire del tempo all'aria aperta, la tendenza all'isolamento; gli eventi vitali stressanti (sia nella vita precedente alla carcerazione, sia alla vita all'interno della struttura).

Infine, i fattori ambientali, ovvero l'istituzione carceraria in cui la persona si trova a vivere, sono presi in considerazione in modo molto marginale. Tra i fattori di rischio ambientali si dà rilevanza all'ubicazione in cella singola piuttosto che con altri detenuti. Mentre negli "eventi vitali stressanti" rientrano anche quelli che riguardano la vita all'interno della struttura, ma non sono meglio specificati. La considerazione delle condizioni in senso lato ambientali, che si possono riassumere nel trovarsi nell'ambiente del carcere con tutte le conseguenze fisiche e psicologiche che questo comporta, a partire dalla condizione di sovraffollamento, dalla mancanza di attività e di lavoro, dalle condizioni igieniche precarie, dovrebbe invece ricevere, in base alle indicazioni dell'OMS, una maggiore rilevanza nell'analisi del rischio e, di conseguenza, nelle azioni da intraprendere per la sua prevenzione; che quindi potrebbero anche superare la dimensione strettamente individuale dell'intervento. Una scelta significativa, perché cerca di modificare pratiche di frammentazione delle aree professionali interne è, invece, quella di integrare le azioni degli operatori delle varie aree (sicurezza, sanitaria, educativa) anche attraverso l'organismo multidisciplinare (Staff).

3.4.2. Regione Friuli Venezia Giulia e Piano Locale Udine

La Regione FVG ha adottato il “Piano regionale di prevenzione delle condotta suicidarie e dei gesti autolesivi in carcere e indicazioni per i piani locali” con Delibera della Giunta regionale n. 2145 del 2017. Il carcere di Udine ha sottoscritto il protocollo locale per il rischio suicidario sottoscritto nel 2017, ed è stato aggiornato nel mese di dicembre 2024.

Il Piano regionale Friuli Venezia Giulia

Allegato alla delibera n. 2145 del 6 novembre 2017, l’architettura organizzativa del Piano regionale di prevenzione prevede l’attuazione di cinque azioni articolate su due livelli – regionale e locale. Queste azioni consistono in:

1. Elaborazione delle linee di indirizzo
2. Individuazione dei referenti per l’osservatorio regionale o articolazioni a supporto
3. Formazione dei referenti per l’osservatorio o articolazioni a supporto
4. Elaborazione dei piani locali di prevenzione (Istituto penitenziario-Aziende sanitarie)
5. Gestione dei dati (raccolta, elaborazione e diffusione) individuazione delle prassi efficaci, verifica, analisi ed aggiornamento dei piani di prevenzione e monitoraggio

Per quanto riguarda l’*elaborazione delle linee d’indirizzo*, si tratta di un’azione da attuare a livello *regionale*, con l’obiettivo di elaborare il Piano Regionale in linea dell’omologo nazionale. In merito all’individuazione dei *referenti per l’osservatorio*, a livello *regionale* si costituisce il gruppo tecnico-scientifico con nominativi individuati dalle Aziende, mentre a livello *regionale* vengono individuati (e incaricati) i referenti per la prevenzione. Rispetto alla *formazione* dei referenti per l’osservatorio, a livello *regionale* sono garantiti i processi formativi nel territorio di competenza, mentre a livello *locale* è richiesta la promozione e facilitazione della formazione del personale. Considerando l’elaborazione dei piani locali di prevenzione, a livello *regionale* spetta il coordinamento, monitoraggio, verifica, aggiornamento e applicazione dei piani operativi locali. A questo livello – *locale* – spetta la redazione del piano locale specifico, promuovendo il contributo con tutti gli organismi pubblici e privati locali che riterrà opportuno rispetto alle azioni di prevenzione. Inoltre, si sancisce l’inserimento del piano locale

nel progetto d'istituto ai fini della sua operatività. Infine, considerando la *gestione dei dati – raccolta, elaborazione e diffusione –, individuazione delle prassi efficaci, verifica, analisi e aggiornamento dei piani*, a livello *regionale* spetta la verifica periodica del piano regionale e dei programmi locali, comunicando lo stato dell'arte a livello nazionale. A livello locale, invece, quest'ultimo punto si declina nella periodica verifica della tenuta del piano, promuovendone l'aggiornamento in ragione del mutare delle condizioni strutturali; comunicando gli esiti al sovraordinato livello regionale.

In riferimento alle Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e al Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti, il documento regionale si propone di offrire delle linee guida per la redazione dei piani locali focalizzandosi su tre aree– professionali, volontari, detenute – ad ognuna delle quali sono assegnati i seguenti compiti:

- ❖ Attenzione e sostegno sanitario: figure clinico-professionali (medici, infermieri, psicologici) che possono cogliere sintomi/richieste di attenzione e cura, offrendo un primo sostegno e segnalazioni;
- ❖ Attenzione e sostegno sanitario per il personale penitenziario;
- ❖ Attenzione a-tecnica o non professionale: si fa riferimento al carattere di presidio posto in essere dalle persone detenute nei confronti di compagni/e di cella, per una sorveglianza diffusa e capillare, oltre ai volontari penitenziari e a quei soggetti autorizzati a svolgere attività trattamentali nell'istituto, anch'essi sentinelle di casi di rischio. Pur non essendo loro assegnati compiti tecnici, non sono da considerarsi in sostituzione dell'attività istituzionale e nemmeno responsabili;
- ❖ Decisione: le decisioni sono assicurate nell'ambito delle specifiche competenze e responsabilità istituzionali dopo valutazione congiunta.

Il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario – compresa la componente detenuta –, nonché l'approccio interdisciplinare, gioca un ruolo fondamentale nell'intercettare segnali di disagio e sofferenza e sofferenza, agendo tempestivamente in ottica di prevenzione e monitoraggio del rischio suicidario.

Infine, il piano regionale delinea quelli che sono considerati gli elementi essenziali dei Piani locali di prevenzione: declinazione operativa delle azioni, rilevazione del rischio, presidio delle situazioni stressanti, lavoro integrato e multidisciplinare, la gestione dei casi a rischio,

protocolli operativi per affrontare le urgenze, valutazione dei piani e delle attività, monitoraggio, attività post-facto, debriefing, attività di supporto ai detenuti.

Rispetto alla declinazione operativa delle azioni, si tratta dell'attuazione del piano locale redatto in base al relativo regionale e agli accordi adottati, in linea con le disposizioni dell'OMS. In riferimento alla rilevazione del rischio: elemento centrale è la valutazione e rivalutazione periodica del rischio suicidario, da effettuarsi all'ingresso in istituto (entro 24 ore, a cura di personale medico, o secondo modalità alternative in attesa di quest'ultimo); ogni volta che cambiano le condizioni detentive o personali della persona. Al momento dell'ingresso sarà fondamentale rilevare e riportare le informazioni inerenti alle condizioni complessive del detenuto con l'obiettivo prioritario di intercettare eventuali manifestazioni di volontà suicidarie. I fattori di rischio e protettivi oggetto d'intervento consistono in:

- ❖ assenza o conflittualità nella rete familiare;
- ❖ precedenti esperienze detentive, tipo di reato e stato giuridico;
- ❖ abitudini (uso di alcol, tabacco, sostanze);
- ❖ condizioni sanitarie e psichiatriche, dipendenze, dolore cronico;
- ❖ eventi vitali stressanti (sia pre- che durante la detenzione) o critici (autolesionismo, precedenti tentativi di suicidio, condotte dimostrative);
- ❖ familiarità per comportamenti suicidari;
- ❖ fattori protettivi come supporti familiari e sociali, relazioni affettive, capacità di adattamento.

Fondamentale è la circolarità delle informazioni tra il personale tutto e la necessità di riunioni d'equipe periodiche, al fine di condividere valutazioni, riconoscere precocemente segnali di rischio e definire congiuntamente strategie di intervento.

In merito al *presidio delle situazioni potenzialmente stressanti*, il Piano sottolinea che molte circostanze ricorrenti durante la detenzione possono costituire fattori di stress critici che incidono sul rischio suicidario. Nel corso della detenzione possono emergere avvenimenti o circostanze (antecedenti o legate alla condizione di privazione della libertà) che aumentano lo stress. Fatti simili ricorrono spesso nella biografia dei suicidi, nelle settimane e nei mesi precedenti. Per questo è necessario presidiare attentamente momenti e aree sensibili, attraverso operatori formati e procedure locali di rilevazione e comunicazione. Tra le principali situazioni da monitorare:

- ❖ Ingresso in istituto: osservazione delle reazioni emotive e rilevazione di segnali di disagio o ideazioni suicidarie nei primi momenti della carcerazione.
- ❖ Colloqui e relazioni esterne: familiari, avvocati e magistrati devono poter segnalare eventuali criticità rilevate durante gli incontri. La cessazione della corrispondenza con l'esterno è segnale di rottura relazionale da approfondire.
- ❖ Iter giudiziario: udienze, condanne e notifiche di rigetto di misure alternative costituiscono momenti di forte vulnerabilità, da presidiare.
- ❖ Condizioni di salute: l'insorgenza o peggioramento di patologie, specie se gravi o invalidanti, sono da considerare variabili stressogene.
- ❖ Vita in sezione e trasferimenti: osservazione quotidiana dei comportamenti e attenzione al disagio legato al cambiamento di istituto, che può esporre a nuovi fattori di rischio. In tal senso, il programma operativo "nuovi giunti" è esteso anche ai detenuti trasferiti.
- ❖ Dimissioni e fine pena: il ritorno in libertà, soprattutto dopo lunghe carcerazioni, può generare paure, insicurezza e senso di precarietà. In questa fase, assume particolare rilievo l'intervento coordinato di UEPE e servizi territoriali (sociali e territoriali), per attivare una rete di attenzione e supporto relazionale rispondente ai bisogni del soggetto, al fine del reinserimento in società.

Rispetto al *lavoro integrato e multidisciplinare*, la gestione del rischio suicidario richiede equipe multidisciplinari stabili, composte da personale penitenziario e sanitario. Le riunioni devono essere convocate rapidamente ogni volta che emergono elementi di rischio, con l'obiettivo di analizzare le cause e definire interventi idonei, anche temporanei, fino alla valutazione completa.

Il modello di presa in carico congiunta si fonda su:

- ❖ condivisione immediata delle segnalazioni, che possono provenire da qualsiasi operatore;
- ❖ azioni cautelari tempestive proporzionate al livello di rischio;
- ❖ coinvolgimento di mediatori culturali in caso di barriere linguistiche, data la rilevanza del fattore migratorio nei tentativi di suicidio.

L'approccio integrato e la cooperazione interprofessionale vengono così individuati come strumenti cardine per prevenire acting-out pericolosi e migliorare la capacità di risposta istituzionale.

La Gestione dei casi a rischio comporta l'attivazione di un processo gestionale locale articolato su più livelli:

- ❖ Alloggiamento: privilegiare le stanze multiple per evitare la solitudine; valutare il ricorso a *peer-supporters* (detenuti formati) come ulteriore presidio relazionale; monitoraggio attento secondo modalità condivise e concordate in sede locale nei casi di stanza singola.
- ❖ Monitoraggio e osservazione
- ❖ Oggetti pericolosi: limitare l'accesso a strumenti potenzialmente letali (con valutazione congiunta tra personale sanitario e penitenziario), spiegandone le ragioni per evitare ulteriore frustrazione; valutazione congiunta tra sanitario e penitenziario. Al contempo è necessario considerare che privare una persona di alcuni beni può indurre ulteriori sentimenti di deprivazione a chi già soffre. Serve sensibilizzare i compagni di cella.
- ❖ Interventi sanitari: presa in carico clinica con valutazione del caso, eventuale trattamento farmacologico e colloqui di sostegno.
- ❖ Supporto istituzionale: creare un clima accogliente, di supporto, e attento che riduca l'isolamento.
- ❖ Peer-supporters: i compagni di detenzione possono integrare, ma non sostituire, l'intervento istituzionale.

Ogni istituto deve dotarsi di *procedure locali di emergenza-urgenza* per gestire tempestivamente situazioni di rischio imminente.

Rispetto al *monitoraggio, valutazione e debriefing*, di fondamentale importanza è la valutazione dei piani e delle attività. A livello regionale con monitoraggio, raccolta e diffusione delle buone pratiche, attraverso l'Osservatorio regionale e il gruppo tecnico scientifico. A livello locale, invece, con l'analisi post-facto dei casi di suicidio, debriefing per il personale coinvolto, e diffusione delle buone prassi. Altresì fondamentale è l'istituzione di un *sistema permanente di raccolta dati* sul fenomeno, sia a livello locale che regionale, per conoscere meglio le dinamiche del rischio suicidario. In caso di suicidio o tentato suicidio grave serve: disporre della documentazione accurata per autorità giudiziarie e amministrative, e della

valutazione congiunta degli eventi per migliorare costantemente i Piani locali. L'impatto di un suicidio richiede un momento di *debriefing*, finalizzata alla rielaborazione e al sostegno psicologico ed emotivo per chi è stato coinvolto direttamente o indirettamente in un suicidio, sia per il personale che per i detenuti, concordata tra parte sanitaria e penitenziaria.

Al fine di aumentare la consapevolezza e favorire l'acquisizione di elementi di conoscenza teorica ed operativa per ridurre visioni stereotipate che limitano la sensibilità e la possibilità di adottare procedure più congrue ed efficaci (in termini di prevenzione e intervento in situazioni emergenziali), il Piano ha necessità di essere accompagnato da un *programma di informazione e formazione* diretto a tutte le figure afferenti alle diverse aree dell'attenzione e del sostegno, in specie per chi è a diretto contatto con la quotidianità detentiva. La formazione è concordata tra parte sanitaria e penitenziaria e inserita nei programmi annuali di formazione secondo le indicazioni del piano nazionale per la prevenzione. Si sollecita la possibilità di istituire programmi di formazione rivolti sia ai volontari penitenziari, che ai potenziali *peersupporters*. In via sperimentale le Aziende Sanitarie potranno attuare la formazione di *peer-supporters* sulla base di evidenze scientifiche e indicazioni dell'OMS.

Il Piano locale della provincia di Udine

Si analizza qui di seguito il Piano approvato il 18 dicembre 2024. Nell'analisi si mette in evidenza la presenza o l'assenza di alcuni indicatori individuati dal documento dell'OMS e, a seguire, dall'Accordo CU 5/2012, come influenti sulla prevenzione del rischio suicidario, o che vengono raccomandati per affrontarlo, così come quanto delineato nel Piano regionale del 2017: la presenza di procedure standardizzate di screening, la formazione del personale, il ruolo dei fattori ambientali (presenti nell'istituzione carceraria), ruolo dei fattori sociali, ovvero il contesto economico, sociale e relazionale (abitazione, lavoro, documenti, famiglia) che influiscono sullo sviluppo della persona, il ruolo dei fattori individuali clinici, quali specifiche patologie.

Tra gli obiettivi del Piano si esplicitano: individuare e ridurre le situazioni a rischio di suicidio e di agiti autolesivi, attraverso l'individuazione e la realizzazione di appropriati interventi preventivi e terapeutici, favorendo l'integrazione interprofessionale e interistituzionale, mediante la costituzione di uno staff multidisciplinare e l'individuazione di percorsi di reinserimento individualizzati — anche di tipo extra — murario — con il coinvolgimento dei

servizi territoriali socio-sanitari. Al contempo, tra gli obiettivi risultano azioni di sensibilizzazione di operatori e operatrici mirate al personale sanitario e penitenziario.

Tra le azioni previste si enucleano interventi articolati e integrati di:

- ❖ valutazione del rischio suicidario/autolesivo nel nuovo giunto;
- ❖ valutazione del rischio suicidario/autolesivo nel detenuto;
- ❖ eventuale valutazione specialistica del rischio suicidario/autolesivo;
- ❖ presa in carico e predisposizione del progetto individualizzato di prevenzione del rischio suicidario/auto lesivo, con relativa attività di monitoraggio e verifica periodica;
- ❖ traduzione del livello di rischio segnalato in un regime di “attenzionamento” nelle sue diverse aree.

L’attenzionamento concerne: l’area dell’attenzione e del sostegno tecnico-clinico; l’area dell’attenzione e del sostegno tecnico; l’area dell’attenzione a-tecnica.

Il documento enuclea i seguenti fattori cruciali nella rilevazione, prevenzione e monitoraggio del rischio:

- ❖ Fattori sociali e relazionali Trauma ed abusi;
- ❖ Discriminazione;
- ❖ Disastri ed eventi socio-politici;
- ❖ Isolamento sociale;
- ❖ Conflitti relazionali o discordie parentali;
- ❖ Fattori di rischio individuali di suicidio Precedenti tentativi di suicidio;
- ❖ Presenza di disturbi mentali.

Continua specificando sia i segnali di allarme in ingresso²⁷ sia durante la detenzione definendo linee generali essenziali da considerare²⁸. In quest'ultimo caso, i fattori sociali e ambientali giocano un ruolo cruciale e sono esplicitati.

Prosegue offrendo una valutazione anamnestica generale del rischio suicidario, esplicitando esempi di contenuti che prefigurano una progressione di gravità dell'ideazione suicidaria, e declinando una classificazione del livello di rischio dell'ideazione suicidaria offrendo anche una specifica rispetto ai fattori individuali clinici²⁹.

Per ciò che concerne le *procedure standardizzate di screening*, il Piano locale prevede e far riferimento ad una valutazione del rischio suicidario di 1° livello nei soggetti che accedono al carcere attraverso il questionario *Patient Safety Screener* (PSS-3). Questo consiste in 3 specifiche domande, più una quarta specifica, volte a rilevare la presenza di: depressione, ideazione suicidaria attiva, prossimità temporale di un eventuale tentativo di suicidio.

L'attivazione di un provvedimento di *attenzione per motivi clinico-sanitari* comporta la definizione di specifiche azioni per ridurre il rischio e favorire l'adattamento del detenuto alla vita carceraria. Il medico che dispone tale misura ne diventa responsabile, seguendo l'intero

²⁷ Se la persona detenuta: “è in stato di dipendenza da sostanze e/o ha un passato di abuso di sostanze; esprime con insolita ed evidente partecipazione emotiva sentimenti di vergogna, colpa e l'incarcerazione; mostra disperazione o paura per il futuro, o segni di depressione come il pianto, l'appiattimento affettivo e l'assenza di comunicazione verbale; è stata o è in trattamento per problemi di salute mentale; —soffre attualmente di un disturbo mentale, e si comporta in maniera insolita o bizzarra, per esempio ha difficoltà di concentrazione, parla da solo o “sentire le voci” (allucinazioni uditive); —riferisce di avere pensieri suicidari; -afferma di avere piani suicidari nel presente (confermati anche dai familiari e/o dai compagni di detenzione); riferisce di avere pochi o inesistenti supporti, all'interno del carcere come all'esterno; è ritenuta a rischio dallo stesso agente che l'ha arrestata e/o tradotta in carcere”.

²⁸ “Prestare particolare attenzione ai segnali di forte disagio psichico quali crisi di pianto, insonnia, inerzia o estrema irrequietezza; improvvisi sbalzi d'umore, di abitudini alimentari o disturbi del sonno; gesti di “spoliazione” come per esempio dare via oggetti personali; perdita di interesse in attività e/o relazioni; ripetuti rifiuti di cure o richiesta di dosi insolitamente maggiori di farmaci; avere colloqui con i soggetti per appurare l'accertamento di sentimenti di disperazione o sentimenti suicidari nei periodi vicini alle udienze tribunale, nelle diverse fasi processuali o in concomitanza di altri eventi critici come la morte o la malattia di un familiare, il divorzio o la separazione; cogliere eventuali conflitti o problemi emergenti durante la visita con familiari o amici e incoraggiare i medesimi a comunicare al personale carcerario la percezione o il sospetto di un intento suicidario nel familiare detenuto; valutare il rapporto tra il regime di detenzione e lo stato psichico del soggetto e/o il grado di rischio a cui è esposto; incentivare il rapporto tra gli operatori penitenziari e le persone detenute che facilitino l'esternazione di condizioni di disagio o sentimenti di disperazione; migliorare l'attitudine all'ascolto, anche attraverso riunioni di gruppo tra agenti e persone detenute”.

²⁹ “Generiche idee riguardanti la propria morte come via di fuga alla sofferenza, idee che la vita non valga la pena di essere vissuta, pensieri di suicidio riferiti come gestibili dalla persona, idee di suicidio insistenti/ossessive, pensieri che hanno a che fare con la programmazione del gesto, fino alla preparazione del gesto. Le ultime situazioni configurano condizioni in cui la possibilità della messa in atto del gesto estremo si fanno alte. A tali contenuti del pensiero possono associarsi condizioni psicopatologiche favorevoli come angoscia, agitazione, stati astinenziali o di intossicazione che possono portare ad una repentina decisione. In altri casi, la persona può non presentare una condizione di chiara natura psicopatologica, ma la sua ideazione suicidaria è presente e determinata”.

percorso fino alla possibile revoca del provvedimento, attraverso attività di follow-up, verifiche periodiche ed equipe multidisciplinari. In questo contesto, il professionista sanitario assume il ruolo di *case manager*, chiamato a motivare la decisione iniziale, documentare gli interventi successivi e condividere con il gruppo di lavoro la decisione finale di revoca.

Il Piano prevede altresì una duplice attività di *formazione*. Da un lato la formazione destinata al Servizio di Sanità Penitenziaria, al fine di promuovere competenze di conduzione colloqui da parte del medico per la valutazione del rischio suicidiario; dall'altra una formazione per gli operatori penitenziari, al fine di sensibilizzare al tema del suicidio e degli agiti autolesivi. Un focus particolare è dato ai segnali di «allarme», ai fattori protettivi e agli aspetti legati alla trasmissione delle osservazioni durante tutto l'iter detentivo (arresto, detenzione, traduzione, fasi processuali, comunicazione intra- professionale e interistituzionale, relazione con la persona considerata «a rischio»), in linea con il Piano Regionale. Al contempo è prevista una formazione specifica per le persone detenute peer supporter, in sinergia con l'area sanitaria

Per quanto riguarda le azioni di *debriefing* a seguito dell'evento suicidio, previste dal Piano Regionale, l'omologo locale prevede un focus privilegiato su operatori sanitari e penitenziari finalizzato a rielaborare e compensare quanto vissuto. Pur affermando la mancata attuazione di un programma analogo nel sistema penitenziario, il Piano locale delinea 6 principi generali:

- 1) il carattere volontario della partecipazione al supporto susseguente ad una offerta informata di intervento;
- 2) diversità di questo intervento da qualunque altro tipo di approfondimento o valutazione dei fatti;
- 3) carattere di ascolto non finalizzato ad altro che al sostegno dei partecipanti;
- 4) informalità degli incontri con esclusione di attività formale o di verbalizzazione di relazione finale;
- 5) finalizzazione dell'intervento teso a prendere in esame gli stati d'animo e non la dinamica dei fatti;
- 6) conduzione al di fuori della struttura penitenziaria e da personale idoneo in sede neutra.

Si segnala tuttavia la mancata specifica di azioni di post evento per le persone detenute prossime alla persona scomparsa.

In termini di rilevazione del rischio suicidario è previsto, il Piano locale ricalca quanto previsto dall'omologo regionale in termini di gestione all'ingresso e durante la detenzione, rimarcando i caratteri di tempestività della valutazione medica primaria (entro le 24H), il ruolo della sorveglianza capillare e diffusa, la tempestività delle comunicazioni tra tutti i ruoli operanti nell'istituto, direzione compresa. Vengono menzionate reti non formali (altre persone detenute, volontari, familiari) sia reti formali (agenti della polizia penitenziaria, funzionari giuridico pedagogici, psicologi ex art. 80 OP., operatori area sanitaria, medici consulenti, operatori del Dipartimento delle Dipendenze, del DSM ovvero altri operatori che a vario titolo hanno contatti con la persona detenuta). Anche il difensore (anche sulla base di quanto appreso dalla sua famiglia), un familiare e il garante dei diritti dei detenuti costituiscono risorse informative preziose per intercettare segnali di rischio e potranno segnalare il caso agli operatori dell'area sanitaria, alla sorveglianza generale per l'adozione delle misure più idonee alla gestione del caso, così come la magistratura ordinaria e di sorveglianza nel corso delle attività di competenza. Vengono altresì definiti i punti su cui si deve basare la *presa in carico* delle persone a rischio:

- ❖ sviluppare un piano di trattamento sanitario specifico, anche attraverso valutazione specialistica psichiatrica e promuovere l'aderenza della persona a rischio al programma terapeutico;
- ❖ stabilire un'alleanza terapeutica;
- ❖ definire le misure terapeutiche e di sorveglianza appropriate attuabili dal personale sanitario e penitenziario in relazione al rischio (staff multidisciplinare);
- ❖ attuare eventuali contatti con i familiari, quando possibile e opportuno, da parte dei funzionari di servizio sociale anche su segnalazione dei funzionari della professionalità giuridico pedagogica;
- ❖ valutare e monitorare costantemente il rischio di suicidio l'efficacia ed adeguatezza delle misure sanitarie, di sorveglianza e penitenziarie, adottate nei confronti della persona.

Il Piano costituisce lo *staff multidisciplinare per la gestione del rischio*, deputato a formulare il progetto individualizzato e documentato con verbale dedicato per prevenire il rischio autolesivo/suicidario, attraverso monitoraggio e verifica.

È in questo quadro che si declinano il ruolo dei fattori ambientali, dei fattori sociali (contesto economico, sociale e relazionale), e di quelli clinici entro il Piano locale, ovvero declinando in maniera distinta ma sinergica gli interventi dell'area Penitenziaria e di quella Sanitaria. L'area sanitaria ha come principale responsabilità la valutazione clinica del rischio suicidario, classificato in emergenza, urgenza o rischio cronico. In base a questa valutazione, il medico penitenziario attiva i servizi specialistici competenti: da un lato il Dipartimento delle Dipendenze, per i detenuti con problematiche legate ad alcol, sostanze o gioco d'azzardo, dall'altro il Dipartimento di Salute Mentale, per i casi a rischio senza dipendenze rilevanti. Gli interventi sanitari comprendono la valutazione psichiatrica, l'eventuale impostazione di terapie farmacologiche, i colloqui psicologici di sostegno, il possibile inserimento in gruppi dedicati e un monitoraggio clinico continuativo. Centrale è anche il raccordo con le équipes territoriali e la tempestiva segnalazione alla Direzione dell'istituto di ogni criticità riscontrata.

L'area penitenziaria, invece, si concentra sugli aspetti organizzativi, logistici e di sicurezza. La Direzione dell'istituto, sulla base della valutazione del rischio fornita dai sanitari, emana specifiche disposizioni per stabilire le modalità di "attenzione", che riguardano l'alloggiamento più idoneo del detenuto, la disponibilità o meno di oggetti potenzialmente pericolosi e la tipologia di sorveglianza da attuare. Queste disposizioni vengono notificate a tutti i soggetti coinvolti — sicurezza, matricola, sorveglianza generale, operatori di sezione, nucleo traduzione e piantonamento, psicologo e area sanitaria — affinché ciascuno assuma il proprio ruolo. Il personale di Polizia Penitenziaria applica concretamente i livelli di sorveglianza stabiliti, mentre l'area sicurezza, attraverso il Comandante e le figure responsabili della sorveglianza, monitora costantemente la situazione, mantenendo contatti con lo staff multidisciplinare. Parallelamente, l'area giuridico-pedagogica e lo psicologo svolgono colloqui di sostegno e di approfondimento, finalizzati sia a valutare la situazione emotiva della persona detenuta sia a elaborare iniziative trattamentali in sinergia con le altre figure.

Per ciò che concerne i fattori ambientali (dentro il carcere) e sociali (il contesto economico, sociale e relazionale, abitazione, lavoro, documenti, famiglia), il Piano locale si muove su un orizzonte strettamente di prevenzione del rischio – e in tal senso ricalca quanto generalmente delineato dall'omologo Regionale. In tal senso si focalizza in ottica preventiva e formativa rispetto a ciò che può costituire, in negativo, condizioni di possibilità di un'azione auto lesiva o suicidaria (tutela indiretta – sorveglianza capillare e dinamica, interventi clinici, privazione di oggetti, équipes multiprofessionali), piuttosto che promuovere dettagliate azioni proattive,

finalizzate ad agire in anticipo - realizzando - cambiamenti rispetto ai fattori sociali e ambientali, come ad esempio il 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. Quantomeno, queste ultime proposte pro-attive non si riscontrano né nel Piano Regionale né in quello locale. Infine, si sottolinea come non ci sia un focus specifico dettagliato sulla fase di *re-entry* sul territorio.

3.4.3. Regione Lazio e il Piano Locale di Rebibbia femminile

Il Piano regionale di prevenzione del rischio suicidario è stato approvato con Decreto Regionale 23/01/2015, n. 26 - Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio".

Il piano parte dalla necessità di attuare un approccio basato sull'ottica della prevenzione, di individuare strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici ed assistenziali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario, di definire in maniera più dettagliata il percorso di identificazione e di presa in carico e di cura dei detenuti con rischio autolesivo e/o suicidario.

Il programma operativo approvato ha previsto una sperimentazione per un anno in un carcere per adulti e in un istituto penale minorile.

La prevenzione del suicidio in carcere si basa sull'individuazione delle persone a rischio, sull'identificare i soggetti più vulnerabili e le circostanze nelle quali questa vulnerabilità perlopiù si manifesta. Devono essere considerate alcune variabili che sembrano connesse ai tentativi di suicidio, come fattori situazionali e fattori psicosociali tra cui: l'isolamento, particolari regimi di detenzione (specialmente in cella singola), mancanza di interazione/supporto sociale, situazioni familiari e personali, situazioni giuridico processuali.

Il Piano individua un programma in varie fasi da applicare negli istituti. Questo comprende protocolli per la gestione del rischio, classificato in vari livelli di intensità, differenziati per adulti e minori.

La Regione ha promosso presso ciascun Istituto Penitenziario l'elaborazione, raccomandata dal Piano Nazionale, di un Piano Locale di Prevenzione delle condotte suicidarie e autolesive attraverso accordi specifici tra Istituto ed ASL di appartenenza territoriale.

La Regione Lazio deve aggiornare il suo Piano di prevenzione del rischio suicidario, dopo il Piano adottato nel 2015, e sembra che questo sia in corso di elaborazione: oltre al Piano per la salute mentale in generale del 2022 l'Assessora regionale Luisa Regimenti - si legge in una notizia di RaiNews³⁰ del settembre 2024 - ha dichiarato che "è emersa la necessità di un quadro di riferimento univoco, come già avviene in altre Regioni, considerata la difformità nei protocolli locali".

Il Piano locale del carcere di Roma Rebibbia femminile è stato approvato nell'agosto del 2018 dalla Asl Roma 2 e dalla Direzione dell'Istituto di Rebibbia femminile. L'atto ha lo scopo di attuare la pianificazione prevista nell'Accordo CU 81/2017 e specifica che la sua adozione non comporta oneri di spesa. Il Piano si pone l'obiettivo di prevenire i comportamenti autolesivi e suicidari in carcere e a tal fine adotta le due strategie del lavoro in équipe e dell'integrazione/collegamento tra Area sanitaria e Area Trattamento, della Sicurezza e della Direzione di Istituto. Il lavoro in équipe ha lo scopo di permettere letture multidimensionali della domanda di salute del detenuto (espressa, implicita, non consapevole) e delle sue problematiche esistenziali (anche relative al contesto carcerario in cui è inserito). L'integrazione tra Aree professionali che lavorano nel penitenziario ha lo scopo di cogliere la complementarità tra gli interventi a tutela della salute e gli interventi mirati al recupero sociale, ovvero di operare sia sui contesti sia sui singoli individui. Viene realizzata con riunioni periodiche tra le Aree e con l'attenzione alla comunicazione reciproca, anche informale.

Il Piano ha proceduralizzato lo screening della valutazione del rischio autolesivo e/o suicidario nei soggetti:

- ❖ in ingresso dalla libertà;

³⁰Si rimanda al seguente sito per un approfondimento:

<https://www.rainews.it/tgr/lazio/articoli/2024/09/prevenzione-dei-suicidi-in-carcere-tavolo-in-regione-7aa54ad1-8d85-4dbd-b9bc-97189e5b407e.html>

- ❖ trasferiti da altro Istituto;
- ❖ già ristretti.

Ciò al fine di elaborare e realizzare un intervento assistenziale, terapeutico e trattamentale personalizzato.

La valutazione iniziale prende in considerazione tre aree: rischio autolesivo e suicidario, presenza di elementi psicopatologici, uso di sostanze. Queste tre aree hanno molti aspetti di sovrapposizione in relazione alla tipologia dei fattori di rischio e/o predittivi che risultano essere identici per i tre diversi quadri clinici. Si prevede, dunque, di effettuare una valutazione complessa sulle tre aree. Il procedimento deve seguire l'idea di intervenire sia sulle variabili ambientali (per rimuoverle o almeno contenerle) che su quelle individuali/patologiche, ovvero gli stati di sofferenza della persona, anche se non vi sono dati di ricerca univoci sui fattori che influenzano gli eventi suicidari. Il medico compila le schede predisposte nel Piano, che sono mirate a identificare il livello di rischio. La valutazione del rischio è da predisporre sia all'arrivo del detenuto che ogni volta che cambino le condizioni della detenzione.

Il Piano prevede un'attività di formazione corso per *peer supporters*: si decide di realizzare un corso per detenuti al fine di fornire un approccio concreto e "allargato" alla problematica dell'adattamento al contesto carcerario per i detenuti particolarmente fragili e/o che presentino un disagio psichico con l'obiettivo di prevenire il rischio suicidario e i rischi di aggressività auto od etero diretta.

Nella premessa il Piano sottolinea di volersi allontanare da una visione psichiatrizzante del gesto suicidario secondo la direttiva contenuta nell'accordo CU 81/2017: "Fermo restando, così come indicato nell'Accordo del 27 Luglio 2017, l'esclusione "di ogni forma di iniziale, prevalente e/o non mediato coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici della salute mentale nelle attività, al fine di prevenire il frequente rischio di erronea riconduzione - interpretativa e operativa - dei comportamenti e delle scelte autolesive e suicidarie nell'ambito di condizioni patologiche psichiatriche".

Il Piano utilizza alcuni indicatori di rischio che riguardano: fattori individuali clinici, inerenti alla salute individuale e fattori sociali, come condizioni familiari, lavorative e di alloggio.

Tra i fattori individuali clinici si indicano: i precedenti trattamenti per problematiche o disturbi psichici (ambulatoriali e/o residenziali), le precedenti diagnosi di disturbo mentale, le

precedenti diagnosi di abuso/dipendenza da sostanze, i precedenti ricoveri in acuzie in SPDC, i precedenti tentativi di suicidio, l'uso continuativo a problematico di sostanze illegali a di psicofarmaci non prescritti, episodi di intossicazione da alcol ("ubriacature") o di *binge-drinking* ("abbuffata"), tagli, bruciature etc. per lesioni autoindotte, e sintomatologia connessa a disturbo psichico. Tra i fattori sociali, in particolare ai fini della valutazione dell'urgenza, si suggerisce di prestare particolare attenzione agli elementi che hanno preceduto l'episodio critico, quale ad esempio:

- ❖ momenti significativi dell'iter giudiziario (i giorni che precedono le udienze, i giorni della condanna e quelli immediatamente successivi, notifiche, colloqui con avvocati, colloqui con magistrati),
- ❖ eventi relativi al nucleo familiare di appartenenza,
- ❖ cambiamenti nei comportamenti abituali: riduzione interazioni sociali con gli altri detenuti e con il personale penitenziario, sanitario e non; comparsa o incremento di atteggiamenti rivendicativi; aumento o insorgenza di irritabilità e/o aggressività; manifestazioni di conflittualità con specifiche persone; emergenza di particolari difficoltà legate alla cultura di appartenenza.

Il Piano dà rilevanza anche ai fattori ambientali, ovvero in primo luogo alla condizione detentiva, che devono ricevere attenzione nella predisposizione delle attività di screening e monitoraggio, nonché nelle scelte organizzative e allocative. Il Piano afferma che va tenuto in considerazione il concorso di fattori di rischio ambientali:

- ❖ Sovraffollamento
- ❖ Forme varie di violenza
- ❖ Isolamento forzato
- ❖ Mancanza di privacy
- ❖ Mancanza di attività significative
- ❖ Isolamento dalle reti sociali
- ❖ Incertezza sulle prospettive future, sul lavoro e sulle relazioni
- ❖ Inadeguatezza dei servizi sanitari per la salute mentale.

La necessità di contrastare l'isolamento della persona detenuta è una delle indicazioni che proviene dall'Accordo del 27 Luglio 2017 che richiama le linee di indirizzo della Organizzazione Mondiale della Sanità in cui si sottolinea la forte associazione tra scelte

suicidarie e collocazione del detenuto in isolamento: il Piano raccomanda, di conseguenza, di contrastare la tendenza ad isolare le persone a rischio, ricorrendo all'ausilio di detenuti in funzione di peer supporters (compagni o ascoltatori) addestrati, tramite attività di gruppo organizzate in sinergia tra Amministrazioni Sanitaria e Penitenziaria, volte ad offrire vicinanza e supporto sociale quali elementi importanti ai fini della prevenzione del rischio suicidario.

Capitolo 4 - Metodologia della ricerca

In questo capitolo metodologico descriviamo come ci siamo approcciati alla ricerca sul campo e come abbiamo costruito i passaggi che ci hanno portato a chiudere il percorso intrapreso e a tracciare un quadro conclusivo. L'analisi della letteratura scientifica, della normativa e dei dati di partenza è servita preliminarmente a delineare il campo d'indagine, nel quale si sono poi svolte quattro attività principali che hanno scandito i tempi della ricerca: i seminari iniziali, i sopralluoghi nelle carceri, la raccolta dati quantitativi, la ricerca qualitativa condotta tramite interviste in profondità.

4.1. Seminari iniziali

Con i tre obiettivi progettuali in testa abbiamo deciso di approcciarci alle realtà territoriali interessate.

Gli obiettivi:

1. 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;
2. verificare il rispetto del diritto dei malati più gravi ad essere curati – di regola – fuori dal carcere;
3. attivare una rete di attori istituzionali

Le realtà territoriali interessate: Prato, Udine, Roma. Tre realtà individuate dal progetto per la loro rappresentatività di differenti tipologie di istituti penitenziari (media sicurezza a Udine; un'utenza diversificata a Prato, che comprende la media sicurezza, l'alta sicurezza e la sezione collaboratori di giustizia; un carcere femminile, il più grande d'Italia, a Roma Rebibbia).

Per mettere a fuoco gli obiettivi della ricerca e calarli nei contesti territoriali definiti dal progetto si è deciso di porli come temi di discussione in due seminari organizzati online con gli attori istituzionali locali delle tre realtà. Sono stati invitati: psichiatri e medici di medicina generale che lavorano negli istituti, personale dell'Amministrazione penitenziaria, tra cui l'area educativa, i garanti comunali e regionali, le associazioni di volontariato, rappresentanti dell'avvocatura. Ai seminari hanno partecipato anche operatori sanitari della Regione Emilia Romagna, che per essere un modello avanzato in campo sanitario è stata coinvolta in questa fase iniziale come possibile ispiratrice di buone pratiche e modelli.

I seminari si sono svolti online nei giorni 5 novembre 2024 e 9 gennaio 2025 e ne sono emerse alcune tematiche come questioni rilevanti per i partecipanti. L'esame di tali questioni ha aiutato a modellare l'impostazione della ricerca sul campo. Qui di seguito si riportano le questioni emerse e, per ognuna, le indicazioni che se ne sono tratte per l'impostazione della ricerca.

La salute mentale è una questione diversa e più ampia dalla presa in carico delle patologie psichiatriche. Ciò in quanto il contesto, sia ambientale che relazionale, influisce inevitabilmente sulle condizioni di salute della persona. Guardando più nello specifico alla salute mentale, questa riguarda il complessivo equilibrio della persona, di cui fanno parte non solo l'aspetto clinico ma anche aspetti pratici e relazionali della vita, come il lavoro, la casa, la famiglia/le relazioni affettive e amicali. La tutela della salute mentale riguarda tutti i soggetti, maschi e femmine, che sono nel carcere, quindi come vengono identificati i fattori protettivi o i fattori di rischio del benessere psichico di tutti i soggetti che stanno in carcere, l'assistenza psichiatrica ci riporta invece all'approccio clinico e quindi alla diagnosi e al trattamento dei soggetti che sono identificati e diagnosticati con disturbi mentali più o meno gravi. L'indicazione dell'OMS raccomanda di tener presenti entrambe le questioni, come questioni connesse ma separate, ed è importante riuscire a illuminarle tutti e due (*Volontaria Società della Ragione*). Emerge che il problema è, dunque, quello di sviluppare salute mentale in carcere e non psichiatria in carcere, altrimenti torniamo ai manicomi sotto altra forma; inoltre, l'obiettivo deve essere quello di trattare la salute mentale in carcere come fuori, non ci deve essere più differenza tra chi sta dentro le mura affidato alla cura dello Stato e il cittadino che sta fuori libero e che si può andare a cercare le cure attraverso il servizio sanitario nazionale (*Psichiatria*).

Tale considerazione ci ha confermato nell'impostazione già data in fase progettuale alla ricerca e ci ha orientato nell'organizzazione delle rilevazioni: i fattori ambientali, relazionali, socio-economici sono stati presi sempre in considerazione, a partire dall'analisi delle norme e della pianificazione per la prevenzione del rischio suicidario, per passare alla raccolta dei dati quantitativi, in cui si è chiesto di dare rilevanza alla presenza o meno della residenza e alla cittadinanza, fino alle interviste, in cui si è chiesto ai nostri interlocutori di esprimersi sia sull'impatto delle condizioni materiali e relazionali del carcere sulla salute mentale, sia sul peso delle condizioni socio-economiche della persona detenuta sulla possibilità di presa in carico esterna al carcere.

La *prevenzione* in generale, che è la vera novità dell'entrata del SSN in carcere, e in particolare la prevenzione del rischio suicidario dovrebbe essere un punto centrale dell'azione del sistema sanitario in carcere, anche se la percezione immediata è quella di una contraddizione tra le condizioni materiali del carcere e la prospettiva della prevenzione. Tale contrasto emerge, in particolare, dalla considerazione che i fattori che influiscono sul benessere della persona detenuta e sul fatto che questa riesca ad adattarsi alla condizione carceraria sono fattori non clinici, ma bensì, fattori sociali, come la presenza di un supporto familiare, di una rete economica di sostegno e la possibilità di mantenere i rapporti con l'esterno. Da cui emerge che mentre il tema dell'assistenza psichiatrica, diciamo, è chiaramente per lo meno in larga parte nelle mani dei servizi, il tema della salute mentale no, è interistituzionale (*Psichiatra, Volontaria Società della Ragione*). La prevenzione emerge, peraltro, come questione assolutamente non affrontata, almeno in alcune realtà (*Garante*). Per questo motivo si è deciso di tenere ben presente il tema della prevenzione e del benessere nella rilevazione dei dati quantitativi, in cui si sono predisposte domande specifiche in merito alle azioni svolte per contrastare il rischio suicidario, e nella parte qualitativa della ricerca, in cui si sono poste domande riguardo al benessere in ambito penitenziario e più nello specifico alle modalità messe in atto per affrontare il rischio di suicidio.

Quella che si chiama usualmente “*presa in carico*” è stata sviscerata nel confronto con gli operatori nel suo significato più specifico: ne è emerso che tre sono le modalità di rapporto al paziente che gli psichiatri utilizzano, ovvero la presa in carico, la presa in cura e la consulenza. Utilizzando la differenza tra queste, che sembra variare peraltro nei diversi contesti geografici, si sono richiesti i dati quantitativi e nelle interviste si è cercato di capire se e in che modo potesse avere conseguenze per la persona detenuta l'essere considerata in una tipologia o un'altra (per esempio ciò avviene in alcuni casi per la presa in carico del Serd). Un'altra questione che è emersa, connessa alla presa in carico, è quella delle diagnosi sociali, ovvero della possibilità di utilizzare i codici Z dell'ICD 10, ovvero tutte quelle diagnosi sociali che sono importanti per la salute: andare a dire che una persona ha problemi nel lavoro, nella casa, eccetera, eccetera, è diverso dal far passare tutto attraverso la diagnosi, e apre, la possibilità di una pluralità di forme di prendersi cura, come via attraverso la quale poi si costruisce la salute e anche il benessere della comunità. Quindi, si tratta di incominciare a dare il nome alle cose. Ne è un esempio lo studio del Collegio del garante nazionale sui suicidi, che mette bene in evidenza che i fattori correlati al suicidio sono altri, ci sono molti più senz'altro che non pazienti psichiatrici. In Emilia Romagna si sta cercando di adottare tali codici per dare, anche al di fuori

dell'ambito detentivo, un approccio che valuti sempre i bisogni e le risorse delle persone: è stato preparato un questionario sui bisogni e sulle risorse, considerando la persona risorsa e quindi, non soltanto un soggetto passivo ma un soggetto attivo che deve diventare quanto più possibile protagonista del suo percorso (*Psichiatra*). Nella richiesta di dati abbiamo tenuto conto di tale possibilità e abbiamo chiesto se i codici Z dell'ICD 10 fossero utilizzati e con quali numeri di diagnosi.

Sul tema delle *tossicodipendenze* ci ponevamo la questione se raccogliere dati anche su di esse e volevamo capire quanto la connessione tra salute mentale e dipendenze fosse sentita come importante: dai partecipanti è emersa l'assoluta rilevanza della questione e la necessità di tenere insieme il tema delle dipendenze in carcere con quello della salute mentale, insieme però alla necessità di mettere in discussione il significato della "tossicodipendenza" cercando di individuare le differenze tra le tipologie di utilizzo di sostanze e tra gli approcci al trattamento propri dei servizi. Ne abbiamo tratto la conseguenza di integrare la letteratura scientifica con testi in materia di droghe, e in particolare sui differenti approcci trattamentali, compresa l'autoregolazione e la riduzione del danno. Se le dipendenze sono considerate come parte dal disturbo psichiatrico emerge che la dimensione delle dipendenze rappresenta il 70% delle patologie, le altre patologie psichiatriche sono nell'ambito dei disturbi di personalità e dei disturbi affettivi di adattamento (*Psichiatra*).

I consumi attuali di sostanze sono peraltro abbastanza diversi dal modello che i Serd e anche la normativa sull'affidamento terapeutico in comunità hanno davanti, che è poi quello del consumo dell'eroina (*Volontaria Società della Ragione, Psichiatra*). Potremmo pensare a proporre modelli alternativi, un rinnovamento dell'offerta dei servizi, ma nel fare ciò dobbiamo avere chiaro la popolazione che abbiamo davanti: i modelli di autoregolazione del consumo, di gestione del consumo moderato o gestione del consumo controllato hanno già un buon indice di successo, ma sono utilizzati con persone che hanno un radicamento sociale abbastanza serio, cioè, con persone che hanno un lavoro, che hanno una serie di rapporti familiari e così via a cui tengono; quindi poiché c'è questo incrocio di caratteristiche sociali e caratteristiche cliniche, ne emerge che gli interventi vanno un po' calibrati rispetto alle caratteristiche sociali e su questo andrebbe fatto un serio approfondimento. Si tratta non solo di una questione di svecchiamento dei modelli di offerta dei servizi delle tossicodipendenze, ma di rendersi conto che c'è una componente sociale molto importante nella questione anche del consumo delle sostanze, perché altrimenti non si capiscono neanche le traiettorie di consumo (*Volontaria Società della Ragione*).

Nella Regione Emilia Romagna è stato costruito un percorso mirato alla certificazione della tossicodipendenza in carcere, con lo scopo di chiedere poi al territorio la costruzione di un percorso esterno: gli operatori hanno costruito un percorso di osservazione, valutazione e diagnosi, che dura all'incirca dai tre ai sei mesi, per poter certificare la tossicodipendenza, che non è solo quello che dichiara, ma anche un pregresso e anche un comportamento osservabile all'interno dell'istituto penitenziario; questo percorso permette agli operatori penitenziari di poter chiedere ai SerD territoriali una costruzione congiunta di un percorso alternativo, utilizzando la normativa in merito per chi ha una dipendenza patologica (*Psichiatra*).

Inoltre, nella questione dell'uscita dal carcere delle persone tossicodipendenti verso percorsi esterni vanno tenute in considerazione due questioni: una è quella economica, del costo dell'inserimento in comunità, che senza finanziamenti aggiuntivi si pone come punto problematico; l'altra è la questione della motivazione a intraprendere il percorso, che non si può dare per scontata visto che si tratta di un percorso più impegnativo del carcere (*Psichiatra*). Nella raccolta dei dati abbiamo chiesto informazioni quantitative sui detenuti in carico al SerD e con doppia diagnosi, nonché sugli affidamenti terapeutici concessi; nella parte qualitativa abbiamo introdotto tematiche nelle interviste in merito al trattamento dei detenuti con problemi di dipendenza in carcere, soffermandoci sulle modalità di accertamento/certificazione dello status e le opportunità di costruzione di percorsi di cura esterni al carcere.

Connessa, ma non sovrapponibile, alla questione delle dipendenze è quella del consistente utilizzo di *farmaci da abuso*, che da più parti è segnalato come una delle maggiori criticità per la salute mentale in carcere. Tanto che la Regione Emilia Romagna ha costruito un apposito modello di intervento per gestirla e arrivare a una riduzione o eliminazione del consumo. A livello regionale sono state elaborate delle linee di indirizzo sulle modalità di gestione dei farmaci da abuso, andando nella direzione di eliminare tutti quei farmaci che possono evolvere il quadro di tossicità e di letalità: le persone che entrano da altre carceri con certe terapie che è noto vengano utilizzate come droghe (per esempio triturandole e sniffandole) sono sottoposte a una progressiva riduzione del dosaggio e a una sostituzione con altri farmaci, che sono stati indicati nelle linee di indirizzo. Questo sta dando risultati per quanto riguarda la riduzione delle problematiche di abuso, di tossicità e anche di letalità, però incrementa le modalità comportamentali che generano l'autolesionismo per l'ottenimento di tali farmaci: su questo aspetto è in corso un lavoro congiunto con l'Amministrazione penitenziaria per affrontare e contenere certi comportamenti (*Psichiatra*). Un lavoro congiunto tra servizio sanitario e Amministrazione penitenziaria è particolarmente importante su questo tema anche per evitare quelle reazioni in termini di mantenimento della sicurezza che però non sono soluzioni, come

l'isolamento o i "tour penitenziari", in cui alcune persone passano attraverso anche 20 o 30 carceri e non si sa più come gestirle (*Psichiatra*).

La possibilità di uscire dal carcere ed essere curate in strutture esterne per le persone detenute con patologia psichiatrica è uno dei nodi della cura della salute mentale in carcere, tanto che quanto previsto dalla sentenza C.Cost. 99/2019 risulta scarsamente applicato e non sembra esserci la presenza nelle regioni oggetto della ricerca di linee guida di attuazione della sentenza per la presa in carico territoriale dei condannati con patologia psichiatrica: la realizzazione di percorsi esterni, quando è effettuata, sembra trovare altre strade, ovvero altre misure alternative piuttosto che un'applicazione espressa del disposto della sentenza. Anche in Emilia Romagna, nonostante la regione abbia predisposto delle linee guida che stabiliscono le procedure tramite le quali costruire i percorsi esterni al carcere, non sembra che vi siano molti casi di richiesta di uscita dal carcere per patologia psichiatrica (2 *Psichiatri/e*). Analogamente alla questione degli affidamenti terapeutici per persone tossicodipendenti, la questione dei costi della presa in carico in una struttura è segnalata anche in questo caso come un ostacolo (Pellegrini). Inoltre, un altro aspetto è che la magistratura di sorveglianza, anche di fronte alla sentenza n. 99, tende comunque ad avere un favore per soluzioni custodiali delle persone con problemi di salute mentale: quindi, se non vi sono garanzie fortissime, tende a cercare la soluzione chiusa, ovvero nelle Atsm (*Garante*). La questione dell'incompatibilità con la detenzione è comunque complessa e resta in gran parte oscura: la si è posta tra le richieste di dati quantitativi e come tematica agli intervistati nei suoi vari aspetti.

La presenza degli *stranieri in carcere* è emersa con forza come un fattore che caratterizza la vita penitenziaria e, in particolare, la possibilità di realizzare percorsi di uscita dal carcere e di presa in carico sul territorio: la mancanza del permesso di soggiorno, e spesso anche dei documenti, è un ostacolo alla realizzazione delle procedure, che si basano sulla residenza, che a sua volta necessita della presenza di documenti d'identità. Quello di quale percorso alternativo costruire nell'ambito delle dipendenze, soprattutto se sono stranieri, senza documenti e senza risorse personali, è l'elemento più importante e più gravoso che oggi si trova all'interno degli istituti penitenziari (*Psichiatra*). Inoltre, non è prevista dall'asl una competenza in etnopsichiatria, spesso gli psichiatri non hanno nemmeno nessuno che possa tradurre i colloqui, vengono tradotti i colloqui dai compagni di stanza che si rendono disponibili, ma il problema non riguarda solo la traduzione ma la mediazione culturale, le persone non vogliono farsi fare un prelievo, non capiscono che cos'è l'ecografia, quindi c'è un

tema di accessibilità medica, nel momento in cui si parla di salute mentale anche fare un banalissimo esame clinico può diventare un problema insormontabile (*Garante*).

La condizione degli stranieri, in particolare quelli extra UE, è stata tenuta come riferimento significativo nella raccolta dati, in quanto per tutti i dati richiesti è stato domandato di specificare quanti erano cittadini italiani, quanti UE e quanti extra UE. Anche nelle interviste in profondità si è portata l'attenzione sulla condizione di straniero, e su come vengono vissute e affrontate le problematiche dei documenti e della residenza.

La questione della *residenza* si interseca con la precedente, ma riguarda in generale tutti i detenuti, in quanto vi sono anche italiani che si trovano a essere senza fissa dimora: la residenza è nodo centrale nella realizzazione di percorsi esterni al carcere perché i servizi hanno definita la loro competenza in base alla residenza, che individua il Comune che deve pagare (*Psichiatra*). A tale scopo i detenuti senza fissa dimora dovrebbero (art. 45 O.P.) essere iscritti nell'anagrafe del Comune sede del carcere, ma tale norma lungimirante è spesso inattuata. Il Comune di Prato ha avviato un percorso volto a stipulare un protocollo tra il Comune e il carcere al fine di facilitare l'iscrizione anagrafica; questo comprenderebbe anche gli stranieri senza documenti, grazie all'utilizzo del documento di rilevazione dell'identità formato dal carcere. La Garante comunale, insieme alle Camere penali di Prato, vista la disponibilità del Comune e l'ufficio dell'assessore all'anagrafe di Prato, hanno dato supporto nella costruzione del protocollo (*Garante*). Tuttavia, l'iniziativa ha portato a un intervento del DAP, che ha bloccato le procedure in attesa di nuove determinazioni, mai pervenute.

Nella raccolta dei dati anche la residenza è stata posta in primo piano, chiedendo di evidenziare quanti, nelle diverse categorie, fossero senza residenza; nelle interviste si è richiamata l'attenzione sulla problematica della sua mancanza e come affrontarla.

4.2. Sopralluoghi nelle carceri

Sono stati effettuati due sopralluoghi, ciascuno della durata di un'intera giornata, presso gli istituti penitenziari di Udine (27 marzo 2025) e di Prato (4 aprile 2025). Per quanto riguarda il sopralluogo presso la Casa Circondariale di Roma Rebibbia – Sezione Femminile, l'accesso non è stato autorizzato a seguito di un avvicendamento nella direzione. Questo nonostante le ripetute sollecitazioni e il preliminare assenso da parte del DAP e del precedente direttore

dell'istituto. Per tale ragione, l'indagine relativa a questo istituto è stata condotta “esternamente”, attraverso l'analisi dei dati forniti dal Garante regionale del Lazio e dalla Garante comunale di Roma, nonché tramite interviste in profondità condotte con tali figure istituzionali.

In merito ai sopralluoghi, le visite hanno consentito un contatto diretto con i principali attori presenti negli istituti: personale penitenziario delle aree sicurezza ed educativa, professionisti dell'area sanitaria (medici e psichiatri), operatori del volontariato e garanti. In tali occasioni è sono state nuovamente illustrate le finalità di ricerca e negoziate le condizioni della sua realizzazione (Cardano, 2011). Contestualmente è stato condotto un focus group volto a discutere alcune tematiche rilevanti emerse nella fase di studio preliminare della ricerca, e che hanno condotto alla realizzazione del protocollo di tabelle per la raccolta dei dati quantitativi (cfr. Allegato B e C). In questa fase è stata condivisa e commentata la struttura del protocollo al fine di rendere quanto più comprensibili i quesiti predisposti e implementare lo stesso grazie al contributo delle persone presenti. Il protocollo è stato successivamente condiviso con i due istituti oggetto d'indagine. Inoltre, i sopralluoghi hanno favorito una preliminare raccolta di disponibilità - da parte delle figure professionali e ruoli istituzionali presenti - ad aderire alle interviste individuali previste dalla ricerca.

All'incontro è seguita la visita delle strutture, che sono state viste nella loro totalità (Udine) e per la maggior parte (Prato). Le giornate di sopralluogo sono state resocontate attingendo ai metodi dell'indagine etnografica (Cardano, 2018; Davies, 1998; Hammersley e Atkinson, 2019), come l'osservazione diretta quale strumento per la raccolta dati (Cardano, 2011; Gobo, 2001, 2007), in parallelo al sopra citato protocollo di tabelle per la raccolta di dati quantitativi rispetto alle strutture visitate.

4.3. Raccolta dati quantitativi

Al fine di raccogliere dati quantitativi a livello nazionale sui numeri dei suicidi e degli altri eventi critici che si verificano negli istituti penitenziari, oltreché sui numeri delle persone detenute collocate nelle Articolazioni di Tutela della Salute Mentale (ATSM), è stata inviata una formale richiesta al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Ad oggi, tuttavia, non è ancora pervenuta una risposta ufficiale. Nello specifico, i dati richiesti riguardavano:

- ❖ la distribuzione, per l'anno 2024, dei suicidi e degli altri eventi critici suddivisi per regione, tipologia, genere e cittadinanza (italiana, UE, extra-UE);
- ❖ il numero di eventi critici occorsi nel 2024 presso le carceri di Prato, Udine e Rebibbia Femminile, distinto per tipologia, genere e cittadinanza (italiana, UE, extra-UE);
- ❖ la consistenza numerica delle ATSM (posti disponibili, disaggregati per genere e cittadinanza – italiani, cittadini UE, stranieri extra-UE), nonché le presenze effettive al 31 dicembre 2024 e i dati di flusso relativi alle persone ospitate nel corso dell'anno 2024.

Parallelamente, sono stati raccolti dati numerici direttamente presso gli operatori penitenziari, organizzati in protocolli di tabelle (cfr. Allegato C) appositamente realizzati e perfezionati sulla scorta dei suggerimenti e delle osservazioni raccolte da professionisti e professioniste partecipanti alla giornata di sopralluogo (cfr. Allegato B). Le informazioni raccolte includono dati relativi al personale in servizio, alla popolazione detenuta e alle misure adottate per la prevenzione del rischio suicidario. La tabella è stata inviata, a distanza di due settimane dai sopralluoghi, ai principali referenti coinvolti (in particolare all'area sanitaria e a quella penitenziaria, sia di sicurezza sia all'area educativa), con richiesta di compilazione. I dati richiesti, relativamente alla popolazione detenuta, sono stati tutti specificati per cittadinanza, residenza ed età (evidenziando la presenza di giovani adulti infra 25enni). Per citare solo i principali, sono stati richiesti dati sulla presa in carico, presa in cura e consulenze relative alla psichiatria, dati sulle doppie diagnosi, sulle persone in carico al SerD, sulle persone che sono uscite dal carcere in detenzione umanitaria o in affidamento terapeutico, sugli eventi critici, come autolesionismo, tentati suicidi e suicidi, sulle sanzioni disciplinari e sulle procedure di prevenzione del rischio suicidario.

La raccolta dei dati quantitativi ha evidenziato grandi difficoltà di coordinamento tra i servizi che operano in carcere e tempi e modalità di risposta molto differenti tra l'uno e l'altro, tanto

che alcuni dati sono ancora mancanti. I dati acquisiti sono stati inseriti nel Cap. 5 di questo report, organizzati in tre tabelle per ogni istituto, relative a:

- ❖ personale in servizio per le varie aree professionali
- ❖ popolazione detenuta
- ❖ prevenzione del rischio suicidario

4.4. Ricerca qualitativa condotta tramite interviste in profondità

La parte qualitativa della ricerca è stata sostanziata con la conduzione di 18 persone interviste, dunque un numero decisamente alto, considerando che si tratta di interviste narrative (Cardano, 2011; Jovchelovitch e Bauer, 2000; Potter e Hepburn, 2005) in profondità che hanno consentito a un'analisi delle rappresentazioni delle persone intervistate attorno al tema della salute mentale negli istituti penitenziari. Questo tipo di scelta di metodo ha permesso di generare dati attraversando il piano narrativo dell'esperienza assieme alle persone intervistate (Al  x e Hammarstr  m, 2008) al fine di rispondere ai specifici obiettivi di ricerca (Cardano, 2011). Le figure professionali coinvolte sono state: 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). A tutela dei principi di riservatezza e per proteggere le identit   delle persone partecipanti (Creswell, 2009: 96), i dati raccolti sono stati anonimizzati, indicando in modo generico la professionalit   della persona intervistata e senza indicare l'appartenenza al contesto di Udine, Prato o Roma. Le interviste sono state realizzate interamente online, tramite la piattaforma Zoom, di modo da incontrare le disponibilit   di chi si    messo/a disposizione per questa ricerca. Le interviste trascritte sono state analizzate attraverso l'analisi tematica (Braun e Clarke, 2019, 2022), per la quale si    fatto ricorso al software di analisi dati qualitativi ATLAS.ti 9. L'analisi tematica    stata condotta indipendentemente da due ricercatrici e successivamente soggetta a confronto incrociato. In appendice    stato allegato il protocollo di domande aperte adottato per le interviste condotte (cfr. Allegato A).

La combinazione dei dati raccolti tramite i sopralluoghi con quanto raccolto con le interviste, ha consentito di esplorare i significati che le persone partecipanti attribuiscono alle pratiche e agli eventi che si sviluppano nel contesto della ricerca.

Capitolo 5 - I risultati della ricerca: I dati quantitativi

5.1. Casa circondariale di Prato

5.1.1. Indicazioni emerse dai seminari introduttivi

Dai seminari iniziali sono emerse anche alcune indicazioni riguardanti specificamente le singole carceri. In particolare la Garante comunale, dott.ssa Margherita Michelini ha segnalato che Prato è un carcere complesso perché ha un reparto collaboratori di giustizia, più sezioni di media sicurezza, una sezione offenders, due sezioni di alta sicurezza e un reparto di semiliberi. Nell'ultimo anno è salito alla ribalta perché ci sono stati ben 4 suicidi. A Prato c'è un servizio nuovi giunti, ma non c'è una sezione dedicata, per cui i detenuti vengono mandati subito in una sezione senza che vi sia un esame attento della persona. La Garante ha proposto alla direzione di prendere in considerazione questo fatto.

Per quanto riguarda i percorsi alternativi esterni: Prato che è un carcere di dimensioni abbastanza ampie perché ha 600 detenuti, e più del 50%, anzi quasi 60% sono stranieri, e circa 200 di loro non hanno residenza. Questo comporta difficoltà e anche impossibilità sia delle persone con problematiche psichiatriche, sia dei detenuti tossicodipendenti a avviare percorsi alternativi: questi stranieri praticamente, non hanno un'identità certa, per cui non sono seguiti da nessuno, non hanno nessuna asl di appartenenza. Si tratta di un grosso problema che la Garante sta affrontando con il Comune di Prato, con la Camera penale e il carcere, lavorando alla costruzione di un protocollo che faciliti l'iscrizione in anagrafe, perché senza residenza non vi è possibilità di un percorso che si possa sviluppare all'esterno.

Le problematiche si sovrappongono: stranieri, tossicodipendenti, psichiatrici, senza residenza; per cui, indica la Garante, sarebbe opportuno comprendere anche i tossicodipendenti tra i detenuti psichiatrici che sono oggetto della ricerca.

5.1.2. Dati emersi nell'ambito della visita: protocollo dati e note etnografiche

Durante la visita condotta in data 4 aprile 2025 sono stati utilizzati due strumenti di rilevazione: un protocollo costruito *ad hoc* riguardante le principali caratteristiche strutturali e organizzative del carcere (cfr. Allegato B e C), e le note personali di ricercatrici e ricercatori partecipanti. Rifacendoci all'indagine etnografica (Cardano, 2018; Davies, 1998; Hammersley e Atkinson, 2019), la presente ricerca si è avvalsa dell'osservazione diretta come fonte d'informazioni (Cardano, 2011; Gobo, 2001, 2007) con l'obiettivo di restituire una comprensione delle prospettive di chi abita il contesto oggetto di studio.

Descrizione generale

La Casa circondariale di Prato "La Dogaia" è entrata in funzione nell'agosto del 1986. Costruito nella metà degli anni '80, l'istituto ha una superficie di 71.000 mq comprensiva di reparti detentivi, uffici della direzione e alloggi demaniali, reparto media sicurezza, sezione alta sicurezza, polo universitario (non più presente), semilibertà, sex-offender³¹.

Essendo collocata fuori dal centro della città di Prato, la struttura non è facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, come indicato nel sito del Ministero della Giustizia. Infatti, per raggiungere l'istituto dalla stazione di Prato centrale, è necessario raggiungere la fermata dell'autobus Ponte alla Dogaia, per poi proseguire a piedi per circa 1 km³².

Considerata la capienza regolamentare totale del carcere pari a 589 posti, di cui 29 non disponibili, al momento del sopralluogo (4 aprile 2025) erano presenti 643-644 (fino anche a 650) persone detenute, numeri che trovano conferma in uno scambio avuto con il Comandante, in cui l'istituto ci è stato dipinto come il più affollato della Toscana con "cento detenuti in più rispetto a Sollicciano" (nota etnografica del 4 aprile 2025). In data 26 febbraio 2025³³ la struttura dispone di 589 posti regolamentari, 1 non disponibili e un totale di 649 detenuti presenti, evidenziando una situazione di sovraffollamento. Tra le sezioni più affollate spicca la media sicurezza, ove è collocata la maggior parte della popolazione straniera (ca. 60%) - solo

³¹ Fonte Ministero della Giustizia: https://www.giustizia.it/giustizia/it/dettaglio_scheda.page?s=MII179958

³² *Ibidem*

³³ La data di riferimento scelta per la maggior parte dei dati quantitativi raccolti (28/02/2025) corrisponde al giorno in cui il Ministero della Giustizia rende disponibili sul proprio sito i dati relativi alle persone detenute, distinti per istituto penitenziario. Tale scelta consente di incrociare i dati in modo da ottenere percentuali significative e comparabili.

alcuni in alta sicurezza -, altresì rappresentativa della maggioranza della popolazione detenuta. Le persone con tossicodipendenza si trovano in media sicurezza.

All'interno della struttura, le sezioni sono così distribuite:

- ❖ 8 di media sicurezza. Sono le sezioni dalla 1° all'8°, tra queste ve ne sono due protette: la prima è riservata esclusivamente ai sex offenders, mentre la "protetta promiscua" è destinata ad altre categorie di persone che, per la tipologia di reato commesso o per altre caratteristiche, potrebbero avere problemi nelle sezioni comuni (es. ex agenti di polizia penitenziaria);
- ❖ 2 di alta sicurezza;
- ❖ 1 ex polo universitario, ove al momento della visita sono presenti i c.d.incollocabili in attesa di trasferimento: nonostante alla sezione sia stata cambiata la destinazione, nel carcere di Prato ci sono 31 studenti iscritti all'università di Firenze, attualmente dislocati in varie zone;
- ❖ 1 di isolamento;
- ❖ 1 semiliberi (e art. 21);
- ❖ 1 collaboratori di giustizia, collocata in un blocco separato rispetto alle altre sezioni
- ❖ 1 sezione nuovi giunti in fase di prossima apertura, adibita ad utilizzi diversi e caratterizzata dalla presenza di celle lisce³⁴.

Per ogni sezione ci sono 25 camere a tre posti letto con superficie pari a circa 3 metri quadri pro capite. Se formalmente il carcere risulta poco sovraffollato, le stanze a tre risultano invivibili, tant'è che è stato fatto un sopralluogo da parte della Camera penale di Prato ed è aperto un contenzioso. A tal proposito, durante il sopralluogo ci viene segnalato che, a seguito della sentenza Torreggiani, l'istituto ha affidato ad una ditta esterna un incarico per 10.000€ finalizzato alla misurazione del perimetro delle celle. Attualmente, pare vi sia una nuova perizia in atto in quanto non è sicuro che effettivamente siano garantiti i 3x3 metri quadri calpestabili per detenuto. A prescindere dalla correttezza della misurazione e dal contenzioso aperto, l'invivibilità delle celle è condivisa anche dal comandante che ci accompagna durante il sopralluogo, restituendoci una consapevolezza istituzionale rispetto alle condizioni di abitabilità di quei luoghi.

³⁴ La Garante sostiene la necessità di attivare una sezione per nuovi giunti. Durante il sopralluogo veniamo informati che i lavori per realizzarla sono terminati e che a breve verrà attivata (nota etnografica del 4 aprile 2025).

Ogni sezione ha uno spazio dedicato alla socialità e docce esterne alle celle, oltre ad un telefono per sezione e una piccola area lavanderia con lavatrice e asciugatrice a gettoni. Ad ogni piano, un'infermeria centrale e una medicheria destinata al personale medicale servono due sezioni. Per ciascuna sezione è previsto un medico di base, che accede due volte alla settimana e ha in carico un'utenza di circa 60-70 persone. Rispetto all'utilizzo di questo servizio, durante il sopralluogo un membro del personale sanitario ci comunica che laddove un detenuto dovesse cambiare sezione questo implicherebbe anche un cambio del medico generale di riferimento, inficiando la continuità del rapporto giacché “se ci si chiede se il detenuto può scegliere il medico la risposta è no” (nota etnografica del 4 aprile 2025).

Sempre rispetto al personale sanitario, ci viene specificato come vi sia un unico medico di guardia sulle 24H per le urgenze sull'intero istituto. Questo è collocato nell'area sanitaria del carcere, dislocato e lontano dalle sezioni. Infatti, alcune delle persone detenute incontrate hanno lamentato la mancata presenza del medico di guardia in sezione e che, in caso di un malore grave, può accadere che un compagno di sezione debba trasportare a spalla la persona fino all'area sanitaria. Come ci racconta una persona detenuta incontrata, la non disponibilità immediata di un medico in caso di situazioni emergenziali è fonte di profonda preoccupazione:

“un'altra persona che con un certo turbamento mi informa che se si ha bisogno di aiuto qui bisogna urlare per chiamare se c'è un problema...poi arriva l'appuntato e dopo ti chiama il dottore. Ce n'è uno solo [...] è devastante sapere che se stai male alla sera”

Relativamente alla gestione dell'istituto, tra le problematiche condivise vi sono la governance dello stesso (sia la direzione che il comandante rivestono questo ruolo come figure “in missione”, provvisorie), sia una carenza di personale. A detta del comandante, oltre ad essere sottonumero, il personale è composto da giovani al primo servizio che non hanno il “*physique du rôle*”, sono molto spaventati e crollano facilmente” (nota etnografica, 4 aprile 2025), segnalando difficoltà ad ambientarsi e a lavorare in un istituto con così tante problematiche; il comandante stesso ci si presenta come in missione, dichiarando di non voler rimanere:

"Ci sono in sezione ragazzi di 20 anni mandati qui dopo quattro mesi di corso e hanno paura di entrare dentro...molti poi si licenziano...di personale più vecchio di esperienza ce

n'è rimasto pochissimo, i giovani non sono affiancati (area educativa)” (nota etnografica, 4 aprile 2025).

Celle e spazi comuni

Le sezioni di media sicurezza e di alta sicurezza sono disposte su due lati differenti della struttura, mantenendo la separazione dei detenuti. Le celle di media sicurezza e delle sezioni “protette” ospitano fino a 3 persone con un letto a castello e un altro utilizzato a volte come divano. Sono dotate di bagni interni ristretti, privi di doccia (le docce sono esterne e in comune tranne che in una sezione). Le sezioni che abbiamo avuto modo di visitare durante il sopralluogo sono state: 1 sezione ad alta sicurezza, 2 a media sicurezza, tra cui la sezione protetti, la sezione isolamento e le celle destinate ai nuovi giunti.

Secondo le persone detenute con cui abbiamo avuto modo di interloquire durante il sopralluogo, l'acqua calda è presente solamente nella doccia, ma non nei bagni delle stanze, mentre d'estate viene fornito un ventilatore per stanza. Ad un primo sguardo, le celle sono ristrette e non sembra garantire i 3 metri quadri. I materassi sono di gomma piuma gialla e spesso le lenzuola vengono cambiate 1-2 volte al mese (secondo un detenuto), a differenza della federa il cui ricambio è soggetto a tempistiche dilatate.

Per quanto riguarda i nuovi giunti, alcune persone detenute ci testimoniano come le lenzuola non siano immediatamente consegnate con il trasferimento in cella, ritrovandosi per alcuni giorni costretti a dormire a contatto diretto con i materassi in gommapiuma che non si presentano, alla vista, in condizioni decenti.

“Entriamo in una cella e vediamo un detenuto su un letto e uno dei due materassi dei due letti è senza lenzuola e senza coprimaterasso. Il materasso di gommapiuma presenta evidenti segni di chi vi ha precedentemente riposato: macchie tali che sembra un sudario o una sindone, a vederlo così, si fa veramente fatica a pensare come sia possibile sdraiarsi e riposare sopra e non si stenta a credere che ci siano problemi di pulci del letto” (nota etnografica, 4 aprile 2025).

Durante il sopralluogo le persone detenute che incontriamo ci condividono ulteriori problematiche di natura igienico-sanitaria: dalla presenza di cimici del letto, all'insufficienza di forniture (4 rotoli di carta igienica al mese, detersivi “ogni tanto”), al cibo “di pessima qualità

e scarso nella quantità” (nota etnografica, 4 aprile 2025), financo la sporcizia che caratterizza le docce, spesso non funzionanti e ingombre di muffa. Per chi ha delle risorse economiche, vi è la possibilità di pagarsi dei pasti personali, così come di acquistare i gettoni della lavatrice (10€ per lavaggio e asciugatrice secondo quanto condiviso da una persona detenuta.), evitando le lunghe tempistiche previste dall’istituto per il lavaggio (4-5 mesi).

“I detenuti di una delle due sezioni (la 5° o la 6°) ci chiamano perché vogliono mostrarci le condizioni delle docce, così entriamo. Sono orribili: le pareti sono ricoperte di muffa verde, la parte bassa delle mattonelle è completamente marrone, funzionano solo due docce su cinque per mancanza di pomelli, sul muro esterno c'è un buco abbastanza grande da sembrare una piccola finestra, facendo passare in inverno l'aria fredda, sulla parete esterna delle docce il cemento si sgretola. Il vice direttore concorda che sia indecente e dice che sarà presto ripristinato” (nota etnografica del 4 aprile 2025).

Durante il sopralluogo presso la sezione protetta riservata a sex offenders, le celle sono aperte e i detenuti si accalcano intorno a noi per esporre le difficoltà della sezione. Oltre alla precarietà delle condizioni igienico-sanitarie summenzionata, un tema che viene ripetuto è la sensazione di sentirsi preoccupati e insicuri di fronte alle aggressioni di altri detenuti, in quanto gli agenti spesso non intervengono. Un giovane detenuto aggiunge: “sai del ragazzo morto perché sniffava gas³⁵ in cella? Tutti sapevano, ma nessuno ha fatto niente” (Nota etnografica, 04 aprile 2025). Un altro sottolinea la difficoltà di ricevere assistenza sanitaria tempestiva: “se stai male alla sera, devi urlare per chiamare. Poi arriva l'appuntato e dopo ti chiama il dottore. Ce n'è uno solo...è devastante sapere che se stai male alla sera [passa molto tempo prima di avere aiuto/supporto immediato]” (*ibidem*). Un altro detenuto ci racconta che qualche giorno prima un altro detenuto si è ubriacato, con l'alcool fatto in cella, e ha dato in escandescenze, al che l'agente lo ha chiuso in cella insieme al compagno, il quale veniva aggredito e ha urlato molto prima che l'agente intervenisse per aprirlo e toglierlo dalla situazione (nota etnografica del 4 aprile 2025). Un ulteriore problema riguarda l'accesso ai servizi psicologici: “qui si perdono le domandine, io voglio andare dallo psicologo ma non ci riesco” (*ibidem*). Le telefonate (1 euro per 10 minuti a detta di una persona detenuta) sono percepite come un beneficio, ma la carenza di personale limita la possibilità di concessioni aggiuntive: “se chiedi una telefonata in più ti

³⁵ Situazione analoga ci viene presentata da un membro del personale dell’istituto circondariale di Udine, dove è stata disposta per alcune persone una regolamentazione rispetto alla consegna del fornellino a gas acquistabile dalle persone detenute per poter cucinare in cella, giustificando questo controllo a fronte di ripetuti casi di inalazione.

dicono di no perché bisogna scendere”³⁶ (*ibidem*). Anche l’accesso al lavoro è limitato: “non c’è, si lavora 1-3 mesi a rotazione”, afferma una persona, mentre un’altra sottolinea che “non ci danno la busta paga” (*ibidem*). Prima di abbandonare la sezione di media sicurezza, una persona ci chiede di promuovere un referendum con richiesta d’indulto.

Diversamente dalla media sicurezza, le celle della sezione alta sicurezza sono esteticamente più pulite e ben arredate, si respira un’aria diversa. Le sezioni di alta sicurezza sono due ed entrambe di livello AS3, ovvero quella che riguarda i quadri della criminalità organizzata. I diversi circuiti AS1, AS2, AS3, se accumulati dallo stesso livello di sicurezza, sono differenziati per tipologia di detenuti che ospitano: AS1 riguarda detenuti che precedentemente si trovavano al 41-bis; AS2 riguarda anarchici e terroristi; AS3 riguarda i quadri della criminalità organizzata ed è quella più numerosa (area sicurezza).

Nelle sezioni le condizioni della struttura sono accettabili, le docce non hanno muffa e hanno i pomelli, le celle sono affollate (come in tutta la struttura) e molte di quelle previste per due persone sono utilizzate da tre. Durante il sopralluogo in questa sezione, un detenuto prende l’attenzione inscenando una protesta per il cibo scadente che arriva dal carcere. La prassi, in alta sicurezza, è quella che ognuno si cucina per sé le cose che acquista al sopravvitto e, avendo disponibilità economiche, questa modalità è la scelta dalla maggioranza delle persone. La protesta in oggetto, scivolando anche in contenuti razzisti, riguarda in particolare il fatto che la sezione alta sicurezza non è rappresentata nella commissione di detenuti che valuta la qualità della cucina e da parte dell’amministrazione penitenziaria non c’è alcuna apertura in merito: anche immaginando la realizzazione di due commissioni distinte (1 per alta sicurezza e una per la media) la giustificazione istituzionale che ci viene condivisa riguarda l’impossibilità di un contatto tra AS e media sicurezza.

Durante l’osservazione in AS notiamo come sia entrato in vigore il regime chiuso³⁷, contro cui protestano sia detenuti che agenti. Infatti, i detenuti possono uscire dalle celle a condizione di convocare l’agente per l’apertura e la chiusura delle celle, comportando ulteriore lavoro:

“I blindi sono tutti chiusi e il comandante ci spiega che questo è dovuto ad una circolare che ha imposto la chiusura delle sezioni di alta sicurezza. Chiedo se si riferisce alla

³⁶ Questo implica la necessità di un accompagnamento da parte di un agente della polizia penitenziaria, risorsa scarsa in un istituto con organico ridotto.

³⁷ Circolare 27 febbraio 2025 “Modalità custodiali alta sicurezza”

circolare del 2022 sul regime di celle aperte, ma mi dice che si tratta di una più recente circolare specifica per l'alta sicurezza. Chiedo cosa prevede la circolare. Mi risponde che devono stare con il blindo chiuso ma possono chiamare per andare in area socialità" (nota etnografica, 4 aprile 2025).

In una delle sezioni di alta sicurezza ci viene mostrato il nuovo "polo penitenziario diffuso", in sostituzione del vecchio polo penitenziario che occupava un'intera sezione. Si tratta di una stanza ad ogni piano dell'alta sicurezza con un paio di tavoli per lo studio, qualche PC e qualche libro. Lì troviamo uno studente che ci dice che sta preparando un esame per giurisprudenza.

Alla sezione destinata all'isolamento transitiamo per un periodo ridotto, non accedendo alle celle ma interloquendo con tre persone detenute lì presenti. Queste ci informano di essere lì non in ragione di provvedimenti disciplinari ma su richiesta personale a fronte di difficoltà di convivenza in sezione. Inoltre, ci segnalano problemi e sporcizia nella zona di passeggio a loro riservato, alla quale non riusciamo ad accedere per un sopralluogo.

La sezione "nuovi giunti" è collocata in fondo al corridoio dell'area matricola e comando ed è appena stata ristrutturata: si tratta di alcune (5/6) celle poste in una sezione separata. La funzione dovrebbe essere quella di ospitare i nuovi giunti, ma non solo, anche di rispondere a esigenze di etero/auto/aggressività dei detenuti, sul modello "celle lisce". La ristrutturazione, tuttavia, sembra non aver tenuto conto della funzione di accoglienza a cui le tre celle dovrebbero essere destinate: le celle non presentano mobili né pareti divisorie. Il bagno a vista è ridotto ad una turca con un soffione a muro collocato sopra e uno scarico per l'acqua sul pavimento, separato da una mezza porta tipo "saloon" dal resto della stanza da un muretto di circa 1 metro d'altezza. Lo spazio angusto del bagno dà adito ad interrogativi sul come sia possibile lavarsi in quello spazio. Il lampadario è incassato nel soffitto, mentre il pavimento è dello stesso colore grigio asfalto del blocco di cemento che costituisce il letto: un blocco unico che emerge come protuberanza parallelepipedica dal pavimento; privo di materasso che, veniamo informati, viene fornito nel momento di un accesso. Ad un occhio profano, di ristrutturato sembra essere solamente il colore verde acceso e bianco delle pareti. In queste celle "progettate, pensate e realizzate per i nuovi giunti, è difficile immaginare un'accoglienza priva di impatto traumatico con l'istituzione" (nota etnografica, 4 aprile 2025).

Le stanze adibite alla socialità sono presenti ad ogni piano (su cui insistono 2 sezioni), e si caratterizzano per la presenza di tavolini, sedie e televisore. L'area passeggi, anch'essa presente, si caratterizza per la presenza di cubicoli di cemento, con alte mura perimetrali, per ogni sezione. Ogni passeggi ha una piccola area coperta, in cui è presente un tavolino da ping pong in muratura.

Durante la visita ci viene mostrata un'ampia area polifunzionale, caratterizzata da murales a tema egizio sulle pareti. La struttura è organizzata come un quadrilatero di corridoi che si affacciano su uno spazio al piano inferiore, allestito come campo da basket e calcetto, dotato di canestri e porte. Secondo quanto riferito dalla funzionaria giuridico-pedagogica che ci accompagna, lo spazio è utilizzato per diverse finalità: gli allenamenti della squadra di calcio interna, partite occasionali con squadre esterne, eventi e attività sportive, ma anche iniziative comunitarie di rilievo. In particolare, vi sono state organizzate cene di raccolta fondi che hanno coinvolto fino a 400 persone, con pasti cucinati e serviti dai detenuti impegnati nel percorso alberghiero.

All'interno dell'istituto vi è inoltre presente uno spazio dedicato all'esercizio del culto. È garantito l'esercizio del culto cattolico grazie alla presenza regolare del parroco, mentre l'imam non accede regolarmente: "c'è la moschea interna, oggi viene l'imam di Firenze e farà un incontro e la preghiera con chi lo desidera" (nota etnografica, 4 aprile 2025). L'istituto ospita anche un progetto di dialogo interreligioso, tra cristiani e musulmani: una serie di incontri che ha visto la partecipazione di circa una trentina di persone detenute. La dimensione religiosa, tuttavia, non si limita alla pratica rituale, ma costituisce anche un'importante occasione di socialità e sostegno reciproco, come ci condivide la funzionaria che ci affianca nel sopralluogo: "Alla messa vanno tutti, di tutte le religioni...il cappellano assiste i più poveri versando loro 5 euro al mese sulla scheda per le telefonate. È andato anche a comprare carne halal per il ramadan" (nota etnografica, 4 aprile 2025).

Attività formative

L'area educativa ci segnala diverse attività formative attualmente in corso, tra queste:

- ❖ Attività teatrale (3 pomeriggi a settimana)
- ❖ Sartoria (destinata alle persone detenute in sezione protetti)
- ❖ Biblioteca (riaperte post-covid)
- ❖ Attività di “serra” (per coloro che sono collocati nella sezione protetta, a seguito di una selezione)
- ❖ Sala cinema

Per il 2024-2025 è stato attivato un progetto finanziato da bando che prevedeva dieci corsi di formazione professionale nei settori dell'edilizia e della termo-idraulica (formazioni correlate alle esigenze dell'istituto coinvolto), ciascuno della durata di 250h (100 di teoria, 75 di pratica e 75 di stage). Lo stesso bando prevede 4 corsi per 13 persone iscritte (fine pena medio-lunghi). Nonostante la proposta progettuale, ci viene segnalata un'elevata dispersione: ad oggi risultano attivati soltanto 4 su 10 corsi. Prima del periodo pandemico venivano organizzate cene all'interno dell'istituto che coinvolgevano anche persone esterne, fino a 150 partecipanti, soprattutto in occasione delle festività. I fondi raccolti grazie a tali eventi venivano destinati all'allestimento di laboratori e alla realizzazione di progetti di vario genere.

Attività di istruzione

Nell'istituto sono presenti percorsi di istruzione a diversi livelli: tre gradi di alfabetizzazione, un corso di scuola media e quattro indirizzi di scuola superiore. Questi ultimi comprendono un percorso tessile–abbigliamento e moda (destinato esclusivamente alla sezione protetti), un indirizzo commerciale, un corso socio-sanitario (riservato ai collaboratori di giustizia e alla sezione Alta Sicurezza) e un istituto alberghiero, anch'esso rivolto unicamente ai protetti e a persone in media sicurezza. La partecipazione a ciascun percorso appare strettamente determinata dalla collocazione della persona detenuta nelle sezioni, e non da criteri di scelta individuale. Ci viene specificato che se la persona ha già avviato o concluso un percorso d'istruzione, l'istituto si predispone per acquisire i documenti certificanti il percorso formativo. Dal prossimo anno scolastico (2025-2026) non verranno più attivati il primo e il secondo anno dell'alberghiero, scelta che avrà importanti ripercussioni sull'offerta educativa e sulla gestione quotidiana della popolazione detenuta. La motivazione, riferita dall'area educativa, risiede nella scarsa frequenza riscontrata: nonostante l'alto numero di iscritti iniziali, la partecipazione

si riduce progressivamente durante l'anno. Tale andamento ha spinto il Provveditorato a interrompere l'attivazione dei cicli iniziali, con il rischio di un progressivo smantellamento del percorso di studio. Come ci specifica l'area educativa: "la posizione del Provveditorato è comprensibile, se di 50 iscritti, alla fine dell'anno arrivano in 10 si configura un 'danno all'erario'" (area educativa). (nota etnografica, 4 aprile 2025).

Nonostante la gravità della prospettiva, se ne attribuisce la responsabilità alla cattiva volontà dei detenuti, dando adito a stereotipie come "non sono costanti, non c'è rispetto per le regole, sono giovani" (nota etnografica del 4 aprile 2025):

"Il prossimo anno perdiamo la prima classe dell'alberghiero...perché ci sono ora tanti detenuti giovani che non rispettano gli orari...non avremo il primo periodo (ndr: classi prima e seconda) né dell'alberghiero né del socio-sanitario...sarà difficile senza il biennio, aumenteranno gli eventi critici...già d'estate, da metà luglio in poi è drammatico, senza scuola e con pochi agenti (area educativa)" (nota etnografica, 4 aprile 2025).

Giovani adulti (18-25 anni)

I giovani adulti non sono collocati in sezioni separate, ma distribuiti tra gli altri detenuti. La loro presenza è numerosa, soprattutto tra persone straniere. Un'operatrice dell'area educativa descrive così la situazione:

"Nella fascia 18–30 ce ne sono tanti, prevalentemente stranieri. È aumentato il disagio sociale. Sono ragazzi che hanno vissuto la strada o, al meglio, una comunità. Sono arrivati senza documenti, con reati di spaccio... Alcuni di loro riusciamo a inserirli. Sono tutelati finché hanno lo status di detenuto e acquisiscono una professionalità, poi con il fine pena finisce tutto" (nota etnografica, 4 aprile 2025).

Gli spazi della cura

Gli spazi dedicati ai servizi sanitari si trovano in un'area distante dalle sezioni e risultano complessivamente ristretti. Sono presenti diversi ambulatori, dotati anche di attrezzature diagnostiche (tra cui ecografo, RX e postazione dentistica), ma gli ambienti psichiatrici appaiono particolarmente angusti.

Il dirigente ci comunica di aver richiesto un trasferimento in spazi i più adeguati e vicini alle sezioni. Infatti, una delle principali difficoltà di gestione riguarda la frequenza con cui i detenuti che hanno una visita medica, o un esame diagnostico fissato, non vengono accompagnati all'area medica dalla sezione dove sono collocati per carenza di personale di polizia penitenziaria.

Come per le persone con problematiche legate all'uso di sostanze, per le persone con diagnosi psichiatrica e problematiche di salute mentale si trovano distribuite in modo diffuso nelle diverse sezioni; non vi è dunque una collocazione stabile e univoca, tantomeno la presenza di un'articolazione per la tutela della salute mentale (ATSM). Da tale collocazione non emergono particolari problemi. Il personale delle diverse aree concorda nel ritenere che i principali problemi di convivenza non dipendano dalla presenza di persone con disturbi psichiatrici, bensì dalle tensioni tra diverse etnie, motivo per cui la collocazione in cella avviene spesso su base etnica. Non emerge un particolare stigma verso chi presenta disturbi psichiatrici, anche gravi.

Quanto ai numeri delle persone con disturbo psichiatrico emerge che quelli con disturbo grave non sono molti. Un sanitario chiarisce la situazione:

"Siamo nel qui e ora, siamo nella gestione del quotidiano...le diagnosi maggiori non sono la maggioranza e non sono nemmeno quelle più problematiche, sono invece le doppie-diagnosi, i disturbi di adattamento..." (nota etnografica, 4 aprile 2025).

Quanto all'applicazione della detenzione domiciliare umanitaria, per detenuti con patologia psichiatrica, prevista nella sentenza Corte Costituzionale n.99/2019, durante il sopralluogo raccogliamo da operatori e operatrici sanitarie una risposta generalizzata secondo cui *"il carcere è incompatibile a 360° con la patologia mentale [ma] non sappiamo cosa fare"*. Quando all'incertezza diffusa richiamiamo la sentenza summenzionata, ci viene ribadito: *"non è una strada tracciata ma da tracciare: dove vanno i senza dimora, i clandestini, etc.? Ne abbiamo tanti, non hanno domicilio...a quale servizio vanno?"* (nota etnografica, 4 aprile 2025). Problematiche, queste, che abbiamo cercato di affrontare nel corso delle interviste narrative, i cui risultati sono stati riportati nel capitolo successivo.

Non sono attualmente presenti situazioni di transizione di genere. Tuttavia, ci viene raccontato che in passato una persona in fase di transizione ha interrotto il percorso di transizione una volta

entrata in carcere, per la difficoltà di gestire il cambiamento all'interno dell'istituto carcere. L'uso del maschile universale adottato dall'educatrice per descrivere questa situazione rende conto di una sensibilità acerba rispetto alla questione transizione di genere. Secondo Das Vieira e Ciuffoletti (2015) l'esperienza più significativa nazionale di spazio detentivo per persone transgener (unicamente $M \rightarrow F$) è stata all'interno della Casa Circondariale Firenze Sollicciano, in un reparto femminile, oggi purtroppo chiuso a seguito di una riorganizzazione della struttura. Diversamente, l'unica modalità di detenzione ad oggi disponibile permane l'assegnazione in sezioni protette all'interno del reparto corrispondente al sesso biologico della persona.

Infine, per la sezione collaboratori è prevista la presenza di due presidi sanitari, con un medico presente tre volte alla settimana e il supporto di uno psichiatra.

5.1.3. Dati tabelle

Si riportano qui di seguito tre tabelle contenenti dati quantitativi di cui si è chiesto la compilazione ai vari operatori presenti in carcere: Centro salute mentale, servizio dipendenze, area sanitaria interna, area educativa, amministrazione e polizia penitenziaria, ufficio matricola, ASL. Queste sono state compilate offrendo una legenda³⁸ indicante la specifica competenza nel fornire i dati. Come si può osservare, non tutti i soggetti hanno dato il loro contributo e le tabelle risultano ad oggi mancanti di alcuni dati. In particolare, la tabella non è stata compilata dall'Amministrazione penitenziaria, Ufficio matricola e polizia penitenziaria, e dall'area sanitaria di medicina generale.

Rispetto alla compilazione si segnalano le seguenti note offerte dal comparto psicologico/psichiatrico dell'istituto:

- ❖ I dati relativi alla nazionalità e alla residenza sono stati recuperati dalla HTH, cartella clinica informatizzata utilizzata dal Servizio sanitario intramurario, unica via percorribile.
- ❖ Alla voce " PSY: In carico (escluse DD) al 28/02/25" è stato indicato ND perché non è stato possibile individuare i nominativi in cura al Servizio Psicologico in data 28.02.25 ed non è stato quindi possibile incrociare i dati degli psichiatri e degli psicologi.
- ❖ Nella voce "PTRI al 28/02/25" abbiamo indicato "0" perché in carcere non è strumento utilizzabile.

Rispetto alla compilazione della seguente tabella ci vengono offerte le seguenti specifiche:

- ❖ *consulenza*: visite effettuate senza successiva presa in cura del paziente
- ❖ *assunzione in cura*: soggetto a cui vengono effettuate visite di controllo regolari programmate
- ❖ *presa in carico*: soggetto in cura contemporaneamente al servizio psichiatrico e psicologico della Salute Mentale

³⁸ Le voci riportate in tabella, così come alcune tabelle specifiche, richiedevano di essere compilate da più professionalità specifiche su cui verte la competenza relativa ai dati richiesti. A tale scopo, abbiamo predisposto delle sigle utili a specificare il/la professionista e/o l'ente di competenza per la compilazione. Queste sono state così: "PSY" di competenza del Centro di Salute Mentale; "D" di competenza dell'area sanitaria e/o medico dell'istituto; "S" di competenza del Servizio per le dipendenze; "C" di competenza del carcere (amministrazione penitenziaria, ufficio matricola, polizia penitenziaria).

Personale professionale

	n. organico	n. presenti	n. utenza seguita nel 2024	ore/settimana	attività svolte
Psy salute mentale	3	3	195	1 unità a 30 ore 1 unità a 38 ore 1 unità a 38 ore	Colloqui ai nuovi giunti Valutazione rischio suicidario in ottemperanza al protocollo in corso Gruppi di sostegno Consulenze psicologiche durante la detenzione Preso in cura dei pazienti effettuando colloqui di controllo Staff multidisciplinari
Psy Serd	3	3	150	70	Colloqui a scopo diagnostico-Somministrazione Test- Colloqui di sostegno-Colloqui motivazionali- Partecipazione a staff
Psy (ex art. 80)	4	4	194	1 unità a 50 ore mensili 1 unità a 64 ore mensili 1 unità a 24 ore mensili 1 unità a 35 ore mensili	Colloqui con i detenuti con posizione giuridica definitiva per redazione relazioni psicologiche che coadiuvano l'osservazione dei FGP.
Psichiatra	3	2		1 unità a 38 ore 1 unità a 24,5 ore	Consulenze psichiatriche Preso in cura dei pazienti effettuando visite di controllo Staff multidisciplinari Contatti con Servizi di Salute Mentale territoriali Segnalazioni all'Autorità Giudiziaria competente quando ritenuto opportuno
Mediatore linguistico	2	2		Mediatore cinese/inglese/spagnolo: n.25 ore mensili Mediatore arabo/inglese/spagnolo: n.49	Colloqui di sostegno ed osservazione con i detenuti stranieri; verifiche telefoniche.
Mediatore culturale ministeriale	1	1	Tutti i detenuti stranieri	36	Colloqui con detenuti stranieri, osservazione e sostegno in collaborazione con gli altri operatori dell'Area Trattamento. Preso in carico di problematiche relativi a documenti, permessi di soggiorno, rapporti con i consoli; verifiche telefoniche.
Educatore	7: 6 full time ed 1 part time a 18 ore settimanali	7	Tutti i detenuti presenti in Istituto: osservazione per i soggetti definitivi e sostegno per i non definitivi	6 unità a n. 36 ore settimanale ed 1 unità a n.18 ore settimanali	Colloqui con i detenuti; partecipazione a riunione di équipe, GOT, staff multidisciplinari, commissioni lavorative, riunioni Ser.D., riunioni periodiche di Attenzione. Organizzazione di attività, progetti ed eventi. Redazioni relazioni per TDS e MDS per benefici di legge. Relazioni per PRAP e DAP relative ad istanze di trasferimento, partecipazione in qualità di segretario / componente durante i Consigli Di Disciplina.
Ass. sociale	2	2	Detenuti segnalati dall'Area Trattamento per richiesta indagine socio - familiare	Presenza in Istituto 1 volta a settimana	Redazione indagine socio - familiare; collaborazione in caso di concessione di MAD
personale infermieristico personale oss					
volontari	332	Circa 180 con maggiore presenza	Tutti i detenuti richiedenti		Colloqui di sostegno con i detenuti, accompagnamento durante i permessi premio, supporto religioso, pratiche relative al Patronato, consulenze giuridiche, gestione magazzino vestiario per detenuti indigenti, organizzazione incontri, e seminari.
polizia penitenziaria altre figure criminologo (ex art. 80)	1	1	17	Da maggio a dicembre 2024 n. 32 ore mensili	Colloqui con i detenuti della sezione "sex offenders"

Tabella 1 – Dati raccolti relativi alla pianta organica presso la Casa Circondariale di Prato

Persone ristrette

	TOT. Utenti	Tot. utenti con età <u>superiore</u> o <u>uguale</u> a 25 anni	Di cui utenti SENZA RESIDENZA (di età <u>superiore</u> o <u>uguale</u> a 25 anni)			Di cui utenti con RESIDENZA in CARCERE (di età <u>superiore</u> o <u>uguale</u> a 25 anni)	Tot. utenti con età <u>inferiore</u> a 25 anni	Di cui utenti SENZA RESIDENZA (di età <u>inferiore</u> a 25 anni)			Di cui utenti con RESIDENZA in CARCERE (di età <u>inferiore</u> a 25 anni)
			ITA	UE	EXTRA UE			ITA	UE	EXTRA UE	
PSY: In cura (escluse DD) al 28/02/25	53		0	0	7	8	0	0	0	0	0
PSY: In carico (escluse DD) al 28/02/25	ND		ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
PSY: Consulenze nel corso del 2024	88 (psichiatri) 3433 (psicologi SSM)		5	1	22	12	11 (psichiatri) 345 (psicologi SSM)	0	0	5	0
D: Prescrizione psico-farm. (escluse DD) al 28/02/25											
PSY/ S: Doppia diagnosi al 28/02/25	26		0	1	1	1	5	0	1	0	1
PSY: Diagnosi psichiatriche gravi (psicosi; gravi dist. Personalità; dist. umore) al 28/02/25	26		0	0	4	4	0	0	0	0	0
PSY/ D: Uso continuativo (ovvero non al bisogno) di sedativi o ipnotici (es. benzodiaz.) al 28/02/25											
PSY/ D: Uso continuativo (ovvero non al bisogno) di stabilizzanti dell'umore, antipsicotici, antidepressivi al 28/02/25											
PSY: Contenzione meccanica nel corso del 2024	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
PSY: TSO nel corso del 2024	2		0	0	2	0	0	0	0	0	0
PSY: ASO nel corso del 2024	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
PSY: DEPOT al 28/02/25	4		0	0	1	1	0	0	0	0	0
PSY: PTRI al 28/02/25	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
PSY: Diagnosi PSY precedente alla detenzione al 28/02/25	16		0	0	1	2	0	0	0	0	0
PSY: Diagnosi PSY successiva alla detenzione al 28/02/25	63		0	1	7	7	1	0	0	0	1
S: In carico al SerD (escluso DD) al 28/02/25	159	15	1		67					21	
• S: Di cui per gioco d'azzardo al 28/02/25					1						
S: Non in carico al SerD ma con problemi da uso di sostanze (escluso DD) al 28/02/25	22	6			15					3	
C: In attesa di REMS al 28/02/25	1										
C: Affidamento terapeutico nel corso del 2024 (art. 94 testo unico droghe)											
C: Numero di persone uscite per detenzione domiciliare umanitaria (sent. 99/2019 cc) nel corso del 2024											
PSY: Diagnosi sociale (codici Z ICD 10) al 28/02/2025	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabella 2 - Dati raccolti relativi alla popolazione detenuta presso la Casa Circondariale di Prato

Prevenzione delle condotte suicidarie

PERSONE COINVOLTE (dal 1 ottobre al 31 dicembre 2024)	TOT. UOMINI	<25 ANNI	SENZA RESIDENZA			SENZA RESIDENZA < 25 ANNI		
			ITA	UE	EXTRA UE	ITA	UE	EXTRA UE
<i>C/PSY: In cura (esclusa DD)</i>	69	6	0	0	14	0	0	0
<i>C/PSY: In carico (esclusa DD)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>C/PSY: Consulenze</i>	20	4	0	0	8	0	0	3
<i>C/D: Con prescrizione psico-farmacologica (esclusa DD)</i>								
<i>C/S: In carico al SerD (esclusa DD)</i>								
<i>C/PSY/S: Doppia diagnosi</i>	33	4	1	1	5	0	0	1
<i>C: Nessuna delle precedenti</i>								
• <i>C/PSY: Quante procedure di screening (prevenzione suicidio) in ingresso sono state attivate?</i>	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
• <i>C/PSY: quante di queste con esito di rischio?</i>								
• <i>C/PSY: quante di queste con prese in carico?</i>	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
• <i>C/PSY: Quante osservazioni per prevenzione al suicidio post ingresso?</i>	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
• <i>C/PSY: quante di queste con esito di rischio?</i>	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
• <i>C/PSY: quante di queste con prese in carico?</i>	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<i>C: Numero tentativi di suicidio (per tutto l'anno 2024)</i>								
<i>C: Numero suicidi (per tutto l'anno 2024)</i>								
<i>C: Numero casi di autolesionismo (per tutto l'anno 2024)</i>								
<i>C: Numero condotte etero-aggressive (per tutto l'anno 2024)</i>								
<i>C: Quanti provvedimenti disciplinari</i>								
• <i>Di cui richiamo del direttore</i>								
• <i>Di cui ammonizione</i>								
• <i>Di cui esclusione da attività ricreative e sportive</i>								
• <i>Di cui isolamento durante la permanenza all'aria</i>								
• <i>Di cui esclusione dalle attività in comune</i>								

Tabella 3 – Dati raccolti relativi ai numeri della prevenzione delle condotte suicidarie presso la Casa Circondariale di Prato

5.2. Casa circondariale di Udine

5.2.1 Indicazioni emerse dai seminari introduttivi

Dai seminari è emerso che a Udine il carcere è in via di rimodernamento e quando ciò sarà realizzato anche le progettazioni avranno più spazi. Il dott. Calogero Anzallo (dirigente SPDC e coordinatore équipe salute mentale in carcere) ha fatto presente che le risorse a disposizione sono esigue, e che ciò è dettato dalle condizioni del servizio sanitario nazionale “siamo pochi dappertutto, quindi è inutile lamentarsi, lo stesso cerchiamo di fare il meglio possibile, con i pochi che siamo”. Spiega che c’è stato un incremento con l’arrivo di una psicologa che si occuperà dei nuovi giunti e di tutto quanto prevede il protocollo del suicidio, che è in fase di revisione. Sono riusciti a strutturare un’équipe con due psichiatri, due psicologi, qualche infermiere che il giovedì mattina vanno in carcere e poi sono a disposizione se c’è qualche urgenza, riuscendo a intervenire anche nei giorni che non sono canonici dell’entrata in carcere. Anche il Garante comunale Avv. Andrea Sandra sottolinea che c’è molta aspettativa per l’apertura dei nuovi spazi, in cui sono quasi ultimati i lavori di ristrutturazione; e segnala come un fattore molto positivo l’assunzione di una figura di psicologo espressamente dedicata al primo ingresso dei detenuti, che non c’era mai stata prima. Una problematica del territorio, che si ripercuote sulla concessione delle misure alternative è la carenza di organico dei magistrati di sorveglianza e, come loro, anche il personale amministrativo della magistratura di sorveglianza, e soprattutto, c’è una rotazione continua, cioè è difficile avere un magistrato che si insedi per più di un anno. Perché? Perché chiedono il trasferimento. Quindi, evidentemente c’è anche un problema legato proprio una difficoltà ambientale a stare a Udine, a fare il magistrato di sorveglianza, tra l’altro con un ambito territoriale molto grande perché ha 4 istituti penitenziari e 2 province, di cui quella di Udine comprende anche la montagna; un carico importante, che viene svolto sostanzialmente da 2 magistrati. A Trieste, dove c’è la sede del Tribunale di sorveglianza, il magistrato è uno, ma è prevista un’integrazione di organico.

5.2.2 Dati emersi dalle note etnografiche delle visite e dal protocollo

La visita svolta il 27 marzo 2025 presso la Casa Circondariale “Antonio Santoro” di Udine è stata accompagnata dall’impiego di due principali strumenti di rilevazione: da un lato un protocollo costruito *ad hoc*, volto a raccogliere informazioni sulle caratteristiche strutturali e organizzative dell’istituto (cfr. Allegato B); dall’altro le note etnografiche redatte da ricercatrici e ricercatori presenti. In linea con l’approccio etnografico (Cardano, 2018; Davies, 1998; Hammersley e Atkinson, 2019), la ricerca si è basata sull’osservazione diretta come fonte privilegiata di conoscenza (Cardano, 2011; Gobo, 2001, 2007), al fine di restituire uno sguardo sulle prospettive di coloro che vivono quotidianamente il contesto carcerario.

Descrizione generale

La Casa Circondariale “Antonio Santoro” di Udine apre nell'aprile del 1925. Come riporta il sito del Ministero della Giustizia³⁹, la struttura consta di tre piani disposti a forma di croce, il cui perimetro delimitato da un muro di cinta in muratura che, all'epoca della costruzione, era alto quattro metri e vi era installata una ringhiera di protezione in metallo e, ad ogni angolo, una garitta in muratura. Negli anni, il muro di cinta è stato ulteriormente innalzato e le quattro garitte sono state ricostruite in struttura metallica, dotate di vetri antiproiettile. Nel 1995, su un terreno adiacente, venne realizzata una nuova caserma destinata al personale di polizia penitenziaria.

In data 26 febbraio 2025⁴⁰ la struttura dispone di 95 posti regolamentari, 2 non disponibili e un totale di 173 detenuti presenti, evidenziando una situazione di significativo sovraffollamento, mentre al momento del sopralluogo il numero delle persone detenute presenti oscilla tra le 177 e le 178. In tale occasione, la direttrice riporta come la ristrutturazione degli spazi destinati alle persone in semi-libertà andrà ad impattare il numero della capienza regolamentare, che dovrebbe scendere a 86 posti.

³⁹ Il riferimento è tratto dal presente sito del Ministero della Giustizia:
https://www.giustizia.it/giustizia/it/dettaglio_scheda.page?s=MII181672

⁴⁰ La data di riferimento scelta per la maggior parte dei dati quantitativi raccolti (28/02/2025) corrisponde al giorno in cui il Ministero della Giustizia rende disponibili sul proprio sito i dati relativi alle persone detenute, distinti per istituto penitenziario. Tale scelta consente di incrociare i dati in modo da ottenere percentuali significative e comparabili.

La collocazione dell'istituto è centrale, e raggiungibile con i mezzi pubblici. Dall'uscita della stazione ferroviaria, è sufficiente prendere l'autobus urbano della linea 4 in direzione Viale Trieste e, dopo poche fermate, scendere al Teatro Giovanni da Udine, dove si imbocca Via Spalato per proseguire a piedi fino al civico 30, dove si trova l'ingresso della struttura penitenziaria.

L'istituto presenta

- ❖ 1 sezione ristrutturata dedicata alle semi-libertà
- ❖ 1 sezione dedicata alle attività scolastiche da ultimare (pur essendoci gli spazi non sono presenti i materiali utili allo svolgimento delle attività)
- ❖ 1 sezione per attività lavorative in fase di restauro

Le sezioni presenti sono tutte di media sicurezza, così distinte:

- ❖ 1 sez. ordinaria
- ❖ 2 sez. a trattamento intensificato o avanzato
- ❖ 1 sez. ex art. 32
- ❖ 1 sez. ex art. 33 (isolamento)⁴¹
- ❖ 1 cella per i nuovi giunti⁴²

Le sezioni dell'istituto sono distribuite su tre livelli: piano terra, primo e secondo piano. I due piani superiori (II e III sezione) vengono identificati come aree “a trattamento avanzato” e risultano essere quelli in cui le condizioni di vita appaiono migliori. Qui è previsto un regime di celle aperte per dieci ore al giorno, durante le quali le persone detenute possono muoversi liberamente tra le diverse celle della sezione. Altresì, a turnazione, vi è la possibilità di accedere alla palestra, mentre l'accesso ai cortili per la cosiddetta “ora d'aria” e per le altre attività da svolgersi all'aperto è regolato dalla richiesta agli agenti, i quali provvedono ad aprire i cancelli che collegano la sezione agli spazi esterni.

⁴¹ Il giorno del sopralluogo questi spazi erano utilizzati per gestire il sovraffollamento, ospitando persone di altre sezioni (Nota etnografica, 27 marzo 2025).

⁴² Non è stato possibile visitare questo spazio durante il sopralluogo.

Celle e spazi comuni

Le sezioni dell'istituto sono distribuite su tre livelli, ciascuno organizzato in due ali distinte: da un lato la sezione "cellulare", composta da celle da due o tre persone con bagno interno e televisione (sebbene le docce siano in condizioni precarie); dall'altro la sezione "multipla", caratterizzata da celle più ampie che ospitano da quattro fino a otto detenuti. Secondo quanto riferito dalla direttrice e confermato dall'ispettrice che ci ha accompagnato, ogni sezione riproduce questa stessa articolazione (celle singole e multiple), separata da una porta il cui accesso è controllato dagli agenti di polizia penitenziaria. Si aggiungono una stanza da otto posti (ad eccezione del secondo piano, dove si trova la palestra), uno spazio per la socialità, mentre le restanti celle sono stanze da 6 o 2 persone. In generale, le condizioni estetiche e di vivibilità sembrano migliorare man mano che si sale di piano, seguendo una logica verticale.

Durante la visita alle sezioni II e III (primo e secondo piano), i detenuti incontrati si sono mostrati complessivamente sereni, riferendo che "va tutto bene", sebbene sotto la presenza vigile del direttore. I letti consistono in brande di ferro con materassini disposti sopra, mentre le sponde sono comunemente utilizzate come stenditoi per asciugamani o indumenti, restituendoci forme di adattamento secondario (Goffman, 1961) degli spazi in ragione delle condizioni strutturali di sovraffollamento. Le celle, pur sovraffollate, appaiono dignitose: dotate di riscaldamento funzionante, acqua calda, bagno interno con doccia separata dal lavello. Sono stati tuttavia segnalati problemi idraulici in alcune celle del secondo piano, con scarichi dei wc non funzionanti. La struttura delle porte prevede due barriere: una prima porta con sbarre e una porta blindata esterna, dotata di spioncino richiudibile dall'esterno e affacciata sul corridoio.

Più critiche risultano invece le sezioni del piano terra, in particolare la sezione I (regime ordinario) e quelle indicate come artt. 32 e 33. Sono sezioni di regime ordinario a celle chiuse che, ci viene comunicato durante il sopralluogo, possono essere aperte per far andare un detenuto nella cella di un altro per socialità, oppure per accedere alla palestra o ai passeggi (diversi dallo spazio comune dell'aria, sono passeggi per due persone al massimo). Qui l'atmosfera percepita è di maggiore sofferenza e rabbia, accompagnata da condizioni materiali più difficili.

La sez. I, più datata, ospita persone spesso costrette a rimanere a letto per mancanza di spazio nelle celle. Le persone non mostrano atteggiamenti di disagio per quel che la scarsa visibilità ci consente di vedere. Infatti, le porte dei blindi sono spesso accostate e alcune completamente

chiuse, limitando il contatto con l'esterno. Le sez. Art. 32 e 33 sono le più problematiche. Si caratterizzano per un controllo più serrato da parte della polizia penitenziaria e per l'esplicita richiesta che ci viene posta di non interagire con le persone lì collocate, e gli agenti sono molto presenti per scoraggiare il dialogo. Nonostante ciò, alcune di esse si sono affacciate alle sbarre, apparendo agitate, sospettose nei nostri confronti e, in alcuni casi, chiedendo con insistenza di essere ascoltate, in particolare rivolgendosi alla direttrice che ci accompagna. Quest'ultima comunica che, al momento, non è disponibile proprio in ragione del nostro sopralluogo, dichiarando di posticipare l'ascolto ad un momento successivo. La sez. Art. 33, normalmente dedicata all'isolamento, al momento della visita ospitava persone lì collocate per ragioni di sovraffollamento: due persone per cella, in spazi che normalmente dovrebbero contenere un solo individuo in isolamento.

La logica di gestione interna dell'istituto appare strettamente connessa a un principio di progressivo adeguamento alle regole del penitenziario: i piani inferiori sono riservati a detenuti considerati più problematici, pericolosi o meno adattati alle regole, sottoposti a osservazione e a un regime più restrittivo. I piani superiori, invece, sono destinati a chi dimostra un maggiore livello di adattamento e responsabilizzazione, con conseguente trasferimento verso le sezioni "a trattamento avanzato".

Nonostante i miglioramenti in termini di riscaldamento, presenza di finestre e bagni in spazi separati (con doccia, dove disponibile), persistono criticità. Solo in alcune celle sono garantiti i tre metri quadri calpestabili a persona previsti dalle normative, motivo per cui – come conferma la Direzione – la maggior parte dei ricorsi ex art. 35 ter viene accettata. Inoltre, sebbene lo staff dichiari che l'acqua calda sia sempre disponibile, un detenuto della sezione I (in cella da otto posti) ci riferisce il contrario. Le condizioni igieniche osservate al piano terra, in particolare nella prima sezione, risultano molto scadenti in termini di sporcizia, soprattutto se confrontate con quelle delle sezioni ai piani superiori.

Diversa la situazione nella sezione dedicata ai semiliberi, recentemente ristrutturata. Con una capienza di 20 posti, offre camere dignitose e un'ampia cucina-soggiorno comune, la cui gestione quotidiana è organizzata dagli stessi detenuti, anche attraverso turni di pulizia. Al piano superiore si trova una piccola mansarda, dotata di sofà e libreria, utilizzata occasionalmente da chi resta nel fine settimana.

Non sono presenti situazioni di transizione di genere, probabilmente in virtù della sezione presente a Belluno e valida per tutto il Triveneto. Allo stesso modo, non è presente un reparto (custodia attenuata/regime ordinario) dedicato per persone con problematiche legate all'uso di sostanze considerato di dipendenza. È invece presente un sistema di sorveglianza elettronica.

L'istituto penitenziario di Udine è dotato di diversi spazi comuni dedicati alla socialità e alle attività trattamentali. Al primo piano si trova una sala attività chiusa da sbarre, attualmente priva di arredi. Qui, durante la visita, quando un detenuto ha sottolineato la mancanza di mobili e oggetti nello spazio, la direzione ci ha spiegato - rivolgendosi al primo - che la mancanza di tavoli e sedie non è strutturale, ma una misura conseguente alla distruzione degli arredi precedentemente presenti. Salendo di piano la socialità si declina sia in spazi appositi come la palestra e sale dotate di tavoli, sia nella possibilità di spostarsi da una cella all'altra della medesima sezione. Nelle sezioni II e III le celle rimangono a porte aperte per molte ore della giornata, ma i detenuti non possono sostare nei corridoi. Come specificato da un operatore lì presente: “li disincentiviamo a occupare quegli spazi, ad ozio...è anche una questione di sorveglianza...li incentiviamo a socializzare” (nota etnografica, 27 marzo 2025). A quanto detto, lo staff intende così “disincentivare l'ozio” e orientare le persone detenute verso spazi di socializzazione strutturati, come la palestra – accessibile a turni, perché condivisa da tutte le sezioni – o stanze dedicate ad attività comuni:

“Stanze vuote, alcune sporche con tavoli di plastica, mazzi di carte, forse un calcetto al 2 piano, e sedie di plastica le cui gambe erano legate da nastri neri per evitare, mi spiega un agente, che si rompano col sedersi delle persone – ‘lo hanno pensato loro, i detenuti, di mettere i nastri, è un sistema loro’, ci spiega un agente lì presente” (Nota etnografica, 27 marzo 2025).

Sono inoltre presenti aree per i passeggi: una generale e altre specifiche per i detenuti collocati nelle sezioni a regime speciale (art. 32 e art. 33).

Per quanto riguarda la dimensione religiosa, l'istituto garantisce l'esercizio del culto cattolico, con celebrazione della messa domenicale. Pur non essendo prevista in pianta stabile la presenza di ministri di altri culti, come ci precisa la direzione durante il sopralluogo: “su richiesta è possibile disporre di una sala per attività per la preghiera islamica e di un imam” (nota etnografica, 27 marzo 2025). Non vi è la presenza di un imam interno, ma i detenuti musulmani – che rappresentano circa la metà della popolazione ristretta – possono pregare negli spazi dedicati o all'interno della propria cella.

Durante il sopralluogo è stata inoltre confermata la presenza di locali attualmente non utilizzati perché in ristrutturazione. Gli interventi di ammodernamento riguardano specificatamente l'area trattamentale al piano terra, prevedendo riscaldamento a pavimento, aria condizionata, nuovi servizi igienici e pavimentazioni di qualità superiore rispetto agli standard degli istituti penitenziari di nostra conoscenza. Sono in fase di completamento nuove aule per attività educative e lavorative, tra cui due laboratori di assemblaggio (destinati, secondo la direzione, alla produzione ottica) gestiti in collaborazione con una cooperativa sociale, con prospettiva di assunzione per almeno dieci detenuti. La cooperativa in questione, operando anche all'esterno dell'istituto, potrebbe garantire continuità occupazionale oltre la detenzione. È inoltre prevista la realizzazione di una nuova biblioteca, che sarà arredata con scaffali costruiti dai detenuti sotto la supervisione della MOF (Manutenzione Ordinaria Fabbricato). Gli spazi scolastici risultano già funzionanti: al momento della visita erano attivi un corso di primo biennio superiore e un corso di storia dell'arte.

Per ciò che concerne l'accesso agli spazi esterni destinati all'“ora d'aria” sono accessibili a tutte le sezioni, ad eccezione delle aree art. 32 e dell'isolamento⁴³. Gli orari sono organizzati su due turni principali: dalle 8:30/9:30 alle 11:30 e dalle 12:30 alle 15:30/17:30. Durante il periodo estivo, in concomitanza con i lavori di ristrutturazione degli spazi all'aperto – tra cui il campo da calcio, inagibile al momento del sopralluogo, e la costruzione di un teatro che sarà accessibile anche alla cittadinanza tramite un ingresso separato – l'orario viene prolungato fino alle 19:30. La direttrice sottolinea che il calcio rappresenta un'attività centrale nella vita del carcere, con una funzione aggregativa capace di “unire tutti”; a questa osservazione, è stato aggiunto che anche altre forme culturali, come la musica, potrebbero costituire strumenti significativi di coinvolgimento e partecipazione.

⁴³ Queste aree dispongono di sezioni a parte: tre corridoi esterni aperti, con rampa al posto delle scale, e separati da un muretto di circa 2 metri, con turca e lavabo in pessime condizioni, poste a ridosso del muro più distante dalla porta d'accesso. Nel corridoio della sezione d'isolamento, sul pavimento, era presente un lungo filo blu sottile attorcigliato, facilmente calpestabile. Parlando con un agente presente in quella sezione, veniamo informate che si tratta di un cavo telefonico per permettere alle persone (art. 32 e 33) di telefonare, non potendo uscire da questi reparti. Probabilmente connettono una cornetta speciale o cordless al cavo consegnandolo a mano.

Attività formative

Lo spazio dedicato alle attività educative si sviluppa attualmente in circa 3-4 stanze attualmente operative. Durante il sopralluogo, in tre di queste si stavano svolgendo lezioni tenute da insegnanti diversi, mentre in un'altra era attivo un corso del CPIA. Tutte le aule erano dotate di lavagna luminosa per la proiezione di slide tramite computer personale, ridipinte di bianco, riscaldate e provviste di termostati digitali. Lungo il corridoio in cui si trovano questi spazi erano presenti diverse cassette contenenti libri, destinati a essere trasferiti nella futura biblioteca⁴⁴. La direttrice ha precisato che i volumi necessitano di un controllo preventivo: non devono avere copertina rigida né contenuti “particolari”, in particolare, a mo’ di battuta, fa riferimento a materiali ritenuti “anarchici” (Nota etnografica, 27 marzo 2025).

Spostandoci in un'aula dove si stava tenendo una lezione, le sei persone detenute presenti si sono alzate in piedi per salutarci. Alla lavagna era proiettata una diapositiva su Gabriel García Márquez. L'insegnante ci ha spiegato che il biennio delle scuole superiori viene completato in un solo anno; gli studenti hanno confermato questa modalità. Ci è stato inoltre comunicato che, al termine del biennio, non sarà previsto il prosieguo degli studi e quindi non sarà possibile ottenere il diploma. Una persona detenuta, con il consenso degli altri, ha manifestato il desiderio comune di continuare il percorso educativo una volta fuori dal carcere, evidenziando l'impossibilità di completare la scuola secondaria durante la detenzione e specificando, al contempo, la volontà di proseguire nel caso di prosieguo della pena. L'insegnante ha espresso dispiacere, attribuendo la limitazione all'amministrazione (non è chiaro se si fa riferimento all'amministrazione penitenziaria e/o a quella dell'istituto formativo di riferimento). La direttrice ha sottolineato che “serve che ci siano gli studenti”, e i detenuti hanno prontamente risposto che sarebbero stati loro stessi a reclutare partecipanti interessati: “non vi preoccupate, li troviamo noi...ci sono le persone che vogliono studiare” (nota etnografica, 27 marzo 2025). L'osservazione ha inoltre sollevato riflessioni sulle difficoltà di incentivare la partecipazione scolastica all'interno del carcere, specialmente in presenza di tempi di detenzione ridotti; ovvero come le condizioni di detenzione in una casa circondariale possano impattare sul disinvestimento nel percorso scolastico.

⁴⁴ All'ingresso della sala, la direttrice ci informa che alcune persone detenute sono coinvolte nella costruzione del mobilio destinato alla biblioteca. Alla nostra domanda circa la retribuzione, precisa che tutte le persone che svolgono attività lavorative ricevono un compenso e sono inquadrare secondo una forma contrattuale non meglio specificata: “anche perché, se succede qualcosa durante l'orario di lavoro, ci andiamo di mezzo noi” (Nota etnografica, 27 marzo 2025).

Durante il sopralluogo non è stato possibile visitare le sale colloqui né raccogliere informazioni sulle telefonate o sulle visite familiari.

Giovani adulti (18-25 anni)

I giovani adulti, ossia le persone detenute di età inferiore ai 25 anni, non risultano collocati in sezioni separate rispetto agli adulti. La direttrice ha specificato che una tale separazione non è prevista e la ritiene “impossibile” nell’organizzazione attuale dell’istituto (nota etnografica, 27 marzo 2025).

Gli spazi della cura

L’infermeria non è stata visitata durante il sopralluogo in quanto nessun membro del personale era presente. L’ispettrice che ci accompagnava ha spiegato che “se succede qualcosa, chiamiamo il 118”. Al momento della visita non era presente un medico fisso, mentre veniamo informati che, nei fine settimana, viene contattato il medico di guardia in caso di necessità. Non è presente un’articolazione di tutela salute mentale all’interno dell’istituto. L’infermeria non è stata possibile vederla in quanto chiusa: “Nell’infermeria, chiusa, non ci hanno fatto entrare perché non c’era nessuno: “se succede qualcosa chiamiamo il 118” mi dice l’ispettrice che mi accompagna. Nonostante la mancata presenza di un medico disponibile 24 ore su 24. Nell’istituto è comunque attivo un programma di prevenzione delle condotte suicidarie, entrato in funzione nel 2017 e aggiornato nel 2024, oltretutto una psicologa nuovi giunti. Al momento del sopralluogo, all’interno dell’istituto non è presente una sezione Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM). Il quadro sanitario dell’istituto risulta fortemente affaticato:

- ❖ 2 infermieri al mattino e alla sera per la somministrazione dei farmaci;
- ❖ 1 infermiera che fa da capo sala anche se formalmente non lo sarebbe;
- ❖ Nessuna copertura medica nei weekend;
- ❖ 1 medico di medicina generale assegnato al carcere per 3h al giorno, da lunedì a venerdì (assente la settimana del sopralluogo)

1 psicologa sulle 30h settimanali, in particolare dedicata ai nuovi giunti (valutazione rischio suicidario) e, come sottolinea l’ispettrice presente, “un po’ a tutti i detenuti [...] è un grande supporto” (Nota etnografica, 27 marzo 2025). Rispetto alle valutazioni poste in essere dall’istituto per il collocamento delle persone detenute, al netto della tipologia di fatto reato per cui la persona è stata imputata o valutata colpevole, ci viene condiviso il seguente criterio in

sede di presentazione della ricerca: “Cercare di non mettere insieme detenuti con problemi di salute mentale” (Nota etnografica, 27 marzo 2025). In un secondo momento, la direttrice ci informa che l’applicazione di tale criterio *“non è facile perché non vengono ben accolti”*, come ci conferma successivamente un ex psichiatra della struttura. Al contempo si sottolinea l’attenzione dell’istituto a non costituire dei “ghetti” o delle micro sezioni manicomiali, nel rispetto della l. 833/78. Tuttavia, in un’altra occasione extra-sopralluogo, una persona facente parte del comparto volontario che opera nell’istituto ci specifica come la maggior parte di persone con problematiche di salute mentale sarebbe piuttosto collocata nella prima sezione.

Per quanto riguarda la popolazione straniera, emerge come il problema principale riguardi la residenza. Il Comune spesso non registra le richieste di residenza, motivando la scelta con limitazioni di budget, il che implica che i detenuti restano “in carico” al carcere, rendendo quantomeno ostica, se non impossibile, la possibilità di eseguire misure alternative al carcere o lavorare con il territorio in vista della scarcerazione. Se l’intenzione del DSM di costituire un’équipe multiprofessionale si configura come risorsa per i percorsi di cura territoriali, la loro fattibilità risulta più semplice quando indirizzata a persone residenti sul territorio.

Attività trattamentali

È in fase di completamento una nuova sezione destinata alle attività trattamentali, attualmente oggetto di un rilevante intervento di ristrutturazione come sopra citato. Il progetto prevede la realizzazione di spazi dedicati alle attività educative, formative e lavorative. In particolare, sono stati predisposti due locali che ospiteranno attività di assemblaggio (probabilmente nel settore dell’ottica), gestite in collaborazione con una cooperativa sociale che opera anche all’esterno dell’istituto, offrendo quindi la possibilità di continuità occupazionale.

È previsto, al contempo, un ampio spazio da destinare alla biblioteca, che sarà arredata con scaffalature realizzate dagli stessi detenuti sotto la supervisione della Manutenzione Ordinaria Fabbricati (MOF). La parte destinata alle attività scolastiche è già stata completata ed è attualmente in uso: al momento della visita erano in corso le lezioni relative al primo biennio delle scuole superiori, comprensive anche di un modulo/una lezione di storia dell’arte.

All’interno dell’istituto, il trattamento della salute mentale viene garantito dalla presenza di un’équipe multidisciplinare del Centro di Salute Mentale (CSM) di Udine, attiva ogni giovedì. L’équipe è composta da una psichiatra, una psicologa e un’infermiera. Una psichiatra segnala

che, talvolta, le attività programmate del giovedì subiscono ritardi a causa della mancata movimentazione dei detenuti da parte del personale di polizia penitenziaria. In tali situazioni, l'équipe viene contattata direttamente dal comando per intervenire. Viene inoltre rilevata una carenza di personale sanitario: ad esempio, per una semplice prescrizione di farmaci per mal di testa è necessario attivare la guardia medica, che non sempre è disponibile.

Il Servizio per le Dipendenze (SerD) effettua, anch'esso ogni giovedì, incontri terapeutici di gruppo, distinti per problematiche legate all'alcol e ad altre sostanze psicotrope. Questi incontri permettono alle persone detenute di confrontarsi con operatori esterni e di riflettere sul vissuto quotidiano della detenzione. Secondo le operatrici presenti durante la visita, la partecipazione delle persone detenute è generalmente positiva, "anche se alcuni sono strumentali perché il gruppo serve a facilitare il contatto con il SerD esterno" (Nota etnografica, 27 marzo 2025). Quando facciamo notare che è un atteggiamento razionale, l'operatrice sembra concordare.

La direzione ci segnala che l'ultimo mercoledì di ogni mese si svolge lo staff per il rischio suicidario, occasione in cui vengono discusse eventuali possibilità di uscita dal carcere. L'équipe sanitaria evidenzia la necessità di disporre di strutture territoriali alternative a cui poter indirizzare le persone detenute, sottolineando l'importanza della continuità del percorso terapeutico in rete con i servizi del territorio. Il rapporto di fiducia con i detenuti richiede competenze relazionali e capacità di ascolto; in questo senso, il ruolo dei volontari è considerato fondamentale, in quanto percepiti come figure neutre capaci di instaurare un contatto umano significativo.

Infine, viene evidenziata una criticità organizzativa: non esiste attualmente una mappatura completa dei servizi territoriali disponibili, elemento che limita la possibilità di integrare pienamente gli interventi del carcere con le risorse esterne. Gli operatori attendono risultati di ricerche mirate per colmare questa lacuna (nota etnografica, 27 marzo 2025).

Durante l'intervento di una volontaria, è stata posta l'attenzione sulla complessità della presa in carico delle persone detenute straniere, in particolare di cittadini afgani e pakistani. La volontaria sottolinea come molti di questi detenuti abbiano problemi di tossicodipendenza e manchino di una residenza ufficiale: "molte delle persone (in carcere) sono straniere e con tossicodipendenza, ci siamo battute per la residenza" (nota etnografica, 27 marzo 2025). Questa condizione ha conseguenze anche sulla vita post carcere, nel momento in cui "escono senza documenti, senza rimpatrio, ritornano in strada" (*ibidem*). La volontaria evidenzia come

l'assenza di residenza costituisca un ostacolo alla partecipazione a percorsi di inserimento lavorativo (tirocini) per queste persone durante la detenzione. In questo la regione diviene interlocutrice privilegiata: "Bisognerebbe chiedere alla regione" (*ibidem*). In alcuni casi, progetti di tirocinio potrebbero essere attivati con il supporto di enti come la Cassa delle Ammende o la Caritas, che gestiscono sportelli di ascolto dedicati a tre persone seguite dal SerD, con possibilità di percorsi progettuali della durata di sei mesi. La referente del CSM ha confermato che spesso accolgono persone "che non hanno i documenti apposto", facendo riferimento alla possibilità di iscrizione all'anagrafe sanitaria, e ha sottolineato le difficoltà legate all'assenza di un riconoscimento formale da parte dell'amministrazione comunale (nota etnografica).

Approfondita la posizione del comune, in sala si fanno sentire alcune risa amare, in particolare tra il gruppo delle funzionarie (3 circa) pedagogiche presenti. La referente del CSM dice che accade loro di accogliere persone che non hanno "i documenti a posto", facendo riferimento alla possibilità di iscrizione all'anagrafe ex art. 45 O.P.. Ci si interroga sulle giustificazioni del comune rispetto alla ritrosia nella concessione della residenza per le persone detenute. In generale viene esplicitato come la giustificazione riguardi un generico "avere troppe persone sul territorio" (Nota etnografica, 27 marzo 2025) a seguito della detenzione, persone che risulterebbero poi in capo al comune.

5.2.3 Dati tabelle

Si riportano qui di seguito le tre tabelle contenenti dati quantitativi di cui si è chiesto la compilazione ai vari operatori presenti in carcere. La legenda indica la specifica competenza nel fornire i dati. Come si può vedere, non tutti i soggetti hanno dato il loro contributo e le tabelle risultano mancanti di alcuni dati (in particolare la tabella non è stata compilata dall'area sanitaria dell'istituto e dal SerD).

Personale professionale

	<i>n. organico</i>	<i>n. presenti</i>	<i>n. utenza seguita</i>	<i>ore settimana</i>	<i>attività svolte</i>
<i>Psicologo</i>	1	1	Chi presenta rischi suicidari, da valutare Approssimativamente da ottobre 2024 a giugno 2025 sono stati svolti circa 230 colloqui di valutazione rischio suicidario (nuovi giunti e detenuti già ristretti).	28	colloquio psicologico di primo ingresso, valutazione rischio suicidario e autolesivo, supporto psicologico all'ingresso nuovo giunto e per le prime settimane
<i>Psicologo (ex art. 80)</i>		3	60 detenuti circa a psicologo	64 ore al mese	Osservazione e trattamento; consigli di disciplina; equipe; Got riammissione attività trattamentali, nuovi ingressi, spostamenti diverse camere detentive
<i>Psichiatra Mediatore linguistico</i>					
<i>Mediatore culturale ministeriale</i>	1	1	Stranieri che parlano poco la lingua italiana o per niente, circa 30	8	Colloqui di sostegno; Rendita 2025; Colloqui congiunti con altri operatori; Interprete in colloqui con difensori e altri operatori
<i>Educatore</i>	4	4	Circa 50 detenuti ad educatore	36	Colloqui nuovi giunti, osservazione e trattamento definitivi, relazioni sintesi e comportamentali per liberazioni anticipate o misura alternativa, rapporti ed attività con volontariato, cappellano e servizi esterni, organizzazione corsi scolastici, corsi professionali ed attività trattamentali
<i>Ass. Sociale</i>	1	2		Non previste	Indagini socio-familiari per misure alternative, permessi premio, equipe O.T., riunione mensile antenne operative, valutazione esterna andamento misura
<i>Infermiere</i>					

OSS						
Volontari	Non previsto	45		Non formalmente previsto		Colloqui; progetti (Una domenica Insieme, banco libero, incontri con l'autore, scrittura creativa, genitorialità); segretariato sociale (carte d'identità, naspi, contatti con familiari per autorizzazioni telefonate e colloqui detenuti); accompagnamento detenuti permessi premio, misure alternative
Polizia penitenziaria	92	58	0	48		Ordine e sicurezza all'interno e all'esterno dei reparti detentivi
Altre figure (specificare ruolo e tipo risorse remunerative)	—					
Criminologo (ex art. 80)	Non presente					

Tabella 4 – Dati raccolti relativi alla pianta organica della Casa Circondariale di Udine

Persone ristrette

Rispetto alla compilazione della seguente tabella ci vengono offerte le seguenti specifiche:

- ❖ Le prese in carico concluse nel 2024 sono state segnate sotto *consulenze del 2024*, altrimenti non venivano conteggiate. Sotto *consulenze del 2024* sono state inserite solo le prime visite (quindi il n° di persone viste), non i successivi controlli.
- ❖ Rispetto alle *diagnosi antecedenti la carcerazione* abbiamo inserito solo quelle relative alle persone in carico/in cura (la cui differenza, in carcere, è sottile).
- ❖ Rispetto alle *prescrizioni farmacologiche* sono state riportate le prescrizioni in corso al 28/02/2025, quindi anche di persone che non sono più viste o solo al bisogno.

Inoltre, lo staff del CSM ci condivide le seguenti definizioni:

- ❖ *consulenza*: una persona che viene valutata in modo puntuale alcune volte, non necessita un prosieguo;

- ❖ *assunzione 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;
- ❖ *presa 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.

Come ci suggerisce una psichiatra: “Il lavoro in carcere è, per ovvi motivi, molto meno articolato poiché non disponiamo di tutte le risorse (umane e non) presenti invece sul territorio. Detto questo, non è quindi possibile applicare queste definizioni ed intenderle come le consideriamo in CSM, in carcere queste distinzioni sono molto più sfumate e difficili da definire. Analogo discorso possiamo estenderlo anche ai PTRI, in carcere non vi è la stesura scritta con il programma di cura e gli obiettivi da perseguire, ma va da sé che ogni persona ha un suo piano di cura che può prevedere, ad esempio, monitoraggio con colloqui psichiatrici e/o psicologici e/o con l'educatore”.

	TOT. Utenti	Tot. utenti con età <u>superiore</u> o <u>uguale</u> a 25 anni	Di cui utenti SENZA RESIDENZA (di età <u>superiore</u> o <u>uguale</u> a 25 anni)			Tot. utenti con età <u>inferiore</u> a 25 anni	Di cui utenti SENZA RESIDENZA (di età <u>inferiore</u> a 25 anni)			Di cui utenti con RESIDENZA in CARCERE (di età <u>inferiore</u> a 25 anni)
			ITA	UE	EXTRA UE		ITA	UE	EXTRA UE	
PSY: In cura (escluse DD) al 28/02/25										
PSY: In carico (escluse DD) al 28/02/25	5	4			2	1			1	
PSY: Consulenze nel corso del 2024	39	33			3	6				
D: Prescrizione psico-farm. (escluse DD) al 28/02/25	0									
PSY/ S: Doppia diagnosi al 28/02/25	6	6			2					
PSY: Diagnosi psichiatriche gravi (psicosi; gravi dist. Personalità; dist. umore) al 28/02/25	4	3			1					
PSY/ D: Uso continuativo (ovvero non al bisogno) di sedativi o ipnotici (es. benzodiaz.) al 28/02/25	11	10			3	1		1		
PSY/ D: Uso continuativo (ovvero non al bisogno) di stabilizzanti dell'umore, antipsicotici, antidepressivi al 28/02/25	13	12			3	1		1		
PSY: Contenzione meccanica nel corso del 2024	0									
PSY: TSO nel corso del 2024	0									
PSY: DEPOT al 28/02/25	1	1			1					
PSY: PTRI al 28/02/25	0									
PSY: Diagnosi PSY precedente alla detenzione al 28/02/25	7	6			2	1		1		
PSY: Diagnosi PSY successiva alla detenzione al 28/02/25	0									
S: In carico al SerD (escluso DD) al 28/02/25										
• S: Di cui per gioco d'azzardo al 28/02/25										
S: Non incarico al SerD ma con problemi da uso di sostanze (escluso DD) al 28/02/25										
C: In attesa di REMS al 28/02/25	1	1			1					
C: Affidamento terapeutico nel corso del 2024 (art. 94 testo unico droghe)	7			6	1					
C: Numero di persone uscite per detenzione domiciliare umanitaria (sent. 99/2019 cc) nel corso del 2024	0									
PSY: Diagnosi sociale (codici Z ICD 10) al 28/02/2025										

Tabella 5 – Dati raccolti relativi alla popolazione detenuta presso la Casa Circondariale di Udine

Prevenzione delle condotte suicidarie

PERSONE COINVOLTE (dal 1° ottobre al 31 dicembre 2024)	TOT. Utenti	Tot. utenti (di età superiore o uguale a 25 anni)	Di cui utenti SENZA RESIDENZA (di età superiore o uguale a 25 anni)			Tot. utenti (di età inferiore a 25 anni)	Di cui utenti SENZA RESIDENZA (di età inferiore a 25 anni)		
			ITA	UE	EXTRA UE		ITA	UE	EXTRA UE
C/PSY: In cura (esclusa DD)									
C/PSY: In carico (esclusa DD)									
C/PSY: Consulenze									
C/D: Con prescrizione psico-farmacologica (esclusa DD)									
C/S: In carico al SerD (esclusa DD)									
C/PSY/S: Doppia diagnosi									
C: Nessuna delle precedenti									
• C: Quante procedure di screening (prevenzione suicidio) in ingresso sono state attivate?	14	1			6				
- C: quante di queste con esito di rischio?									
- C: quante di queste con prese in carico?	0								
• C: Quante osservazioni per prevenzione al suicidio post ingresso?	27	1			15				
• C: quante di queste con esito di rischio?	0								
• C: quante di queste con prese in carico?	13		1		6				
C: Numero tentativi di suicidio (per tutto l'anno 2024)	6								
C: Numero suicidi (per tutto l'anno 2024)	0								
C: Numero casi di autolesionismo (per tutto l'anno 2024)	150								
C: Numero condotte etero-aggressive (per tutto l'anno 2024)	53								
C: Quanti provvedimenti disciplinari	507								
• Di cui richiamo del direttore	57								

• Di cui ammonizione	108
• Di cui esclusione da attività ricreative e sportive	152
• Di cui isolamento durante la permanenza all'aria	4
• Di cui esclusione dalle attività in comune	94

Tabella 6 – Dati raccolti relativi ai numeri della prevenzione delle condotte suicidarie presso la Casa Circondariale di Udine

5.3. Casa Circondariale di Roma Rebibbia femminile

5.3.1. Indicazioni emerse dai seminari introduttivi

Nei seminari introduttivi la Garante comunale dott.ssa Valentina Calderone ha dato indicazioni preziose per il riorientamento dell'attività di ricerca. Innanzitutto, a Rebibbia femminile l'ATSM c'è soltanto sulla carta perché sono state ristrutturare le stanze da tempo ma i bandi per l'assunzione del personale sanitario sono andati tutti quanti deserti, quindi non c'è personale per aprire l'ATSM. Ci sono tre posti per le donne a Civitavecchia in ATSM. La non apertura dell'ATSM lascia immaginare la difficoltà di reperire personale anche in generale, c'è un grande turn over. A Rebibbia femminile, molto spesso le donne che hanno una diagnosi vengono collocate in una sorta di sezione che viene chiamata "infermeria", termine improprio, una sezione molto brutta posta al secondo piano, in cui non c'è un'area verde propria e le donne per giorni non riescono ad uscire; e quando possono uscire condividono un cortile che è di competenza della sezione nido. Risulta problematica la mescolanza di condizioni: ci sono donne che hanno diagnosi psichiatriche, donne che hanno dei comportamenti che in qualche modo sono disturbanti della restante popolazione detenuta, e c'è anche la sezione individuata ex art. 32 DPR 230/2000 - ovvero reparti in cui vengono collocate le reclusi il cui comportamento richiede particolari cautele, anche a tutela delle compagne da possibili aggressioni o sopraffazioni - che è un posto che viene frequentemente distrutto, in cui spesso ci sono le finestre rotte. La Garante comunale, insieme al Garante regionale dott. Stefano Anastasia, ha contestato più volte l'esistenza dello spazio "infermeria", che è una sezione del tutto inadeguata a persone che avrebbero bisogno di intraprendere un percorso di cura.

5.3.2. Dati emersi dalle Relazioni di Antigone e dei Garanti territoriali

La ricerca sul campo non ha potuto aver luogo all'interno del carcere di Rebibbia femminile "Germana Stefanini" a causa del rifiuto dell'attuale direttrice della struttura, dott.ssa Nadia Fontana, di permettere l'accesso dei ricercatori e di partecipare in toto alle attività progettuali, nonostante che l'adesione all'iniziativa e la collaborazione alle attività progettuali fossero state sottoscritte dalla precedente direttrice del carcere. I numerosi tentativi di convincere l'attuale direzione non sono serviti. Di conseguenza, la ricerca riguardante il carcere di Rebibbia femminile è stata svolta, in parte, utilizzando documentazione già pubblicata e disponibile online, come i Rapporti di Antigone e le Relazioni della Garante comunale e del Garante regionale, in altra parte, beneficiando dei dati forniti direttamente dai suddetti Garanti e delle interviste svolte con i medesimi.

Descrizione generale

Secondo quanto riporta Antigone a seguito della visita effettuata in data 22/04/2024 la Casa Circondariale di Rebibbia Femminile, che è uno dei 4 istituti femminili in Italia e il più capiente d'Europa, al momento della visita ospitava 345 donne detenute su 275 posti regolamentari, mentre nel corso dell'anno precedente erano state segnalate fino a 380 presenze; il tasso di affollamento era pari al 125,5%. Le donne straniere erano 114 (pari al 33%) e 200 erano quelle con una condanna definitiva (pari al 58%). Nella sezione nido erano presenti solo due mamme con due bambini, mentre è stata segnalata la presenza di una detenuta in avanzato stato di gravidanza in attesa di giudizio (la ginecologa è presente in Istituto solo due volte alla settimana). La donna si trova, peraltro, nella sezione che ha le docce non funzionanti (su cui qui di seguito).

La struttura è entrata in funzione nel 1973 e complessivamente mantiene una buona condizione complessiva dal punto di vista strutturale. I diversi edifici si presentano in buone condizioni strutturali. L'istituto si trova, inoltre, in fase di rinnovamento attraverso la tinteggiatura dei passaggi (affidata alle detenute) e lavori strutturali che riguardano il corridoio che collega la biblioteca con il reparto Alta Sicurezza. Sono, tuttavia, presenti alcune carenze usuali: la scarsa funzionalità delle docce, che sono comuni e non presenti in cella, la mancanza di acqua calda per una intera sezione da oltre un anno, aule per la socialità ai piani che sono spoglie, una limitata possibilità di accesso ai frigoriferi comuni. Manca l'acqua calda per un problema idraulico al reparto Cellulare, secondo e terzo piano. Anche i passeggi dei due edifici principali sono spogli, ma ci sono campi esterni per le attività sportive.

Le attività trattamentali sono descritte come variegate, ma nello stesso tempo si segnala una scarsa adesione da parte delle detenute. Le detenute che presentano problemi di dipendenza da sostanze sono spesso escluse dalle lavorazioni interne.

Non sono stati attrezzati spazi per i colloqui intimi, come previsti dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 10/2024.

Vengono segnalate problematiche riguardo alla gestione della salute mentale da parte della direzione, che sottolinea che è stata istituita un'articolazione per la tutela della salute mentale all'interno dell'istituto, ma non è in funzione per mancanza di personale. Sono segnalate, inoltre, difficoltà dell'area sanitaria rispetto alla presa in carico delle pazienti con problemi di salute mentale; sono, al momento della visita, in ristrutturazione alcune celle danneggiate nell'area sanitaria, mentre le celle di isolamento "lisce" con controllo a vista (elettronico) erano vuote al momento della visita; di queste, alcune erano danneggiate.

Celle e spazi comuni

Le sezioni detentive sono in tutto 8 e sono così suddivise per tipologia detentiva:

- ❖ Reparto "Camerotti" (comuni in attesa di giudizio): capienza 171
- ❖ Reparto "Cellulare" (comuni definitive): capienza 112 (presenza det. comuni in totale 310)
- ❖ Reparto "Orchidea" (per art. 21 o.p. "interni")
- ❖ Reparto per semilibere + art. 21 "esterni" (in totale presenti 10 art. 21 e 3 semilibere)
- ❖ Reparto infermiera: 30 posti, comprese 2 celle videosorvegliate singole
- ❖ Reparto alta sicurezza: AS2: presenze: 2 ; AS3: capienza 12, presenze: 9
- ❖ Reparto "Z" (per familiari di collaboratori): capienza 6, presenze 6
- ❖ Reparto Nido: 4 stanze da 4 posti cadauna

Le sezioni effettivamente osservate durante la visita sono state: Reparto "Camerotti"; Reparto "Orchidea", Reparto infermiera; Reparto alta sicurezza; Reparto "Z"; Reparto Nido, delle quali vengono descritte le condizioni generali delle celle visitate. Il reparto "Camerotti" è disposto su 3 piani, ogni piano ha 12 celle da 4 posti letto (due letti a castello). Il bagno che è separato dal resto della camera, le docce sono in comune al piano e hanno a disposizione l'acqua calda.

In alcune celle le ospiti sono in 5 e questo porta al limite dei 3 metri quadri la vivibilità degli spazi. Le docce in comune al primo piano erano guaste al momento della visita; quindi, le persone detenute dovevano andare al secondo piano per fare la doccia.

Il reparto "Cellulare" è disposto anch'esso su 3 piani, ogni piano 12 celle con 2 posti letto, tranne il primo piano, dove vi sono celle singole. Nelle celle doppie il bagno ha anche la doccia, oltre al wc e bidet, ed è separato dalla camera, mentre nelle singole al primo piano è presente solo il wc, che non è separato dal resto della cella, e le docce sono in comune. Al secondo e terzo piano le celle sono senza acqua calda.

Il reparto "infermeria" è composto da tre diversi spazi: un'ala con 2 celle da 2 posti (che era vuota al momento della visita) e 2 celle da 4 posti; un'ala con due celle singole videosorvegliate (vuote al momento della visita) e un'altra ala da 15 posti in tutto. Le celle singole contengono un letto con materasso in gommapiuma con wc e lavandino in metallo in blocco unico. Alcune camere sono in lavorazione per rifare la pittura delle mura. Le celle da 4 contengono diversi letti e un bagno completo di doccia che è visibile dall'esterno della cella attraverso una finestra. Il reparto Orchidea e il reparto Nido sono ben tenuti e gli spazi sono colorati, con aree esterne luminose.

Nel reparto Z, vi è una persona detenuta in isolamento diurno mentre le altre sono in regime di celle aperte e condividono il pranzo in un'area comune luminosa, con possibilità di accesso ad un giardino esterno.

Nel reparto AS 3 e AS 2 ci sono la palestra, la sala da parrucchiera, due aree esterne con giardino e orto.

Al momento della visita in tutte le celle visitate erano garantiti 3 mq calpestabili per ogni persona. Tutte le celle visitate erano dotate di riscaldamento funzionante, mentre non in tutte era garantita l'acqua calda, e nemmeno il wc si trovava in un ambiente separato. La doccia non era presente in tutte le celle visitate. Non vi erano spazi detentivi non in uso per ristrutturazione o inagibilità.

Il primo piano del Camerotti è a celle chiuse, secondo la circolare di settembre 2023, mentre gli altri piani e il Cellulare sono per 8 ore a celle aperte.

Gli spazi interni dedicati alla socialità sono tutti spogli, quasi senza attrezzature (solo un biliardino è presente) o beni comuni. L'accesso ai frigoriferi comuni non è libero, ma limitato ad alcuni orari prestabiliti. La biblioteca è presente ed è frequentata anche come spazio comune: sala lettura, aula studio, ecc. È molto grande e vi è accanto una sala per film e due computer. Vi si accede con un calendario tra i vari reparti. Al momento della visita il corridoio di accesso era accessibile, ma presentava evidenti problemi strutturali ed era puntellato da sostegni in acciaio. Sono presenti spazi esclusivamente dedicati a scuola e formazione, spazi per le lavorazioni, spazi esclusivamente dedicati al culto per detenuti non cattolici (presenti Testimoni di Geova, Buddisti, Evangelisti), spazi per la socialità all'interno delle sezioni detentive. Al reparto "Camerotti" ogni piano ha la sala socialità, ma oltre ai tavoli e alle sedie non c'è nessun arredamento. Al piano terra vi sono: tre sale per la sartoria, una sala per l'istituto alberghiero, la sala "blu" per altri culti, un ambulatorio, la stanza per il parrucchiere. Al reparto "Cellulare" ogni piano ha una sala comune anch'essa priva di arredi ricreativi, con la presenza solo di tavoli e sedie. Il piano terra è simile al reparto Camerotti, con ambulatorio e sala parrucchiere. Nei reparti Z e AS gli spazi per la socialità sono arredati con tavoli, sedie e vi è una piccola cucina. In AS è presente anche una palestra e una sala computer per lo studio e i corsi di informatica. Quanto agli spazi comuni esterni è stato rilevato dall'associazione Antigone che i passeggi del Camerotti e del Cellulare si presentano piuttosto spogli, ma presentano un gazebo per ripararsi dal sole e una rete per la pallavolo. Il reparto Z ha un piccolo giardino dove uscire. L'AS ha due aree esterne con giardino e i passeggi, che le due sezioni 2 e 3 usano alternandosi: un cortile in cemento con rete da pallavolo, tavoli e ombrelloni. Per le sezioni AS 2 e 3 sono presenti due spazi esterni: un cortile interno in uso anche per asciugatura della biancheria, ed un piccolo giardino alberato con annesso orto. Lo spazio esterno del reparto "infermeria" è un chiostro ben curato al piano terra, il reparto infermeria si trova al primo piano e l'accesso è limitato. L'istituto ha un campo da calcio e uno da pallavolo. È presente un'area verde per colloqui nei mesi estivi.

Attività formative e di istruzione

I corsi scolastici attivi nell'istituto sono le scuole medie e tre istituti superiori (artistico, alberghiero e informatico). Sono presenti iscritte a corsi universitari. Il numero totale di persone attualmente coinvolte nei corsi scolastici è di 212. I corsi di formazione attivi erano: corso per educatori cinofili, corso di idraulica, tinteggiatura e muratura, corso informatica, corso trasformazione prodotti agricoli e corso sartoria. Erano, altresì, presenti altri corsi non prettamente professionali fra cui un laboratorio di ceramica e di sceneggiatura (quest'ultimo per

AS). Non è stato fornito il dato sul numero totale di persone coinvolte nei corsi di formazione professionale. Le principali attività culturali, sportive o ricreative in corso erano: corsi di primo soccorso e infermeria, make-up, giornalismo e satira, corso di marmellate, ceramica e pallet, cineforum e teatro. Allenatore di calcio della As Roma. Nel 2018 è nata la squadra di calcio a 5 (futsal) di Atletico Diritti che si allena e gioca nel carcere femminile. Iscritta al torneo Amatori CSI gioca ogni settimana contro una squadra ospite.

Attività trattamentali

Quanto al lavoro e alla formazione professionale il numero delle lavoratrici alle dipendenze dell'amministrazione penitenziaria era pari a 111, mentre le detenute che lavoravano per datori di lavoro esterni erano 21. All'interno del carcere sono presenti la Cooperativa, Linkem e Cartadio (*man at work*). Dal carcere è possibile richiedere o rinnovare la carta di identità. Antigone ha sottolineato che la specificità di un istituto completamente femminile andrebbe considerata per ripensare gli spazi e le attività a disposizione delle persone recluse, oltre che i servizi ad esse dedicati, in particolare quelli sanitari e finalizzati al mantenimento delle relazioni sociali e familiari con l'esterno. Il Modulo per l'Affettività e la Maternità, presente nello spazio antistante i reparti, è utilizzato solo per colloqui ed incontri con figli e per valorizzare il ruolo di donna-madre, a scapito di altri aspetti delle relazioni affettive.

Giovani adulte

Al momento della visita non era assicurata la separazione delle giovani adulte dalle adulte.

Spazi della cura

All'interno del Polo penitenziario di Rebibbia opera la UOC (Unità Operativa Complessa) di Salute Penitenziaria dell'Asl Roma 2. Come la Relazione 2025 della Garante comunale mette in luce, il personale sanitario del polo di Rebibbia evidenzia una significativa carenza di risorse e un'elevata rotazione tra medici e infermieri. Molti medici e infermieri degli istituti penitenziari, con una grande formazione, sono precari. I turni sono spesso prolungati e si sovrappongono per rispondere alle numerose richieste assistenziali. Durante le ore notturne, ad esempio a Rebibbia Nuovo complesso l'intera struttura è presidiata da appena due infermieri e un medico. Antigone sottolinea che nell'istituto è presente un/a medico/a 24 ore su 24. Vi sono alcuni specialisti che entrano regolarmente in istituto: infettivologo/a, cardiologo/a, dermatologo/a, oculista, dentista, ginecologo/a (quest'ultima due volte alla settimana).

Ancora dalla Relazione 2025 della Garante comunale si ha notizia che vi è una carenza di spazi adeguati alle visite e questo impedisce la somministrazione di test che richiedono lunghi tempi di attesa e interventi di gruppo, nonché genera frustrazione anche tra gli operatori, che si trovano a dover rimandare o adattare interventi fondamentali per la salute delle persone. Vi è anche una carenza di specialisti e gravi difficoltà nell'effettuare accertamenti diagnostici esterni, a causa della limitata disponibilità di agenti della polizia penitenziaria per garantire l'accompagnamento delle persone detenute. Infatti, gli accertamenti sanitari programmati spesso vengono annullati all'ultimo momento, poiché la priorità degli agenti di polizia penitenziaria è riservata, in prima istanza, alla gestione dei processi, relegando le esigenze sanitarie in secondo piano. Si tratta di una criticità rilevante, sottolinea la Garante, poiché può comportare ritardi anche di un mese o più. Si tratta di una delle numerose problematiche operative con cui ci si confronta quotidianamente il personale medico all'interno del Polo di Rebibbia. Ancora da Antigone si evidenzia che è presente la cartella clinica informatizzata, ma solo per uso interno. Si effettua lo screening per le malattie infettive al 100% delle persone detenute (esclusi coloro che rifiutano). Si rileva la presenza di HCV diffusa. Circa 10 persone detenute sono risultate positive all'HIV. Molto diffusa è la sindrome da ipertensione. Al piano terra del reparto Camerotti e del Cellulare è collocato un ambulatorio. Non è prevista una specifica sezione per tossicodipendenti. Nella sezione nido, che è ben curata e fornita di tutto il necessario per accogliere dei bambini, i servizi per i bambini (ad es. il pediatra) vengono attivati quando sono presenti bambini in istituto. Ci sono, inoltre, volontari che fanno uscire i bambini dal carcere.

Dati sulla salute mentale

La Relazione 2025 della Garante comunale evidenzia che le patologie psichiche e il disagio psicologico rappresentano le problematiche sanitarie più diffuse all'interno degli istituti penitenziari. La Relazione (p. 101) presenta i dati sulle visite mediche e sugli interventi socio-sanitari effettuati nel carcere di Rebibbia femminile nel corso dell'anno 2024:

- ❖ visite psichiatriche: 1001
- ❖ visite psicologiche: 1753
- ❖ interventi riabilitativi individuali: 265
- ❖ interventi riabilitativi di gruppo (numero incontri): 60
- ❖ interventi sociali: colloqui individuali: 233
- ❖ interventi sociali: di rete: 31

❖ interventi sociali: contatti di rete: 527

Inoltre, per quanto riguarda i dati sulle dipendenze, questi sono presentati nella relazione in modo aggregato per tutto il Polo di Rebibbia, in cui opera la UOS Patologie da dipendenza, ma è altresì presente il dato scorporato delle donne in cura presso la medesima, pari a 145 (p. 102). Dai dati di Antigone si ha notizia che il monte ore settimanale complessivo degli psichiatri è di 36 ore. Non è disponibile il numero settimanale complessivo di ore di presenza degli psicologi. In occasione della visita effettuata il 22/04/2024 Antigone aveva richiesto alcuni dati importanti per conoscere le condizioni di salute mentale dei detenuti, ma non sono stati forniti:

- ❖ numero tossicodipendenti attualmente in trattamento
- ❖ quante persone presentano diagnosi psichiatriche gravi?
- ❖ quante persone fanno regolarmente uso di sedativi o ipnotici (ad es. benzodiazepine)?
- ❖ quante persone fanno regolarmente uso di stabilizzanti dell'umore, antipsicotici, antidepressivi?

Nell'anno precedente erano stati eseguiti due TSO, eseguiti in parte in istituto e in parte altrove. Dal Garante regionale del Lazio si sono ricevuti dati relativi al personale sanitario impiegato a Rebibbia, al fabbisogno di posti per le pazienti e alla necessità di aumento del personale. In base ai dati rilevati dal documento "Organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario adulti" atto approvato dalla Giunta Regionale con Deliberazione 26 giugno 2025, n. 466 (Dati al 31 dicembre 2023) il numero delle ore degli specialisti della salute mentale presenti a Rebibbia femminile era così ripartito:

Numero ore settimanali erogate per servizi di specialistica e di salute mentale e dipendenze alla data del 31.12.2023							
Asl	Istituto	Psichiatri	Medici per le dipendenze	Psicologi	Infermieri	Assistenti sociali	Altro (OSS)
Roma 2	Rebibbia femminile	47,5	42	72,1		55,5	9,8

caselle bianche indicano la mancata risposta alla rilevazione o l'assenza di quella tipologia di specialistica

Tabella 7- Ripartizione numero di ore specialisti/e della salute mentale presenti a Rebibbia femminile (al 31 dicembre 2023)

Il fabbisogno relativo ai posti-letto per la Salute Mentale e le Dipendenze nel penitenziario era così prospettato:

Fabbisogno Salute Mentale e Dipendenze -- Posti						
Asl	Istituto	n. detenuti al 31.12.23	n. detenuti stranieri al 31.12.23	Programmazione posti per la salute mentale (compresa ATSM)	Programmazione posti in ICATT	Programmazione posti in SAI
Roma 2	Rebibbia femminile	364	142	12	0	0

Tabella 8- Fabbisogno di posti-letto per Salute Mentale e Dipendenze (al 31 dicembre 2023)

Il fabbisogno di personale per la Salute Mentale e le Dipendenze nel penitenziario era così previsto:

Fabbisogno Salute Mentale e Dipendenze -- Personale								
Asl	Istituto	Psichiatri	Medici per dipendenze	Psicologi	Infermieri	Assistenti sociali	Terapisti	Altro (OSS)
Roma 2	Rebibbia femminile	3	1	3	4	2	1	1

Tabella 9- Fabbisogno di personale per Salute Mentale e Dipendenze (al 31 dicembre 2023)

Il Garante regionale del Lazio ha altresì elaborato i dati relativi al personale sanitario, evidenziando le criticità. Quanto ai numeri del personale nel Polo penitenziario di Rebibbia (i dati sono aggregati, dunque comprendono, oltre alla Casa circondariale Rebibbia femminile, anche la Casa Circondariale Maschile, la Casa di Reclusione, la III Casa) il personale della Salute Mentale comprende: 1 Dirigente Psichiatra, 2 Dirigenti Psichiatri, 3 specialisti ambulatoriali. 6 Dirigenti Psicologi, 1 specialista ambulatoriale. Quanto alle criticità relative al personale si evidenziano carenza di personale della Polizia Penitenziaria per le scorte alle visite, mancanza di spazi adeguati e software gestionali, mancanza di personale interprofessionale permanente, mancanza di alcune specializzazioni mediche. Quanto alle criticità specifiche dell'Area Salute Mentale e Dipendenze sono segnalate 240 persone in carico (108 CC Maschile + 132 Casa di Reclusione). Comorbidità DUS/psichiatrica 42%. Patologie: 33% psicotiche, 4% dell'umore, 31% di personalità, 11% organiche. 1.205 persone viste in consulenza. Erogate 5.976 visite psichiatriche, 960 psicologiche, 1.540 interventi riabilitativi individuali, 194 di gruppo. Ser.D.: 1.570 pazienti in carico. 470 pazienti con metadone, 160 con suboxone. Erogate 3.520 visite mediche, 6.520 colloqui psicologici, 1.230 psicoterapie. 65 pazienti in comunità terapeutica. Tra gli eventi critici sono stati evidenziati i trattamenti psichiatrici in SPDC, volontari e obbligatori: 15 Trattamenti Sanitari Volontari (TSV), 4 Trattamenti Sanitari

Obbligatori (TSO), 9 rinvii al Pronto Soccorso. Come criticità strutturali e organizzative vengono segnalate la mancanza di spazi adeguati per le visite, la mancanza di software per la registrazione degli interventi, l'impossibilità parziale di creare una rete dati, le frequenti difficoltà nell'organizzazione delle traduzioni e disponibilità della scorta.

Sul personale presente nella UOC Salute mentale penitenziaria, Psichiatria forense (SMPPF) Asl Roma 2, la Relazione 2025 della Garante comunale presenta i seguenti dati. Rispetto al personale presente, questo consta di:

- ❖ 1 Psichiatra con funzione di Direttore - 38 ore settimanali
- ❖ 1 Dirigente Psichiatra con funzione di responsabile UOS salute mentale e accoglienza 38 ore settimanali
- ❖ 2 Dirigenti Psichiatri (76 ore) da agosto 2024 (1 sola unità)
- ❖ 3 Specialisti ambulatori psichiatrici (58 ore) - 46 ore assegnate a tempo indeterminato – 14 assegnate in sostituzione temporanea
- ❖ 6 Dirigenti Psicologi (228 ore)
- ❖ 1 Specialista Ambulatoriale psicologo (6 ore)
- ❖ Unità di personale mancanti:
- ❖ Psicologi (2 unità)
- ❖ Assistenti sociali (1 unità)
- ❖ Psichiatri (le ore di specialistica previste non sono state mai pubblicate dopo il pensionamento dei 2 ex titolari)

5.4 Annotazioni sui dati quantitativi raccolti

Le difficoltà riscontrate nella raccolta e nell'analisi dei dati quantitativi appaiono riconducibili a una pluralità di fattori strutturali e organizzativi. In primo luogo, la mancanza di un coordinamento tra amministrazione penitenziaria, servizi sanitari interni ed esterni e attori istituzionali si è rivelata un ostacolo significativo, producendo risposte frammentarie e tempi di restituzione eterogenei. In secondo luogo, le modalità di definizione delle categorie di “presa in carico”, “presa in cura” e “consulenza” risultano diverse a seconda degli istituti e dei contesti regionali, come dimostrano le diverse declinazioni operative osservate a Udine e Prato e riportate nella tabella seguente.

	CSM Udine	Psichiatria Prato
Consulenza	Una persona che viene valutata in modo puntuale alcune volte, non necessita un prosieguito;	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

Tabella 10 - Comparazione delle definizioni di “in carico”, “in cura” e “consulenze” offerte dal comparto salute mentale degli istituti di Udine e Prato.

L'assenza di criteri condivisi genera un quadro disomogeneo e parziale, che rende impossibile una comparazione sistematica dei dati. Inoltre, in taluni casi, la scelta di classificare i detenuti all'interno di una categoria piuttosto che un'altra è influenzata da valutazioni di natura gestionale o discrezionale – ad esempio, nel timore di dichiarazioni strumentali di tossicodipendenza – piuttosto che da linee guida cliniche uniformi. Secondo uno psichiatra della Regione Emilia Romagna i “dati sulla salute mentale in carcere a livello nazionale non esistono perché nessuno li raccoglie” (conversazione personale con psichiatra, 18.02.25). Per questo bisognerebbe interloquire con ciascuna singola regione per ottenerli; ma sarebbero, disomogenei. Lo stesso ci specifica che i dati menzionati dal recente documento del Consiglio Superiore della Magistratura (cfr. supra § 2.1.8) – 6000-9000 persone in carcere con patologia

psichiatrica grave –, indicherebbero un valore complessivo di tutte le persone che “hanno avuto una diagnosi o fanno uso di medicinali, cioè tutte e tre le categorie individuate [presa in cura, presa in carico, terzo gruppo, n.d.a.], mentre i malati gravi sono una piccola percentuale” (*ibidem*).

La distinzione tra presa in cura e presa in carico, e certamente la terza categoria entro cui rientrerebbero coloro con prescrizione di farmaci del medico di medicina generale ma che non rientrano nelle prime due categorie, sembra condivisa a livello Nazionale, come ci comunica uno psichiatra di Udine. A suo dire, la tripartizione non solo rappresenterebbe una distinzione in ordine crescente della gravità della situazione psicologica, ma anche ciò che sembrerebbe essere richiesto dal gestionale del Ministero: “sì, il gestionale che serve per trasmettere i dati al Ministero ha queste ripartizioni” (conversazione personale con psichiatra, 17.03.25). Al contempo, lo stesso professionista non offre una risposta chiara rispetto al fatto che tutte le Regioni adottino le medesime ripartizioni (*ibidem*). D’altro canto, una psichiatra di Prato con cui abbiamo interloquito distingue presa in carico e in cura sulla base della “presenza di multiprofessionalità (presa in carico) oppure sulla mono-professionalità (presa in cura)”; una distinzione che in carcere “non ha molto senso perché è raro che si abbiano équipes multiprofessionali, a parte il caso delle doppie diagnosi. La gran parte dei detenuti rientra quindi nella presa in cura” (conversazione personale con psichiatra 2, 17.03.25).

Interpellato sulla distinzione tra presa in cura e presa in carico, un altro psichiatra della Regione Toscana ci condivide che “la prima ha una funzione più consulenziale, legata al momento, la seconda è una gestione completa del caso” (conversazione personale con psichiatra 20/02/2025), senza però esplicitare una fonte specifica di riferimento. Interpellato sui criteri adottati per definire la tossicodipendenza negli istituti penitenziari, lo stesso psichiatra ci fa presente che le persone che non erano già in carico sul territorio non vengono prese in carico dal SerD interno ma, piuttosto, prese in cura. La ratio sottostante sembra essere la presunzione di strumentalità che attraversa, seppur informalmente, lo sguardo di chi opera nel carcere. Infatti ci viene specificato che questa scelta classificatorio-gestionale è finalizzata ad evitare lo scenario per cui i “detenuti si dichiarerebbero tossicodipendenti, e addirittura assumerebbero sostanze in carcere allo scopo, in modo strumentale ai fini di essere dichiarati tossicodipendenti e così accedere alla misura alternativa e uscire dal carcere” (*ibidem*). Tuttavia, questa modalità di gestione - in cura (*intra moenia*) piuttosto che in carico -, non sembrano esplicitati in linee guida o atti regionali ma, piuttosto, sono inscrivibili sul piano della prassi informale o, al più,

dell'infra-diritto. Infatti, quando una ricercatrice - interloquendo il Dirigente Regionale che accompagnava lo psichiatra - fa un sollecito per comprendere se l'approccio adottato è raccomandato da qualche linea guida o atto regionale, tale modalità non pare così rigida: “se poi vedono che la persona è davvero tossicodipendente allora la prendono in carico” (*ibidem*). Rispetto a coloro che sono identificati “casi di doppia diagnosi”, i criteri di definizione rispetto alla presa in cura/in carico sarebbero sottoposti ad un'altra discrezionalità, ovvero spetta alla salute mentale e al serd individuare chi è in cura e chi è in carico a quale servizio, in sinergia con il medico delle cure primarie.

Tale variabilità della codifica ci sembra restituire un quadro della salute mentale in carcere come un fenomeno difficilmente quantificabile e scarsamente oggettivabile. In tal senso abbiamo valutato preferibile restituire i dati grezzi raccolti nei due istituti oggetto di ricerca, come declinati nei paragrafi precedenti del presente capitolo.

In termini di considerazioni generali, e consapevoli dei *bias*, testé descritti e che influiscono sulla rappresentazione dei dati raccolti, un elemento che ci è parso significativo concerne il ridimensionamento dei numeri della gravità della salute mentale oggetto di gestione - in cura, in carico, consulenze - in carcere, rispetto alla rappresentazione soggettiva della questione.

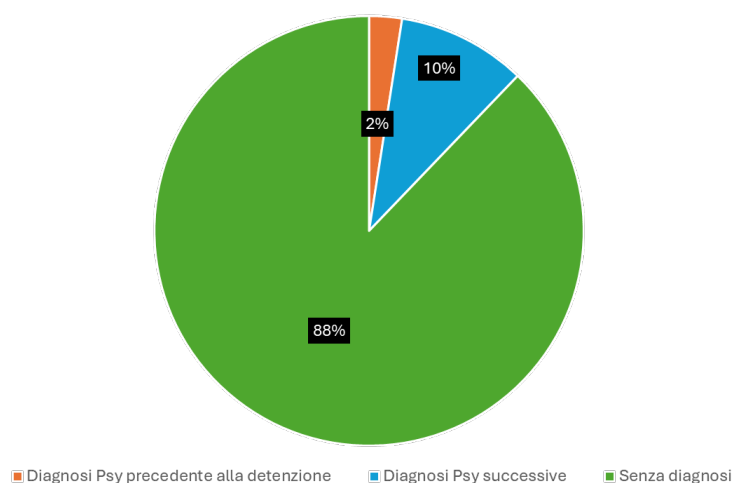


Grafico 1 - Distribuzione delle diagnosi psichiatriche alla Casa Circondariale di Prato in data 28/02/2025

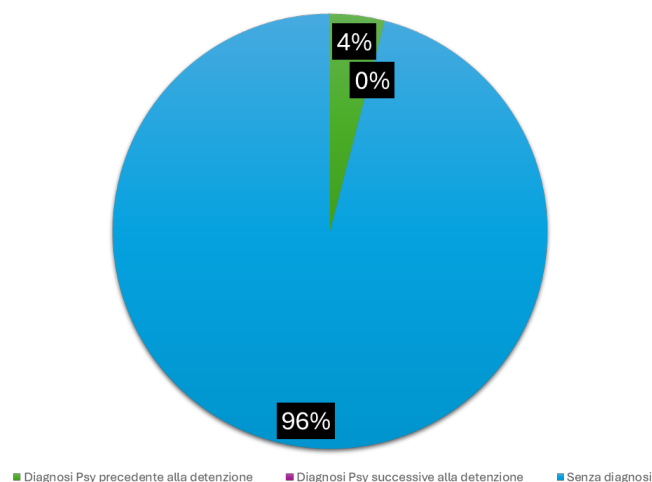


Grafico 2 - Distribuzione delle diagnosi psichiatriche alla Casa Circondariale di Udine in data 28/02/2025

Come si evidenzia nei due grafici sopra, i numeri delle persone con diagnosi psichiatrica sono estremamente marginali rispetto al totale della popolazione presente nei due istituti al 28/02/2025. Inoltre, in un istituto (Prato) le diagnosi psichiatriche post-ingresso in carcere risultano maggiori rispetto a quelle già presenti prima dell'accesso in casa circondariale, a differenza dell'istituto friulano. Entrambe le questioni - scollamento tra il disagio mentale percepito e i numeri delle diagnosi psichiatriche, così come il carattere patogeno del carcere, seppur con numeri circoscritti, ci interroga sia sulla distinzione tra salute mentale e problematiche psichiatriche, sia sulle condizioni deleterie degli istituti penitenziari per le persone detenute. Condizioni che, seppur difficilmente quantificabili in termini di impatto sulla salute mentale, sono riconosciute trasversalmente da professionisti e professioni intervistati, come argomentato nel capitolo successivo.

Capitolo 6 - I risultati della ricerca: I dati qualitativi

6.1. Una distinzione fondamentale: salute mentale e disturbi Psy

Le indicazioni raccolte nei seminari iniziali ci avevano indirizzato verso la riflessione per cui non è possibile parlare genericamente di “presa in carico”, ma è necessario distinguere in modo più specifico tra le modalità di rapporto al paziente che gli psichiatri utilizzano, ovvero la “presa in carico”, la “presa in cura” e la “consulenza”. Poiché la differenza tra queste sembra variare nei diversi contesti geografici vi è stata la necessità di mettere a fuoco, nei diversi contesti, il significato dato ai concetti dal personale sanitario che li utilizza.

Secondo quanto condiviso dal CSM di Udine, la suddetta distinzione si declina come segue:

- ❖ "consulenza": una persona che viene valutata in modo puntuale alcune volte, non necessita un prosieguo;
- ❖ "assunzione in cura": una persona che viene seguita per un determinato periodo di tempo, ad esempio per un disturbo dell'adattamento o comunque una problematica non particolarmente rilevante;
- ❖ "presa 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.

Secondo quanto condiviso dalla psichiatria operante nel carcere di Prato la distinzione si declina nel modo seguente:

- ❖ “consulenze”: visite effettuate senza successiva presa in cura del paziente
- ❖ “in cura”: soggetto a cui vengono effettuate visite di controllo regolari programmate
- ❖ “in carico”: soggetto in cura contemporaneamente al servizio psichiatrico e psicologico della Salute Mentale

Emerge, da parte di alcuni operatori, la percezione che il lavoro della psichiatria è differente in carcere rispetto all'esterno, perché differenti, cioè minori, sono le risorse a disposizione nell'istituzione. Questo influisce sull'utilizzo delle definizioni di cui sopra, che assumono significati diversi da quelli in uso sul territorio.

Una psichiatra ci specifica che “Il lavoro in carcere è, per ovvi motivi, molto meno articolato poiché non disponiamo di tutte le risorse (umane e non) presenti invece sul territorio. Detto questo, non è quindi possibile applicare queste definizioni ed intenderle come le consideriamo in CSM, in carcere queste distinzioni sono molto più sfumate e difficili da definire. Analogo discorso possiamo estenderlo anche ai PTRI, in carcere non vi è la stesura scritta con il programma di cura e gli obiettivi da perseguire, ma va da sé che ogni persona ha un suo piano di cura che può prevedere, ad esempio, monitoraggio con colloqui psichiatrici e/o psicologici e/o con l'educatore.” (scambio mail). Un'altra professionista della psichiatria specifica, nel contesto della compilazione delle tabelle con i dati quantitativi, che la presa in carico in carcere, che nel caso specifico non è stato possibile rendicontare, la si considera presente quando vi è la presenza sia della psichiatria che del servizio psicologico. (nota etno, scambio mail) Da parte della medesima si ribadisce, quanto alla voce PTRI, che “abbiamo indicato "0" perché in carcere non è strumento utilizzabile” (Nota etnografica, scambio mail).

Nel corso del sopralluogo si sono avute dichiarazioni in merito alla funzione psichiatrica e psicologica in carcere:

“X 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).

Altri operatori sottolineano, invece, l'approccio analogo a quello utilizzato sul territorio:

“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, Psichiatra 2)

Da parte degli operatori risulta anche chiara la percezione della differenza tra salute mentale e psichiatria:

“La psichiatria è una piccola parte della salute mentale. [...] E a volte puoi riuscire a fare a meno anche di quella piccola parte, se si lavora bene, però, diciamo, è necessaria, però è una fetta ristretta, diciamo, in termini percentuali, la parte di psichiatria pura 10 , 15 per 100 . 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[...] E poi diamogli anche qualche rosa, no? il pane e le rose. Diamogli un po' divertimenti, qualche hobby, gli amici, la socialità, no? Costruire tutto questo partendo da una stabilizzazione del quadro psicopatologico, beh, è molto più importante come lavoro, ci si dedica molto più tempo a quello. Però quando si avvera vedi che le persone, poi, hanno una qualità di vita accettabile. E che magari riescono che ne so, a stare in coppia, a sposarsi, a fare dei figli, ad avere dei progetti di vita veri e propri, la qualità è quella" (Intervista, Psichiatra 2)

La salute mentale deve essere percepita come parte integrante della salute in generale, e su questo punto alcuni operatori notano che esistono ancora resistenze e vecchie concezioni, in cui la malattia mentale è ricondotta a un certo stigma sociale piuttosto che a una questione di salute

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. Perché? Un po' in generale in Italia c'è ancora uno stigma sul tema salute mentale. Questo, in generale. C'è una sottovalutazione dell'argomento salute mentale. Per questo all'inizio ti ho detto: non si può parlare di salute mentale se non si parla di salute in generale perché bisogna, a livello culturale e generale, far capire che la salute mentale è una declinazione imprescindibile della salute globale della persona (Intervista, Volontariato 1)

essendo alla salute mentale una declinazione del più generale concetto di salute, c'è un ambito fondamentale che è quello della tutela e dell'assistenza sanitaria in carcere, che è imprescindibile [...] Non ci può essere... la salute è un diritto fondamentale incompressibile. Di conseguenza, l'espiazione di una pena incide sulla libertà personale, ma non può in alcun modo incidere sulla tutela e sullo stato di salute d'una persona. Questo però, sempre finché si parla della teoria, perché nella pratica, purtroppo... E poi vediamo che, insomma... (Intervista, Volontariato 1)

Secondo un altro rappresentante dell'area sanitaria, occorre fare alcune valutazioni, che toccano direttamente l'utilizzo del tempo da parte delle persone detenute e come il fatto di avere una vita più "piena" (di lavoro, istruzione, attività varie) renda il ricorso alla medicina meno intenso:

Nel carcere di Stoccarda, di dimensioni simili a quelle di Prato, avevano il medico per 3 h la mattina e 3h il pomeriggio ed era ritenuto sufficiente. Ma nel carcere di Stoccarda, i detenuti erano impegnati, c'erano lavorazioni interne e i detenuti tra corsi e attività erano

tutto il giorno fuori dalla cella. Noi spendiamo mezzo milione di medici di base e sembra sempre insufficiente (Nota etnografica, 4 aprile 2025).

L'ingresso in carcere di molte professionalità e il loro coordinamento è percepito come un elemento importante di supporto alla salute mentale:

Per fortuna noi abbiamo un buon servizio psichiatrico, rappresentato da una nuova psichiatra, nuova perché è un anno circa che è in servizio, che è molto brava, molto attenta, molto scrupolosa con la quale c'è anche un bel confronto. C'è il servizio delle dipendenze che fa ingresso in carcere, anche più di una...no, una volta alla settimana, tendenzialmente e fa incontri congiunti con l'area educativa. L'altra cosa interessante è che abbiamo, anche questo più o meno da un anno circa, un po' meno 1 psicologo sulle 40 ore settimanali. In realtà, la condividiamo con T.**, con il carcere di T.** però a T.** è a chiamata, per cui la maggior parte delle ore le fa a ***, e ha molta importanza rispetto ai nuovi ingressi, perché fa l'incontro... cioè si occupa di questo sostanzialmente (Intervista, Garante 2)

6.2. La salute mentale come ossimoro

Come suggerisce Pavarini (2006, pp. 82-83), la materialità del carcere è “produzione aggiuntiva e artificiale di handicap, cioè è produzione di sofferenza come privazione e limitazioni di diritti e aspettative”. Le testimonianze raccolte si collocano dentro questa cornice, evidenziano le contraddizioni che attraversano la gestione della salute mentale in carcere. Non a caso, l'ossimoro sembra la figura retorica paradigmatica capace di condensare tali rappresentazioni. L'etimologia del termine deriva dal greco *oksýmōron* — composto di *oksýs* (“acuto”) e *mōrós* (“stolto, folle”) —, parola evocativa che designa l'accostamento di termini semanticamente inconciliabili la cui tensione produce un effetto di antitesi: chiave interpretativa che ci sembra rifletta, in maniera eloquente, la natura contraddittoria di pratiche e vissuti che costituiscono la salute mentale *intra moenia*.

Lungo questa linea di tensione abbiamo cercato di delineare contraddizioni, effetti e tentativi di riassorbimento posti in essere dalle persone intervistate, offrendo un'argomentazione che possa restituire il senso pratico di ciò che accade nell'intersezione tra il sapere-potere psichiatrico (Foucault, 1999, 2003) - all'interno dell'istituzione per antonomasia del campo penitenziario (Maculan, 2023), ovvero il carcere. Tra i sotto-temi principali individuati vi sono le condizioni strutturali e individuali, le peculiarità del trattamento psy, gli effetti iatrogeni e

patologici del carcere come il rapporto con il farmaco, le relazioni con volontari e con il territorio.

Le contraddizioni e le possibilità d'azione intercettate sono rapportate sia alle condizioni strutturali che attraversano - costituendo al contempo - le dinamiche carcerarie (sovraffollamento, condizioni igienico-sanitarie, risorse disponibili, rapporto coi servizi territoriali, decreto sicurezza e pensiero di Stato) sia alle condizioni individuali (certificazione anagrafica, residenza, diagnosi, risorse economiche e relazionali, etc.) che caratterizzano la posizione di persona detenuta e di professionista della salute che opera in carcere.

Pur distinguendo le diverse sfaccettature applicative del sapere-potere psichiatrico nei luoghi di privazione della libertà, la tesi qui sostenuta è che l'incrocio tra questo dispositivo e il sistema carcerario non possa che vincolare il valore d'uso del primo ad una razionalizzazione di riserva la cui unica possibilità d'esercizio è quella di attenuare gli effetti delle stesse logiche carcerarie che denuncia con la sua stessa presenza, riproducendole al contempo. La figura dell'ex art. 80, in specie quando coincide con una professionalità psy (psichiatrica o psicologica che sia), costituisce l'esemplare di riferimento che incorpora il doppio mandato di cura-controllo che contraddistingue il sapere-potere psy nelle carceri.

Le narrazioni raccolte sulla salute mentale in carcere si strutturano secondo la logica dell'ossimoro: uno spazio di contraddizioni pratico-teoriche che ruotano attorno al binomio volontarietà-coercizione, dove il benessere appare come il fragile risultato di un equilibrio precario tra i due poli.

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 è un contesto restrittivo, è, come dire, un ossimoro... Per chi è abituato a operare con "la libertà terapeutica" ... voglio dire... diciamo che si può in qualche modo rendere meno oppressiva quella che è la restrizione della libertà (Intervista, Psichiatra 3)

“è un concetto difficile da definire, nel senso che in un ambiente dove innanzitutto vi è una restrizione assoluta della propria libertà [...] la possiamo definire come un buon equilibrio psicofisico in questo contesto e ambiente di restrizione, però, ecco, ripeto, è un equilibrio tendenzialmente precario” (Intervista, Area SerD 2)

Nella consapevolezza dell'impossibilità di un trattamento terapeutico analogo a quello che si eserciterebbe *extra moenia*, professioniste e professionisti della salute sembrano riassorbire tali contraddizioni entro quelle che sono due forme di spiegazione causale che fanno del proprio operato qualcosa di altro dalla c.d. “terapia del profondo”, come suggerisce una persona intervistata dell'area psicologica. Da un lato, l'impossibilità di garantire una reale tutela della salute mentale in carcere viene ricondotta alle *condizioni strutturali dell'istituzione penitenziaria* – tempi di accesso agli incontri dilatati, spazi inadeguati, ambienti insalubri, vincoli burocratici e logiche custodiali, tempistiche della detenzione – rendono estremamente difficile ogni forma di intervento terapeutico continuativo.

“Poi c'è tutta la difficoltà che hanno anche gli psicologi, chiami la persona, 40 minuti di attesa, e la persona non arriva [...] Mancano gli spazi fisici... è proprio un problema di base. Come c'è il sovraffollamento, anche noi non abbiamo gli spazi per fare i colloqui. Perché non abbiamo, ad esempio, la stanza, che ne so, riservata SerT e CSM (Intervista, Area SerD 1)

“Secondo me, queste realtà mastodontiche di 500-600 persone, in queste realtà non si può lavorare [...] dare la possibilità alla persona detenuta che la carcerazione non sia soltanto questo tempo inutile, in cui si esce dalla società, ma anche un momento di riflessione” (Intervista, Garante 1)

“Se viene a mancare una casa, una stabilità economica... sicuramente è difficile per la persona costruire un po' un benessere, perché c'è una precarietà, un'instabilità di base che rende tutto più difficile. Si rischia anche poi, chiaramente, di delinquere di più, perché mancano le basi” (Intervista, Psichiatra 4)

“L'altra parte di grosso stress. Sono le situazioni dal cibo, dalla pioggia, dal fatto che ti piove in cella, dalla mancanza di acqua calda, dalla mancanza di acqua direttamente... Questi sono altri ... e un fattore che non so quanto sia dicibile [...] è ciò che in questo momento sta girando per le carceri, di sostanze. Che provengono da boh, esterno? Non sappiamo” (Intervista, Psichiatra 1)

Se le strutture, l'architettura e la sua gestione costituisce un fattore principale di rischio per la salute (Ronco, 2018, p. 39), dall'altro lato le persone intervistate attribuiscono alle *condizioni personali delle persone detenute* alcune difficoltà che incontrano nell'erogare il trattamento. Condizioni che sono legate sia a dinamiche individuali - mancanza di speranza, fragilità psichica, deficit cognitivi e linguistici, etc. - sia sociali, come la precarietà abitativa, economica e relazionale. L'intersezione di questi due livelli – strutturale e individuale – restituisce l'immagine di una salute mentale al tempo stesso necessaria e impraticabile.

“persone che... funzionano tra virgolette in maniera molto adattiva e hanno delle risorse anche per convivere...persone che entrano per la prima volta in carcere, magari hanno delle fragilità caratteriali, dovute anche a una fragilità mentale per qualche disturbo di personalità che magari porta a un'impulsività, una reattività un'aggressività molto spiccate è più difficile no la convivenza. (Intervista, area psicologica)

Questa persona qua è una persona con famiglia, moglie, un bambino, familiari, ha parenti con cui... cioè una bella struttura familiare, ha sempre lavorato, ha sempre affrontato le cose. È solido, Non so come dire, strutturato. Ma la sua storia pone le condizioni per...le strategie che utilizza nel presente. (Intervista, area psicologica)

Molti hanno un livello, un socio culturale basso, una comprensione della lingua pari a 0 , e quindi durano tanta fatica a riuscire a comunicare con l'esterno, soprattutto quando i familiari, non solo in Italia. È un problema che, per esempio, con l'Africa è enorme [...] E non tutti i cellulari sono raggiungi... è piuttosto incasinato a volte, per cui non è semplicissimo gestire questo aspetto, ed è sempre causa di grosso stress (Intervista, Psichiatra 1)

Come osservabile dagli stralci condivisi, le condizioni che impattano sul tipo di trattamento all'interno dell'istituto si articolano su due assi giustificativi che intersecano dinamiche peculiari del carcere, come la sua valenza di welfare (Sterchele, 2019; Verdolini, 2022) o *more eligibility* (Sbraccia, 2007) per quelle soggettività già marginalizzate e precarizzate prima dell'accesso all'istituto, in specie se stranieri e privi di residenza e permesso di soggiorno, come meglio argomenteremo nei paragrafi successivi⁴⁵.

“Poi, secondo me, sono anche degli aspetti caratteriali. C'è chi è un po più come dire, resiliente, adattabile e quindi ovviamente, magari dice, “vabbè, Adesso procediamo

⁴⁵ In particolare si rimanda ai paragrafi 7.5. - *Relatività della traiettoria carceraria* e 7.10 - *Etnocentrismo carcerario*.

vediamo come va avanti., sento l'avvocato, magari va avanti step by step", c'è chi va più in ansia, in confusione. Chi magari, appunto, ha problemi di tossicodipendenza cerca di capire...come...eh...assumere sostanze in qualche modo anche dentro il carcere, chi è senza fissa dimora magari fa un ragionamento del tipo, "almeno qui ho da mangiare e un posto dove stare", anche se, bah, non mi pare che cambi molto alla fine per chi era fuori per chi era dentro qualcuno. Ma magari qualcuno la vive con dei ragionamenti positivi, insomma, no? (Intervista, area psicologica ex art. 80)

In particolare, le persone intervistate con una formazione in psicologia hanno mostrato una maggiore tendenza a ricorrere a giustificazioni individualiste - struttura di personalità fragile, carente motivazione, risorse linguistiche, tratti di dipendenza - differentemente dall'area psichiatrica, dove le condizioni strutturali del campo penitenziario spostano l'asse del trattamento sul piano dei bisogni individuali e sociali.

Il fatto stesso che stai carcere già questo è un primo fattore, poi tutto quello che appunto, attiene alla facilità di comunicazione, cioè se loro non riescono a comunicare di cosa hanno bisogno, questo è un altro fattore, cioè non hanno un avvocato, o hanno l'ufficio che non va a trovarli, non si sa se hanno i documenti o non hanno i documenti, non si sa che in che lingua parlano, eccetera (Intervista, Psichiatra 3)

Se il trattamento in carcere non può darsi nella forma idealtipica riconosciuta e legittimata *extra moenia*, ovvero nei servizi territoriali o in uno studio privato, le persone intervistate ci offrono delle forme alternative di declinazione del proprio operato medicale, psicologico e trattamentale rispetto all'uso di sostanze, con annesse implicazioni sul piano dei vissuti. Attraverso le interviste abbiamo individuato quattro macro strategie d'intervento o effetti di questa contraddizione strutturale riassunta nell'ossimoro: (1.) agevolare l'adattamento della persona detenuta alle condizioni di detenzione e prefigurare il percorso post-carceri; (2.) favorire una connivenza farmacologica consapevole; (3.) produrre narrazioni legittime e significative sulla persona detenuta.

Dalle interviste è emerso come il trattamento a matrice "psi" non possa darsi nella forma della terapia canonica - farmacologica o della parola -, proprio in ragione delle condizioni strutturali che caratterizzano la vita detentiva. Quello che rimane perseguibile per queste professioni è agevolare la costruzione di un fragile equilibrio psicofisico per le persone private della libertà, un *adattamento alle condizioni della vita carceraria*. Gli strumenti spaziano dai micro-interventi cognitivo-comportamentali, al sostegno farmacologico, all'ascolto, ai gruppi di sostegno, all'ascolto e conoscenza della persona con i suoi bisogni, financo la messa a

disposizione di strumenti pratico conoscitivi utili a supportare la persona detenuta a districarsi nell'intricata trama burocratica che organizza le condotte nello spazio detentivo. In certe condizioni, riprendendo il lessico goffmaniano (1961), il sapere potere psichiatrico può costituirsi come vero e proprio dispositivo di adattamento secondario per farsi la galera o per far venire meno disposizioni trattamentali-puntive e collocazioni deleterie per la persona a cui la misura è stata sottoposta.

quello che si può fare nei casi migliori è magari appunto ragionare... fare quella che [...] potrebbe essere un po' un minimo di ristrutturazione cognitiva, con dei cambiamenti un po' dei pensieri più disfunzionali, qualche pensieri più utili per...per la persona, per le relazioni con gli altri, per riprendere un po' un ruolo in società [...] ma da lì a dire che si vale il trattamento vero e proprio...Secondo me non è il contesto proprio più adatto. Qualcuno fa dei lavori di gruppo [...] al momento, secondo me... riusciamo a fare questo e se riusciamo a fare questo è già una buona cosa, ecco (Intervista, Area psicologica ex art 80)

Cerchiamo di dare un po' una mano a queste persone che si ritrovano in carcere e devono fare la loro detenzione...e di base non è un aspetto punitivo ma appunto, rieducativo... o comunque ormai che noi siamo lì in quel ruolo, anche dare una mano su una telefonata parlando con l'ufficio matricola, con l'educatrice...insomma, lo facciamo, ecco (Intervista, Area psicologica ex art 80)

la possiamo definire come un buon equilibrio psicofisico in questo contesto e ambiente di restrizione, però, ecco, ripeto, è un equilibrio tendenzialmente precario, molte volte ha la necessità di un supporto psicofarmacologico oppure di un intervento psicologico, anche per mantenersi nel tempo e anche nel lungo tempo, come un equilibrio accettabile. Però ecco, la definirei un po' così. Quindi, tutto sommato, anche una capacità di adattamento, prima mentale e poi fisico, ad un contesto così complicato (SerD 2)

per questa persona è stata disposta l'applicazione di questo regime - del regime del 14 bis dell'ordinamento penitenziario, della 354, che prevede che una persona abbia delle restrizioni particolari che servono semplicemente... più limitate possibili [...] per fare in modo che si possa contenere questa aggressività [...] o agiti che comunque sono testimonianza del fatto che il trattamento non viene ancora... non viene abbracciato dalla persona [...] dove non si può fare diversamente è un ottimo strumento, perché perché responsabilizza anche la persona, no? [...] questo detenuto mal sopportava questa situazione che si protraeva da 4 mesi e quindi... la salute mentale... cioè lo intercetta un educatore, lo segnala al servizio di salute mentale che già lo seguiva [...] la salute mentale

vera e propria, gli psicologi, psichiatri del servizio di salute mentale... forniscono veramente un supporto fondamentale, anche documentale, poi andando proprio a certificare eventuali aspetti sanitari. Quindi sì, in quel caso, comunque [...] abbiamo sospeso l'applicazione di questo regime (Intervista, Area direttiva 1)

Parallelamente, all'agevolazione della vita all'interno dell'istituto, operatrici e operatori della salute sottolineano la necessità e l'importanza di costruire e agevolare i rapporti con i servizi esterni (misure alternative, comunità, SerD, ASL, etc.), prefigurando il passaggio oltre le mura, pur nelle difficoltà legate a risorse e complicità burocrazia (identificazione della residenza e individuazione dell'ASL di competenza). L'opacità e la difficoltà di costruire un ponte con il fuori per la c.d. risocializzazione è spesso foriera di una sensazione d'impotenza e frustrazione da parte di operatrici e operatori della salute mentale.

[...] cerchi di mantenere i rapporti, per esempio con il Csm di origine, con i programmi che si possono attuare anche in visione del passaggio dal carcere verso di nuovo il territorio. Quindi anche organizzare, che ne so, delle misure alternative, se è possibile, se il giudice ti dà un riscontro in tal senso. Ecco, tutte queste cose sicuramente le possiamo fare, e sono molto simili a quelle che facciamo sul territorio (Intervista, Psichiatra 3)

[...] la residenza che può essere richiesta in carcere fuori non ha...fuori decade. Perché il carcere, il servizio... Non ci sono fondi con i quali pagare residenziali o cose, non so se mi sono spiegata. È poi il servizio di salute mentale che attiva i percorsi fuori. Questa cosa è sempre difficile da far capire [...] altrimenti tutti i fissa dimora [...] cadrebbero sul quartiere ***, mentre il reato è stato commesso nel quartiere ***, per esempio (Intervista, Psichiatra)

[...] uno dei nostri ruoli è quello di andare a bussare alle porte sul territorio per cercare qualche risorsa che siano, in particolare, abitative e lavorative. Scarseggiano, scarseggiano sempre di più. E quindi a volte c'è il senso di impotenza, ma di rabbia, perché chiediamo a persone di rimettersi in piedi e di iniziare una vita, nei margini della legalità, senza nessun tipo di risorsa, senza nessun tipo di strumento (Intervista, Volontariato 2)

Questo processo di agevolazione dell'adattamento alle condizioni di detenzione interseca il famigerato tema della farmacoterapia - e del suo abuso - all'interno delle carceri, in particolare se si considera il senso diffuso di una *connivenza farmacologica come medium di negoziazione* tra professioniste/i della salute e popolazione detenuta. Se il tema della farmacoterapia sarà trattato in maniera più specifica successivamente (cfr. § 7.8), qui ci limitiamo ad evidenziare il

legame tra le condizioni materiali della vita detentiva - e dunque anche professionale - e l'impiego della farmacoterapia come dispositivo di adattamento legittimo.

Secondo me questo ha lo stesso concetto che va applicato fuori rispetto alla farmacoterapia. Deve essere una stampella che accompagna a stare meglio anche semplicemente per un piccolo periodo. Quindi se la farmacoterapia in carcere aiuta il detenuto a stare in equilibrio, a vivere nel miglior modo possibile la condizione da ristretto allora sta funzionando. Perché io mi sono vista entrare detenuti in astinenza e Non era possibile neanche fare un colloquio. Erano in astinenza. Quindi avevano bisogno del farmaco [...] Quindi il farmaco mi aiuta a stare in equilibrio. Ci sono persone che hanno grandi problemi di aggressività auto/etero diretta. Se il farmaco mi aiuta a tenere a bada questi istinti aggressivi, a vivere con gli altri... allora sì, è assolutamente necessario [...] per chi ne ha bisogno è una stampella che permette di vivere al meglio la vita da ristretto. Il miglioramento adattamento possibile (Intervista, Area psicologica)

Io ho molta ansia, ho molta tensione e ti chiedo un farmaco che mi riduca il sintomo tipo la tachipirina. In carcere è molta la richiesta del farmaco sintomatico, cioè di qualcosa che mi levi quello che io provo, quello che mi fa stare male, ed è un grosso nodo cercare di fargli capire, dirgli: “perché secondo te io non ti voglio dare più gocce?” “Prova a pensare perché?”. Loro ce la fanno a dirti “perché tu pensi che mi faccia male”. E quindi di solito su questo si riesce a trovare un po’ una mediazione, capiscono questo. Ma poi, la settimana dopo, magari ci troviamo punto a capo a dover fare lo stesso discorso, perché comunque le condizioni all'interno del carcere sono molto difficili da sostenere. Quindi, di base... la terapia sintomatica che io prescrivo in carcere è di più della terapia sintomatica che io prescrivo fuori. Perché fuori possiamo fare delle altre cose fuori (Intervista, Area SerD 1)

Troppo spesso io noto che, un problema che è stato rilevato, spesso lo noto anche a Prato, 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 (Intervista, Volontariato 1)

La gestione dei farmaci appare come uno dei nodi centrali. Da un lato, l'uso massiccio e sintomatico degli psicofarmaci rischia di ridurre la salute mentale a questione di ordine pubblico; dall'altro, molti operatori cercano di instaurare con le persone detenute una sorta di “patto terapeutico”, che renda la farmacologia uno strumento di sostegno e non di mera sedazione, giustificando l'impiego in ragione delle condizioni iatrogene e patologiche, come testimoniano una persona dell'area volontariato e terzo settore, e un garante delle persone

private della libertà. Un'istituzione “[...] per molti versi patogena, sicuramente patogena dal punto di vista dell'equilibrio psichico della persona” (Intervista, m Garante 3) che mette a rischio la salute della persona e dei suoi bisogni, un'istituzione dove le persone “hanno un netto peggioramento anche da un punto di vista, diciamo, come lo posso rilevare io, psicologico generale. Cioè la detenzione veramente ammala, ammala anche la mente” (Intervista, Volontariato 1). È labile il confine tra lo iatrogeno e il riabilitativo - in termini di adattamento alla condizione carceraria - che i/le professionisti/e della salute mentale si trovano ad affrontare, giocandosi sul tavolo della trattativa la possibilità di configurare un senso contro il rischio di favorire un uso anestetizzante o sintomatico del farmaco.

In un primo momento magari si cede a questa richiesta semplicemente perché, come dire, è anche quello, un fattore di dire: “Ti sto capendo, in questo momento non ce la fai, ti do più farmaco, però poi facciamo un patto, dobbiamo lavorare per ritornare a un livello di farmaco che ti possa consentire di fare delle attività, cioè non ti devi stordire per non pensare che sei ristretto, ma questo tempo lo dobbiamo utilizzare in altro modo. (Intervista, Psichiatra 3)

Quando la possibilità di fare attività trattamentali, o di creare ponti con il territorio esterno viene meno, il ruolo e l'immagine di sé prodotti da sovraffollamento, il tipo di soggettività che viene promossa dalle condizioni materiali, strutturali e politiche che attraversano il carcere, coincide con quella del detenuto, ristretto, contenuto, piuttosto che “persona che fa, o impara a fare altro”. Considerati i limiti strutturali che riorganizzano il gesto clinico entro le mura del carcere, dove la psicoterapia è bandita, il setting destrutturato, e l'obiettivo soggetto ad una continua negoziazione sul crinale della cura e del controllo, il sapere-potere psi si configura comunque come forma di razionalizzazione per tradurre in maniera legittima tutta una serie di bisogni e istanze che provengono e dalle persone detenute e dall'istituzione medesima, la cui forma maggiormente efficace in termini performativi consiste nella diagnosi⁴⁶. La possibilità di accedere ad una/un professionista della salute implica la possibilità di accedere ad un processo di costruzione di un senso: dare una cornice narrativa meno oppressiva, trasformare l'esperienza di detenzione in un racconto che abbia una logica, anche nelle situazioni di crisi e incidenti critici (suicidi, conflitti, ecc.), quando il benessere che ci immaginiamo non è

⁴⁶ Per un approfondimento in merito si rimanda al paragrafo 7.6 - *Il corpo del detenuto come dispositivo poli-funzionale*.

raggiungibile, dischiudendo una dinamica contorta di risignificare uno stato di oppressione riconoscendo al contempo l'elemento strutturale incorporato nell'istituto carcere:

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)

Se lo sguardo psi trasforma le richieste di natura sociale in problemi medicali/patologici/disfunzionali, quando assume i connotati più progressisti e si orienta ai bisogni fondamentali della persona (salute, residenza, lavoro, relazione) è certamente più attento a non esacerbare-riprodurre quelle pratiche ascrivibili alla vecchia nemesi manicomiale, puntando ad un unitarianesimo all'interno di un manicomio ancora più grande e affollato, scontrandosi con l'impossibilità di una destituzione delle logiche che intrappolano lui/lei tanto quanto la persona detenuta. La salute mentale in carcere si configura dunque come un ossimoro: ciò che viene chiamato "trattamento" coincide in larga parte con pratiche di contenimento e sostegno che hanno come obiettivo primario non la cura e il reinserimento sociale in senso proprio, ma la possibilità di sopportare la detenzione. Come osserva un'operatrice, "dal punto di vista psicologico [...] non si può fare terapia in carcere. Puoi fare sostegno, supporto, contenimento [...] molte volte l'aiuto psicologico passa anche attraverso cose molto concrete, soprattutto nelle prime settimane: riuscire a chiamare i propri cari, fare una domandina, orientarsi nelle regole" (Area psicologica). Nello stesso senso, altri operatori sottolineano che "parlare di psicoterapia nel vero senso della parola è utopistico" (Intervista, SerD 2) e che ciò che si riesce a fare, nei casi migliori, è "un minimo di ristrutturazione cognitiva [...] qualche pensiero più utile per la persona" (Area psicologica ex art. 80). Per lo/la psichiatra, oltre all'ascolto e al sostegno, deve fare i conti con la connivenza farmacologica come strategia per regolare e alleviare ansia, insonnia, agitazione o crisi di astinenza, garantendo un adattamento minimo alla condizione di restrizione. Non si tratta di percorsi trasformativi, ma di una sorta di "stampella" che permette di contenere i sintomi e di sopravvivere all'esperienza della detenzione, in specie quando le alternative territoriali a fronte dell'incompatibilità con il carcere sono ridotte se non assenti (cfr. § 6.11).

Parlare di salute mentale come ossimoro significa riconoscere che l'unica forma di trattamento praticabile è quella che aiuta la persona ad adeguarsi al carcere stesso, a sviluppare strategie di sopravvivenza e compromessi quotidiani. “La capacità di adattarsi alla vita da ristretto è proprio [...] capire come inserire me stesso all'interno di questa realtà e quindi adattarmi ai ritmi, alle persone, ai confini” (Intervista, Area psicologica). Le condizioni materiali — sovraffollamento, assenza di attività, convivenza forzata di persone di lingue e culture diverse — producono esse stesse sintomi che vengono spesso medicalizzati, trasformando la sofferenza sociale in patologia individuale o individui disfunzionali ad una vita di per sé oppressiva. In questo contesto, la cui consapevolezza attraversa tutte le figure professionali intervistate, il supporto da parte del volontariato e del terzo settore - quel di fuori accolto nel di dentro del carcere - costituisce una risorsa preziosa per la salute mentale stessa, per come la si è cercata di definire fin qui:

Il supporto psicologico passa da cose molto concrete, una delle risorse più grandi che c'è in carcere sono i volontari [...] dove non arriviamo noi dentro possono arrivare loro [...] il cappellano quando dei detenuti non hanno niente arriva e carica dei soldini sul conto, perché così magari possono farsi la spesa, possono chiamare. Possono fare... La Caritas può cercare di capire se può dargli il lavoro, se può prendere in carico al di fuori, se può portare nella sua comunità. Ci sono...queste sono le reali risorse concrete su cui i detenuti fanno grande affidamento. [Quando la persona detenuta entra] io gli parlo del volontario. Gli faccio fare domandina per il volontario. Segnalo alla volontario questa persona che magari lo chiama, gli dà il numero di telefono del familiare e il volontario può spiegare al familiare come attivare tutti i vari documenti per poter avere l'autorizzazione. Sembra una cavolata, ma è una cosa importantissima, perché altrimenti passano settimane [...] oppure avere dei vestiti o andare a prelevare dei soldi dalla propria carta, cioè cose molto concrete che però determinano una sopravvivenza all'interno del carcere. E per le persone che non hanno niente questi volontari sono una grandissima risorsa (Intervista, Area psicologica)

Se la detenzione genera sofferenza e peggioramento psicologico, allora la presa in carico psichiatrica o psicologica rischia di assumere una funzione iatrogena, contribuendo a rendere sostenibile ciò che è strutturalmente nocivo. Quando la possibilità di instaurare percorsi d'inserimento territoriale, dalla presa in carico al trattamento, è negata, la psicologia e la psichiatria, più che strumenti di emancipazione, finiscono così per operare come “ideologia di riserva” dell'istituzione, fornendo giustificazioni e dispositivi simbolici che permettono al carcere di riprodursi, mantenendo corpi docili e le vite disciplinate. Come riconosce un/a professionista intervistata: «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» (Psichiatra 3). Entro questo piano, più che di trattamento, sarebbe forse più corretto parlare di gestione adattiva della sofferenza, dove la cura non consiste nel trasformare le condizioni che la producono, ma nel renderle tollerabili.

6.3 Fattori di prevenzione e tutela

La tematica racchiude tutta una serie di indicatori che, secondo i/le professionisti/e intervistate, concorrono a tutelare la salute mentale nel penitenziario, oppure a minarla in caso di loro mancanza. Delineando indicatori e azioni di tutela della salute è stato possibile ricostruire il modello di benessere a cui tali azioni e indicatori rispondono. Si è suggerito, nelle interviste semi-strutturate, di porre l'attenzione sul concetto di benessere a partire dalla sua centralità nella definizione di salute adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità. Si tratta di un modello che cerca di individuare, pur nel contesto dell'istituzione totale penitenziaria che è stato descritto nel precedente paragrafo, quei fattori di protezione che possono contrastare i fattori di rischio, ovvero quelle caratteristiche che possono comunque fare la differenza tra una condizione di totale malessere e una di (sempre relativo) benessere, che ne risulta quindi una versione ovviamente residuale rispetto a come il medesimo concetto possa essere declinato in una condizione di libertà. Da un/una intervistato/a è stato definito come “il miglior adattamento possibile alla vita da ristretto” (Psicologo). Gli indicatori a cui gli operatori e le operatrici hanno fatto riferimento possono essere raggruppati in quattro categorie: le condizioni strutturali, le attività della persona detenuta, le relazioni, la certificazione.

Le condizioni strutturali hanno a che vedere con la materialità della struttura carceraria e il mobilio: i muri, le celle, i bagni, i luoghi in cui si cucina, le docce, le aree comuni, i materassi. Una condizione di degrado della struttura (con muffe sui muri, scarichi non funzionanti, docce senza bocchettoni, promiscuità tra il gabinetto e il piano in cui si tiene il fornellino per cucinare) nonché la sporcizia di quanto necessario per dormire (con materassi sporchi e infestati dai parassiti, lenzuola lavate saltuariamente) incide in modo grave sul possibile benessere della persona: il vivere nel degrado e nella sporcizia dell'ambiente e, come conseguenza, dei propri corpi contribuisce nella persona detenuta alla percezione, tramite il corpo, del proprio degrado come persona in generale, alla spoliazione del sé che la distacca dalla precedente vita in libertà per costituirla come membro di un'istituzione totale (Goffman, 1961).

L'altra parte di grosso stress sono le situazioni dal cibo, dalla pioggia, dal fatto che ti piove in cella, dalla mancanza di acqua calda, dalla mancanza di acqua direttamente (Psichiatra 1).

Perché io rido amaramente sul terrazzino del carcere di***, perché se provi a metterci piede, è tremendo, perché è sporchissimo: non ci sono zanzariere, non ci sono...Quindi se ti va benissimo, ci fanno l'alveare le api o le vespe. Se ti va male, come va male, si riempie di deiezioni di volatili di ogni genere. Proprio da un punto di vista anche di igiene della cella, diventa un elemento deleterio. Sarebbe meglio non averlo (Volontariato 1).

Le condizioni strutturali sono aggravate dal sovraffollamento, che riduce gli spazi e avvicina i corpi, a distanze così brevi che nella vita esterna al carcere non sarebbero tollerate. Ma non solo, il sovraffollamento riduce la disponibilità di operatori per ciascuna persona detenuta, perché all'aumentare delle presenze in carcere non corrisponde un aumento dell'organico.

Allora è molto complicato parlare di benessere in ambito penitenziario sotto tanti punti di vista, è complicato perché nella maggior parte degli istituti, di quelli che seguo, ci troviamo in una condizione di sovraffollamento, che ovviamente si porta dietro non solo la questione della vivibilità e gestibilità degli spazi, ma ovviamente, come dire, del tentativo di accaparramento delle poche risorse umane disponibili, no? che siano quelle dei funzionari dell'area giuridico pedagogica, gli stessi medici e tutto quello che gira intorno a questo (Garante 4).

Ciò influisce anche sulla prontezza e frequenza con cui la persona detenuta può vedere gli/le operatori/trici di riferimento. E si riverbera anche sulla possibilità di svolgere attività in carcere. Poiché in carcere mancano o sono carenti le condizioni di base – spazio, personale che si dedica alla persona detenuta, cibo, servizi igienici – il benessere sembra una meta irraggiungibile, un miraggio irrealizzabile.

Nelle condizioni strutturali sono state considerate anche alcune condizioni organizzative che potrebbero favorire, o invece porsi come ostacoli, alla relazione tra operatori/trici e la popolazione detenuta, in particolare la carenza di traduttori e mediatori culturali, che non permette, in molti casi, la comunicazione tra persona detenuta straniera e operatore/trice,

minando così alla base la possibilità di instaurare un rapporto terapeutico, o più ampiamente di cura della persona, attraverso il racconto di sé e l'elaborazione della propria sofferenza.

Analoghi fattori organizzativi nell'ambito più ampio dello stato sociale (come la non disponibilità di abitazioni popolari, la presenza di un numero insufficiente di strutture terapeutiche) contribuiscono a porre le persone detenute in una condizione di vulnerabilità che ostacola il raggiungimento di un possibile benessere. Si segnala il ruolo ambiguo giocato da tali condizioni nell'interpretazione che a loro viene data da alcuni operatori/trici, che ascrivono a caratteristiche insite nelle persona detenuta le difficoltà nascenti da tali carenze organizzative. Le regole, e la loro mancanza effettiva, ovvero il loro non rispetto, o il rispetto di regole diverse da quelle previste, possono fare la differenza nel costituire l'istituzione carceraria come un luogo di prevedibilità e trasparenza, che supporta le relazioni terapeutiche, piuttosto che come un ambiente di timore generalizzato da cui anche le relazioni terapeutiche sono condizionate.

allora ripeto, il sistema di regole secondo me è fondamentale, perché sennò succede questo, cioè che chi più urla più ottiene, per cui trovarmi in una struttura dove ci sono delle regole chiare e precise, che se io le infrango sono sottoposto a provvedimenti disciplinari, con tutto quello che ne consegue, oppure un sistema premiante in cui, se mi comporto bene ho uno sconto di pena (Area direttiva sanitaria).

Un'altra questione che operatori/trici hanno evidenziato è la circolazione di sostanze all'interno del carcere, che costituisce di per sé un rischio in più per la possibilità di raggiungere un minimo benessere. Queste arrivano dall'esterno del carcere, oppure sono autoprodotte all'interno delle celle dalle persone detenute.

Passando al secondo indicatore a cui gli/le intervistati/e hanno fatto riferimento, ovvero alle attività che la persona detenuta può svolgere all'interno del carcere, è importante rilevare quanto si tratti di una considerazione diffusa tra gli/le operatori/trici, sia in senso negativo - quando è sottolineato l'apporto patologico dello stare tutto il giorno in cella senza fare niente - sia in senso positivo - quando si evidenziano i vantaggi dei diversi tipi di attività. Le attività lavorative sono quelle a cui più spesso si fa riferimento: a queste si dà un significato polivalente, come strumento per occupare il tempo, per dare un senso al tempo, per costruire una vita diversa una volta usciti dal carcere. Tuttavia, tutti gli/le operatori/trice evidenziano la mancanza di attività in carcere, che siano adeguate, soprattutto per quantità, ai bisogni.

Le attività sono pochissime e la maggior parte dei detenuti passano il proprio tempo...a non fare niente...Per cui... non vedo come si possa assicurare... (Garante 1)

Si sottolinea quanto sia fondamentale occupare il tempo con attività utili, che diano un senso al tempo della detenzione, e come sarebbe necessario da parte dell'Amministrazione penitenziaria investire in questo

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)

Il lavoro è individuato come un costituente di uno stato di benessere, che porta a un maggiore equilibrio personale e a una minore richiesta di intervento medico

A partire, probabilmente dalla...partendo dal presupposto che sono molti giovani... a partire dalla mancanza di attività. Se si riuscisse a impegnare i detenuti maggiormente credo che questo garantirebbe un livello di benessere già di base migliore. Poi se, invece solo di impegnarli, si fanno proprio lavorare ancora meglio. Però questo, ora, diventa una missione impossibile: diciamo che la mancanza di attività rende tutto molto complicato. [...] C'è una grossa differenza fra il mese che lavorano e il mese che non lavorano, o il mese che fanno attività e quello che non lo fanno. Ora, per esempio, si entra nell'estate ed è un grosso problema (Psichiatra 2).

Il benessere riesce a essere intravisto in quelle situazioni in cui avviene una crescita personale della persona detenuta e l'offerta di attività è l'opportunità per attivare tale percorso.

Eh, il benessere si potrebbe definire, cioè appunto usando tutta una serie di condizionali che hanno a che fare con un utilizzo positivo del tempo, quindi è vero che mi ritrovo a vivere in un contesto detentivo nella privazione della libertà però se mi viene data la possibilità di usare bene il mio tempo in maniera costruttiva e quindi di poter lavorare, di poter ragionare sulla mia crescita individuale di poter studiare, di poter ampliare i miei

orizzonti, sicuramente questi sono ingredienti che hanno a che fare con il benessere.
(Volontario 2).

Il coinvolgimento nelle attività, e soprattutto la partecipazione insieme agli altri a un progetto comune, è evidenziato come un fattore protettivo della salute mentale. Vi sono anche alcuni corsi, come quelli sulla genitorialità, che sono di stimolo al cambiamento e alla crescita personale. La reclusione in carcere può offrire la possibilità di imparare cose che poi sono spendibili anche fuori, anche per quanto riguarda le persone con forte marginalità.

Anche le attività formative volte a individuare i sintomi di sofferenza e ad affrontarli svolgono un ruolo importante sia che riguardino i detenuti sia che coinvolgano il personale penitenziario. Le relazioni sono una risorsa essenziale per la salute delle persone detenute. Si tratti di relazioni familiari e affettive, di relazioni con il territorio, sviluppate direttamente dalla persona detenuta o dai servizi penitenziari, di relazioni con e tra i professionisti e le professioniste della salute in carcere, le relazioni sostengono l'equilibrio psicofisico durante la detenzione e lasciano intravedere prospettive per il futuro, aiutano a contestualizzare la detenzione come una fase, seppur lunga, ma transitoria della vita.

Tra i fattori che incidono sulla salute in carcere i legami con la famiglia e con i figli sono indicati come essenziali da più di un/una intervistato/a. Tanto che gli impedimenti alla comunicazione con i familiari sono spesso causa di crisi e anche di eventi critici nella persona detenuta.

Una cosa che viene retta malissimo è non poter comunicare con l'esterno, perdere la videochiamata col familiare, non avere l'autorizzazione ai numeri, non poter comunicare... Questo viene da tutti vissuto indistintamente – chi reagisce meglio e chi peggio - ma comunque malissimo da tutti, ed è spesso fonte anche di comportamenti dimostrativi molto eclatanti per ottenere proprio l'attenzione. Quello è un grosso fattore stressante (Psichiatra 2).

I colloqui in presenza risultano spesso difficoltosi, innanzitutto per questioni logistiche, ovvero per la difficile raggiungibilità di molti istituti con i mezzi pubblici. In tale contesto l'introduzione delle videochiamate, novità entrata a regime con l'emergenza covid e conservata successivamente, è un grande vantaggio, soprattutto per chi è lontano da casa e non ha soldi per le telefonate.

Le relazioni con il territorio (8.4.) sono indispensabili per poter programmare un futuro fuori dal carcere. Il contatto con i servizi esterni è la base sulla quale vengono costruiti percorsi che confluiscono in misure alternative alla detenzione o che, al fine pena, accompagnano la persona all'esterno. Alcuni/e operatori/trici riportano che vi è anche un movimento del territorio verso il carcere, nel caso di servizi che vanno incontro alle necessità che arrivano dal carcere e che si rendono disponibili a rispondere

i servizi si stanno avvicinando, cioè percepiamo che c'è una vicinanza dei servizi, che anche banalmente intervengono sul territorio chiedendo quale, secondo noi, potrebbe essere un loro intervento quindi c'è una grande apertura da parte dei servizi, e qui parlo, del dipartimento di salute mentale (volontariato 2).

Inoltre, la relazione con il territorio è facilitata quando il servizio che opera in carcere è lo stesso che opera sul territorio, ovvero è il servizio del territorio che fa ingresso in carcere con un'équipe multidisciplinare, lavorando con lo stesso modello con cui lavora sul territorio.

E sì, la salute mentale in ambito penitenziario [...] 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 [...] quindi con lo psichiatra, lo psicologo, gli educatori, l'assistente sociale, gli infermieri, eccetera. [...] e cercano di fare una presa in carico del tutto simile a quella che è sul territorio (Psichiatra 3).

L'esistenza di relazioni esterne al carcere è un fattore di protezione della salute mentale anche perché serve ad affrontare la paura della libertà, che arriva quando, nella prospettiva dell'uscita, non ci sono risorse a cui far riferimento

La costruzione di opportunità, la possibilità di guardare al futuro e non di vedere un muro davanti a sé in tutti i sensi, che non è soltanto un muro fisico e strutturale, ma l'assenza di una prospettiva quale che sia per il futuro, questo genera molta ansia, insicurezza, rabbia, frustrazione, depressione eccetera, qualsiasi ingrediente, appunto, soluzioni abitative, opportunità lavorative, formazione, cioè qualsiasi cosa che apra...che allontani dalla paura della libertà [...] (Volontariato 2).

Le difficoltà di relazione con i servizi sul territorio si manifestano prevalentemente quando devono superare i confini regionali.

Più che altro, magari è capitato recentemente, con i servizi sociali, però fuori regione. Adesso c'è una situazione e abbiamo difficoltà a relazionarci ad avere informazioni, ad andare avanti, perché abbiamo difficoltà a sentire servizi fuori regione. [...] Difficoltà nel sentire colleghi, perché non rispondono alle e-mail, non rispondono al telefono, proprio difficoltà pratiche. (Psichiatra CSM).

La relazione con i servizi sul territorio è basata sulla pregressa conoscenza tra operatori, per cui risulta più facile interfacciarsi con il territorio circostante al carcere. Anche le ricerche su pregresse prese in carico da parte dei servizi territoriali di norma non superano l'ambito regionale, perché il canale che le permette è sempre la conoscenza diretta tra gli operatori.

Passando ad esaminare le percezioni riguardo alle relazioni con e tra i professionisti, troviamo esempi positivi di comunicazione tra servizi, come è il caso della doppia diagnosi, in cui è necessario un coordinamento tra servizi della salute mentale e delle dipendenze, che sono entrambi competenti su tali casi.

In quel caso succede che lo vede lo psichiatra del servizio di salute mentale per la sua parte, che la parte psicosociale è però del SerD, perché potrebbero essere pazienti che eventualmente potrebbero anche aderire a progetti comunitari esterni di doppia diagnosi. Quindi la parte psicosociale è del SerD: lo vede l'assistente sociale del serd, lo psicologo del serD, lo psichiatra della salute mentale. E questo è abbastanza... va abbastanza da sé, ecco, è abbastanza liscia come cosa. Non abbiamo grossi problemi su questo..(Psichiatra 1)

Vi sono, poi, esempi di comunicazione difficoltosa tra operatori sanitari che lavorano in carcere e popolazione detenuta. La comunicazione tra professionisti, soprattutto attraverso momenti concordati di confronto e gruppi di lavoro, aiuta a ricomporre la frattura tra sanitario e penitenziario

Gli elementi... si sta appunto lavorando su questo. Quindi c'è sicuramente lo staff che è un momento di confronto, quindi in cui io posso vedere l'educatrice che mi ha detto "guarda, stamattina ho visto ragazzo, mi ha detto questo quello o quell'altro". Il fatto che si stia lavorando su questo, per integrare le informazioni e unire tutti i punti di vista, è preziosissimo. Se no, si lavora solo a compartimenti stagni (Psichiatra 3)

I momenti di raccordo e raccolta informazioni sono sia formali (staff) che informali.

Uno degli effetti della mancata comunicazione sono le difficoltà riscontrate nella continuità terapeutica. In particolare vengono da più parti segnalate difficoltà legate alla movimentazione della cartella clinica nei passaggi libertà-carcere o carcere-carcere, con rottura della continuità terapeutica. Si tratta di una condizione comune alla salute fisica e a quella mentale. Quando le risorse familiari sono presenti, agiscono come fattore di tutela della continuità della cura, reperendo referti e mettendosi in contatto con i servizi: un aspetto, questo, che marca ancora di più la distinzione tra chi ha questa capacità sociale e chi non ce l'ha. Insomma, la tutela della cura è personale o delegata ai familiari, non è istituzionalizzata perché un referente specifico.

il detenuto viaggia con la sua cartella clinica, proprio fisicamente intesa. Poi la cartella clinica resta all'amministrazione, non ce l'ha il detenuto in carcere. Quindi che cosa succede? È come se quella cartella clinica a un certo punto non esistesse più. Cioè, è acquisita alla documentazione del carcere, ma nessuno ci va a guardare dentro. Quindi si perde completamente la continuità delle cure. [...] (Volontariato 1)

Le difficoltà relative alla gestione della cartella clinica sono ricondotte alla mancanza di un riferimento istituzionale ad hoc. Un'altra causa è individuata nella mancanza di un sistema informatizzato ad hoc. Il risultato è che la disorganizzazione in merito alle cartelle cliniche porta alla dispersione di informazioni cliniche e alla discontinuità sanitaria e terapeutica. Le difficoltà nella continuità terapeutica vengono individuate anche nel forte turn over dei medici, in particolare dei medici. In conclusione, la continuità terapeutica dovrebbe essere garantita sia in entrata che in uscita e questo obiettivo, che comprende anche la disponibilità di strutture sul territorio, dovrebbe essere preso come scopo in base al quale investire le risorse sul tema.

Ma allora diciamo: da una parte ci potrebbe essere una maggiore attenzione sicuramente su questa chimera della continuità terapeutica, sostanzialmente tanto in entrata quanto in uscita. È come dire il raccordo effettivo con i Csm di appartenenza, quindi parliamo di persone che magari erano già prese in carico in qualche modo e la possibilità e il fatto che questa continuità assistenziale tanto in entrata quanto in uscita possa stimolare effettivamente, diciamo così, l'accoglienza in comunità esterne [...] investire più fondi, probabilmente nella costruzione dell'ampliamento dei posti di queste comunità, terapeutiche esterne, sicuramente, diciamo così, sarebbe un buon modo per iniziare a immaginare e pensare a come investire dei soldi rispetto a questo tema (Garante 4).

Un altro fattore che influisce sulla salute mentale in carcere è quello che si è ricondotto sotto la definizione di “certificazione”. Rientrano in questa categoria sia attestazioni sanitarie, come quella che accerta lo stato di tossicodipendenza o la incompatibilità con il regime carcerario per malattia (fisica o psichica). E vi rientrano, altresì, quelle attestazioni di stati di fatto, come l’aver una residenza. Durante la detenzione le certificazioni facilitano la presa in carico della persona detenuta da parte di un certo servizio, per es. da parte della salute mentale quando esiste una precedente presa in carico da parte del servizio territoriale - e quindi esiste già una diagnosi, e spesso anche una terapia, che può essere seguita in carcere - o da parte del Serd - e quindi può essere subito contattato il Serd territoriale di riferimento per poter conoscere la storia della persona ed eventualmente iniziare a pianificare un percorso in uscita.

per me è molto più facile lavorare con chi io ho già carico. Cioè, se era una persona che io ho già avevo al SerD e che entra in carcere, è molto più facile per me lavorare con quella persona, perché comunque io magari ho la mia équipe del sert per cui gli dico...dico alla psicologa, all'assistente sociale, dico: “dai organizziamo che me lo vieni a vedere” (Area Serd 1)

L’effetto di facilitazione diviene, nel caso della residenza e di specifiche prestazioni sanitarie, un effetto di abilitazione/autorizzazione all’offerta della cura, ne è un esempio il caso delle cure dentistiche, che in caso di mancanza di residenza sul territorio regionale su cui si trova il carcere non vengono prestate, o meglio vengono prestate solo nella forma dell’urgenza. Quando, invece, si vuole progettare una misura alternativa, che magari comporti anche la cura sul territorio, come nel caso dell’affidamento terapeutico, oppure “semplicemente” con la finalità del reinserimento sociale, allora le certificazioni assumono il ruolo di vere e proprie “chiavi” per aprire le porte del carcere verso percorsi sul territorio. Nelle parole degli/delle intervistati/e risulta evidente l’idea che si prospettano percorsi differenziati a seconda della presenza o meno di tali certificazioni, che sono appunto i presupposti per la realizzazione di determinate misure.

Senza Serd non accedono alle misure del SerD. Per altro, non tutti i pazienti che noi abbiamo in cura hanno dei criteri anche per... cioè per quanto riguarda la psichiatria, è difficile che possa esser dato un programma e, diciamo, spesi soldi per un paziente che ha un disturbo dell'adattamento al carcere perché non è il paziente psichiatrico fuori, che ha una patologia, che è seguito dal servizio che poi entra in carcere...[...] (Psichiatra 2).

Tuttavia, al di là della analoga funzione sociale di apertura della detenzione verso il reinserimento nella società, è importante distinguere la differente natura di tali certificazioni perché ne derivano differenti implicazioni.

Nel caso della certificazione dello stato di tossicodipendenza o della incompatibilità con il regime penitenziario si tratta di certificazioni di carattere sanitario, che vanno ad accertare l'esistenza di una condizione di dipendenza da sostanze, nel primo caso, e di una condizione di malattia, fisica o psichica, nel secondo caso, che rende la condizione di salute della persona incompatibile con il regime del carcere. La certificazione comporta l'attribuzione di etichette, quali quella di "tossicodipendente" e quella di "malato mentale" che accompagnano la persona detenuta nella fase detentiva e in quella di uscita, segnandone la personalità e il ruolo sociale che ci si aspetta possa ricoprire (Lemert, Becker, 1963). Di conseguenza rendono più difficile l'emancipazione da tale condizione, che viene socialmente costruita e rafforzata tramite l'attribuzione di uno specifico status, che appunto la certificazione attesta. Tuttavia, a causa del ruolo di "chiavi" per l'accesso alle cure e per l'entrata in percorsi di salute esterni al carcere, tali certificazioni sono ricercate e richieste dalle medesime persone che vengono certificate, e che aspirano a ricevere tale etichetta, contribuendo attivamente alla produzione della propria immagine di deviante (Foucault, 1972). Si dedica un'attenzione più specifica a tali dinamiche per lo stato di tossicodipendente al par. 6.6., per l'incompatibilità al par. 6.11.

Nel caso della residenza, questa attesta uno stato di fatto, ovvero che la persona ha dimora presso un certo luogo, che può essere un'abitazione privata oppure una struttura comunitaria, come è il carcere. L'avere o meno una residenza è uno snodo discriminante per l'accesso a qualunque percorso fuori dal carcere, che sia un percorso di cura (per le dipendenze o per la salute mentale) o che sia un percorso di reinserimento (misura alternativa alla detenzione) perché la residenza determina la competenza al pagamento dei costi dei servizi.

Stavamo appunto lavorando proprio in questo momento con l'anagrafe del comune di *** per il problema della residenza in carcere, perché l'ordinamento prevede che i detenuti definitivi possono prendere la residenza in carcere, e fino a questo punto ci siamo arrivati. Però c'è un problema molto più grosso [...] politico-economico che i vari SerD non riconoscono la residenza in carcere come una residenza valida per l'inserimento sia in comunità per tossicodipendenti, sia in comunità per persone che hanno problemi psichiatrici... Questo è un problema importante in un carcere dove i detenuti stranieri sono più del 30-40% (Garante 1).

La questione della residenza impatta in modo particolarmente grave sulla popolazione straniera presente in carcere. Si rinvia per un'analisi più accurata del tema al par. 6.5.

In linea generale, il carcere utilizza un criterio sostanzialistico per l'accesso alle cure, ovvero se la patologia c'è la cura è fornita, così come l'assistenza da parte dell'area educativa, indipendentemente dalla condizione di senza fissa dimora o di straniero; in alcuni casi, invece, come quello delle cure dentistiche non di emergenza, es. le protesi dentarie, anche nel caso della persona detenuta la mancanza di residenza rende inaccessibile la cura. Resta, tuttavia, da rilevare che il carcere costituisce per molte persone che vivono ai margini della società il primo presidio sanitario che si occupa della loro salute.

è importante dirci che il carcere spesso raccoglie delle persone che magari hanno avuto per la prima volta accesso a dei servizi sanitari, quindi non è infrequente incontrare persone che magari hanno fatto negli ultimi anni una vita in strada, che hanno provenienze estere per cui l'accesso a istituzioni di sanità pubblica che hanno a che fare, appunto, con la salute mentale sono complicatissime. [...] queste persone rimangono totalmente ai margini finché non capita no? che probabilmente fanno quella cavolata o fanno quell'atto o quell'evento che li porta poi ad andare in carcere. E allora lì diventa quasi il primo presidio che incontrano effettivo in cui possono affrontare il tema della loro salute mentale. Dopodiché, però, questi rimangono dei percorsi che, nella maggior parte dei casi poi non portano a nessun tipo di esito nell'uscita, e quindi anche questo è estremamente problematico (Garante 4).

6.4. Condizioni strutturali

Il tema riguarda l'impatto di quelle condizioni strutturali che eccedono il carcere, ma che ne modellano gli effetti in termini di possibilità di trattamento-disciplina contemplabili all'interno di questa istituzione. Politiche securitarie, rapporti coi servizi territoriali (dal SerD al Comune), alla luce della autonomia relativa delle competenze del Sistema Sanitario Nazionale sui trattamenti sanitari entro il carcere.

Le politiche penali improntate al populismo penale portano a un aumento dell'incarcerazione, che a sua volta spinge verso il sovraffollamento. Le medesime politiche populiste non permettono, infatti, nemmeno di utilizzare l'amnistia e l'indulto, ovvero gli strumenti che fino agli anni Novanta del secolo scorso sono serviti a ridurre, con cadenza quasi regolare, il sovraffollamento nelle carceri. Questi approcci politici si pongono infatti ideologicamente in contrasto con l'idea di ridurre la pressione sulle carceri per ragioni di umanità.

Tra le condizioni strutturali che impattano sulla salute mentale, la più evidente è certamente il sovraffollamento. Si tratta di una condizione talmente condizionante che tutti i vari aspetti della salute mentale in carcere che in questa ricerca si analizzano ne risultano colpiti. Riportiamo tali impatti nei singoli temi, per cui qui non se ne farà una disamina generale. Soltanto una considerazione generale per inquadrare la dimensione del problema: il sovraffollamento non produce "soltanto" l'affollamento dei corpi in spazi ristretti, porta anche alla riduzione effettiva delle risorse a disposizione per ogni persona detenuta, infatti il personale resta il medesimo, ma si deve occupare di più persone.

Condizioni strutturali determinanti da tenere in considerazione sono quelle professionali, nelle quali possiamo leggere la disarticolazione tra professioni penitenziarie e professioni sanitarie, la frammentazione di tutte le aree professionali che si trovano a lavorare in carcere, la mancanza di coordinamento tra queste, la mancanza di comunicazioni e la dispersione delle informazioni, la mancanza di supporto reciproco, la difficoltà di conoscere le regole interne.

Quanto alla disarticolazione tra professioni penitenziarie e professioni sanitarie questa emerge innanzitutto dallo scollamento tra le varie aree che lavorano in carcere, tra le quali non c'è coordinamento: questo fatto provoca effetti negativi sia sulla salute dei detenuti sia sul benessere degli operatori stessi, che sono esposti a una condizione di continua incertezza.

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... Per cui questo incide chiaramente in ogni progetto. [...]
(Garante 1)

Mah, sia lo scollegamento fra le aree, sia anche la mancanza di una stabilità delle figure apicali influisce sulle persone che non sanno mai, dall'oggi al domani, che cosa può cambiare, per cui in qualche modo li rende insicuri. E questo si riverbera non soltanto sui detenuti, ma anche sugli

operatori, sulla polizia penitenziaria, per cui è come se fosse un cerchio chiuso, che in qualche modo non aiuta nessuno nel proprio benessere (Garante 1).

Esiste una vera e propria frammentazione tra le varie aree che si trovano a lavorare in carcere, per cui queste rispondono a differenti norme, con le quali la persona detenuta si deve relazionare, dovendo quindi imparare diversi linguaggi normativi di riferimento.

Si sottolinea quanto sarebbe, invece, importante il lavoro di squadra e si prende a modello l'esperienza del covid, durante la quale c'è stata una collaborazione effettiva.

E quindi, questo discorso di lavorare insieme, ognuno ciascuno per le sue competenze, ma tuttora vedo praticamente che ognuno fa il suo pezzo. E nel carcere non bisogna dimenticare che bisogna lavorare insieme. Ma anche con le altre parti, la polizia penitenziaria, con tutte quelle che sono i muri di gomma che ci possono essere, le inefficienze [...] io ho vissuto il Covid, è stato veramente quello un'esperienza importante in cui, forse, fra mille contraddizioni, di fronte a questa emergenza, tutti quanti abbiamo cercato di lavorare tutti per cercare di arginare l'ingresso del virus all'interno del carcere (Area direttiva sanitaria).

La definizione della competenza a occuparsi di una persona, anche solo di una parte delle sue problematiche diviene una lotta per evitare di occuparsene e fa perdere tempo prezioso per l'azione. Tale aspetto si connette a quello della mancanza di risorse, che stimola anch'esso il rimpallo tra servizi:

Qui non all'interno del carcere, guardando dal di fuori, vediamo un po' di scaricare da una parte all'altra, di identificare se è dell'uno o dell'altro. Non è mio, è di loro, è loro, non è nostro E questa cosa qui soprattutto sulle segnalazioni che facciamo di persone straniere, ma penso ai servizi a bassa soglia, penso a stazione di posta, penso a centri di ascolto che segnalano persone anche che non sono conosciute, su questa cosa qui su cui perdiamo i mesi (Terzo settore).

Le diverse aree non beneficiano nemmeno della presenza di una o più figure di coordinamento, segno che nessuno ha pensato di affrontare il problema con strumenti concreti. Manca innanzitutto il collegamento tra l'area della sicurezza e quella sanitaria.

In ogni caso quello che manca credo, qui in questo istituto purtroppo, è una figura di collegamento, perché il collegamento dovrebbe essere dell'area sanitaria dell'istituto, perché queste sono figure che accedono sia giornalmente che settimanalmente. Quindi spesso ho qualche difficoltà, e sono io stessa a dovermi relazionare con queste persone via mail o telefonando, quindi creando un contatto (Area direttiva 2).

D'altra parte è anche la scarsità del personale che spinge a tralasciare i compiti di coordinamento e di collegamento tra aree diverse, privilegiando le visite.

Diciamo che noi qui abbiamo difficoltà anche con l'area sanitaria generica, perché abbiamo sì il medico di sanità penitenziaria che accede tutti i giorni, d'altro canto, però, abbiamo poche figure di guardia medica, anzi in alcune giornate è proprio assente, per cui mi rendo conto che anche il medico di sanità penitenziaria dell'istituto forse dà priorità alle visite, alle richieste ai detenuti e quindi necessariamente, essendo da sol*, dovendo sopperire anche a queste mancanze, forse mette da parte quest'altro tipo di richieste, anche se comunque le segnalazioni al dipartimento di salute mentale le fa sempre. (Area direttiva 2).

Il mancato coordinamento è percepito come derivante da una mancanza di comunicazione tra le varie aree e dalla dispersione delle informazioni.

Tra l'area sanitaria, l'area trattamentale, l'aria della sicurezza non c'è conflittualità, c'è molto probabilmente una mancanza di comunicazione [...] (Garante 1).

Per quanto riguarda la valutazione del rischio suicidario le procedure si inseriscono in un ingranaggio molto farraginoso, in cui la comunicazione è rallentata

Ora, in carcere abbiamo questa criticità: cioè che fare tante rivalutazioni degli staff a cui vengono richieste implicano uno sforzo notevole, cioè rivalutare tutte le sorveglianze due volte al mese, tutti gli attenzionamenti... è tanto! Considerando anche.. perché bisogna trovarsi in cento teste e gli attenzionamenti rischiano di essere tanti. Questa può essere una criticità operativa, d'altronde è anche un po' una tutela rivedere le situazioni, perché così si pensa che meno cose sfuggano e che si riesca a intercettare più cose. Anche la modulistica e la trasmissione della modulistica all'interno del carcere per le segnalazioni è un pochino critica. Abbiamo delle criticità di rete, delle criticità informatiche, spesso si va sul manuale ancora e quindi... questo non è semplicissimo (Psichiatra 1).

Come regola ordinaria la comunicazione tra tutte le aree sarebbe indispensabile, ma spesso cambia a seconda della persona e della circostanza; oppure non c'è proprio e lascia un senso di incomprensibilità.

Ecco la cosa che senti del carcere è che è tutto immobile, è tutto lento, è tutto difficile. Non...la comunicazione è tutta incastrata. Non capisci dove si arenano le cose. É tutto molto, molto, lento, molto immobile, molto cioè da istituzione totale. E quindi tutto molto faticoso e molto concreto: Si fa così. Perché si fa così. Ma perché? Perché si fa così! (Area Serd 1)

Ecco, sicuramente...è un grosso problema la comunicazione e l'integrazione. Riuscire a...si, non ci sono tanti spazi condivisi, mi viene da dire. Non è che...ci sia l'equipe. Non è che con gli agenti... ti conosci e cerchi di... ce ne sono alcuni che sono più svegli, più pro attivi, più attenti, con cui si

lavora meglio, altri che... boh...però comunque non è che abbiamo degli spazi di riunione condivisa in cui parliamo delle difficoltà che hanno loro, delle difficoltà che abbiamo noi... [...] (Area Serd 1).

Risulta percepita anche la mancanza di supporto reciproco tra le varie aree. Per esempio, un progetto sperimentale del Serd, cosiddetto drug free (su cui si veda meglio infra 6.6.) non è andato avanti per mancanza di supporto interno.

è stata fatta a *** oltretutto in un periodo abbastanza lungo perché siamo andati avanti dal 2010 al 2018, quindi sono stati 8 lunghi anni, che però poi fisiologicamente, sono andati ad esaurirsi anche per la scarsa collaborazione della polizia penitenziaria e dell'altro personale del carcere, per cui rimasti da soli, diventava veramente complicato e difficile, e abbiamo cambiato, diciamo così, il progetto (Area Serd 2).

Inoltre, uno dei nodi di cui emerge più chiaramente la mancanza di supporto reciproco è relativo al fatto che molte visite saltano perché i detenuti non vengono tradotti presso la stanza del medico, per mancanza di agenti.

se un professionista psichiatra o psicologo, deve vedere 10 persone e 10 persone non le vede perché manca la sicurezza, non c'è l'agente [...] Per cui se c'è uno psichiatra che mi deve far 10 visite dal giorno, se me ne fa 4, lei capisce benissimo che ci posso mettere altri 30 psichiatri, ma sempre 4 me ne fanno fare (Area direttiva sanitaria).

C'è questo enorme problema, che io in una mattina, che potrei vedere... Io faccio un colloquio di mezz'ora al SerT, io in una mattina che magari sono dalle 9 a mezzogiorno vedo 3 persone, perché chiamo le persone e non arrivano, o perché non c'è la stanza. [...] Quindi tante volte loro si lamentano che non vengono visti, ma non è che io vado e non li voglio vedere, ma non riesco, perché quando ne potrei vedere 6, ne vedo 3 a volte 2, poi magari c'è la giornata che riga dritta e ne vedo 5... [...] una volta, mi ricordo, avevo chiamato una persona che dovevo vedere per la prima volta. Arriva, io avevo chiamato una persona che aveva il cognome con la S, mi arriva un'altra persona con un cognome con la C (Area psicologica).

La frammentazione e la poca comunicazione influisce anche sulla comprensione delle regole interne da parte delle persone detenute, e anche questo è un ostacolo al benessere.

E poi, forse, a volte la burocrazia che rende cose magari lente, e che a volte è difficile anche che loro capiscano quali sono i passaggi e dove, come dire... e quale sia l'intoppo, per cui non viene data una risposta veloce alla loro richiesta (Psichiatra 2).

Vi sono ulteriori condizioni strutturali che impattano sulla salute mentale in carcere, possiamo chiamarle amministrative, facendo riferimento a quelle dinamiche che pongono ostacoli alla relazione e alla

comunicazione tra interno ed esterno del carcere, quali la dispersione delle informazioni intra ed extra moenia (territorio), le tempistiche e i ritardi nel passaggio della documentazione, e ed eventuali protocolli per snellirle, la deresponsabilizzazione burocratica.

In ambito Serd esistono problemi di coordinamento tra servizi interni ed esterni al carcere, il che influisce sulla costruzione di percorsi in uscita dal carcere.

molte volte, però, quello che manca è il collegamento dei servizi tra quelli interni e quelli esterni. È proprio mancanza, anche banale, di comunicazione, comunque di preparazione di un programma terapeutico, così che poi si perde quel momento importante dell'uscita del carcere che a volte, pur essendo breve, è sufficiente perché i pazienti riprendano praticamente la strada un po' così allo sbando e senza una cura e senza un indirizzo terapeutico vero (Area Serd 2).

Anche l'area psichiatrica ha difficoltà a contattare il territorio perché mancano proprio le figure che avrebbero questo ruolo.

Ora, io non so negli altri e nelle altre realtà italiane – Però sicuramente qui a *** il nostro servizio è mancante, nel senso che noi siamo psichiatri e psicologi, mancano gli educatori, mancano gli assistenti sociali. Non siamo un servizio completo [...] (Psichiatra 2).

Tra le regole che, in ambito penitenziario, appesantiscono le procedure di presa in carico psichiatrica ce ne viene segnalata una che introduce uno specifico e ulteriore passaggio dal medico responsabile.

Ecco, lei sa già questa parte qui, però mi pare che una delle ultime disposizioni sia che perché loro possano prendere in carico qualcuno che anche avevano già in carico fuori, sia necessario che il medico competente segnali loro. Io questa roba qua, sono rimasta un po' basita [...] (Terzo settore).

L'uscita dal carcere per fine pena diviene spesso problematica, dal punto di vista della continuità terapeutica, per la mancata comunicazione in anticipo della data del fine pena.

Nelle relazioni con il territorio la possibilità di avere canali standardizzati, per esempio un protocollo che traccia i vari passaggi di una pratica, è vista come un aiuto per semplificare:

I: No, assolutamente. Però mi chiedevo, come dire, sembra che il protocollo sia il vincolo per poter decidere o meno la residenza per persone irregolari....

D: no, eh.... Però... sì, in effetti faciliterebbe le cose. Il protocollo fa sì che ci possa essere uno sportello, più o meno virtuale, un canale comunicativo, un canale burocratico, per dirla così, una procedura ecco già concordata...e che va veloce, no? che va veloce. Questo fa il protocollo: va a semplificare le procedure (Area direttiva 1).

Le condizioni economiche, intendendo con tale termine quelle che originano dalla capacità di spesa delle Amministrazioni interessate e che si sostanziano in assunzione di personale o finanziamenti di interventi, sono individuate come molto rilevanti; per interventi si intendono i percorsi di cura per la Asl o la remunerazione di lavorazioni interne per l'Amministrazione penitenziaria.

Le risorse economiche e di organico impattano molto rispetto alla tutela della salute mentale perché sono carenti, peraltro con difficoltà a reperire il personale anche quando vengono banditi i concorsi.

Psichiatra 2: Tanto. Tanto Perché...Perché comunque c'è bisogno Ora, poi diciamo che ora è un periodo storico che, indipendentemente dalle risorse economiche, per la psichiatria è complicato, perché non ci sono specialisti. Per cui noi, per esempio, avevamo ora bandito, mi pare... ora non ricordo se 23-24 ore, ma al momento non abbiamo notizie e credo che nessuno abbia risposto.

I: Ma come psichiatra?

Psichiatra 2: È una terza unità psichiatrica, sì. Che noi non abbiamo. È negli ultimi 5 6 anni che questa terza unità compare e scompare, compare e scompare. Siamo stati tantissimo tempo in 2, attualmente siamo in 2. (Psichiatra 1).

Un'altra problematica è la mancanza di sostituzioni: quando una persona va in ferie non c'è sostituzione e quindi chi rimane resta proprio solo, essendo lo staff soltanto di due persone. Il che, in caso di situazioni problematiche può rendere difficile la gestione. Inoltre, si sottolinea che la cura passa per il tempo delle persone.

Le risorse impattano tantissimo anche perché il tempo da dedicare alla cura è determinante della sua qualità e del risultato (Volontariato 2).

PSY: eh ha un impatto che devi riorganizzare per forza il lavoro. Quindi non puoi fare tutto. Nel senso, se hai meno personale. Chiaramente, non so, se io sono in ferie una settimana, quel giovedì lì non potrà... Non c'è un altro medico che può andare, come invece prima c'era l'altro collega, per cui se non ci sono io, ci sei tu e riesci a coprirli. Chiaramente essendo in meno, ci s'organizza, va l'infermiera, va la psicologa, però viene a mancare comunque una parte. Si fa un po' di meno. Si fa quel che si può, chiaramente si fa un po' di meno. Quindi bisogna cercare di organizzarsi al meglio, di dare la giusta priorità alle cose, perché poi il tempo è quello, e quindi devi un po' organizzare bene il lavoro. (Psichiatra 4).

Le risorse sono fondamentali, sia come risorse umane che lavorano all'interno del carcere, sia come risorse disponibili per i servizi, per poter pagare gli inserimenti in comunità

Allora diciamo che non riguarda in senso stretto l'amministrazione penitenziaria, più che altro l'azienda sanitaria. Però devo dire che spesso proprio si pone soprattutto con i tossicodipendenti, quando c'è il problema d'individuare a carico di chi sono le spese di ingresso presso la comunità, in

questo caso spesso la pratica si blocca per questo motivo, quindi la carenza di risorse economiche incide certamente, quanto meno ritarda (Terzo Settore).

Anche da parte dell'Amministrazione penitenziaria sono evidenziate carenze di personale, soprattutto in alcuni ruoli; inoltre, le risorse sono importanti, anche per l'Amministrazione penitenziaria, come mezzi per offrire opportunità lavorative ai detenuti

Il personale di cui stavo parlando prima è l'altro tassello importante. Ultimamente stiamo ricevendo delle assegnazioni di personale nuovo. Fortunatamente ci sono state delle assunzioni, e stanno arrivando. Sì, perché noi soffrivamo, soffriamo – adesso sono appena arrivati, fortunatamente – di una grave carenza di sottufficiali, pure. Che sono i coordinatori, sono le figure intermedie che sono di fondamentale importanza [...] Le risorse per il carcere sono importantissime anche per offrire occasioni di lavoro ai detenuti [...] Una persona che lavora ha soldi, può spendere, cioè migliora il proprio benessere. E allora... è più facile stimolare, parlare quando dai qualcosa, chiaramente il detenuto si vede... si sente preso in considerazione, si sente al centro, no? (Area direttiva 1).

Vi è anche, invece, da parte sanitaria, chi sottolinea il fatto che le risorse sono congrue, ma che sono utilizzate male a causa delle disfunzioni interne all'istituzione, carenze organizzative del carcere

Allora l'intervento potrebbe essere più efficiente se praticamente gli specialisti fossero messi in grado di poter lavorare in sicurezza [...] ma soprattutto evitando di passare il tempo ad aspettare le persone che attendono di essere trasferite, fatte uscire fuori dalle celle e portate via (Area direttiva sanitaria).

Ancora tra le condizioni strutturali si tratta della percezione di cosa sia stata la riforma della salute in carcere, realizzata con il DPCM 2008, e di quali siano i suoi effetti attuali. Il senso della riforma è riportato con differenti valutazioni. Per esempio, da alcuni/e il passaggio è descritto come un'aspettativa tradita, qualcosa da cui si attendeva molto, ma che non ha dato i suoi frutti

cioè nel passaggio della competenza alle regioni... certamente c'era una buona aspettativa, che è stata un po' tradita. Ecco, questo è... la sensazione generale, ma che risulta anche dai commenti che si leggono...(Garante 2)

Nel nostro ordinamento prima la sanità penitenziaria era parte del Ministero della Giustizia, e... adesso invece è gestita dalle ASL, che si occupano della salute delle persone libere come quella delle persone detenute. In linea del tutto teorica, questa sarebbe una grandissima cosa, in linea pratica crea più problemi di quelli che non volesse in origine questa riforma risolvere ... (Volontariato 1).

Sul fatto che il DPCM abbia sancito una separazione tra sanitario e penitenziario la risposta di uno dei garanti è che sì, la separazione c'è, ma questo crea anche mancanza di conoscenza del lavoro degli altri, soprattutto da parte dell'Amministrazione penitenziaria.

Io ci ho creduto in questo Dpcm. Ma poi, ecco, ho rilevato questo grosso scollegamento che prima, nel bene e nel male, anche nel male, però, non c'era. Esempio. Io come direttore vistavo i registri delle visite mediche... per cui avevo contezza quante visite venivano fatte, delle diagnosi e altre cose... e ora mi sembra che questa contezza, mi sembra - perché il mio ruolo... ormai è da 4 anni che sono in pensione - si sia un pochino persa. Si è perso di avere la contezza di quello che fa...mmh... la sanità (Garante 1).

Chi si trova in carcere? Da alcune interviste emerge una geografia post DPCM che evidenzia la complessità dell'utenza formata da persone detenute che i/le medici/he si trovano davanti

Diciamo, probabilmente la popolazione che seguiamo noi chiaramente è particolare rispetto a quella esterna e, quanto meno per la mia esperienza, è più probabile che si trattino poi disturbi di personalità o disagi più che disturbi di asse I - disturbi maggiori psichiatrici; che ci sono e sono aumentati dalla chiusura degli Opg. Cioè, sono aumentati proprio i pazienti con disturbi psichiatrici maggiori che permangono in carcere. E comunque arrivano in carcere... però la stragrande maggioranza sono più o meno disturbi dell'adattamento, per cui difficoltà legate proprio all'ambito penitenziario, legati alla giovane età, perché... l'età media è molto abbassata. (Psichiatra 2).

La percezione che ci siano più detenuti con disturbi psichiatrici in carcere rispetto al passato è presente, ma è interessante che l'argomentazione passa velocemente a sottolineare le difficoltà organizzative, tra cui la poca conoscenza dell'attività svolta dall'area sanitaria e il poco controllo esercitabile sulla loro organizzazione.

direttore: 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.

I: In carcere?

direttore: 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, nel 2008 la popolazione dei detenuti era un po' diversa da ora, negli ultimi 15/20 anni, insomma, le cose sono cambiate. Per cui per fare un paragone, allora diciamo che prima i medici erano gestiti dalle amministrazioni penitenziarie, noi facevamo le selezioni dei medici che lavoravano in carcere, ma anche dello psichiatra mi ricordo, sì esattamente, per cui noi avevamo anche più potere su questo o sulle prestazioni da parte di questi medici e che così come li avevamo assunti li controllavamo, li valutavamo, ed eventualmente anche arrivare all'estrema decisione di mandarli via, invece adesso la sanità non è più nostra competenza, per cui dobbiamo, diciamo,

relazionarci correttamente, tra virgolette, dobbiamo relazionarci nel giusto modo con l'interlocutore della sanità ma non abbiamo potere decisionale nei confronti di queste persone, e questo chiaramente un po' ci limita, soprattutto quando magari vediamo situazioni che comunque andrebbero gestite diversamente. [...] (Area direttiva 2).

Da parte dei professionisti/delle professioniste della salute il passaggio è, invece, sottolineato come un passo in avanti verso la possibilità di prendere in carico i pazienti in modo completo e verso un rapporto più paritario con l'Amministrazione penitenziaria:

I: Quindi il cambiamento è stato positivo

Psichiatra CSM 2: Assolutamente, sì, è un'altra cosa adesso, ho visto il prima e il dopo e sicuramente è un'altra cosa adesso. Non so come dire, possiamo interrogarci noi sanitari: cosa possiamo fare per migliorare la nostra assistenza là? Questo ce lo possiamo domandare e possiamo coinvolgere anche gli... Cioè ci sentiamo il diritto di dire: siamo parte di questa realtà. Quindi diciamo la nostra. (Psichiatra 3).

Alcune conseguenze del passaggio sono evidenziate come problematiche. In particolare, dopo il passaggio delle competenze è ancor più importante il coordinamento tra le istituzioni che lavorano in carcere. È difficile il cambio di mentalità anche nella polizia penitenziaria rispetto al precedente modello, che vedeva i sanitari come ancillari alla sicurezza:

e così per tante cose insomma, prima, forse erano tutti della stessa mamma, ora sono mamme differenti, e insomma, ci vuole del tempo, anche cambiamenti generazionali, per poter riuscire a capire che dobbiamo lavorare in tutti i modi assieme sapendo che non abbiamo le risposte a tutte le domande, eccetera, però, nel rispetto della professionalità...è una babele in carcere e molto spesso è una babele ... con tutto il rispetto per la polizia penitenziaria che fa un mestiere veramente durissimo, veramente complicato, però ecco tante volte è il sistema, sono muri di gomma, sia del carcere che anche nostri (Area direttiva sanitaria).

Un aspetto che viene sottolineato è la poca, o nulla, trasparenza della Asl. Mentre il Ministero della Giustizia pubblica i dati sugli organici e le coperture, da parte della Asl non si sa niente: anche le piante organiche e la copertura dei posti dei professionisti della salute in carcere è divenuta un'informazione "segreta".

E se tu vai sul sito della ASL di ***, a cercare notizie su quanti sono i medici che si occupano del carcere di ***, che turni fanno... soprattutto, una cosa fondamentale, e questo vale per tutto, salute fisica e mentale: la presenza notturna. Non c'è modo di sapere chi, quanti, con che orari e in che numero sono presenti in carcere di notte. E quindi tutte queste informazioni sono irreperibili. Tu parli con l'area educativa e non lo sa. Parli con la direzione e ti dice "No, ma dipende dalla Asl: sì,

almeno un medico di notte ci deve essere”. Chi sia? Che tipo di specializzazione abbia... [...] (Volontariato 1).

Nel passaggio di competenze vi è una figura che rimasta in un terreno ambiguo ed è la figura dello psicologo/psicologa ex art. 80, che rientra tra il personale dell’Amministrazione penitenziaria, con compiti di osservazione finalizzata al trattamento, ovvero a supportare l’area educativa nella comprensione della persona detenuta, ma spesso nei fatti esercita compiti di supporto alla persona detenuta, il che genera ambiguità rispetto al ruolo e, di conseguenza, al tipo di affidamento che il detenuto può fare sulla riservatezza delle cose che comunica al/alla psicologo/a.

...quel punto, cioè... la salute mentale dovrebbe essere a carico dell’azienda sanitaria. però comunque ci sono gli psicologi ex articolo 80 che non fanno solo revisione critica del reato. Fanno anche, giustamente, anche supporto, perché non è che il detenuto deve stare tutte le volte... Ha bisogno anche del contenimento, di un supporto, di un aiuto. Quindi è un passaggio iniziato ma un passaggio non completato. Perché se ancora c’è lo psicologo ministeriale, forse... (Area psicologica).

Quindi io dico, è importante che conosciate...adesso che vi siete adattati, adesso che vi siete ambientati, è importante che conosciate lo psicologo del carcere perché è a vostra tutela. Perché se nel proseguimento del percorso volete chiedere questo o chiedete quell'altro e viene richiesta una relazione è fondamentale che lo psicologo del carcere vi conosca. (Area psicologica).

Sono presenti carenze evidenti in tale passaggio e gli operatori/le operatrici ne parlano. Viene evidenziata la scarsità di investimento sul territorio, e nello specifico la scarsità di posti in REMS:

cioè dalla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari non... che sembrava un passo chiaramente di civiltà, un po come la basaglia nel mondo libero [...] Nei fatti, però, le risorse territoriali della sanità che le varie regioni ... Le residenze per le misure di sicurezza sono poche, non hanno posti...[...] ci vuole poco a capire che il carcere non è il posto giusto per queste persone, però... (Area direttiva 1).

E viene evidenziata anche la scarsità di investimento nell’organizzazione dell’assistenza sanitaria in carcere, che porta spesso a una gestione emergenziale della quotidianità:

Anche sull'aspetto della tutela della salute c'è un grande problema. Allora: il personale è poco. Un tempo c'erano medici - quando ti dicevo prima dipendeva tutto dal Ministero della giustizia - c'erano medici assunti dal Ministero della giustizia che, volenti o nolenti, per vocazione o per ripiego, lavoravano per le strutture penitenziarie. Adesso sono medici assunti dal servizio sanitario nazionale... che... magari iniziano a fare un'esperienza in carcere per la sincera curiosità di fare quest'esperienza professionale, poi scappano. [...] Però, molto spesso c'è per la salute in generale, e

per la salute mentale, in modo particolare, c'è una gestione emergenziale. Cioè, si interviene laddove la questione diventa una questione di vita o di morte della persona. Non c'è un vero e proprio lavoro sulla persona e, ripeto, secondo me, anche il fatto di aver trasferito la salute del carcere sotto la gestione delle Asl, senza dotare le ASL di un dipartimento che si occupi solo di carcere, e quindi con personale che si dedica solo a quello, ha complicato, sia da un punto di vista burocratico, che da un punto di vista di gestione ordinaria delle situazioni un aggravio. cioè adesso, è più complicato gestire tutto. (Volontariato 1).

Una figura professionale di cui si sente la mancanza è quella dell'interprete/mediatore culturale formato in psicologia che possa supportare la persona detenuta nelle terapie psicologiche

la cosa ideale sarebbe avere appunto un interprete formato. Ma qui stiamo parlando, secondo me, di altro che iperuranio... In realtà, nel senso che non ce l'abbiamo dei servizi fuori, dubito che si possa avere una cosa simile in carcere. Però, ecco, potrebbe essere sicuramente forse qualcosa che... sarebbe un grosso aiuto avere qualcuno che culturalmente appartiene all'altra cultura e ti aiuta a mediare, a capire alcune cose (Area Serd 1).

6.5. Relatività della traiettoria carceraria

Il presente paragrafo intende raccogliere tutte le narrazioni che concorrono a restituire una rappresentazione della traiettoria carceraria - dall'accesso, alla detenzione, al reinserimento sul territorio - come un'esperienza marcata da una forte relatività, sia per ciò che concerne la popolazione con problematiche di salute mentale sia, in particolare, quando queste intersecano dimensioni quali, l'appartenenza a gruppi etnici marginalizzati, la capacità economica, le risorse sociali e affettive, financo la possibilità e le capacità del sistema dei servizi, e del territorio in generale, di ri-assorbire l'eccedenza (De Giorgi, 2002). L'argomento che intendiamo sostenere è che le logiche strutturali e oppressive del carcere - dalla precarietà di risorse e di condizioni igienico-sanitarie, al sovraffollamento, all'organico disponibile, financo la qualità dei rapporti col territorio - concorrono a produrre un *effetto di omogenizzazione* sulla vita delle persone detenute. Al contempo, si osserva *un'esacerbazione delle disuguaglianze sociali* tale per cui le modalità di farsi la galera e di reinserirsi nel tessuto sociale sono fortemente distinte e diversificate. Le risorse personali della persona detenuta (economiche, sociali, culturali, linguistiche, simbolico-politiche come l'avere una certificazione o una residenza e culturali) e le caratteristiche specifiche del territorio dove è collocato l'istituto penitenziario costituiscono un'esperienza fortemente discriminatoria. Ad esempio, in quei

territori dove i servizi funzionano e collaborano attivamente con il carcere, il percorso di uscita e reinserimento risulterà facilitato o quantomeno più ricco in termini di alternative trattamentali; al contrario, laddove tali relazioni sono fragili o assenti, il carcere finisce per appiattire le traiettorie individuali, ancorando le possibilità future alle precarie condizioni materiali del presente detentivo.

siamo in un momento in cui non ci sono né soldi né personale, ma questo non c'è l'ha neanche il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria [...] bisogna cominciare a pensare dei modelli alternativi, ecco io credo che ci sono, buona parte di coloro che stanno in carcere possono stare in altri luoghi ed essere sanzionati ugualmente, cioè voglio dire, ma con una sanzione un po' più oculata e anche lungimirante rispetto al carcere (Intervista, Psichiatra 3)

[...] non ci sono strutture perché i servizi sono un po' al collasso, nel senso che non ci sono strutture abitative, le liste d'attesa sono molto lunghe e ci sono tante persone che hanno bisogno [...] la densità abitativa è ridicola, le case disabitate sono una ogni tre. [...] Proprio mancano le risorse abitative (Intervista, Volontariato 2)

Rispetto al tema della salute mentale, questo paragrafo conferma quanto precedentemente osservato da autrici e autori rispetto alle disuguaglianze sociali nell'accesso alla salute nel contesto penitenziario (Cardano, 2013; Lolli, 2004; Foschi, 2004; Ronco, 2018, p. 93-94). Nello specifico del presente paragrafo, abbiamo declinato la questione della relatività detentiva lungo tre assi, tentando di circoscrivere gli effetti discriminatori dell'arcipelago carcerario (Sterchele, 2019) sulla persona con problematiche legate alla salute mentale: *stabilizzazione, omogeneizzazione, discrezionalità*.

Imponendosi come cornice di privazione che accomuna quelle persone soggette a quei processi selettivi (Sbraccia e Vianello, 2010) che conducono alla privazione della libertà personale, sovraffollamento, carenza e insalubrità degli spazi, scarsità di personale, e difficoltà operative dei servizi territoriali assumono caratteri strutturali dell'esperienza detentiva. Esperienza connotata altresì da una convivenza forzata fra persone con lingue e culture diverse, spazio di tensioni e conflitti, campo di lotta ove le resistenze soggette a sanzione, patologizzazione, disciplina. La struttura penitenziaria *stabilizza* così la sofferenza e circoscrive le possibilità di elaborare percorsi alternativi e differenziati, esacerbando le disuguaglianze sociali.

Il lavoro interno è praticamente assente, e considerato il numero dei detenuti e soprattutto, diciamo, la loro posizione anche sociale è fondamentale, perché tantissime volte alcuni

detenuti potrebbero usufruire di una detenzione domiciliare, ma sono costretti a rimanere in carcere perché fuori sono sprovvisti di una casa che sia in affitto o che sia di proprietà. Ovviamente le risorse familiari, quando mancano anche queste, manca tutto il resto [...] una volta finita la pena ritorna[no] sul territorio nella stessa identica condizione da cui sono partiti e per cui il rischio di recidiva è altissimo [...] lavoro a *** da 30 anni, che io ho visto entrare per la prima volta a 19 anni, e ancora dopo carcerazioni più o meno lunghe continuano a farvi ingresso (Intervista, SerD 2)

Esempio, adesso le faccio l'esempio del nostro progetto di Cassa delle ammende che è un progetto di reinserimento lavorativo di persone che hanno problemi con la giustizia. Abbiamo avuto dal UEPE [...] 39 segnalazioni, di queste 39 segnalazioni, 23 con dipendenze anche attive, 2 con doppia diagnosi, altri 2 CSM [...] Sì, ci sono dei ragionamenti da fare, perché non abbiamo persone che facilmente rientrano nel mondo del lavoro. Cioè, noi abbiamo una percentuale di persone segnalate dai servizi che non passano neanche la visita del nostro medico del lavoro, cioè del medico del lavoro delle cooperative interne a noi (Intervista, Volontariato e terzo settore)

finito il periodo della detenzione, in un eventuale misura alternativa, mentre la persona è comunque obbligata a stare sul territorio nazionale per via della pena, anche se alternativa, sembra che in questo momento non gli venga più assicurata i servizi, i servizi sociosanitari esterni. [La residenza] viene revocata [...] non si possono usufruire dei servizi sanitari esterni, ma soltanto quelli che vengano dati all'interno del carcere. Cioè non si va in comunità, tutto lì. Si finisce la pena in carcere [...] Questi sono problemi che emergono soprattutto sul versante delle alternative e quindi...per esempio sul versante delle persone con i gravi disturbi di salute mentale [...] perché è chiaro che in quel caso diciamo il fatto di essere privi di titoli di soggiorno o semplicemente di iscrizione anagrafica e quindi, diciamo, così, volgarmente anche di attribuibilità dei costi di una soluzione alternativa è questione pure rilevante, etc. (Intervista, Garante 2)

Come meglio argomentato nei paragrafi successivi (cfr. §6.10 e 6.11), non disporre di un permesso di soggiorno e di una residenza equivale alla negazione di possibilità trattamentali e di sostegno post detenzione, restituendo un quadro del carcere che si appiattisce discriminando ma, al contempo, si configura come unica miglior alternativa - *more eligibility* (Sbraccia, 2007) - in assenza di alternative

Perché chiaramente, se una persona dice fuori da qua, solo su una strada, fermi tutti perché sulla strada non ho voglia di stare, quanto meno il carcere diventa una risposta per questo

e non di certo per l'istinto deviante, ecco chiamiamolo così. Perché che la devianza o il piccolo reato diventi una scusa per poter trovare un alloggio. Non so, mi spaventa molto. Ecco (Intervista, Volontariato 2)

L'esperienza detentiva si traduce in una gestione dell'oggi, senza possibilità di prefigurare un futuro altro. A questa rappresentazione si contrappongono alcune eccezioni: storie di reinserimento positivo rese possibili dall'attivazione di reti territoriali solide o da risorse personali e familiari eccezionali. Ma proprio la loro rarità conferma la regola: il futuro resta pensabile solo quando il carcere si apre al territorio, altrimenti l'orizzonte rimane appiattito sul presente.

[...] Riteneva che la sua vita fosse sempre sulla strada, ma a un certo punto messa un po' alle strette, siamo riusciti a farla entrare [in comunità terapeutica]. Mentre è in comunità succedono 2 eventi importanti, una che conosce il suo attuale marito [...] e che, per l'appunto, in comunità rimane anche incinta, e quindi diciamo, avevamo anche il problema di questa gravidanza. E il secondo evento importante muore il padre [...] che gli lascia però una piccola somma come eredità, e a quel punto lì seguita dagli operatori della Comunità e da noi, praticamente in maniera parallela riesce a portare al termine la gravidanza, riesce a utilizzare e impossessarsi della somma del padre, a utilizzarla per comprare una piccola casa. Riesce a trovare lavoro. E diciamo che sono passati ormai 10 anni e la vediamo qui al serd perché ogni tanto ci viene a salutare (Intervista, Serd 2)

[...] era già ristretto lì a *** non so da quanto tempo, non ricordo nemmeno che tipo di reato avesse, però chiaramente nel tempo questa persona peggiorava sempre di più, anche perché aveva questo principio di Alzheimer. Ecco, devo dire che abbiamo lavorato tanto, proprio personalmente ho preso contatti con la struttura di provenienza vicino [...] e fortunatamente siamo riusciti a farlo uscire dal carcere e a mandarlo in una RSA (Intervista, Area direttiva 2)

Se la prima storia illustra come il disporre di condizioni materiali (rapporti affettivi, disponibilità economica) e responsabilizzazione delle proprie condotte (gravidanza) costituiscano degli indicatori per il reinserimento nel tessuto sociale, la seconda esperienza testimonia come età anagrafica avanzata e condizione di malattia costituiscano dei fattori cardine per l'uscita dal carcere, ovvero quando la persona non è nelle condizioni di riprendere una vita attiva.

Per quanto riguarda l'effetto di *omogeneizzazione* dell'istituto carcerario, quando esso diventa l'unico strumento con cui far fronte ad una eterogeneità di problemi e bisogni sociali - e "la vita di tutti i giorni in carcere è una livella" (Intervista, Volontariato 1) - le distinzioni sociali si riproducono - "perché chi è il ricco può fare la spesa e non mangia le porcherie del carrello" (*ibidem*).

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 (Intervista, Psichiatra 2)

Se da un lato le logiche strutturali impongono a tutti lo stesso regime oppressivo, dall'altro producono effetti differenziali. Chi arriva in carcere con risorse limitate – economiche, sociali o culturali – sperimenta un peggioramento ulteriore. «La mancanza di residenza esclude dai percorsi», aggravando la vulnerabilità di chi già vive condizioni di povertà. Per i detenuti stranieri lo svantaggio si amplifica. Nell'accesso alle misure esterne, sia per tossicodipendenti che psichiatriche la cittadinanza fa da spartiacque, mentre l'etnocentrismo carcerario (linguistico e giuridico, cfr. § 6.10) costituisce una condizione di peggioramento della salute durante la detenzione, ancorando al presente qualsivoglia prospettiva futura e rileggendo il passato in chiave essenzialista - fragilità, disturbo, deficit - piuttosto che nel quadro socio-politico ove la rotta migratoria prende forma.

La povertà ed essere extracomunitari, non avere riferimenti sul territorio crea disagio. Se sono giovane, probabilmente di più, direi, per cui è anche più facile e ci si incontri. È più facile che questo favorisca il fatto che poi, noi, in qualche momento della detenzione, si debba intervenire, magari anche una terapia blanda, cioè non necessariamente noi se si interviene si deve intervenire con una terapia... non so come magari anche banalmente, o con qualcosina per dormire, qualcosina, per abbassare l'ansia del giorno. Chiaramente sono

condizioni che favoriscono il fatto che loro poi vengano visti in qualche modo da noi. Inevitabilmente. Poi spesso hanno vite difficili, comunque, chiaramente, che determina poi ulteriore fattore di rischio sul fatto, appunto, che poi noi si debba intervenire sul loro disagio. Sono persone che non so ora. Anche lì dipende perché sono arrivate nel nostro paese. C'è chi arriva perché ci vuole arrivare la... prospettiva di trovare un mondo migliore, che purtroppo non trovano. E c'è chi scappa da guerre civili e chiaramente fa la differenza, e magari sono tutte e 2 nella stessa identica condizione. (Intervista, Psichiatra 2)

Faccio un esempio per i tossicodipendenti: le persone straniere non regolari non hanno accesso alle comunità terapeutiche. Di conseguenza, è chiaro che un paziente detenuto che anche fa una pena abbastanza lunga all'interno del carcere e poi comunque viene rimesso sulla strada nelle stesse identiche condizioni in cui praticamente si trovava prima di fare ingresso in carcere, diciamo che ha un alto indice di rischio di recidiva sia del fenomeno criminale che dell'uso delle sostanze (Intervista, SerD 2)

Il circolo vizioso della marginalità qui rappresentato non trova nel momento della detenzione le condizioni per una sua rottura e fuoriuscita ma, piuttosto, la conditio sine qua non per essere presi in carico dal sapere medico-psichiatrico. Laddove il trattamento è impossibilitato ad esercitarsi sulle condizioni sociali, economiche e politiche che concorrono alla materialità della forma sintomatica che spesso si racchiude in orizzonti di senso medicali, la monodimensionalità in cui si ritrovano appiattite le persone con background migratorio e prive di residenza non potrà che assumere i connotati del mito di Sisifo. Questo anche laddove i rapporti tra carcere e sistema di servizi di cui il territorio dispone non sono consolidati o seguono logiche discrezionali, spesso segno dei tempi di una politica penal-populista (Anastasia, 2019) e imperativi economici - “banalmente” quale sarà l’ASL deputata a pagare il percorso trattamentale esterno o alternativo al carcere per una persona senza residenza?

Per quanto riguarda invece la popolazione italiana, le possibilità di cura sono sicuramente più ampie perché sì, hanno accesso alle strutture esterne, ai servizi del territorio, e molte volte, però, quello che manca è il collegamento dei servizi tra quelli interni e quelli esterni. È proprio mancanza, anche banale, di comunicazione, comunque di preparazione di un programma terapeutico, così che poi si perde quel momento importante dell'uscita del carcere che a volte, pur essendo breve, è sufficiente perché i pazienti riprendano praticamente la strada un po' così allo sbando e senza una cura e senza un indirizzo terapeutico vero (SerD 2)

Le risorse disponibili sono poche e distribuite in modo arbitrario, filtrate da stereotipi e stigma: non tutte le persone detenute hanno le stesse possibilità e risorse, l'accesso dipende anche da pregiudizi e dalla scarsità di mezzi economici e logistici. La traiettoria carceraria risulta così doppiamente relativa: determinata dalle condizioni strutturali e dai margini di discrezionalità attraverso cui l'istituzione decide chi può accedere a cosa.

un pochino, come dicevo gomito a gomito con la psichiatria, stiamo cercando di sbloccare un po' di situazioni però devo dire che c'è molta difficoltà, soprattutto quando si tratta di persone psichiatriche. Cerchiamo in ogni caso di non fare uscire mai fuori senza nulla persone di questo tipo. Cerchiamo di lavorarci in corso di detenzione già dall'inizio. [...] Carenza delle strutture. Anche comunità terapeutiche. Infatti, non sono solo quelle che chiamano anche i tossicodipendenti, anche il SERD fa fatica alcune volte, ci sono liste d'attesa, anche (Intervista, Area direttiva 2)

Dipende dalla disponibilità del territorio, perché diciamo quel che noi possiamo fare al massimo segnalato al territorio competente, quando è chiaro quale è. Perché poi spesso è ... già questa partenza un problema. 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 (Intervista, Psichiatra 2)

lui sa che tra meno di un mese uscirà, però non sa ancora dove. Quindi, anche di fronte a quest'incertezza non si può stare bene. Come si fa? So che uscirò. So che voglio fare un percorso, però non ho un posto, quindi tornerò sulla strada [...] il discorso è complesso perché non tutte le comunità accettano persone in prosieguo amministrativo, quindi, nel suo caso, c'è proprio la posizione giuridica che ostacola, quindi già questo non aiuta. Si è attivata l'assistente sociale del comune nostro, che lavora anche in carcere, e si è attivata l'assistente sociale che lo seguiva a ***. Si è attivata anche l'avvocata, anche le educatrici.. un po' tutta la rete. Abbiamo fatto anche diversi incontri di equipe, però tutte le comunità che sono state interpellate o non hanno posto, oppure non prendono persone che sono in questa posizione giuridica (Intervista, Psichiatra 4)

La selettività non è soltanto simbolica, come può essere il stigma di detenuto e/o persona con problematiche legate alla salute mentale (Goffman, 1963) ma anche strutturale: riguarda l'assenza di fondi, il tipo di certificazione di cui la persona può disporre (residenza, cittadinanza, patologia), le risorse familiari, la disponibilità e modalità lavorativa delle equipe - laddove presenti - del carcere e del territorio, le posizioni politiche del comune dove è collocato l'istituto penitenziario rispetto all'assegnazione o meno di una residenza. Risposte

diversificate a seconda del territorio di riferimento. In definitiva, il carcere produce uniformità nella sofferenza e disuguaglianza nelle possibilità, stabilizzando il presente, mentre rende incerta ed elitaria la possibilità di abitare un futuro altro dal passato.

6.6. Il corpo del detenuto come dispositivo poli-funzionale

La tematica circoscrive quelle narrazioni raccolte che rendono conto del corpo della persona detenuta come un dispositivo soggetto a diverse istanze o modalità d'uso che ne regolamentano le forme di assoggettamento (etero-auto diretto), restituendo un carattere polivalente:

- ❖ strumento di comunicazione e resistenza: il corpo è usato per denunciare la sofferenza che la detenzione comporta, tramite la pratica di gesti autolesivi volti a rendersi visibili agli operatori; ma anche per contrastare le dinamiche del penitenziario, tramite il tentativo di conservare la propria individualità.
- ❖ strumento di verifica: il corpo serve per ricevere risposte in merito alle proprie condizioni di salute psico-fisica e provare a costruire percorsi in uscita dal carcere, tramite la richiesta di certificazione di tali condizioni, come lo stato di tossicodipendenza o lo stato di patologia incompatibile con lo stato detentivo.
- ❖ strumento di sorveglianza e di prevenzione del rischio suicidario: il corpo è l'oggetto del controllo, tramite l'ubicazione, la sorveglianza, la presenza di care-giver, perché non si faccia del male tramite l'autolesionismo o tenti il suicidio.

Attraverso il corpo si sollevano questioni legate ai rapporti di legittimità-illegittimità (delle richieste, della terapia), autenticità-strumentalità entro i cui binari si organizza il trattamento psichiatrico/psicologico ed educativo. La pena detentiva vorrebbe influire sull'anima del condannato, ma il canale, lo strumento, il punto di appoggio della forza che essa esercita è il corpo. Inserito nello spazio del penitenziario, il corpo occupa una dimensione che lo incasella all'interno dell'istituzione, ne determina i movimenti consentiti e i luoghi accessibili, scandisce la quotidianità. Il corpo è il centro di applicazione di rapporti di potere, non solo disciplinare; anche la conoscenza delle sue condizioni di salute e la conseguente diagnosi di patologia si inseriscono nella rete di relazioni di potere istituzionali e sono da queste modellate. Il corpo, recluso e incapaciato dalla privazione della libertà, è assoggettato al potere disciplinare tramite la continua sorveglianza applicata su di esso, è oggetto del potere-sapere istituzionale che

verifica l'esistenza delle sue condizioni di salute e ne attesta la veridicità, ed è altresì auto-assoggettato dalla persona detenuta come strumento di resistenza e di comunicazione.

La polifunzionalità del corpo è infatti emersa, nei discorsi degli/delle intervistati/e come una sua caratteristica tipica della condizione penitenziaria.

Innanzitutto, il corpo è individuato come mezzo di comunicazione con gli operatori e di resistenza alle dinamiche dell'istituzione e tale funzione è spesso interpretata dagli operatori medesimi in base a un giudizio di strumentalità attribuito alla persona detenuta. Per andare sul concreto, rientrano in questa categoria gli atti autolesivi, che spesso le persone detenute pongono in essere. Le loro motivazioni sono inquadrate dagli/dalle operatori/trici sotto una pluralità di categorie.

L'autolesionismo ha la funzione di richiamare l'attenzione degli operatori e delle operatrici, di farsi ascoltare nelle proprie richieste relative alla quotidianità detentiva:

quindi il detenuto che non riesce a incontrare la famiglia per tanto tempo è sicuramente un detenuto che, da quel punto di vista, patisce un disagio, e troppo spesso, come ti dicevo, il detenuto stesso è costretto a fare ricorso ad atti, anche meramente dimostrativi, però atti di autolesionismo, inscenare tentativi di suicidio che non intendono essere tentativi di suicidio, ma atti per richiamare l'attenzione. E però poi questo a volte si risolve con un "Eh, ma è problematico, diamogli qualcosa per tenerlo buono" (Volontariato 1).

La comunicazione, quando non trova altri canali, passa spesso per l'aggressività, auto o etero-diretta. L'approccio mostrato dall'operatore, che va alla ricerca di una comunicazione con la persona detenuta, può in questo caso fare la differenza

No, innanzitutto, il fatto stesso che stai in carcere già questo è un primo fattore, poi tutto quello che appunto, attiene alla facilità di comunicazione, cioè se loro non riescono a comunicare di cosa hanno bisogno, questo è un altro fattore, cioè non hanno un avvocato, o hanno l'ufficio che non va a trovarli, non si sa se hanno i documenti o non hanno i documenti, non si sa che in che lingua parlano, eccetera. E magari le loro manifestazioni possono essere attraverso il comportamento, che può essere più o meno aggressivo o autoaggressivo, o eteroaggressivo. Beh, questi sono fattori determinanti, risolti questi spesso e volentieri riusciamo a capire come tessere una relazione (Psichiatra 3).

Ma spesso, più che accogliere come nel caso precedente, l'aggressività come richiesta di aiuto nella comunicazione, questa viene inquadrata come "strumentalità", categoria nella quale sono ricondotte, in modo indistinto, le esigenze e le richieste delle persone detenute. Tutto quanto attiene alla definizione della personalità, che passa anche attraverso il desiderio e la volontà di realizzarlo, riceve un significato di illegittimità e inappropriatezza nel contesto detentivo.

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).

L'autolesionismo è considerato, da alcuni/e operatori/trici, come una pratica legata alla cultura di provenienza. Altri/e ne percepiscono la costruzione razzializzata, alimentata da un pregiudizio diffuso tra le persone detenute.

È anche molto culturale. Perché molte volte i nordafricani si tagliano... si tagliano in maniera più...culturalmente il tagliarsi per marocchini, egiziani è una cosa abbastanza culturalmente accettata. E infatti, sono in tanti che... perché utilizzano il corpo proprio come uno strumento. Già pakistani afgani difficilmente li ho visti tagliarsi. Quindi anche culturalmente c'è... come anche rumeni, popolazioni dell'est sono popolazioni più dure, più corazzate. Quindi magari autolesionismo o tentativi... strumentali li vedo più...credo di averli visti raramente. Credo che un aspetto culturale giochi...un peso importante. C'è un po' un puzzle di cose. È difficile un pochino dare una risposta univoca (Area psicologica).

Ecco, secondo me, è un problema di una certa entità, perché io, per dire, faccio un piccolissimo inciso, ho dei miei, non so, utenti italiani che si lamentano e dicono: "non ne possiamo più di questi arabi. Si tagliano e ottengono quello che vogliono e noi rimaniamo in fondo. Allora cominciamo anche noi a tagliarci, così otteniamo quello che vogliamo"...e tu dici, ma non non è così. Quindi c'è questo tipo di separazione in cui ci sono gli arabi e gli altri, su cui gli altri detenuti hanno molto pregiudizio in cui c'è questa visione in cui gli arabi si fanno autolesionismo, ottengono quello che vogliono e loro no, e non ottengono quello che vogliono. Ed è un problema grosso però (Area SerD)

L'autolesionismo può essere usato come ricatto per ottenere alcuni farmaci desiderati dalla persona detenuta.

Oppure è capitato una volta, perché succede anche questo: “se non mi dai mi taglio”. Di nuovo, la risposta è molto chiara: io non lavoro sotto ricatto, detta così proprio. Io sono qua, ti cerco di aiutare, ma non è che voglio questo non mi dai questo allora mi taglio e se mi taglio ottengo [...] Possiamo capire cos'è che ti fa star male, ma non ti do qualcosa che tu mi chiedi se io penso che ti faccia male e che non ha un'indicazione clinica, però...(Area SerD 1).

Secondo alcuni operatori è possibile distinguere gli atti autolesivi strumentali da quelli che sono sintomi di una profonda sofferenza. Per i primi è necessario lo strumento del dialogo, per orientare verso diverse modalità, per i secondi una terapia anche farmacologica di tipo psichiatrico.

“Molte volte che lo dicono loro stessi: “Sì, mi sono tagliato perché volevo andare su in infermeria”. Nel momento in cui, dopo che si sono tagliati, o che è capitato che si siano tagliati, li vedi al colloquio, io comunque indago sempre l'ideazione suicidale autolesiva, la motivazione dietro a quel gesto. [...] Poi a volte te lo dicono ...te lo dicono proprio, ma anche perché dietro a un gesto auto lesivo c'è un potenziale rischio auto-soppressivo, perché se io sbaglio la mira, o taglio un po più in profondità. Poi magari mi faccio male fino... più male di quello che avrei voluto fare. Se io agisco un tentamen, ma lo faccio in maniera dimostrativa perché voglio essere portato su in infermeria, perché sono frustrato, perché volevo più terapia e non me la danno perché non si può dare più terapia di quella, perché arrivi a un limite e non si può andare oltre.. E... se se non prendo bene le misure, magari ci resto davvero. Quindi intanto va indagata sempre l'ideazione che c'era alla base, Quindi qual era il motivo? C'era del malessere? Ah, io avevo un ragazzino di 19 anni nordafricano che si tagliava perché non riusciva più a tollerare quella rabbia che aveva dentro... e quindi pur di non fare male agli altri faceva male a se stesso. Quello non è strumentale, quello è malessere, e ce ne sono di ragazzi così che però vanno segnalati alla psichiatria e che quindi cominciano anche a un... un percorso, magari con farmacoterapia, proprio per tenere a bada questo malessere interiore e non arrivare a tagliarsi. Lì non è strumentale. Ma se uno arriva e dice: “per quale motivo ti sei tagliato?” e parte con “volevo andare su, non mi è stata data quella, ho chiesto quello” è strumentale.

Riccardo Girolimetto: E in quei casi lì lei come si pone, cioè qualche esempio concreto per capire...

Psy: nei casi strumentali? Cerco di parlare con il detenuto per vedere se ci sono altre vie, magari... Prima cosa è quella. Io mi pongo sempre comunque in ascolto. Senza giudizio. Questa è la base. Ragioniamo insieme sul fatto se magari ci sono altre strade, non serve ad

arrivare a tanto, ma loro ti dicono: “Sì, perché così vengo ascoltato”. È una via di comunicazione immediata. Il messaggio arriva bello diretto (Area psicologica).

Si possono verificare anche tentati suicidi o suicidi a causa di un errore nell'uso dei mezzi utilizzati

poi, naturalmente, ci sono quelli che... tante volte m'ha detto ***: “guarda, ci sono queste persone che lo fanno apposta”, è naturalmente ricattatorio il discorso di taglio e qualche volta succede che, nonostante siano esperti, sbagliano quella frazione il secondo per cui qualche volta è successo (Area direttiva sanitaria)

Tuttavia, nonostante la difficoltà di distinguere un vero tentativo di suicidio da un gesto dimostrativo, resta l'osservazione di buon senso che chi supera il limite del provocare dolore al proprio corpo un disagio ce l'ha, e quindi che sia bene indagarlo.

L'atto di autolesionismo, come si fa a distinguere quando è un atto... volto a fare un gesto disperato ed estremo, e quindi sicuramente già sintomo di un qualche disagio che dovrebbe esser preso in considerazione, però, a volte - perché io non mi taglio il braccio con una lama, se non ho una forte motivazione a farlo. Quindi, sicuramente, anche quando è un mero atto

dimostrativo, comunque ha una sua pregnanza. Però, come si fa a distinguere un vero tentativo di suicidio da un tentativo volto a richiamare l'attenzione? (Volontariato 1).

In secondo luogo, il corpo è utilizzato come strumento di verifica della “dipendenza”, sia da parte delle persone detenute che da parte degli/lle operatori/trici sanitari/e. Il corpo, in queste procedure di accertamento, racconta la verità della dipendenza dalle sostanze, inquadrata come una patologia. Tramite il processo di certificazione si dà forma compiuta alla figura patologica del “tossicodipendente”, si attribuisce un'etichetta che accompagnerà la persona detenuta sia nella fase detentiva che in quella di uscita, modellando la sua personalità in base alle aspettative sociali che si formano attorno a lui/lei ovvero al ruolo sociale che ci si aspetta possa ricoprire (Lemert, Becker, 1967). L'etichettamento in figure patologiche, quale quella del “tossicodipendente” che appunto la certificazione attesta, spinge la persona etichettata e riprodurre il ruolo sociale in cui è calata, rendendo più impegnativo il cambiamento e l'orientamento verso diverse condizioni di vita. Allo stesso tempo, poiché è proprio la certificazione, ovvero l'etichettamento come “tossicodipendente”, a costituire il presupposto

per l'attivazione di percorsi di cura esterni al carcere, tale ruolo non è rifuggito dalle persone detenute, ma anzi c'è la tendenza ad aderirvi in modo completo, anche forzando alcune caratteristiche del proprio consumo verso il modello della dipendenza che è preso come standard per la certificazione; infatti, le certificazioni sono richieste dalle persone detenute, che aspirano a ricevere tale etichetta, contribuendo attivamente, tramite il proprio corpo e la propria volontà, alla produzione della loro immagine di persona deviante (Foucault, 1972).

Il giudizio di strumentalità, anche nel caso della certificazione, è sempre pendente sulle richieste di intraprendere un percorso di cura, che oltre che “vere”, devono essere “genuine”, non fatte solo per uscire dal carcere. Le dichiarazioni e le richieste della persona detenuta volte a essere certificata come “tossicodipendente”, così come quelle di “incompatibile con la detenzione”, vengono filtrate attraverso un giudizio di veridicità della patologia affermata e una valutazione di genuinità della richiesta (non strumentalità).

In particolare, l'accertamento della tossicodipendenza è propedeutico alla presa in carico da parte del SerD che lavora all'interno del carcere. La questione, come si è visto, è complessa e presenta diverse sfaccettature. Tra cui, in posizione centrale, troviamo proprio la nozione di “tossicodipendenza” e il suo significato. Innanzitutto, come ha sottolineato uno/a degli/le intervistati/e, la nozione in sé di tossicodipendenza dovrebbe essere sostituita da una definizione differente, ovvero quella di “disturbo da uso di sostanze”, per evitare di identificare la persona con la dipendenza.

Noi, tra l'altro, non parliamo più di tossicodipendenza ma parliamo di disturbo da uso di sostanze, che tossicodipendenza è un termine un po' vecchio che identifica la persona con la dipendenza, per cui si cerca di usare disturbo da uso di sostanze (Area SerD 1).

La questione non è di poco conto e riguarda l'identificazione della persona che usa droghe illegali con una condizione patologica come è quella della “dipendenza” che, per come è configurata, lascia come unico spazio di “guarigione” quello della completa astinenza dal consumo di droghe, rendendo l'obiettivo da raggiungere molto elevato e, in molti casi, non desiderato dalla persona che dovrebbe raggiungerlo. La via alternativa all'approccio patologico è quella della riduzione del danno e del consumo controllato di sostanze (Zinberg, 1984; Zuffa, 2025), che pone invece al suo centro la competenza del consumatore e la sua capacità, che

dovrebbe essere sostenuta dai servizi, di controllare l'uso di sostanze in modo tale da non danneggiare il proprio equilibrio personale e la propria vita sociale.

L'approccio della riduzione del danno non è stato inserito tra i suggerimenti di discussione presenti nelle interviste semistrutturate, non si può quindi dire niente riguardo all'approccio degli/le operatori/trici a tal proposito. Quello che però emerge è che la nozione di "dipendenza" è centrale nell'approccio dei servizi che operano in carcere, probabilmente influenzata dalla normativa in materia di affidamento terapeutico della persona tossicodipendente⁴⁷ che spinge a concentrare gli sforzi per qualificare la persona detenuta che fa uso di droghe illegali come "tossicodipendente" perché ciò permette di accedere a un canale privilegiato di uscita dal carcere.

Questa condizione strutturale è il contesto nel quale si muovono le persone detenute che, di propria iniziativa o su iniziativa degli avvocati che li assistono, si dichiarano tossicodipendenti e cercano di ottenere una certificazione in tale senso dal SerD; e si muovono, altresì, gli operatori e le operatrici dei servizi che, oltre che dell'accertamento dello stato di tossicodipendenza, si sentono anche investiti del vaglio della genuinità della motivazione che spinge la persona a richiedere di essere preso in carico dal SerD al fine di escludere la strumentalità della richiesta.

Da parte dei SerD che operano in carcere si cerca di semplificare tale complessità assumendo la precedente presa in carico da parte di un servizio SerD sul territorio, che sia quello del Comune sede del carcere oppure un altro, come accertamento dello stato di tossicodipendenza. In questo caso la persona detenuta viene direttamente presa in carico dal SerD che opera in carcere, il quale, oltre alla terapia all'interno del carcere, potrà poi costruire un percorso di uscita in accordo con il SerD di competenza (determinato in base alla residenza della persona).

Come ti dicevo, se c'è qualcuno che arriva già con documentazione e fa presente di essere già in carico a un SerT, di avere in cartella clinica, dei documenti, o che questi documenti sono facilmente reperibili, diciamo tra SerD interno e servizi territoriali esterni, se io do i riferimenti, io ero in cura presso il Dottor X o presso il SerD di***, ci sono già dei riferimenti, la cosa diciamo va avanti. Ovviamente poi dipende dalla tipologia di sostanza

⁴⁷ L'art. 94 del TU 309/1990 prevede la misura dell'affidamento in prova in casi particolari, che può essere eseguito nei confronti della persona tossicodipendente sia nella forma dell'affidamento al SerD territoriale, sia in quella dell'inserimento in una comunità terapeutica. Trattandosi di misura terapeutica, questo tipo di affidamento può essere concesso fino a 6 anni dal fine pena e non sottostà ad alcuni limiti di ripetibilità della misura (non applicazione dell'art. 58-quater O.P.).

da cui quella persona ha una dipendenza, dal tipo di trattamento che aveva iniziato e tutto (Volontariato 1)

La questione più spinosa si pone, invece, per chi non aveva questa precedente presa in carico, ma si dichiara tossicodipendente all'ingresso in carcere, o in un momento successivo. La richiesta di accertamento in ambito penitenziario è direttamente rivolta al sapere medico, e non solo, degli operatori e delle operatrici del SerD. L'esame tossicologico può essere posto tra i primi passaggi nel processo di accertamento, e avere quindi un valore dirimente.

In carcere, però, diciamo che se una persona è completamente sconosciuta al servizio, diciamo che la raccolta anamnestica, e poi soprattutto, la parte clinico diagnostica, ovviamente ci aiuta a trovare quei criteri di dipendenza che sono inseriti regolarmente nel DSM-5 oppure nella classificazione dell'ICD-9, diciamo che quello che è importante è che la diagnosi non la fa soltanto il medico, ripeto, ma quando un detenuto entra e dichiara la sua tossicodipendenza, la prima persona, il primo operatore serd che lui vede, è sicuramente il medico, quando il medico, nella visita nella raccolta anamnestica e nel rilascio del campione urinario ravvisa che vi sono i requisiti per una diagnosi vengono assegnati tutti gli altri operatori che sono educatore assistente sociale e psicologo e viene effettuata appunto quella che si definisce valutazione diagnostica multidisciplinare. Quindi ogni operatore farà la sua valutazione diagnostica e alla fine verrà poi formulata la diagnosi o di abuso o comunque di dipendenza da una sostanza stupefacente. È chiaro che la tossicodipendenza, essendo un fenomeno che ovviamente, diciamo così ha tutte le sue sfaccettature e complicazioni in tutti e quattro i versanti sociale, biologico e psicologico del paziente, una valutazione multidisciplinare di tutti gli operatori riesce ad arrivare diciamo in un lasso di tempo più o meno lungo che sono 45/50 giorni ad una formulazione diagnostica (Area Serd 2).

Nella prospettiva di altri operatori/altre operatrici sembra invece che l'esame tossicologico abbia sì un ruolo, ma subordinato alla storia clinica della persona che viene valutata.

Io faccio una prima visita in cui raccolgo l'anamnesi della persona. Mi faccio raccontare... quindi raccolgo l'anamnesi: alcol, tabacco, cannabis, eroina, cocaina, Cioè, io gli chiedo a che età hai iniziato a usarla, come l'hai usata, ogni quanto la usavi. Quindi faccio proprio con un'anamnesi tossicologica, cioè valuto chimicamente la persona: ha segni di astinenza, ha segni di intossicazione. E in base a quello... poi ci può essere il supporto di fare il tossicologico delle urine. In base quindi a una valutazione che è clinica poi può esserci il

supporto, diciamo, delle urine, si fa la diagnosi. Quindi sì, fondamentalmente di solito la diagnosi clinica, se ci sono proprio dei dubbi si va a fare il tossicologico su urina. Ecco ...su nuovi ingressi (Area Serd 1).

Oppure, ancora, si dà particolare rilevanza ai sintomi di astinenza fisica, in presenza dei quali viene somministrata una terapia farmacologica, come il metadone.

Il carcere considera tossicodipendenti riconosciuti dentro il carcere - quindi persone che non arrivano con... - solo coloro che hanno sintomi di astinenza fisica, e che quindi vanno in terapia con metadone. La mera dichiarazione della persona di essere assuntore continuativo è più problematica, perché poi li richiedono di fare analisi, accertamenti. E questo perché? Perché l'essere o non essere tossicodipendenti fa una differenza sul riconoscimento di...intanto sulla possibilità di accesso ad alcune misure alternative. [...] Quindi se tu sei già seguito prima, il Serd non si assume la responsabilità di certificare il tuo stato di tossicodipendenza, perché eri già in carico ai servizi territoriali. Se invece tu sei già in carcere, dichiararsi tossicodipendente è una tua mera dichiarazione che deve essere valutata e diciamo che i servizi territoriali, prima di prenderti in carico - anche perché poi, a quel punto c'è un altro problema, cioè il Serd interno, dovrebbe farti un programma terapeutico che poi dovrebbe essere attuato dai servizi esterni e quindi mettersi in contatto diventa, sotto un profilo burocratico, diventa una gestione molto più complessa. Quindi c'è la tendenza, non ti sto dicendo che lo facciano tutti, però c'è la tendenza a riconoscere come tossicodipendenti soltanto quei detenuti che in carcere manifestano sintomi fisici e importanti di astinenza e che quindi devono fare terapie di carattere farmacologico, quindi il metadone in primis, poi non so se ce ne siano altre. Viceversa, la persona che si dichiara tossicodipendente, ma non ha dei sintomi particolari, perché magari uso di sostanze ne fa ma non ha sintomi visibili o sintomi particolarmente invalidanti dal punto di vista fisico, non è considerata tossicodipendente dal carcere. Quindi non accede al SerD interno e non accede neanche a tutte quelle misure che sono riservate a chi, invece, ha una certificazione. Quindi per questo è più facile essere riconosciuti come tossicodipendenti se si arriva con una certificazione già di un SerD esterno (Volontariato 1).

Ma come viene trattata la tossicodipendenza in carcere? Dipende sostanzialmente dal tipo di sostanza di cui la persona faceva uso: dopo che viene fatta la diagnosi, viene anche indicata una terapia, che può essere la somministrazione di metadone, nel caso di uso di oppioidi, oppure una terapia psicofarmacologica nel caso di altre sostanze.

SerD: Quindi... cioè clinica, e poi... di lavorare... se è una cosa... è un disturbo da uso di oppioidi possono esserci proprio dei quadri di astinenza e quindi si imposta la terapia sostitutiva con metadone [...] Quindi se c'è il discorso degli oppioidi diamo una terapia sostitutiva, per gli altri disturbi d'uso di sostanze non ci sono propriamente delle terapie sostitutive, quindi cerchi di lavorare col farmaco che risponda, diciamo, alla sofferenza sottostante all'uso della sostanza. Che ne so, uso la coca per tirarmi su quindi cerchiamo di prescrivere la terapia antidepressiva. Cose di questo di questo genere qua. (Serd)

Un quesito interessante che è emerso nell'intervista con un operatore/un'operatrice ci porta direttamente ad affrontare la questione di quanto il contesto ambientale influisce sull'uso delle sostanze, ma anche sull'uso dei loro sostituti. Si racconta infatti di una sezione sperimentale, attivata nel carcere di***, denominata “drug free”, in cui il trattamento sostitutivo si sostanziava nell'offerta intensiva di attività alle persone detenute, piuttosto che nell'offerta di terapie farmacologiche.

Abbiamo fatto un ciclo di supervisione per noi operatori con un supervisore esterno, e lui stesso ci faceva riflettere su un concetto, nel senso che se c'è una persona dipendente che dipende appunto da una sostanza o da un comportamento patologico e all'improvviso lo catapultiamo in una situazione in cui non può più usufruire di quello di cui usufruiva fuori e che ha creato la sua dipendenza, è chiaro che senza niente non può stare, bisogna dargli qualcosa in sostituzione. La domanda da 100 milioni di euro è: che cos'è questo qualcosa in sostituzione? Perché noi in carcere abbiamo, ho lavorato anche con un progetto di una sezione, diciamo così, drag free, ma che offriva tante attività, progetto che è durato per 10 anni e che ha visto questa una parte di detenuti tossicodipendenti coinvolti in tantissime attività che potevano essere teatro, yoga, ballo, poesia, scrittura creativa. Ne abbiamo inventate veramente di ogni. E devo dire che l'osservazione di quella fetta di popolazione portava alla conclusione che questi pazienti erano tutti più compensati, tutti in buon equilibrio psicofisico, e quasi nessuno richiedeva l'aiuto dei farmaci.

Ovviamente il progetto per tante difficoltà interne non è potuto andare avanti [...] sono stati 8 lunghi anni, che però poi fisiologicamente, sono andati ad esaurirsi anche per la scarsa collaborazione della polizia penitenziaria e dell'altro personale del carcere per cui, rimasti da soli, diventava veramente complicato e difficile, e abbiamo cambiato, diciamo così, il progetto (Area SerD 2).

La “strumentalità” della richiesta è percepita anche da altri/e operatori penitenziari, ma non le viene necessariamente attribuito un disvalore; viene compresa come un modo del detenuto di venire incontro alle proprie necessità, come quella di trovare un percorso supportato di uscita dal carcere, o come un'occasione da cogliere per aprire nuove possibilità, un momento di spinta al cambiamento; ma sembra che spesso il giudizio sui precedenti fallimenti, che non danno spazio a ulteriori investimenti, prevalga

Anche questo è un tema sempre dubbio, nel senso che noi di questo parliamo molto con i detenuti e c'è sempre un po' quanto vuoi utilizzare il Serd in maniera strumentale, per poter uscire prima, quanto veramente c'è un problema di dipendenza. Perché ci sono anche quelle situazioni borderline in cui, ok dichiarare di avere un problema di dipendenza, però boh, siamo sicuri? [...] E a volte sono loro stessi a dirlo: “voglio entrare in contatto con il Serd, così magari loro riescono ad offrirmi una borsa lavoro. O riescono a farmi uscire in qualche modo”. Hanno un po' questa speranza. Poi, insomma, spesso viene tradita per ovvie ragioni, però, c'è un po' questa, una questa speranza che il serd possa essere il soggetto che li porta fuori dal carcere (Volontariato 2)

Perché ci sono delle persone che hanno dichiarato di voler fare comunità quando hanno saputo che la pena era lunga, quindi c'era solo la comunità. E su questa storia c'è, come dire, la questione che va avanti: è strumentale o non è strumentale. [...] Probabilmente, rispetto al tema della comunità, poi, appunto, da profana, mi sembra che sia sempre un bel momento quello di decidere di andare, di decidere di fare un percorso, quindi mi sembrerebbe sempre un momento buono prenderlo, soprattutto se le persone sono molto giovani. Però evidentemente è una mia opinione. Forse un po', però, insomma, fanno delle valutazioni loro, spesso, ci sono persone che hanno già fallito varie volte, quindi non c'è un investimento ulteriore e criteri precisi che non conosco del tutto (Terzo settore).

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).

Emerge da questi testi che la strumentalità dunque può non essere così negativa come viene percepita da alcuni operatori/alcune operatrici. Forse la si potrebbe considerare un atteggiamento razionale, in cui una persona, che ha sempre una razionalità limitata, cerca di

sfruttare le possibilità concrete che si trova di fronte per migliorare la propria condizione, e si potrebbe “approfittare” di questo stimolo, di questa molla, per indirizzare la persona che esce dal carcere a intraprendere un reale percorso di cambiamento (Zuffa, in protocollo Toscana Federserd)

Chi è in carico e chi no? Chi è certificato come “tossicodipendente “ è in carico al SerD e può accedere alla misura dell’affidamento terapeutico. Chi, invece, pur utilizzando sostanze non è considerato tossicodipendente, ma riceve una diagnosi di “abusatore” sarà comunque curato dal SerD, ma non potrà accedere alla misura dell’affidamento terapeutico.

Allora la differenza [tra abuso e dipendenza] esiste soltanto di fronte ad un magistrato, quindi, dal punto di vista giuridico, anche se non dovrebbe esistere. Però, dal punto di vista giuridico diciamo che soltanto i pazienti detenuti che hanno una certificazione di dipendenza, diciamo così, la magistratura li fa accedere alle misure alternative che possono essere o programmi territoriali con i Serd oppure gli ingressi in comunità terapeutica. Mentre quelli che abusano la magistratura non li fa accedere alle misure alternative. È molto difficile. Quindi l'unica differenza è questa: perché, per quanto riguarda il percorso interno, quindi, al Serd, l'intervento, diciamo, terapeutico, che sia abuso o che sia dipendenza, e la proposta terapeutica non cambia assolutamente per il Serd (Area SerD 2).

Il corpo è poi trattato come strumento di sorveglianza: sia che si tratti di aiutare la persona detenuta con invalidità o malattia a svolgere le sue funzioni quotidiane, con l’aiuto di un *care-giver*, sia che si tratti di impedire che il rischio suicidario si traduca in concreti gesti di auto-soppressione, è sul corpo che si indirizzano l’attenzione e il controllo. Si tratta di un tipo di sorveglianza finalizzato alla tutela della salute della persona detenuta, ma nel renderne conto è importante riflettere sul fatto che è un ulteriore controllo che si aggiunge a quelli ordinari tipici dell’istituzione penitenziaria. Si controllano le persone anche tramite la loro ubicazione:

Ti posso dire che, per esempio, da quando ho ripreso a entrare dopo la pandemia al carcere di ***, non vedo più tossicodipendenti e non li vedo perché i tossicodipendenti, certificati, quelli che fanno il metadone, sono tutti ristretti nella sezione *** (Volontariato 1).

Quindi, diciamo così: i tentativi che possono essere appunto tentativi suicidari [...] questa cosa attiva vari livelli di sorveglianza, la più grande è appunto il livello più elevato è la grandissima sorveglianza a vista, per cui negli istituti in cui non c'è un sistema di

videosorveglianza, dove appunto la persona viene guardata attraverso la telecamera h/24 c'è una effettiva, diciamo così, cioè l'agente di polizia penitenziaria col banchetto e con la sedia si mette per il turno a guardare la persona e a evitare che questa si possa far del male. Questo ha a che fare anche con il togliere ogni strumento atto a... Non so lacci, piuttosto che altre cose... Dopodiché non è infrequente che le persone si uccidano con la propria maglietta, per esempio, no? (Garante 4).

6.7 Vissuti di operatori e operatrici della salute

Pur essendo la ricerca focalizzata sulla tutela e prevenzione della salute mentale nei contesti di privazione della libertà a seguito del superamento degli OPG, un tema rilevante emerso ha riguardato i vissuti di professioniste e professionisti della salute mentale – ma non solo – che operano all'interno delle case circondariali oggetto di studio. La tematica racchiude tutte quelle narrazioni che restituiscono aspetti esperienziali ed emotivi percepiti, in particolare in rapporto alla temporalità a cui la realtà carceraria vincola le possibilità dell'erogazione del trattamento, le quali sembrano maggiormente rispondere a logiche emergenziali finendo per produrre vissuti di incertezza lavorativa.

Ostacoli organizzativi e burocratici come tempi dilatati, lentezza delle procedure, comunicazioni tardive o mancanti – come nel caso delle scarcerazioni improvvise – tra le diverse aree (sanitaria, trattamentale, custodiale), costituiscono lo sfondo materiale che in cui si determina la difficoltà di pianificare interventi preventivi e post-detenzione, vincolando chi opera in questo spazio ad un lavoro prevalentemente emergenziale, centrato sulla gestione delle crisi, alla negoziazione di richieste improprie da parte dell'istituzione, più che su percorsi di cura strutturati, alternativi al carcere, o che guardano a quell'orizzonte incerto che è il ritorno in società.

“Ecco la cosa che senti del carcere è che è tutto immobile, è tutto lento, è tutto difficile. Non...la comunicazione è tutta incastrata. Non capisci dove si arenano le cose. È tutto molto, molto, lento, molto immobile, molto cioè da istituzione totale. E quindi tutto molto faticoso e molto concreto: Si fa così. Perché si fa così. Ma perché? Perché si fa così!” (Intervista, Area SerD 1)

“Nel mondo ideale noi dovremmo poter predisporre per i pazienti, diciamo, detenuti e in vista della scarcerazione, quanto meno una lettera di dimissioni, un invio ai servizi,

e anche magari una terapia... vedere un pochino cosa dargli perché non si ritrovino fuori dal carcere senza un farmaco, perché non è che nell'immediato possono... non tutti possono accedere. E qui, siccome non sempre lo sappiamo, e alle volte alcune scarcerazioni ci colgono tutt'oggi abbastanza impreparati, avvengono tipo la domenica mattina. Bo, però non si sapeva nulla” (Intervista, Psichiatra 1)

“ai tempi, che alle volte sono infiniti, alle difficoltà alle volte ad accedere alle sezioni e quindi a vedere i pazienti detenuti per vari motivi: se scoppia... non dico una rivolta, ma insomma, se c'è una criticità nella sezione, in quel momento non possiamo accedere. Altre difficoltà, per parte nostra, sono le segnalazioni improprie, le richieste improprie da parte soprattutto dell'area penitenziaria rispetto alla gestione dei comportamenti... Questo è un ostacolo per il nostro operare” (Intervista, Psichiatra)

La forzata condivisione di insalubri e precari, ove vige una convivenza forzata in spazi ristretti, in specie se sovraffollati, è certamente uno tra i fattori strutturali di rischio per la salute (Ronco, 2018, p. 42). Di riflesso, questa condizione, il carattere di ossimoro che struttura il rapporto salute mentale- carcere, ricade anche sull'operato delle e dei professioniste/i della salute, spesso attraversate da un senso di frustrazione inadeguatezza quando si percepisce il carcere come uno spazio inadeguato a pazienti con problematiche psichiatriche o di tossicodipendenza.

Per me una persona che è affetta da patologia psichiatrica, è incompatibile, sostanzialmente... non è una posizione ideologica, è proprio un dato di fatto. Cioè io ho difficoltà a intervenire sul tratt...cioè ad aiutare questa persona. Come direttore io non ho le competenze [...] Però ci costa tante energie e tantissimi sforzi, tantissimi rischi, Secondo me. Poi, mi viene da pensare: è il trattamento, consono di questa persona? È il luogo, consono? (Intervista, Area direttiva 2)

Il discorso è...che (sospira) inutile, andrebbero decriminalizzati i reati legati all'uso di sostanze, perché non è che la situazione della persona stando in carcere cambia di molto, anzi. Però non è decriminalizzato e quindi qui stiamo (Intervista, Area SerD)

Sensazioni che si esacerbano quando il gesto clinico si ripiega in una persona che non condivide né la medesima lingua né la cultura, obbligando chi si sta occupando della sua salute a mediazioni rabberciate con l'inevitabile rischio di ridurre e impoverire la possibilità comunicativa, e dunque il tipo di relazione terapeutica che si può instaurare:

Cioè, diciamo che magari... magari con l'inglese si prova, io il francese... magari con un po' di spagnolo, portoghese un po' “smisciato”, quello che viene...il non verbale

contribuisce... a gestiti. [...] Ecco, è molto difficile, è inutile. La cosa ideale sarebbe avere appunto un interprete formato. Ma qui stiamo parlando, secondo me, di altro che iperuranio” (Intervista, Area SerD)

Le persone intervistate descrivono la tutela e la prevenzione della salute mentale in carcere come un compito complesso e spesso segnato da vissuti di sovraccarico, precarietà e frustrazione. La *carezza strutturale di personale*, in particolare psichiatrico, comporta che i professionisti si trovino frequentemente soli nella gestione dei casi, senza sostituzioni nei periodi di assenza e con l'impossibilità di garantire continuità assistenziale

Siamo stati tantissimo tempo in 2, attualmente siamo in 2. Comunque, poi, 2 di cui io faccio 5 giorni ma l'altra unità fa solo 4 giorni, e su un carcere di 700 persone un'unità in meno fa la differenza [...] 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 (Intervista, Psichiatra 2)

Io quando sono in un servizio esterno, non ho la necessità di vedere molti pazienti 2 volte a settimana... Qui invece ho i tempi di latenza che spesso non riesco a vederli, perché a volte nelle sezioni non te li portano quando li dovrebbero portare. Quindi i tempi alle volte si dilatano in maniera estrema (Psichiatra)

A causa dei grandi numeri, non c'è modo di fare un lavoro e un percorso con la persona... lo psicologo si trova a dover rincorrere la situazione critica: quindi il detenuto che si taglia, il detenuto che tenta il suicidio... molto spesso c'è una gestione emergenziale. Non c'è un vero e proprio lavoro sulla persona (Intervista, Volontariato e terzo settore)

Spesso alcune visite saltano proprio a fronte della scarsità di risorse della polizia penitenziaria, la cui assenza fa sì che le persone detenute non vengano tradotti presso la stanza del medico per mancanza di agenti.

se un professionista psichiatra o psicologo, o che ne so io, deve vedere 10 persone e 10 persone non le vede perché manca la sicurezza, non c'è l'agente, perché poi [...] ci sono delle inefficienze che sono veramente... ci sono state, ora è cambiato, per cui lei capisce bene, che io continuo a investire in sanità e in professionisti presenti, quando qualcuno non riesce a garantire i livelli di sicurezza per poter adempiere al loro lavoro,

fondamentalmente è questo. Per cui se c'è uno psichiatra che mi deve far 10 visite dal giorno, se me ne fa 4, lei capisce benissimo che ci posso mettere altri 30 psichiatri, ma sempre 4 me ne fanno fare, fino a qualche mese fa. Ora devo dire le cose un po' sono cambiate (Intervista, Area sanitaria)

Gli stralci raccolti restituiscono l'evidente fatica di chi opera dentro il carcere, in particolare a fronte della carenza di personale, all'impossibilità di essere sostituiti/e, di accedere alle sezioni, financo vedere soggiogato il proprio lavoro a tempi dilatati e informazioni frammentarie, che restituiscono l'idea di un moloch burocratico difficilmente scalfibile, e la velleitaria possibilità di effettuare percorsi di presa in carico veri e propri, dove la singolarità delle persone è naufraga in un tempo dell'emergenza.

“E poi vorrei un carcere dove non si lavorasse sempre in emergenza. È tutto urgente. Tutto di fretta, perché questo impedisce di soffermarsi, ok? Soffermarsi sulle persone, soprattutto sui detenuti che sono i nostri utenti, ma anche sul personale, che lavora con me, perché io gestisco anche loro, quindi un carcere un po' più che consenta di pianificare. Ma questo credo sia un po' lo specchio della realtà contemporanea” (Intervista, Area direttiva 2)

Queste condizioni materiali di lavoro concorrono a produrre un senso di insicurezza e a mettere i/le professioniste/i della salute nelle condizioni di *doversi far carico di richieste non pertinenti* da parte degli agenti di polizia penitenziaria, gli stessi con cui si *negozano richieste di sorveglianza* quando la persona che si ha in carico è ancora un numero, un volto ancora sconosciuto, una storia da leggere. L'*esposizione a richieste strumentali* e un *rischio percepito di subire comportamenti aggressivi* concorre a porre in essere strategie difensive diversificate da parte della clinica, dal negoziare tipo e quantità di farmaco richiesto dalla persona in carico, al coinvolgimento di una collega o di un agente di polizia, alimentando vissuti di incertezza e precarietà professionale-organizzativa che pesano sulle/i professioniste/i della salute. Ne deriva un forte senso di limite professionale: molti operatori riferiscono la difficoltà, se non l'impossibilità, di offrire alternative terapeutiche alla semplice prescrizione della terapia sintomatica, con la percezione di agire in una condizione di costante compromesso.

Quindi se io ho delle persone nuove che non conosco...che poi magari possono arrivare, perché tanti, magari appunto, non hanno denaro, non hanno nulla, magari fanno delle richieste strumentali di farmaci, tipo il lyrica o tipo il wellbutrin, per poterlo poi scambiare per avere in cambio qualcosa. Di solito arrivano a noi del SerD queste richieste. Quindi se io

dico di no a questo tipo di richiesta, cioè io ovvio cerco di fare un colloquio capendo come sta, che bisogni ha la persona, non è che dico “No, non te lo do, punto”. Dico, “guarda bisogna ragionare, se non dormi possiamo provare a mettere questo. Se ti senti giù di umore, possiamo provare a mettere quest'altro”, però il wellbutrin non te lo do, non ti do il lyrica. Di fronte a una risposta di questo tipo, quando io non conosco una persona, la vedo su in infermeria che sono con la collega infermiera. Non sono da sola, ma come farei in una qualunque altra situazione. Cioè, nel senso, una persona che io non conosco, che può venire con una richiesta di terapia farmacologica, magari anche un po' strumentale, la vedo di solito in equipe, in modo tale che ci possa essere un contesto più supportivo nella gestione di questa richiesta, perché a me è capitato che, nel momento in cui dicessi di no, la persona saliva di tono diventava verbalmente aggressiva, pretendeva a tutti i costi di avere il farmaco che chiedeva... (Intervista, Area SerD 1)

[...] negli ultimi tempi, proprio una paura da parte dei sanitari...vista la carenza di personale, di venire anche aggrediti quando vanno a fare le visite, tant'è non le fanno più nelle sezioni, ma le fanno nella e nell'infermeria centrale, con i tempi che si allungano, perché i detenuti devono essere aspettati, devono aspettare, essere accompagnati, per cui va tutto molto, molto a rilento (Intervista, Garante 2)

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. Altrimenti, insomma, per la maggior parte dei detenuti che si conoscono che fanno il loro percorso che sono tranquilli. Beh, se ci sono dei momenti...anche dei detenuti tranquilli, che sono in un brutto momento, stanno dormendo, hanno ricevuto brutte notizie, anche lì è sempre la sorveglianza stessa che dice: ‘Ma meglio lasciar perdere, aspetta un attimo, eccetera’ (Intervista, Psichiatra)

La vita dell'istituzione mette a dura prova anche la salute di vi lavora, tanto che anche il benessere degli operatori deve essere considerato come parte essenziale della salute mentale in ambito penitenziario:

Ci accoglie un agente a cui spieghiamo chi siamo e cosa stiamo facendo. L'agente ci tiene a parlarci delle difficoltà del suo lavoro, del periodo del covid in cui hanno fatto turni anche di 14 ore, dell'età che avanza e della difficoltà di non portare lo stress a casa. Ci dice che il contesto del carcere è sempre più difficile per i detenuti e di conseguenza per loro agenti. Lui si è rivolto a uno psicologo e ha adottato la strategia di distribuire le ferie nel corso

dell'anno, così da poterle utilizzare per ricaricarsi, evitando di arrivare al burn out (Nota etnografica, 4 aprile 2025)

Bisogna smetterla con questa mascolinità, io vado dallo psicologo...altrimenti arrivi a casa e sbotti,...mi mancano 2 anni alla pensione... è come ci arrivi dopo, non vale la pena.

Anche noi abbiamo bisogno (Nota etnografica, 4 aprile 2025)

In generale, il mancato coordinamento tra aree e l'instabilità delle figure di riferimento istituzionali - intra ed extra moenia - contribuiscono ad alimentare un senso di disorientamento e insicurezza anche tra i e le professioniste stesse, rafforzando il vissuto che il carcere non sia un contesto adeguato per il trattamento della sofferenza psichica, ma piuttosto un luogo che rischia di amplificarne le manifestazioni, con ricadute che investono la/il clinica/o. Ancora una volta, ci viene restituito un quadro della salute mentale come precipitato situato di rapporti complessi, dai diversi connotati, che intersecano condizioni economiche e sociali, congiunture politiche, aspetti di genere e culturali, piuttosto che qualcosa di essenziale e individuale circoscrivibile nello spettro delle tassonomie psy canoniche.

6.8. Farmaco come dispositivo polivalente

In questo tema si vogliono riportare le narrazioni raccolte che illustrano come, alla luce dello spazio di contraddizione aperto nell'intersezione tra salute mentale e penitenziario, la farmacoterapia in carcere si configuri come una tecnologia polivalente, soggetta a diversi utilizzi con relative implicazioni rispetto a chi amministra, eroga e a chi il farmaco è destinato. L'utilizzo dei farmaci in carcere è descritto nel dibattito pubblico come problematico e identificato sia con il tema dell'abuso degli psicofarmaci, sia con il tema del farmaco come mezzo di controllo e sedazione della popolazione detenuta a fini disciplinari (Sterchele, 2021). Alcuni/e intervistati/e riportano, in modo critico, tali prospettive. Evidenziando quanto identificare la salute mentale con la questione dell'abuso di psicofarmaci sia riduttivo.

Troppo 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. Perché? Un po' in generale in Italia c'è ancora uno stigma sul tema salute mentale. Questo, in generale. C'è una sottovalutazione dell'argomento salute mentale. Per questo all'inizio ti ho detto: non si può parlare di salute mentale se non si parla di salute in generale perché bisogna, a livello

culturale e generale, far capire che la salute mentale è una declinazione imprescindibile della salute globale della persona (Volontariato 1).

Oppure sottolineando come l'offerta di un farmaco calmante, "qualcosa per tenerlo buono", sia la prima risposta, anche se poi non resta l'unica, in ambito penitenziario.

Quindi il detenuto che non riesce a incontrare la famiglia per tanto tempo è sicuramente un detenuto che, da quel punto di vista, patisce un disagio, e troppo spesso, come ti dicevo, o il detenuto stesso è costretto a fare ricorso ad atti anche meramente dimostrativi, atti di autolesionismo, inscenare tentativi di suicidio che non intendono essere tentativi di suicidio, ma atti per richiamare l'attenzione. E però poi questo a volte si risolve con un "Eh, ma è problematico, diamogli qualcosa per tenerlo buono" (Volontariato 1).

Ma, per esempio, se c'è un disagio improvviso, oppure non diagnosticato precedentemente, si risolve semplicemente con la somministrazione di benzodiazepine e si... insomma, e si tranquillizza il soggetto, però è questo... io credo che invece potrebbe essere un elemento di criticità, perché sarebbe preferibile invece un percorso un po' più organico, un po' più meditato (Garante 2).

In carcere il farmaco ha un ruolo centrale nella vita quotidiana delle persone detenute. Sono note le attività di scambio o commercio tra detenuti, in cui il farmaco è moneta o merce da scambiare; ma il farmaco ha anche la funzione di sopportare meglio la detenzione, di sopperire alle mancanze della vita detentiva; esso ha altresì, in alcuni casi, la funzione ludica, di sballo, come sostituto delle droghe non disponibili in carcere. La domanda di farmaci è forte e continuativa, in tutte le esperienze indagate, e gli operatori sono esposti a richieste che spesso appaiono improprie, di fronte alle quali devono scegliere quale atteggiamento tenere e se e quali strategie adottare (Principalli, Sbraccia, 2021).

Alcune persone sì, anche ai colloqui, sono poco lucide, ma non so da cosa dipenda, cioè può essere che sia perché la terapia è troppa, non lo so. Può essere perché a quello aggiungono qualcos'altro di pasticcio che fan loro, come sappiamo fare, succede anche quello. Un nostro ragazzo che abbiamo in accoglienza ci ha raccontato che insomma lui, le sue pastiglie le prendeva in bocca, poi le passava e le vendeva dopo averle tenute in bocca lui. Ci sono terapie e autoterapie, quindi come funzioni (Terzo settore).

Ok, allora il problema cioè della gestione farmacologica è che comunque, da un lato, poi c'è anche un fenomeno in cui loro magari cercano di spacciarsi i farmaci. Per alcuni la richiesta farmacologica è strumentale, nel senso che diventa magari un mezzo di io dò e ottengo qualcosa in cambio, di solito con le compresse, ma altri ti chiedono più gocce di terapia e quelle non è che le puoi spacciare, te le prendi per te. Ci sono anche delle persone che rivedo, e quindi cerco di tenere la terapia sotto...sotto controllo, che non venga alzata, ecc. (Area SerD 1).

A partire dalle indicazioni terapeutiche - per esempio supra in 6.6 si è descritto il tipo di terapia dato dal Serd per i diversi tipi di dipendenza: sostitutivi degli oppiacei in caso di eroina; un farmaco che risponda alla sofferenza sottostante all'uso di sostanza negli altri casi, per esempio gli antidepressivi in caso di uso di cocaina - l'uso del farmaco spazia in un contesto ampio e complesso quale è quello della vita in un'istituzione chiusa, in cui sarebbe improprio definire una linea netta di distinzione tra cura e altri usi, o determinare la legittimità/illegittimità dell'uso esclusivamente in base alle indicazioni della scheda tecnica, essendovi aree "grigie" in cui i bisogni e le motivazioni si mescolano. Qui si cerca di mettere in luce, attraverso le parole degli operatori/delle operatrici, la polifunzionalità caratteristica del farmaco nel contesto penitenziario e di evidenziare alcune strategie di gestione del problema adottate.

In primo luogo, l'uso del farmaco in un contesto penitenziario risponde, oltre che a eventuali bisogni già presenti prima della detenzione, alla condizione in cui la persona detenuta si trova in carcere: ovvero a quella sofferenza derivante dalle condizioni materiali (promiscuità imposta, sporcizia, parassiti), relazionali (privazione delle relazioni affettive e sessuali), di vita interna al carcere (mancanza di attività, mancanza di lavoro, mancanza di senso) di prospettiva (difficoltà o impossibilità di costruire percorsi di reinserimento per chi è carente di risorse, come documenti, residenza, casa, rete di supporto).

Sono tipici della detenzione i disturbi del sonno, l'ansia, la depressione, di fronte ai quali la farmacoterapia diviene un supporto per l'adattamento. L'uso dei farmaci è anche una tecnica di sopravvivenza: si cerca di dormire per ammazzare il tempo senza senso. Accanto alle diagnosi maggiori e le relative terapie, che probabilmente sussisterebbero anche in condizione di libertà, esistono le diagnosi e le richieste carcere-correlate, in cui il farmaco serve per sopravvivere all'interno dell'istituzione: è necessario leggere questo comportamento come sintomo del sistema che non funziona.

Noi abbiamo invece tutta una serie di disturbi e richieste che io chiamerei carcere-correlate: non possiamo non dirci che [...] questa richiesta di psicofarmaci e l'utilizzo di psicofarmaci e a volte l'abuso sia il sintomo dell'istituzione, è qualcosa che succede perché si è dentro a quell'istituzione, perché a volte è intollerabile rimanere dentro a quella condizione e perché non si riesce a dormire, perché non si riesce a non pensare. E allora diciamo così, puntare il dito sullo psicofarmaco per me ha senso nel momento in cui ci rendiamo conto di quanto è l'istituzione carcere che in qualche modo diciamo così, provoca una richiesta e provoca, a volte, anche un abuso, una richiesta consistente di psicofarmaco. Quindi, come dire, io preferisco vederla come un sintomo del sistema che non va e non come dire no, colpevolizzarlo come il problema o il male, è un sintomo di una condizione ambientale che, nella maggior parte dei casi, è veramente difficile da gestire (Garante 4).

Viene anche sottolineato che l'approccio all'uso dei farmaci dovrebbe essere lo stesso che si usa all'esterno, ovvero la ricerca dell'equilibrio. Chiaro è che le condizioni che turbano l'equilibrio in carcere sono ben più pesanti di quelle che esistono all'esterno.

Secondo me questo è lo stesso concetto che va applicato fuori rispetto alla farmacoterapia. Deve essere una stampella che accompagna a stare meglio, anche semplicemente per un piccolo periodo. Quindi se la farmacoterapia in carcere aiuta il detenuto a stare in equilibrio, a vivere nel miglior modo possibile la condizione da ristretto, allora sta funzionando. [...] Ci sono persone che hanno grandi problemi di aggressività auto etero diretta. Se il farmaco mi aiuta a tenere a bada questi istinti aggressivi, a vivere con gli altri, allora sì, è assolutamente necessario, non per tutti ma per chi ne ha bisogno, è una stampella che permette di vivere al meglio la vita da ristretto.. (Area psicologica).

Gli operatori/Le operatrici prescrivono i farmaci con la consapevolezza che la terapia adeguata sarebbe un'altra, che riguarda non tanto l'uso di medicinali quanto il coinvolgimento di operatori qualificati, ma che in carcere non vi è la possibilità di offrirla. Così la prescrizione del farmaco appare come il minimo che un/una sanitario/a può fare per andare incontro ai bisogni della persona detenuta sofferente.

C'è un ragazzo che viene dal Marocco, che ha fatto la rotta balcanica, è finito in giro per l'Italia, poi è arrivato a ***. Nel passaggio della rotta balcanica, con la sorella e il fratello, ha visto il fratello che veniva ucciso e ha dovuto lasciare il cadavere lì. Questo quello che lui racconta... Quindi lui ha dei criteri per disturbo da stress post traumatico. Ora: chi gli fa la psicoterapia? nel senso che la psicoterapia per una persona che non è nativa di linguaggio italiano, dovrebbe essere fatta con interprete. E dovrebbe essere un interprete formato a fare la psicoterapia. Non puoi prendere un interprete qualunque e metterlo a fare psicoterapia [...] Quindi questa persona fa una richiesta di farmaci. Il carcere non ha delle cose da dare. È sovraffollato. Ti dice: "Io sto male, ci sono i pensieri che mi fanno stare male, non farmi stare coi pensieri". Ora. Io cerco di, ovviamente, mettere il minimo di terapia possibile. Però, come faccio anche – cioè, è una domanda che mi pongo – a non rispondere a una richiesta di sedazione di questi vissuti, tenendo conto che questa persona è ristretta lì e non c'è un altro spazio di... come dire, lavoro adeguato (Area Serd 1).

Il farmaco come sostituzione della relazione con i professionisti con cui parlare, soprattutto psicologi/he, che nel particolare periodo può essere garantita di meno, è individuato come altro uso frequente scelto dalle persone detenute come "la via più facile".

PSY: La pasticc... si diven... qualcuno non lo accetta. Ma mi pare che quasi tutti poi dicono: "Va, beh, siccome non dormo niente. A un certo punto non ce la faccio più a dormire. Mi prendo qualcosa per dormire". Questo chi magari è più funzionale, più adattivo, eccetera, eccetera. Poi c'è chi fuori la prendeva e magari ne abusava e quindi ne vuole sempre di più anche in carcere. E chi dice: va beh, sto male, non chiedo di parlare con la psicologa ma chiedo alla dottoressa di darmi qualcosa

per stare tranquillo, per stare meglio per dormire, etc. la via più veloce che si conosce. [...] È la via più facile, insomma. (Area psicologica ex art. 80).

Però bene o male, la richiesta che un po' arriva, soprattutto per chi magari non ha un'équipe, cioè per chi non è già in carico al Sert e non ha una sua équipe che in qualche modo sa, che lo segue, che lo vede, che c'è un programma... È un po' di...aumentare la terapia. Perché dicono: "Ho 5 anni davanti di carcere, non mi accettano un trasferimento che io sarei di là. Non so perché non mi accettano il trasferimento..." (Area Serd 1).

Altri operatori/altre operatrici istituiscono un legame diretto tra la mancanza di attività in carcere, in particolare un lavoro che sia formativo e fonte di opportunità per il futuro, e la richiesta di farmaci. Si è già riportato supra in 7.3. uno stralcio di intervista in cui si riporta come buon esempio di organizzazione quello di un carcere estero (Stoccarda) in cui l'assistenza sanitaria era fornita ma in modo ridotto e risultava, tuttavia, sufficiente perché i detenuti erano impegnati tutto il giorno in attività formative e lavorative. La richiesta continua di farmaci è connessa in modo diretto con la vita carceraria.

I: Questo utilizzo è un utilizzo secondo lei legato alla detenzione?

Responsabile medico: Legato alla detenzione. No, probabilmente tutti questi dolori reumatici sono legati al fatto che lo stress della vita carceraria... la gente ha bisogno di isolarsi ed è sempre tutto reattivo a quel malessere profondo che c'è all'interno del carcere (Area direttiva sanitaria).

Il grande consumo di farmaci e la necessità per le persone detenute di procurarseli espongono gli operatori/le operatrici, soprattutto l'area del Serd a richieste istituzionalmente improprie. Ciò dà luogo a uno stato di continua contrattazione tra il personale e la persona detenuta riguardo alla quantità del farmaco e alla sua tipologia.

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. Quindi i passaggi in tutti i paesi intermedi, dal loro luogo d'origine fino al nostro paese, quindi traumi importanti che hanno portato anche veramente a squilibri psicologici importanti, e la nostra popolazione, comunque, anche se non così traumatizzata, deriva, cioè manifesta sempre un'esigenza di sostituzione della sostanza che usava fuori e quindi, purtroppo, dal punto di vista medico, ecco, è sempre una contrattazione, un gioco, non un gioco, una contrattazione perenne in noi che vogliamo cercare di farli stare nella condizione più libera possibile dai farmaci, e loro invece richiedono quasi un assorbimento continuo per non pensare e per potere, come dicono loro, spegnere il cervello (Area Serd 2).

Anche gli operatori dell'Amministrazione penitenziaria sono oggetto di richieste improprie, in cui i detenuti richiedono una mediazione, una intercessione per avere un migliore accesso all'area sanitaria.

Io spiego loro: “Guardate che non è mia competenza”, però vogliono comunque che io interceda con l'area sanitaria affinché possano avere quella terapia che loro mi chiedono. Perché pensano che gli faccia bene, oppure perché tra virgolette li sballa di più, perché alla fine questo poi è, purtroppo. Poi io lo spiego “Guardate non dipende da me. Posso anche chiedere al medico, sensibilizzare il medico affinché ti visiti, però non dipende da me la decisione”, sull'aspetto sanitario non entro, per fortuna, almeno su questo. Però, certamente c'è una continua ricerca di terapia in carcere, questo sicuramente, troppa. Poi, per carità, molti arrivano che già ne assumono dall'esterno oppure ne assumono da altri istituti, però, probabilmente l'approccio sarebbe quello, a lungo termine, di cercare di ridurre questa terapia, alcuni lo fanno anche, ci sono detenuti soprattutto con il metadone, che entrano con un tot e poi man mano scalano, alcune volte vogliono scalare troppo in fretta, e questo non va bene, però diciamo che poi arrivano ad un livello accettabile (Area direttiva 2).

La richiesta di essere presi in carico dal Serd è spesso mirata ad avere più terapia.

direttore: Sì, una diversa terapia o maggiore perché non è la stessa cosa, non è equivalente, eccetera. L'aspetto terapia in carcere è importantissimo, e quindi io credo che alcune volte più che per sostegno chiedono del SERD proprio per la terapia. Proprio perché sanno che solo lo psichiatra del SERD, può prescrivere un certo tipo di terapia.

I: Chiaro.

direttore: Poi c'è tutto il resto. C'è anche chi vuole uscirne, chi cerca di seguire un percorso, questo c'è, però è preponderante questo aspetto, per la mia esperienza (Area direttiva 2).

In moltissimi casi la richiesta di farmaci si indirizza ad alcune tipologie determinate, e questo fatto fa subito sorgere il sospetto che la richiesta sia fatta a fini di scambio.

Quindi se io ho delle persone nuove che non conosco...che poi magari possono arrivare, perché tanti, magari appunto, non hanno denaro, non hanno nulla, magari fanno delle richieste strumentali di farmaci tipo il Lyrica⁴⁸ o tipo il Wellbutrin⁴⁹ per poterlo poi scambiare per avere in cambio qualcosa.

⁴⁸ Nome commerciale del pregabalin, il Lyrica è un farmaco appartenente alla classe degli antiepilettici/anticonvulsivanti, indicato in particolare per il trattamento del dolore neuropatico, compresa la nevralgia post-erpetica e la fibromialgia. Viene inoltre utilizzato, in associazione ad altri anticonvulsivanti, nella gestione delle crisi parziali, sia semplici sia complesse.

⁴⁹ Nome commerciale del bupropione, il Wellbutrin è un antidepressivo atipico appartenente alla classe dei catinoni sostituiti (β -chetoamfetamine). È impiegato nel trattamento della depressione maggiore, nella gestione dell'obesità, nei programmi di disassuefazione dal fumo e nelle condizioni caratterizzate da astenia. L'effetto farmacologico si esplica principalmente attraverso l'inibizione della ricaptazione di dopamina e noradrenalina.

Di solito arrivano a noi del SerD queste richieste. Quindi se io dico di no a questo tipo di richiesta, cioè io ovvio cerco di fare un colloquio capendo come sta, che bisogni ha la persona, non è che dico “No, non te lo do, punto”. Dico, “guarda bisogna ragionare, se non dormi possiamo provare a mettere questo. Se ti senti giù di umore, possiamo provare a mettere quest'altro”, però il Wellbutrin non te lo do, non ti do il Lyrica. Di fronte a una risposta di questo tipo... Quando io non conosco una persona, la vedo su in infermeria che sono con la collega infermiera, non sono da sola [...] in modo tale che ci possa essere un contesto più supportivo nella gestione di questa richiesta, perché a me è capitato che, nel momento in cui dicessi di no, la persona saliva di tono diventava verbalmente aggressiva, pretendeva a tutti i costi di avere il farmaco che chiedeva... (Area Serd 1).

Nel senso, questa richiesta qui...era su 2 farmaci, soprattutto su un farmaco specifico, il Wellbutrin, che viene appunto magari sniffato perché ha un effetto stimolante. E quindi lo voglio perché così poi lo posso scambiare [...] Quindi dopo un po' che viene tenuta una linea chiara su questa... la persona, a un certo punto, come possiamo dire... lascia perdere. Soprattutto queste richieste ci sono più all'inizio, appena arrivano, poi in qualche modo forse trovano anche una sorta di, come dire, minimo adattamento, per cui di solito un po' si esaurisce questo tipo di richiesta (Area Serd 1).

allora io so che ci sono dei farmaci... Sappiamo benissimo quali sono i farmaci che vengono chiesti in modo strumentale. Di solito ci sono il Wellbutrin, il Lyrica... poi vengono magari richieste di oppioidi...Ma lì la risposta è molto semplice. E qui io dico: “io, non prescrivo oppioidi, se volete un oppioide per il dolore, bisogna aggiungere una consulenza della terapia del dolore, prescrive ossicodone. Io sono un Sert prescrivo delle terapie per chi ha un disturbo da uso di sostanze, quindi gli oppioidi che prescrivo sono per le persone che fanno uso di oppioidi”. [...] abbiamo le evidenze di letteratura, cioè ci sono gli studi che dicono Lyrica e Gabapentin⁵⁰, quindi il Pregabalin sia il Gabapentin sono dei farmaci che, ad elevati dosaggi, usati in modalità di abuso danno anche dipendenza. Quindi ci sono delle persone che entrano che sono dipendenti da Lyrica perché lo comprano fuori e ne abusano, cioè il dosaggio massimo sarebbe 600 milligrammi al giorno, magari se lo comprano fuori, si prendono dosaggi di 800, 2000, 3000... [...] E io ti chiedo che sintomi hai, raccontami come stai, sei giù, hai ansia, non dormi... in base ai sintomi che tu mi racconti io ti propongo un farmaco; quando mi arrivi, chiedendomi già una cosa un po' a me si rizzano le antenne. Dico “uhm, vediamo un attimo”. [...] Che, di nuovo, io capisco, nel senso che magari sono persone che arrivano, non hanno un centesimo, vorrebbero fumare ma non hanno i soldi per comprarsi le sigarette. Quindi dicono: cosa faccio? scambio il farmaco. Cioè si generano tutte delle dinamiche all'interno del contesto di restrizione... nel senso, capisco che possono fare questo tipo di richiesta per sopravvivenza, ma è come una persona che fuori arriva e spaccia. E a un certo punto, per

Grazie alla sua attività psicostimolante, viene utilizzato nelle forme depressive in cui predominano astenia, disfunzioni cognitive e anedonia.

⁵⁰ Il gabapentin è un principio attivo con indicazione specifica per il trattamento del dolore post-erpetico e dell'epilessia parziale resistente alle terapie convenzionali. Si tratta di un farmaco con azione analgesica e anticonvulsivante, utilizzato anche off-label per il dolore neuropatico, i disturbi del movimento, la fibromialgia e altre condizioni cliniche.

sopravvivenza, si mette a far quello. Io cerco ovviamente di mettere margine su questo [...] (Area Serd 1).

L'uso del farmaco può, dunque, anche essere di scambio con altri beni di cui la persona detenuta ha bisogno o che desidera, come per esempio il tabacco o generi alimentari.

Psichiatra: ci sono i farmaci usati come droghe, le droghe tout court, quali siano... e anche le terapie sostitutive usate in maniera impropria: subutex, metadone...succede fuori, succede dentro. Ultimamente sta succedendo veramente, tanto, e mette in grossissima difficoltà. E si attivano anche delle dinamiche tra detenuti che sono poi complesse, di restituzione, di non restituzione, quindi di aggressioni legate a questo, ai vari commercianti, quindi... (Psichiatra 1).

Connesso con la funzione di scambio, vi è l'uso del farmaco ludico e stupefacente.

direttore: partiamo dal presupposto che in carcere la terapia c'è e ce n'è tanta e probabilmente i detenuti ne chiedono tanta, anche perché devono sopperire alla mancanza di sostanza.

I: Quindi, in questo senso lei si riferisce a terapia proprio nel senso di farmaci.

direttore: Sì i farmaci, per fare un esempio Lyrica che è un antidolorifico, ma in realtà ha anche effetti diciamo stupefacenti, e quant'altro. E purtroppo pur avendo terapia ricercano anche altro, proprio perché devono sopperire a questa mancanza. E chiaramente più ne assumono e più ne vogliono. E quindi è chiaro che, ma io mi rendo conto anche i medici, spesso si arriva allo scontro, medici con...cioè, anche da me vengono a chiedere la terapia (Area direttiva 2).

Inoltre, la richiesta a fini di scambio è resa evidente, sottolineano gli operatori/le operatrici, dalla pratica di conservazione del farmaco, per cui le pasticche sono preferite alle gocce.

Perché tante volte sono tutte richieste pretestuose, volte praticamente a “dammi 20 gocce di più, dammi uno Stilnox⁵¹ in più” che alimentano praticamente quello che è il mercato nero. Sono stato anch'io, diciamo, io l'ho visto con i miei occhi, qualcheduno che m'ha rubato le gocce mentre visitavo, o qualcheduno che la notte mi ha chiesto uno Stilnox, e anziché dirgli, guarda io te lo do lo Stilnox – lo Stilnox è un ipnoinducente questo lo sa meglio di me – e anziché somministrarglielo in bocca [...] questo, invece, praticamente con una naturalezza senza che io potessi avere il conforto - ero nella notte di capodanno, senza che ci fosse qualcheduno insieme a me che dice apri la bocca, che ti do...[...] e questo se l'è infilata in tasca: “no, me la piglio più tardi”. E quindi lei capisce benissimo...praticamente quelli che sono gli aneddoti che sono legati al fatto che hanno una capacità di adattamento meravigliosa (Area direttiva sanitaria).

⁵¹ Lo Stilnox è il nome commerciale dello zolpidem, composto ipnotico non benzodiazepinico indicato nel trattamento a breve termine dell'insonnia.

Qui la capacità di adattamento sembra essere intesa come capacità di arrangiarsi all'interno del carcere attraverso pratiche che sono fuori dalle regole, anzi contro le regole, ma che sono conosciute e anche tollerate dall'istituzione. Le strategie di contrasto, come si vedrà a breve, hanno successo quando sono condivise dal gruppo degli operatori/trici sanitari/e (Principalli, Sbraccia, 2021), e funzionano ancora meglio quando l'alleanza si estende anche al personale di sicurezza. Nel caso sopra riportato è interessante notare che, invece, l'operatore/trice sanitario/a era in servizio da solo/a.

Le strategie professionali di contrasto all'uso eccessivo o improprio del farmaco (in relazione alle indicazioni terapeutiche) sono mirate a ridurre la quantità di farmaco, in alcuni casi fino all'eliminazione, e/o al cambiamento di farmaco.

C'è il problema del fatto che, essendo un porto di mare, molto spesso arrivano delle persone con delle prescrizioni di farmaci che in altre carceri [...] che noi li abbiamo proibiti perché sono a rischio di abuso, l'Akineton, il Rivotril, il Lyrica, eccetera, devo dire la verità, che l'esperienza del Lyrica, in cui tutti quanti erano ammalati di dolori neuropatici, perché il Lyrica si dà per quelle situazioni lì e anche in maniera limitata, per affezione, cioè c'ha l'indicazione psichiatrica, [...] E quello è difficile poterli un attimino aggredire, perché il SerD non li piglia, e quindi questi, c'è il povero medico che deve contrastare, deve limitare, e devo dire la verità, l'esperienza che abbiamo avuto a *** è stata importante [...] nel senso che dall'oggi a domani abbiamo detto che Lyrica non ce n'è più. Oddio, è scoppiato il Gabapentin, che sarebbe un altro farmaco analogo, ma meno potente, diciamo così, per dare quella che è la "botta" perché Lyrica è un farmaco che si piglia in bocca, ma viene utilizzato per via nasale, nel senso che viene sbriciolato e dà praticamente quella che è la botta che hanno i tossicodipendenti o giù di lì. E quindi, per cui, ecco come si fa a limitare. [...] E quindi quando vengono da altre carceri, certe volte è molto complicato [...] dover gestire prescrizioni, forse date in maniera compassionevole, è un eufemismo, da altre carceri, sono difficili da gestire, anche perché dicono: "ma perché a *** m'hanno dato questo, e voi non me lo date?" ma cose anche fuori scheda terapeutica, sono fuori indicazioni terapeutiche (Area direttiva sanitaria).

La dipendenza da farmaci non è presa in carico dal SerD, anche se sembra produrre dinamiche analoghe o peggiori di quelle delle droghe pesanti, e questo fatto è percepito come il problema più significativo. La strada potrebbe essere quella di una collaborazione tra servizi, visto che il fenomeno si trova all'intersezione delle competenze di più servizi.

Oppure abbiamo le farmacofilie. Sono un altro grosso capitolo, e non sono figlie di nessuno però sono un problema importante.

I: Eh sì. Il SerD non se ne occupa?

Psichiatra: No. Abbiamo cercato di fare... un ragionamento con la medico della continuità assistenziale, cioè medico delle cure primarie, col SerD e noi dicendo: facciamo una valutazione a tre, monitoriamoli, proviamo a svezzarli dal farmaco e vediamo cosa succede... è però difficile da far partire, perché è una cosa che riguarda tutti. Non sono strettamente pazienti psichiatrici. Magari

non sono pazienti Serd, chiedono farmaci a tutti, medici della continuità assistenziale compresi, e su questa base mettono in atto anche comportamenti gravemente disturbanti, per cui cerchiamo di affrontare il problema. È difficile, è un po' difficile. Ci si sta provando.

I: Capisco. Capisco. Sì. Perché poi, quando una cosa sta all'intersezione delle competenze di più servizi, diventa...

Psichiatra: Eh capito...è un'altra cosa che fuori succede meno, perché generalmente fuori, in esterno, il paziente farmaco-filico, i farmaci se li procura in qualche maniera [...]

I: e questi li chiedono a voi così come li chiedono al medico di medicina generale...

Psichiatra: Esatto, li chiedono indistintamente. E quindi sono richieste che vanno in qualche modo arginate, però certo anche gestite. Non basta dire "no", qui (Psichiatra 1).

Un/una operatore/trice della psichiatria racconta della strategia che adotta individualmente nella relazione con i pazienti: lo scopo è cercare di spostare il fuoco dell'interesse dai farmaci a qualcos'altro, e per raggiungerlo offre maggiori possibilità di dialogo (un maggior numero di colloqui) che serve anche a spiegare ai pazienti lo scopo della riduzione dei farmaci, il fatto che si vuole tutelare la loro salute. Il dialogo serve altresì a costruire e portare avanti la relazione terapeutica.

Psichiatra 2: Cioè, se loro, ti visualizzano come la macchinetta di farmaci si perde tutto. Per cui io solitamente cerco con alcuni effettivamente, però, devo dire, non così tanti [...] io cerco di trovare un'alternativa nel senso che spesso, anche a scapito, diciamo, del tempo che ho - perché poi purtroppo ci vorrebbero più risorse - io solitamente, a meno che uno non sia irrimediabilmente bloccato su quello, spesso cerco di contrattare sul fatto del numero dei colloqui: cioè proponendo un maggior numero di colloqui dove però si concorda che non può essere l'argomento principale il farmaco [...] però cerco di dirgli che "se voi avete bisogno, se c'è in qualche modo bisogno di sostegno, facciamo, però se...io garantisco un certo numero di colloqui, non è che tutti questi colloqui si possano utilizzare a dire 'dammi di più, io no non ti do, te dammi'". Ah, solitamente su questo, la maggior parte di loro, in realtà, si ammorbida. Perché poi, dal mio punto di vista, a volte questa richiesta di farmaci è comunque un'espressione del disagio, che se si riesce a compensare in qualche altro modo, magari loro riescano anche maggiormente a come dire...a contenersi. Ora, per un tossico contenersi è complicato...non so se ho reso l'idea (Psichiatra 2).

La costruzione della relazione terapeutica trova nella gestione del farmaco un punto nevralgico: entrare in contatto e guadagnare la fiducia della persona detenuta su questa dimensione può aprire le porte a una cura effettiva anche all'interno del carcere.

si cerca di ridurre quanto più possibile l'apporto farmacologico e che, come dire, che viene richiesto in più rispetto al normale. Però in un primo momento magari si cede a questa richiesta semplicemente perché, come dire, è anche quello, un fattore di dire: "Ti sto capendo, in questo momento non ce la fai, ti do più farmaco, però poi facciamo un patto, dobbiamo lavorare per ritornare a un livello di farmaco che ti possa consentire di fare delle attività, cioè non ti devi stordire

per non pensare che sei ristretto, ma questo tempo lo dobbiamo utilizzare in altro modo. In questo momento, capisco che hai bisogno di allentare un attimo” però poi... Quindi, se uno lavora con la relazione poi ci riesce, insomma, anche a ridurre il farmaco, anche in carcere. Poi ci sono tanti altri fattori all'interno del carcere, c'è chi utilizza il farmaco anche per spaccio interno. Ci sono tante altre cose a cui bisogna stare attenti, che magari all'esterno non sono così evidenti. Ecco, si creano delle dinamiche che sono tipiche nell'istituzione totale (Psichiatra 3).

L'approccio condiviso tra le diverse professionalità che lavorano in carcere appare come uno strumento decisivo per arrivare all'obiettivo della riduzione del farmaco.

Però, certamente l'aspetto della terapia in carcere è preponderante. Io credo che per alcuni detenuti sia proprio un chiodo fisso, loro vivono per la terapia e spesso ne assumono di più perché riescono ad evitare il controllo, anche se la terapia viene assunta a vista, ma in ogni caso riescono a conservarla, a scambiarla e quant'altro, quindi questo è un aspetto molto critico. Poi è chiaro, se si decide o se si propone ad un detenuto una riduzione della terapia, questa deve essere accompagnata anche da un sostegno da parte dell'operatore. Quindi non soltanto il colloquio, come è frequente, ma l'aiuto di uno psicologo, di un educatore. Fortunatamente noi adesso abbiamo gli psicologi che sono qua, quasi tutti i giorni della settimana. Abbiamo lo psicologo dell'azienda sanitaria, che ha 28 ore a settimana, si occupa del rischio suicidario per cui diciamo una figura molto importante. Tra l'altro una persona molto valida e questo fa la differenza, poi abbiamo 4 educatori per cui mi sento di dire che per i detenuti, poi, per carità, non è mai abbastanza, e c'è sempre bisogno d'altro. Però, comunque, cerchiamo in ogni caso, insomma, di seguire i detenuti, io stess* quando sento i detenuti, vado anche un po' oltre il mio ruolo, cerco di approfondire gli aspetti particolari, affrontando anche il tema della terapia, sicuramente (Area direttiva 2).

6.9. Prevenzione del rischio suicidario

In questa sezione cerchiamo di circoscrivere quelle narrazioni che riguardano le modalità di gestione del cosiddetto rischio suicidario - e relative implicazioni - alla luce dello spazio di contraddizioni che si produce nel crocevia tra sanitario e penitenziario. A fronte delle condizioni strutturali di sovraffollamento e l'incremento del numero di suicidi - 124 casi se si sommano il numero di suicidi avvenuti nel 2024 e quelli occorsi tra gennaio-maggio 2025 - e della disposizione dei piani di prevenzione regionali (cfr. Capitolo 3), in questo paragrafo ci focalizzeremo sulla figura della psicologa nuovi giunti, le strategie di prevenzione (dalle testistiche, agli approcci psi, al lavoro d'équipe) poste in essere, e il binomio strumentale-malessere legato che articola le forme di razionalizzazione con cui pratiche auto-lesivi poste in essere dalle persone detenute vengono interpretate.

La prevenzione del rischio suicidario si colloca in uno spazio contraddittorio, segnato dal crocevia tra logiche sanitarie e logiche penitenziarie. Da un lato vi sono protocolli e strumenti condivisi a livello regionale o nazionale, come la SAD Persons Scale, dall'altro la loro applicazione si rivela spesso "molto generica", che difficilmente entra "nel dettaglio della singola persona" (Intervista, Psichiatra). I piani regionali di prevenzione, seppur riconosciuti come fondamentali, non sempre risultano aggiornati - delegando la responsabilità al PRAP - e al contempo non sono bastevoli come forma di prevenzione, necessitando di interventi ulteriori:

manteniamo parte della modulistica del precedente protocollo perché, motivandolo ovviamente non a caso, oppure introdurre delle specifiche. Ma, insomma, poca cosa. Fondamentalmente la modulistica è quella predisposta dai piani regionali, che poi è stata via via riconfermata in quelli locali che abbiamo terminato ora con Pistoia, ed è stato quello più lungo, paradossalmente. Tra l'altro è stato il primo (?) Psichiatra: Dovremo avere quelli nuovi. Allora sono stati inviati tutti al PRAP che ci dovrebbe dare un riscontro e teoricamente (Intervista, Psichiatra 1)

Anche i colloqui di primo ingresso svolgono un ruolo decisivo, ma con esiti molto variabili a seconda delle condizioni in cui si svolgono e della discrezionalità dei/delle professionisti/e coinvolte. In termini generali, e di prassi, la prima valutazione del rischio è concomitante all'accesso in carcere della persona, a seguito della visita medica obbligatoria. Come ci condivide una professionista dell'area psicologica, con la valutazione medica prevista dalla visita d'ingresso entro le 24 ore, un medico offre un primo riscontro in termini di valutazione del rischio, in parallelo vi è il colloquio con l'educatore di riferimento e con il/la psicologa/o nuovi giunti, figura specifica per questo tipo di prevenzione.

[...] tranne nel weekend che poi salti sabato e domenica, vedo le persone entro le prime ore che sono arrivate. Faccio un colloquio più approfondito rispetto al medico, perché ho la possibilità anche... sono lì per quello [...] la sua storia, come si sente, come sta e in quel colloquio lì, in maniera più o meno indiretta, cerco di individuare e intercettare gli eventuali fattori di rischio. I fattori di rischio nascono... li ha descritti benissimo l'OMS in un documento del 2007 proprio della prevenzione del rischio suicidario" (Intervista, Area psicologica)

Tra i fattori di rischio che ci vengono condivisi, si annoverano la giovane età (20-25-30 anni) o l'età avanzata, "sentimenti di vergogna, fortissima disperazione" e preoccupazione per lo

status di detenuto, oltre a “l'abuso di sostanze, la presenza di fragilità psichiatrica o di... un individuo in carico al CSM o al Dipartimento Salute mentale” (*ibidem*). Al contempo, precedenti tentativi di suicidio o “familiarità per suicidio” sono indicatori adottati per valutare il gradiente di rischio e disporre del supporto necessario. Tra tutti, ci viene sottolineata la mancanza di supporto - “una persona che è sola che non ha nessuno è una persona a rischio” (*ibidem*) - e la “mancanza di speranza: è un quando cominciano a dire è tutto, Finito, non c'è più domani, il non vedere futuro, non vedere altre strade al di fuori della morte, riconoscere la morte come una via d'uscita” (*ibidem*). Le informazioni raccolte sono sia l'inizio di un accompagnamento nella forma di colloqui psicologici, sia oggetto di relazione per prefigurare un “attenzionamento” capillare e diffuso trasversale ai ruoli professionali che abitano il carcere: “invio all'area sanitaria, quindi al medico, all'ufficio comando la polizia penitenziaria, quindi..che poi dirama l'informazione parlo col capo posto e anche area educativa, in modo che attiviamo un attenzionamento” (*ibidem*)

A rendere fragile qualsiasi progetto di prevenzione sono le *condizioni strutturali* che definiscono la vita detentiva: trasferimenti frequenti, brevità delle pene, carenze di personale e spazi.

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 (Intervista, Area direttiva 2)

Come sottolinea un'operatrice, in un carcere dove ci sono attività o “valvole di sfogo”, lì vi è “una popolazione detenuta che, avendo degli impegni, avendo delle cose da fare [...] laddove non c'è niente, la valvola di sfogo sei te stesso” (Intervista, Volontariato 1). Al contempo le logiche del penitenziario con cui si scontrano professioniste e professionisti della salute testimoniano della trama farraginoso delle prassi burocratiche, dalla trasmissione di informazioni e delle segnalazioni alla rivalutazione delle sorveglianze e attenzionamenti, processo complesso dove si richiede un coordinamento di più voci ma che, al contempo, costituisce la miglior forma di tutela:

Ora, in carcere abbiamo questa criticità: cioè che fare tante rivalutazioni degli staff a cui vengono richieste 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. Questa può essere una criticità operativa, d'altronde è anche un po' una tutela rivedere le situazioni, perché così si pensa che meno cose sfuggano e che si riesca a intercettare più cose. Anche la modulistica e la trasmissione della modulistica all'interno del carcere per le segnalazioni è un pochino critica. Abbiamo delle criticità di rete, delle criticità informatiche, spesso si va sul manuale ancora e quindi... questo non è semplicissimo (Intervista, Psichiatra 1)

Il problema anche riguardo il rischio suicidario è che c'è scarsissima formazione degli operatori, non ci sono momenti di confronto, non ci sono protocolli standardizzati, e non solo non c'è prevenzione individuale, ma non c'è neanche attività di monitoraggio generale (Intervista, Volontariato 1)

Il confronto di questi due distinti scenari ci restituisce un piano comune che intreccia protocolli standardizzati, sinergia d'equipe e monitoraggio, tralasciando quello che viene considerata come un'esperienza indiretta, una formazione avvenuta sul campo che, a detta di un professionista del comparto volontariato, costituisce un prezioso "protocollo interiore" di prevenzione del rischio a disposizione di figure educative e volontarie, costruito a fronte di un prolungato periodo di attività lavorativa costellata di incontri con queste nefaste situazioni:

L'educatore che ha tanti anni di esperienza e che si è trovato ad aver a che fare con detenuti, che hanno veramente tentato il suicidio, che si sono purtroppo suicidati, magari dentro di sé, ha il suo protocollo interno e sa riconoscere. Però poi manca lo spazio di condivisione e, soprattutto, manca la formazione dei nuovi operatori su questo (Volontariato 1)

Un'altra persona del comparto di volontariato testimonia mancanza di comunicazione, o quantomeno di non essere coinvolta rispetto alla prevenzione, restituendo l'immagine di una pratica sregolata, arbitraria, informale:

non so quale sia l'approccio che nel nostro istituto viene messo in atto e non so neanche se ci sia un approccio in questo senso; mi sembra, però questa è un'opinione del tutto personale, mi sembra un po' una cosa lasciata al caso, non sia messa a sistema una prevenzione, ma lasciata al buonsenso degli operatori (Intervista, Volontariato 2)

La letteratura sottolinea come la prevenzione di gesti di autolesionismo e tentativi suicidari in carcere vada di pari passo con pratiche di isolamento totale e prolungato e privazione completa, dove il confine tra protezione e violenza è labile (Ronco, 2018, p. 87; Torrente,

2016, p. 275). Al di là del protocollo regionale di prevenzione e della necessità di un continuo suo aggiornamento, le interviste testimoniano la presenza di una sorveglianza capillare informale che opera nel quotidiano della vita detentiva, coinvolgendo in maniera trasversale le diverse figure professionali presenti, come testimonia una persona dell'area detentiva: “ c'è comunque il contatto quotidiano nel senso qualcuno di noi rileva qualcosa e parte subito una segnalazione che coinvolge tutti gli operatori [...] sto facendo una contestazione disciplinare che può accadere, oppure un colloquio con un detenuto, se mi accorgo che il detenuto è di umore depresso subito lo segnalo all'educatore allo psicologo [...] e questo lo fanno anche gli operatori della polizia penitenziaria” (Intervista, Area direttiva 2). Per la prevenzione giocano dunque un ruolo altresì fondamentale le segnalazioni reciproche di condizioni di difficoltà o di richieste delle persone detenute detenuti:

Si fa molta formazione al personale, soprattutto quando arriva anche qualcuno nuovo, personale medico, personale dell'area pedagogica, dell'area psicologica, eccetera. E formazione insieme alla polizia penitenziaria [...] Loro lo stanno molto di più insieme ai detenuti e quindi una buona alleanza ... con la polizia penitenziaria, di solito, prima che ci sia un evento fatale e quindi curare e mantenere, diciamo la relazione con l'amministrazione, la polizia penitenziaria, l'area pedagogica, l'area psicologica, e quindi tutte quelle figure che operano all'interno del carcere (Intervista, Psichiatra 3).

Pertanto, sul piano quotidiano il carcere si affida in prima battuta alla sorveglianza operata dagli agenti di polizia penitenziaria, deputati a intercettare i primi segnali di disagio e a comunicarli. spesso senza strumenti specifici per distinguere tra profili di rischio diversi. O, quantomeno, ciò evidenzia il ruolo cruciale di un percorso formativo adeguato ad addestrare lo sguardo. Ne consegue una gestione che accentua il carattere di presidio dell'agente, più che di reale cura. Quando lo sguardo dell'agente è stato disciplinato a riconoscere il fattore di rischio legato ad un gesto di “spoliazione”, la possibilità di attivare tempestivamente una figura psi risulta percorribile:

Quello che volevo raccontarle era che quando io sono arrivata quasi un anno fa, è arrivato un agente, dicendomi che c'era stato un gesto di un detenuto che era un gesto di spoliazione. Praticamente aveva deciso di dare tutti i suoi oggetti a un amico esterno. E lui ha detto ha appena ricevuto una condanna all'ergastolo e ha deciso di dare via tutte le proprie cose e ha detto...Forse è il caso... Quindi l'agente è stato bravo perché ha

intercettato questo gesto di spoliazione di dare via tutte le proprie cose e ha detto
(Intervista, Area psicologica)

La sorveglianza da parte degli agenti - prime “sentinelle” laddove formate - va commisurata ai numeri della detenzione, dove in alcuni casi si parla di cento detenuti per un agente all’interno di una sezione: “praticamente c’è un agente per sezione. Per cui, più che intensificare i colloqui e avere l’accuratezza di non lasciare la persona da sola... ecco, non credo ci sia altro” (Intervista, Garante 2). Quando la carenza di organico penitenziario non permette tale sguardo diffuso - “ultimamente è sempre più difficile per la polizia penitenziaria anche controllare o comunque controllare il comportamento dei detenuti sempre per la carenza di personale” (Intervista, SerD 2) -, o comunque in parallelo a tale sorveglianza, anche le persone detenute compagne di cella di chi è attenzionato/a giocano un ruolo fondamentale e indiretto, chiedendo alla persona di fare un vero e proprio lavoro “volontario” di cura-custodia, lasciando sul piano del dubbio la questione delle competenze, financo il carico morale: il discorso di tenere sempre un compagno in cella, di poter, eventualmente, come posso dire, per subodorare quelle situazioni stressanti (Intervista, Area direttiva sanitaria).

Più che la psichiatria è la psicologia a giocare un ruolo dominante nella valutazione del rischio, mentre la prima può mettere a disposizione un’ulteriore canale d’ascolto e/o un contenimento di tipo farmacologico, delegando a terzi - educatrici e psicologhe - una presa in carico approfondita:

un po’ col farmaco... si consiglia di parlare sempre anche con ... l’esperto e l’educatore vengono sempre messi in carico, nel caso di tentativi di suicidio so che vengono tolti tutte le possibilità di lenzuola, cose eccetera, perché ovviamente... bisogna cercare di di...sventare ogni rischio Ovviamente, poi credo che non lo so. Nello specifico, credo che abbiano il loro protocollo...si di gestione dei vari casi, delle varie situazioni, di chi è più rovente, di chi è più depresso, etc. [...] E glielo dico: guardi, la vedo giù, cerchi insomma di fare qualcosa, di prendere... di parlare appunto per il discorso ovviamente medicine e quant’altro, e poi dire “cercherò di vederlo il prima possibile” così, insomma, sa che, tra virgolette, c’è anche questa possibilità qua che può essere un aiuto (Intervista, Psichiatra)

Situazioni stressanti come possono essere “una camera di consiglio andata male”, la “morte di un genitore” (Intervista, SerD 2), l’impossibilità di incontrare la famiglia (Intervista, Volontariato 1), la fine di una relazione, misure disciplinari insostenibili, l’impossibilità comunicativa che trasforma il corpo a ultimo baluardo di resistenza alle dinamiche oppressive

e in dispositivo comunicativo quantomeno riconoscibile nel linguaggio della violenza, laddove altre forme di comunicazione non riescono ad essere riconosciute (cfr. § 6.6), in tutte queste situazioni la sinergia tra le figure professionali e la tempestività della comunicazione giocano un ruolo cruciale (Intervista, Area direttiva sanitaria). Come suggerisce una figura del SerD intervistata, un paradigma di sorveglianza e prevenzione diffuso è quello di tipo eziologico, ovvero articolato sulla rimozione di ciò che può essere utilizzato come dispositivo atto a produrre lesioni (a sé o alle altre persone).

Quindi queste forse sono le uniche situazioni in cui si potrebbe fare qualcosa, come, ad esempio, non dico ridurre a zero ma sicuramente contenere l'uso di sostanze stupefacenti all'interno delle carceri, oppure di sostanze prodotte così con artigianato locale all'interno del carcere, che però possono risultare dannose per la salute e possono portare anche a morte (Intervista, Area SerD 2)

Al contempo, alcune testimonianze dirette di persone detenute incontrate durante i nostri sopralluoghi ci parlano di condizioni strutturali che incidono fortemente sulla salute delle stesse, e che vanno dall'omertà/inefficacia dello sguardo di sorveglianza, all'assenza di un supporto sanitario, generando preoccupazione, frustrazione, e un senso tragico di impotenza.

Una persona, che mi sembra una delle più giovani tra quelle presenti nella sez. ***, mi informa che spesso ci sono persone “che si picchiano”, anche alla sera, manifestandomi disagio e paura perché spesso non si fa nulla. La stessa persona, mentre si rolla una sigaretta, mi chiede se so del ragazzo morto perché si è “sniffato il gas in cella”. Dico di no e mi fa presente che era qui da loro, che lui lo conosceva e che “si sapeva che sniffava gas. È morto e tutti sapevano” ma nessuno ha fatto niente. Qui si aggiunge un'altra persona che con un certo turbamento mi informa che se si ha bisogno di aiuto qui bisogna “urlare per chiamare se c'è un problema...poi arriva l'appuntato e dopo ti chiama il dottore. Ce n'è uno solo [...] è devastante sapere che se stai male alla sera [passa molto tempo prima di avere aiuto]”, specificando la difficoltà nell'avere un supporto immediato (Nota etnografica 2025)

In altri istituti siamo state informate, da un agente o dalla direzione, che alcune persone detenute possono disporre di fornellino a gas solo in momenti specifici e regolati dallo staff penitenziario, giustificando questo controllo a fronte di ripetuti casi di inalazione del gas. Fornello a gas che, al contempo, è imprescindibile per mangiare un pasto caldo in cella.

Il tema della prevenzione del rischio suicidario, e più in generale dei tentativi disposti dalle persone detenute, si è spesso interrelato alla annosa questione della strumentalità/dimostrazione o, diversamente detto, dal problema - la cui soluzione è spesso deputata al sapere psy - di riuscire o meno a inscrivere un'azione all'interno del proprio regime di verità (Foucault, 2003). Possiamo così distinguere le possibilità interpretative dominanti, ovvero quelle considerate legittime all'interno dell'istituzione, e che coincidono con chi occupa i vertici della gerarchia della credibilità (Becker, 1967) che solleva la domanda se “può un paziente psichiatrico parlare” (Sterchele, 2021). Queste forme di razionalizzazione riconosciute dall'istituzione possono essere distinte in tre tipologie: patologica (sento delle voci che mi dicono di tagliarmi), razionale-manipolatoria-strumentale (attuò una pratica non legittimata per perseguire un obiettivo non riconosciuto o non diversamente ottenibile), protesta (fine legittimo ma non il mezzo attuato).

[...] gesti su base psicopatologica, qui è il nostro campo. Gesti invece che vengono messi in atto su base provocatoria, o dimostrativa, che hanno una finalità diversa, qui non c'è dietro un aspetto psicopatologico, c'è comunque un gesto, sicuramente gravissimo, che ha messo a repentaglio la persona [...] non è magari una persona che voleva morire, oppure che ha messo in atto il gesto perché le voci dicono che doveva uccidersi... (Intervista, Psichiatra 4)

ci sono anche stati anche tanti altri suicidi che sono iniziati come una forma di protesta o come una forma, così come un tentativo di farsi ascoltare, da parte dei detenuti che purtroppo sono andati a finire male. Sono sfuggiti al loro controllo e quindi si sono poi tradotti veramente in un suicidio e quindi nella perdita della vita (Intervista, Area SerD 2)

[...] dopo che si sono tagliati, o che è capitato che si siano tagliati, li vedi al colloquio, Io comunque indago sempre l'ideazione suicidale autolesiva, la motivazione dietro a quel gesto. [...] Poi a volte te lo dicono [...] ma anche perché dietro a un gesto auto-lesivo c'è un potenziale rischio auto-soppressivo, perché se io sbaglio la mira [...] Se io agisco un tentamen, ma perché lo faccio in maniera dimostrativa. Perché voglio essere portato su un'infermeria, perché sono frustrato, perché volevo più terapia non me la danno perché non si può dare più terapia di quella, perché arrivi a un limite e non si può andare oltre. E... se se non prendo bene le misure, magari ci resto davvero. quindi intanto va indagata sempre l'ideazione che c'era alla base: quindi qual era il motivo? C'era del malessere? Ah, io avevo un ragazzino di 19 anni nordafricano che si tagliava perché non riusciva più a tollerare quella rabbia che aveva dentro... e quindi pur di non fare male agli altri faceva male a se stesso. Quello non è strumentale, quello è malessere. e ce ne sono di ragazzi così, che però vanno segnalati alla psichiatria, e che quindi cominciano anche a un... un percorso, magari con farmacoterapia, proprio per tenere a bada questo malessere interiore e non

arrivare a tagliarsi. Lì non è strumentale. Ma se uno arriva e dice: per quale motivo ti sei tagliato e parte con “volevo andare su, non mi è stata data quella” è strumentale. (Intervista, Area psicologica)

Quando la risposta istituzionale non si cristallizza nelle forme idealtipiche sopra citate, e che si traducono in trattamento psichiatrico o risposta disciplinare, allora ci si muove al di qua della logica strumentale-autentico guardando al piano dei bisogni della persona, del processo in cui quel tipo di comunicazione violenta appare, interrogandosi dunque sulle condizioni che la rendono possibile. Quest'operazione, tuttavia, implica muoversi fuori dai cardini dell'essenzialismo e individualismo come lenti esplicative che accomunano carcere e medicina: “anche se un gesto nasce per ottenere qualcosa, va comunque preso in carico: dietro c'è sempre un bisogno” (Intervista, Area direttiva 1). Queste forme tipiche di razionalizzazione intrappolano sia la persona detenuta che quelle figure psi legittimate, dunque riconosciute, come idonee alla gestione di questi scenari, che spesso si configurano come un sassolino nello stivale dell'agente di polizia penitenziaria, come ci testimonia l'area psicologica ex art. 80:

L'altro giorno [...] detenuto perché eh...ma me l'hanno mandato perché voleva cambiare stanza, non si adattava al compagno di stanza, non dormiva. E allora ho cercato un po' di cont...magari la sorveglianza può ascoltarlo un attimo ma poi ovviamente dice: “va beh, sì, dobbiamo andare avanti col nostro lavoro, dobbiamo fare le nostre cose. La psicologa può avere più tempo, più... modi diversi e disposizioni diverse per cercare di contenere, aiutare, supportare, eccetera”. Sapendo però che parla con la sorveglianza, la sorveglianza dice: “Guarda che però questo deve aspettare, perché adesso non possiamo cambiarlo di stanza, ha preso degli indisciplinari”, perché anche questioni del comportamento, eccetera. E quindi so che lo terrò monitorato anche lì, perché potrebbe essere che faccia casino come anche no, perché ogni tanto sono talmente imprevedibili che... (Intervista, Area psicologica ex art. 80)

È in questo spazio ambiguo che si giocano le pratiche quotidiane, tra il rischio reale e l'uso “strumentale” del corpo per negoziare condizioni di vita meno oppressive (cfr. §6.6) Nel complesso, la prevenzione del rischio suicidario in carcere si configura come un insieme di pratiche che oscillano tra controllo e cura, tra protocolli standardizzati e margini di improvvisazione affidati ai singoli. La contraddizione di fondo resta quella di un'istituzione che, nel contenere e sorvegliare, genera essa stessa le condizioni di malessere che poi deve gestire, trasformando ogni gesto – suicidario o autolesivo – in un atto che interroga tanto il sistema penitenziario quanto quello sanitario.

In generale, la narrazione della strumentalità costituisce una forma di potere in mano ai/alle professionisti/e della salute che può distinguere sancendo quali sono i dolori autentici, quali hanno una base somatica o psichica e quali, invece derubricare nell'alveo dell'illegittimo, dunque immaginario e simulato (Illich, 1975, Conrad, 1992, Ronco, 2018, p. 93). Il dolore diviene così una delle poste in gioco dell'esperienza carceraria.

6.10 Etnocentrismo carcerario

Il tema delinea le dinamiche penitenziarie come tendenzialmente escludenti verso la persona straniera, che risulta esclusa sia dalla società libera che dai percorsi di reinserimento attivabili in carcere. Avendo come base la normativa che delinea la condizione di irregolarità sul territorio e la sua non sanabilità, una serie di fattori, ulteriori e connessi (mancanza di documenti, di residenza, di titolo di soggiorno), rendono lo status di straniero una condizione che non permette di pensare un percorso legale verso il futuro. La dimensione della sofferenza, fisica e mentale, nata dai percorsi migratori, aggrava la percezione di mancanza di futuro.

Come sostiene il sociologo Sayad (1999, p. 179), la condizione di malattia e le relative conseguenze sono un osservatorio privilegiato per illuminare le contraddizioni che costituiscono la condizione di immigrato stessa. Secondo l'autore, quando la persona che migra si trova nel territorio-Stato altro rispetto al paese d'origine, emerge quello sguardo dello Stato che lo assoggetta in quanto soggetto perturbante la cui esistenza mette in questione i confini (e dunque del binomio cittadino-Stato) che costituiscono lo Stato medesimo, e dunque lo spazio di esercizio della violenza simbolica legittima (Bourdieu, 2012). Nell'interazione tra Stato - nella sua articolazione carcere - e persona con background migratorio, ciò che si osserva è un'esacerbazione delle condizioni che costituiscono il soggetto migrante come soggetto espellibile, eccedenza negativa del sistema produttivo (De Giorgi, 2002).

In questa sede ci focalizzeremo su quali sono gli effetti sulle soggettività migranti legati alla condizione detentiva in rapporto alle forme di certificazione (razionalizzazioni di Stato) che lo attraversano: dalla malattia, al permesso di soggiorno, al decreto d'espulsione, all'assenza di residenza.

“Nella fascia 18–30 ce ne sono tanti, prevalentemente stranieri. È aumentato il disagio sociale. Sono ragazzi che hanno vissuto la strada o, al meglio, una comunità. Sono arrivati senza documenti, con reati di spaccio... Alcuni di loro riusciamo a inserirli. Sono tutelati finché hanno lo status di detenuto e acquisiscono una professionalità, poi con il fine pena finisce tutto” (Nota etnografica, operatrice dell’area educativa 2025).

la persona straniera, per lo più ha problemi di reati contro gli stupefacenti e, ovviamente, come venditore, ma molto spesso anche come assuntore, per cui questo crea delle difficoltà. L'altro problema. L'altro reato che sta avendo una grossa espansione è quello del maltrattamento in famiglia... le persone di etnia straniera hanno più facilità, ma credo che... non è che hanno più facilità a commettere reati, ma più facilmente vengono rinchiusi (Intervista, Garante 2)

L’art. 1, co. 5, D.Lgs. 230/99 prevede l’iscrizione delle persone straniere, anche se prive di permesso di soggiorno al sistema sanitario nazionale, mentre l’art. 1, co. 6, D.Lgs. 230/99 sancisce l’esclusione dalla partecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate. Purtroppo, se la residenza dovrebbe essere un diritto regolamentato anche dall’ordinamento penitenziario (l. 354/1975), per le persone con background migratorio prive di residenza questo non accade.

[...] 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 [...] se ha tutti i requisiti noi compiliamo un prestampato, e sì, viene concessa la residenza, d'altra parte è previsto tutto, ha tutto il diritto di acquisirla [...] [Nel caso di detenuto straniero] Eh lì c'è qualche problema di più, non basta il certificato di detenzione, per cui qualche difficoltà l'abbiamo trovata soprattutto quando non è identificato (Intervista, Area direttiva 2).

In termini di pensiero di Stato, la ricerca ha fatto emergere come il diritto sia subordinato alla linea attuale di governo nel momento in cui diverse persone - in specie dell’area direttiva e garanti delle persone private della libertà - testimoniano la presenza di una circolare DAP che prescrive un fermo nelle assegnazioni di residenza per le persone straniere.

Sulla salute mentale se non si produce prima l'iscrizione anagrafica, non si può procedere in nessun senso. E allora, per fare prima l'iscrizione anagrafica, la persona che non ha nessuna iscrizione anagrafica dovrebbe, come peraltro è previsto dall'ordinamento penitenziario, essere iscritto presso l'istituto penitenziario. L'istituto penitenziario non vuole iscrivere presso di sé le persone senza iscrizione anagrafica perché non vuole gestirne

la vita anagrafica successiva, quando in molti casi sa in partenza che la persona non prenderà un'altra residenza fuori quando uscirà dal carcere. Quindi il rischio che paventa l'istituto penitenziario è che a un certo punto si troverà a gestire la residenzialità di decine o centinaia di persone che son passate dall'istituto penitenziario e magari sono dall'altra parte dell'Italia o del mondo, ma che risultano ancora iscritti... Questa è la difficoltà che vale per la salute mentale, come vale per esempio per l'accesso a molte altre prescrizioni di assistenza sociosanitaria, come l'ingresso nelle Rsa e quant'altro... di quelli che non ha funzione anagrafe [...] Qui c'è stata una circolare del Dap in questo senso qualche mese fa... però devo dire che diciamo così molto saggiamente in molti istituti, diciamo, almeno nel nostro contesto, eccetera, è stata accantonata (Intervista, Garante 3)

Sulla residenza in questo momento c'è una fase di stallo, perché noi abbiamo elaborato e proposto un protocollo con il comune di *** è stato sottoposto anche agli organi superiori, che però in questo momento stanno valutando... a livello nazionale si sta valutando... la... Siamo in attesa di risposta sull'approvazione di questo protocollo, e non solo noi. Da quello che ho capito c'è una questione di questo tipo. Quindi è all'attenzione del nostro dipartimento. La questione della residenza, perché certe volte è limitante. Pur... l'ordinamento penitenziario, essendo chiaro, pur essendo l'ordinamento penitenziario, chiaro... (Intervista, Area direttiva 1)

A queste dinamiche strutturali va aggiunto il fatto che dovrebbe essere la persona detenuta a fare, tramite la/il proprio/a legale, istanza di residenza. Questo implica tuttavia la necessità, anzitutto, di essere informati di questa possibilità, poi di disporre di un/a legale e, dunque, avere mezzi linguistici e culturali per effettuare una richiesta legittima di un diritto che dovrebbe essere tutelato a priori.

Alla negazione del diritto alla residenza - dunque alla possibilità di un reinserimento in un territorio che non esiste, concomitante trasformazione del carcere in CPR - si aggiungono una serie di difficoltà per professioniste della salute ed educatrici che operano nel carcere. In primis la mancanza di strumenti linguistici e culturali per andare oltre alle logiche dello Stato-istituzione in cui è inserito. Stato-istituzione che non può riconoscerlo se non nelle forme del detenuto, del malato, o in generalizzate stereotipie etniche.

Come pensiamo di riuscire a far convivere dignitosamente delle persone che sono ristrette per una pena, che hanno appunto pene diverse, reati diversi, nazionalità diverse. Cioè, è tutto un grande grande confusione. Tutto un grande... viene tutto letto allo stesso modo. Cioè, non c'è un po' di... lettura un po' più personalizzata, cioè di cercare di capire queste persone che storie hanno, da dove vengono, che cultura ha...? quindi è possibile che non vivano le cose come le viviamo noi, per fare un esempio. Il fatto che non ci siano, secondo

me, delle condizioni base di vita [...] più o meno funzionali, quindi degli spazi sufficienti, delle attività da fare, degli spazi di integrazione per chi magari per le diverse nazionalità porta a una patologizzazione, a una medicalizzazione di cose che non sarebbero da patologizzare, da medicalizzare, però si arriva a questo (Intervista, SerD 1)

questo è il mio problema perché purtroppo capisco, e parlo pochissimo la lingua inglese, che l'ho un po' persa...la sapevo un po' a livello scolastico, non avendola praticata, faccio tanta fatica, ma è un po' un problema mio. Allora ogni tanto abbiamo il mediatore, o magari usiamo altri detenuti che magari parlano arabo, capiscono l'italiano, oppure abbiamo la psicologa, ... il mio alter ego, sempre ex art. 80, ufficiale diciamo, non di altri progetti, che è argentina per cui parla lo spagnolo, parla bene l'inglese. E quindi, magari a volte si rimanda o si fa un colloquio insieme o insieme alla collega dell'azienda sanitaria, che è molto accomodante, molto gentile e collaborativa, cerchiamo di fare qualcosa e cercando di capirci in qualche modo. Oppure con l'educatrice, cerchiamo...qualcuno usava Google Traduttore, ma io faccio un po' fatica, allora cerco magari... capisco quello che capisco, magari mi faccio scrivere. Mi faccio aiutare... (Intervista, Area psicologica ex art. 80)

la cosa ideale sarebbe avere appunto un interprete formato. Ma qui stiamo parlando, secondo me, di altro che iperuranio... In realtà, nel senso che non ce l'abbiamo dei servizi fuori, dubito che si possa avere una cosa simile in carcere (Intervista, SerD 2)

Al contempo, operatrici e operatori della salute sono chiamate/i a gestire forme di razzismo e discriminazione che si generano tra persone detenute, come testimonia un esponente dell'area psicologica:

ho dei miei, non so, utenti italiani che si lamentano e dicono: "non ne possiamo più di questi arabi. Si tagliano e ottengono quello che vogliono e noi rimaniamo in fondo. Allora cominciamo anche noi a tagliarci, così otteniamo quello che vogliamo"...e tu dici, ma non è così. Quindi c'è questo tipo di separazione in cui ci sono come dire ci sono gli arabi e gli altri, su cui gli altri detenuti hanno molto pregiudizio in cui c'è questa visione in cui gli arabi si fanno autolesionismo, ottengono quello che vogliono loro no, e non ottengono quello che vogliono (Intervista, Area psicologica)

L'accoglienza della sofferenza della persona migrante si costituisce sullo sfondo rimosso del politico che la produce. In questo senso la posizione psy nell'istituto penitenziario è strutturalmente pensata per essere incapacitata a cogliere le differenze che osserviamo tra gli immigrati che vivono in immigrazione derivano dalle condizioni che sono all'origine

dell'emigrazione, e in particolare dalle trasformazioni che tali condizioni subiscono nel corso del tempo (Sayad, 1999). In parallelo, più l'istituto delude la persona rispetto alle sue aspettative di recupero identitario e di equilibrio e più è probabile l'istituto venga configurato come responsabile, esacerbando dinamiche conflittuali che non riescono ad essere assorbite nella logica del patologico o dell'indisciplinato, precludendo la possibilità di costruzione di un rapporto di fiducia. Come suggerisce Sayad (1999, p. 186) rispetto alle sue osservazioni sui lavoratori algerini immigrati, ciò che crea scalpore nello sguardo clinico occidentale, ciò che crea problema - tanto da essere ridotto a patologia o anomalia - è il modo in cui la persona immigrata malata usa la propria malattia e il corollario di dispositivi medicali che si attivano, per dirimere una controversia.

Se io ho di fronte un ragazzo pakistano che ha fatto la rotta balcanica e... ha visto morire il fratello perché le 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. È rimasto solo, non ha nessuno. Quindi non sarà un ragazzo strutturato, no? Poi magari trovi 1 su 10, che potrebbe anche aver reagito a queste condizioni avverse... però la loro storia per me determinano le modalità con cui hanno deciso di affrontare e di difendersi nella vita [...] È anche molto culturale, anche molto culturale. Perché molte volte i nordafricani si tagliano..., si tagliano in maniera più...culturalmente il tagliarsi per marocchini, egiziani è una cosa abbastanza culturalmente accettata. E infatti, sono in tanti che... perché utilizzano il corpo proprio come uno strumento. Già pakistani afgani difficilmente li ho visti tagliarsi. Quindi anche culturalmente c'è... come anche rumeni, popolazioni dell'est sono popolazioni più dure, più corazzate. Quindi magari autolesionismo o tentativi... strumentali li vedo più...credo di averli visti raramente. Credo che un aspetto culturale giochi...un peso importante. C'è un po' un puzzle di cose. È difficile un pochino dare una risposta univoca (Intervista, Area psicologica)

Come nelle detenzioni amministrative, anche in carcere il corpo del soggetto migrante è attraversato da forme di razionalità duplici. Da un lato la razionalità dello sguardo medico, che interseca scienza e diritto nella credibilità della malattia, una messa al vaglio che implica la possibilità di un essere riconosciuto agli occhi dello Stato-istituzione come soggetto esistente in quanto malato e, dunque, soggetto al diritto alla cura. Dall'altro una razionalità agita nella forma di riappropriazione dell'unico mezzo di produzione politica rimasto alla persona detenuta – il corpo proprio –, attraverso cui rivendicare i segni della violenza (Khoshravi, 2010) e della malattia (Sayad, 1999). In tal senso le forme di potere che governano l'istituzione che

assoggetta il corpo migrante vengono rovesciate verso l'istituzione medesima, laddove la riappropriazione della sofferenza diviene modalità di imporre un essere percepito che richiede di essere ascoltato e riconosciuto anzitutto come nuda vita (Agamben, 1995). Le modalità con cui vengono utilizzati farmaci, strumenti per autolesionismo da parte della persona migrante per usi non riconosciuti legittimi costituisce lo scacco all'etnocentrismo occidentale che non riesce che a rifugiarsi nel regime del patologico (tassonomie anch'esse occidentali ma con pretesa di universalità) o dell'irrazionale/deviante, e allora da reprimere con l'isolamento o ammansire con un uso laico del farmaco.

6.11 Incompatibilità relativa

Il tema delinea l'approccio pratico alla definizione dell'incompatibilità con lo stato detentivo per malattia psichica, evidenziando gli atteggiamenti degli operatori rispetto alle procedure giuridiche e alle procedure sanitarie di accertamento.

Si evidenzia la distanza della pratica rispetto a quanto previsto dalle norme - in particolare la disciplina specifica riguardante il differimento pena e la detenzione umanitaria per persone con malattia mentale stabilita con la sentenza della Corte costituzionale 99/2019 - e il differente atteggiamento verso le patologie mentali piuttosto che verso quelle fisiche.

Innanzitutto, è stato evidenziato dagli operatori/dalle operatrici che il grado di gravità richiesto perché sia dichiarata l'incompatibilità con il regime detentivo è molto elevato, identificandosi con la messa a rischio della vita. Si identifica come condizione perché sia dichiarata l'incompatibilità uno stato di salute molto compromesso, che non possa trovare un'adeguata assistenza in ambito penitenziario.

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. Poi ne possiamo parlare in termini molto, come dire, in senso lato, allora quanto è utile al carcere e al cittadino che soffre di salute mentale? Beh, questa è un'altra questione, però diciamo che sono pochissimi quelli che effettivamente possono essere dichiarati incompatibili con un regime di carcerazione. Poi l'idea sarebbe che con questo sistema direi che quasi tutti

sono incompatibili perché non è un sistema riabilitativo, perché non è un sistema che offre quegli strumenti di reinserimento, però togliendo questo che è l'aspetto, diciamo, più importante e più alto della discussione, diciamo che l'assistenza di salute mentale, almeno in ***, all'interno delle carceri è sufficientemente buona per non rendere il cittadino incompatibile (Psichiatra 3).

Il requisito della adeguatezza delle cure fornite in carcere, pur partendo dalla necessità di valutazione obiettiva delle condizioni concrete in cui la persona malata si trova a essere curata risulta particolarmente ambiguo nella pratica, in quanto finisce per divenire un giudizio sulla adeguatezza del sistema sanitario che in quel carcere svolge il servizio, portando alla conclusione che non ci sono casi di incompatibilità con il regime penitenziario per problemi di salute mentale perché l'assistenza sanitaria è sufficientemente buona. Giudizio che si pone in contraddizione che l'opinione espressa nell'ambito dello stesso discorso - e considerata però come un aspetto più alto della discussione - per cui in generale tutti dovrebbero essere considerati incompatibili con questo sistema penitenziario.

Allora l'incompatibilità, ora... dichiarare una persona incompatibile con il regime carcerario deve avere delle motivazioni molto importanti, perché volendo tutti sarebbero...tutti per me...personalmente potrei dire che ogni nostro paziente è abbastanza incompatibile, è una contraddizione in termini. Chiaramente non si può ragionare così per tanti motivi, anche pratici. È una strada battuta, anche questa, molto raramente e che personalmente spenderei per persone che mostrano gravi forme di disadattamento. Cioè, un paziente con problemi di salute mentale che fa continui tentativi di suicidio che non si riesce a curare in nessun modo, che non si riesce ad adattare, ad ambientare, che è a grave rischio mi sembra che comincia a essere abbastanza incompatibile, non è la maggioranza delle situazioni (Psichiatra 1).

Gli operatori/Le operatrici percepiscono la contraddizione, insita nella loro valutazione, tra la percezione immediata che tutti i loro pazienti sarebbero più o meno incompatibili e la conclusione che “non si può ragionare così, per tanti motivi, anche pratici” e che solo in casi gravi si può pensare di attivare la procedura. Tuttavia non ne danno una spiegazione. Torneremo su tale aspetto più avanti.

L'incompatibilità è caratterizzata, anche ciò emerge chiaramente dalle interviste, da un'egemonia dell'organico. Infatti, alla domanda se, nella propria esperienza professionale, sia mai capitato di venire a conoscenza di casi per cui viene attivata l'incompatibilità con il carcere

per ragioni psichiatriche, quindi di salute mentale piuttosto che fisica, la risposta di più di un operatore/un'operatrice è negativa.

No, no, sinceramente no. Per problemi, per problematiche di età e fisiche sì, ma per problema, problematiche mentali, psichiche non... non mi è successo, no (Garante 1).

Allora, a *** non ce ne sono state per motivi di salute mentale. Ce n'è stata una, a mia memoria, ma aveva un problema di... aveva dei problemi, diciamo anche nostri, era in cura alla salute mentale in carcere, però, aveva una problematica organica importante, era un trapiantato di rene, quindi ha avuto l'incompatibilità e i domiciliari. Per questo noi siamo stati a supporto e a rinforzo, ma non era quello il motivo per cui...(Psichiatra 1).

Parliamo di un detenuto che aveva i suoi problemi psichiatrici, questi certificati proprio dallo psichiatra che lo seguiva in carcere, e in più aveva una grave fibromialgia e le strutture di *** non erano state riconosciute come adeguate per somministrare le terapie previste, ma anche fisicamente proprio per le condizioni...aveva bisogno di un letto particolare, insomma di cose particolari. Però è stato molto difficile [...] prima di disporre la scarcerazione - perché comunque era una persona che aveva commesso reati molto gravi (Volontariato 1).

Qualche caso di richiesta di incompatibilità per malattia mentale sembra essere ricordato, ma come fatto sporadico.

Io posso dirle che in una situazione ho visto che è stata fatta una perizia psichiatrica per valutare l'idoneità o meno della persona alla vita detentiva, o una valutazione dello psichiatra con anche la valutazione di chi è all'interno, quindi l'educatore di riferimento, il medico del carcere. Ci sono diversi pezzetti e molte volte l'ho visto... Le persone che ho visto incompatibili al di là della salute fisica, che quella è un'altra cosa, sono le persone che dovrebbero essere in una comunità psichiatrica, che vengono riconosciute a livello psichiatrico quindi sono quelle persone lì (Area psicologica).

Come si è già evidenziato *supra* in 6.5 il caso della persona anziana e con una pluralità di patologie è quello che più spesso trova accoglienza sul territorio, con una buona risposta e un buon coordinamento dei servizi competenti

Ad esempio, adesso abbiamo un detenuto che ha una certa età, che era seguito dal CSM, ha una patologia psichiatrica... Adesso, comunque, abbastanza in compenso, però, c'è anche un iniziale decadimento cognitivo, delle fragilità, diciamo... anche fisiche, tutta una situazione complessa e stiamo facendo di tutto, in accordo anche con i servizi territoriali... con il CSM territoriale che lo conosceva, stiamo facendo di tutto per farlo uscire, per accoglierlo sul CSM, sulle 24 ore, in modo che il Csm ricominci a conoscerlo, perché non lo vede comunque da 5 anni, dall'ingresso in carcere, e poi da lì lui verrà inserito in una struttura territoriale del dipartimento di salute mentale perché, comunque, la permanenza in carcere non è adatta, ecco, per una persona nelle sue condizioni (Psichiatra 4).

La percezione è anche quella di un mancato riconoscimento di condizioni esistenti, che potrebbero essere qualificate come incompatibilità per malattia mentale, ma non trovano riconoscimento da parte del giudice.

Eh, purtroppo sa cosa, ci sono delle persone che, dal punto di vista psichiatrico, proprio non sono idonee alla vita detentiva, perché hanno bisogno di una struttura che li accolga, che sia una struttura specializzata dal punto di vista psichiatrico. Non sempre questa incompatibilità viene riconosciuta, come ci sono delle richieste per incompatibilità fisica, per la salute fisica, no? solo che non sempre viene riconosciuta, ci sono, però ci sono. Non saprei dirle, non saprei dirle quanti sono. Sicuramente sulle dita di una mano. Anche su due mani... persone che magari potrebbero essere...per cui gli avvocati magari fanno anche richiesta anche con supporto del Csm. Ma poi è il magistrato di sorveglianza che decide (Area psicologica).

Nella procedura che porta alla dichiarazione di incompatibilità intervengono molti attori, ognuno con il suo ruolo. Spesso l'iniziativa è della persona detenuta, tramite la richiesta formulata per conto del suo avvocato; dopodiché il magistrato, per poter decidere, ha bisogno di un parere tecnico, che sarà richiesto all'area psichiatrica che segue la persona detenuta in carcere o a un perito. Sul punto vi sono divergenze di punti di vista e specifiche valutazioni in merito a chi dovrebbe redigere la relazione tecnica in base a cui il magistrato deciderà.

Alcuni operatori/alcune operatrici della psichiatria ritengono che quest'attività sia da attribuire a un perito, in quanto persona terza rispetto alla relazione medico-paziente che sarebbe messa a dura prova dalla richiesta formulata allo/alla psichiatra curante di esprimere un parere sul proprio assistito che può aprirgli le porte del carcere verso un percorso terapeutico esterno.

L'incompatibilità la dichiara il perito. Quindi è il perito che decide poi sull'incompatibilità. Quello che noi solitamente facciamo al momento che ci rendiamo conto che, diciamo, il reato di cui è stato accusato il soggetto può essere correlato alla patologia che poi individuiamo psichiatrica, noi facciamo una segnalazione il prima possibile al magistrato, facendogli presente quale è, e il magistrato poi decide se predisporre o meno la perizia (Psichiatra 2).

Noi non diamo l'incompatibilità al carcere. Si creano anche delle situazioni che possono andare a minare l'alleanza terapeutica. Cioè se noi ci si esprimesse su questioni giuridiche, primo, si diventa un po', a seconda dei pazienti che ci capitano, anche degli strumenti che possono utilizzare, perché a quel punto poi non è più genuino quello che vi hanno detto in visita, ma magari è correlato solo a quello che vogliono ottenere. Però, se arriva un paziente, non lo so, a me è capitato un paziente arrestato... magari era per resistenza pubblico ufficiale...insomma reati non particolarmente – reati per carità – e quando è arrivato io l'ho trovato comunque scompensato come un bipolare scompensato dal punto di vista maniacale, io questo l'ho segnato al magistrato ed è stata poi disposta una perizia (Psichiatra 2).

Allora, io ho una mia personale idea, nel senso che a fronte di patologie eclatanti, in cui è il responsabile dell'istituto sanitario che avanza la richiesta al giudice, poi c'è tutta una serie di situazioni per le quali il giudice - io ho parlato anche con il/la dott. *** [magistrato di sorveglianza] su questo, però, insomma, non siamo arrivati a nulla, anche perché poi anche lì non c'è una linea di comportamento univoco - però, secondo me, laddove praticamente una persona, a fronte delle sue patologie, il suo avvocato interloquisce con la magistratura di sorveglianza ed espone il problema delle condizioni carcerarie, eventualmente supportato da una perizia di parte, anziché rimandare a noi dicendo “è compatibile o incompatibile con il regime carcerario?”...mi capisce io, che curo quella persona da tanti anni, con cui ho instaurato un rapporto di fiducia, mi mette un attimino in difficoltà, per cui sarebbe opportuno che il giudice chiamasse un perito di parte, o un CTU o un consulente suo e lo facesse valutare (Area direttiva sanitaria).

Nell'invocare il ruolo del perito c'è, quindi, da parte del personale della psichiatria, la necessità di non essere investiti di un compito che viene percepito come contrastante con il proprio mandato professionale. Quindi l'attività compiuta dallo/dalla psichiatra che opera in carcere viene da questo/a circoscritta come legittima al momento della segnalazione al magistrato di una persona con un evidente scompenso psichico, che però dovrà essere accertato da un perito

inviato dal giudice; altro caso in cui può esservi, secondo gli operatori/le operatrici sanitari/e, un ruolo propositivo da parte loro è quello del caso della persona gravemente malata (“patologie eclatanti”). Altrimenti, fuori da questi casi, si ritiene che la richiesta della incompatibilità sia un atto di parte, da gestire tramite i professionisti incaricati dalla persona detenuta.

Interessante è rilevare come questa procedura immaginata come “corretta” sia molto diversa, per esempio, da quella adottata dal Serd, in cui gli operatori/le operatrici delle dipendenze svolgono, come si è visto *supra* in 6.6., un ruolo certificativo fondamentale e che, pur nella sua ambiguità, costituisce per la persona detenuta una chiave di accesso al percorso terapeutico esterno al carcere.

La questione s'intreccia, inoltre, con quella sopra descritta e riguardante l'adeguatezza delle cure che possono essere fornite in carcere a una determinata persona, di cui si sta accertando la condizione di incompatibilità.

Ora, praticamente tante volte succede anche un'altra cosa, in cui ci domandano [ndr: i magistrati] se le patologie di cui è portatore il detenuto, per le quali l'avvocato ha chiesto al magistrato di approfondire la questione, possono essere curate agevolmente con il servizio pubblico. Ora, il problema è questo, legato al fatto che – è il discorso un po' che le facevo prima - io ho degli specialisti all'interno del carcere, per i quali tante volte io ho mancate traduzioni interne, nel senso c'è un cardiologo che mi viene due volte la settimana deve far 10 visite e ne fa 4. Ancora, io ho delle difficoltà a poter prenotare, bisogna sapere che a *** non si riescono a prenotare le prestazioni alle persone non residenti nella Regione ***. La maggior parte delle persone che sono lì dentro, la gran parte non sono residenti [...] Per cui, come faccio a rispondere io che purtroppo non posso disporre di opportunità terapeutiche aziendali, ma mica per colpa mia, perché purtroppo non li portano, per cui diventa il discorso dell'incompatibilità, diventa un attimino una cosa che... la responsabilità è relativamente della Usl [...] (Area direttiva sanitaria).

La cura può essere offerta in carcere in modo adeguato? La risposta obiettiva sembrerebbe essere in molti casi negativa, non per mancanze del servizio sanitario ma per l'organizzazione dell'istituzione penitenziaria che rende, di fatto, non utilizzabili quelle prestazioni che pure sarebbero possibili e disponibili. Più che Ma qual è in questi casi la risposta che viene data al magistrato?

Altri operatori/altre operatrici della salute mentale hanno una visione più integrata dei diversi ruoli svolti dalla parte sanitaria, da quella giudiziaria e dall'assistenza di parte fornita

dall'avvocato. Quanto all'iniziativa in materia di richiesta dell'incompatibilità gli/le psichiatri/e rispondono che non c'è una regola fissa ma che, se il paziente è in carico a loro, allora l'iniziativa è loro.

Ma, può essere entrambe, però, di chi abbiamo incarico noi, di solito nostra. Poi, se c'è qualche altro cittadino che invece la parte penitenziaria ritiene che è incompatibile e che ci sia una componente psichiatrica da valutare, allora ce lo chiedono, però magari proviene da un altro sistema e non c'è mai neanche stato presentato. Però in quell'occasione dice: "Ma ci fate una valutazione, noi la facciamo" (Psichiatra 3).

Eh... sempre appunto il lavoro multidisciplinare. Si lavora in équipe. Anche poi con la parte giudiziaria e... tramite l'avvocato e il giudice, insomma, viene fatta un po' una richiesta. Parte sempre un po' sicuramente con una relazione descrittiva...insomma...viene avanzata richiesta [...] Si descrive la persona e si chiede, insomma, che venga...si chiede la possibilità che venga inserita in una struttura diversa per continuare il percorso. Si scrive un po' quello di cui ha bisogno, sempre con l'avvocato, insomma. L'avvocato è un po' che... che chiede, che dirige questa parte (Psichiatra 4).

Alla luce della chiara indicazione data dalla sentenza della Corte costituzionale 99/2019 in merito all'equiparazione della salute mentale a quella fisica e all'individuazione della procedura di uscita dal carcere e di affidamento sul territorio della persona detenuta con patologia psichiatrica, viene da domandarsi quanto la sentenza sia conosciuta dagli operatori, che sembrano non tenerne conto o comunque considerarla un'opzione fra tante, non un'indicazione normativa cogente.

non credo che sia così tanto utilizzata e che non sia neanche, diciamo, così, tanto approvata dai giudici, non so neanche quanto venga conosciuta dagli avvocati, però ecco, mi sembra una strada scarsamente praticata o quanto meno, nella mia esperienza, non mi è capitato di vedere o di sentire di questi provvedimenti [...] Allora non lo so, se la conoscono. Secondo me, potrebbe essere che la conoscono meno cioè che sia non così tanto conosciuta, non mi stupirebbe, anche perché poi quella richiesta non proviene direttamente da loro [ndr: dagli operatori sanitari], sostanzialmente, quindi fa dei giri che passano dagli avvocati. Quindi lì, probabilmente anche un lavoro con l'ordine degli avvocati non sarebbe male da fare. Secondo me, il punto vero è dove li facciamo andare? Dove mettiamo queste persone? Dove queste persone possono andare? Perché un conto è, diciamo così, la persona che ha

varie patologie, più o meno autonoma e che ha un domicilio, e che quindi si può gestire le sue varie patologie in una dimensione domestica, in qualche modo. Un conto è che noi possiamo pure provare a chiederla, ma dopodiché non è che sono persone che vengono prese nella maggior parte dei casi e lasciate per strada, chiaramente. E quindi c'è questo tappo sempre nella parte finale dell'uscita. Quindi, da una parte, sicuramente c'è scarsa informazione e scarsa consapevolezza della possibilità di attivazione di questo strumento, dall'altra ci sono effettivamente pochi sbocchi. Quindi magari anche persone che hanno famiglie, mi immagino, e la cui gestione del proprio familiare è stata molto complicata, anche una riaccoglienza al domicilio, con magari non so, obbligo di frequentazione del Csm, o obbligo di aderire a delle terapie o fare delle cose, è, diciamo così, magari è più complicato il rientro in famiglia. Quindi non lo so, secondo me, sicuramente diciamo così bisognerebbe pensare a come incrementare e soprattutto, a che tipo di lavoro terapeutico si può fare con quelle persone, ed è forse un po' poco frequentato, ecco, questo discorso e questa preoccupazione (Garante 4).

Come emerge dal precedente stralcio di intervista c'è sì, probabilmente, una scarsa conoscenza delle norme, ma ciò che è percepito in modo più evidente è la mancanza di percorsi reali: quei percorsi terapeutici esterni al carcere, a cui la sentenza della Corte costituzionale fa riferimento, sono poco visibili e poco accessibili, o addirittura mancano del tutto, nella concreta applicazione delle norme ai casi reali. Si crea, inoltre, un circolo vizioso tra la presa in carico mancante e la decisione giurisdizionale mancante o negativa, perché ogni istanza aspetta dall'altra di avere delle risposte. Infatti una delle problematiche è reperire una comunità che accetti la persona, ma le strutture non si sentono obbligate ad inserire la persona, anche se hanno posti disponibili, e possono addurre diverse motivazioni per rifiutare l'inserimento, soprattutto quando la persona è senza residenza. Se invece avessero un provvedimento del giudice sarebbe diverso. Da parte della magistratura, tuttavia, in mancanza di un programma terapeutico predisposto presso una struttura, non può essere concessa la misura. Questo circolo vizioso rende di fatto inapplicabile la detenzione domiciliare umanitaria.

Però, la tendenza generale non è che c'è, come dire, sono lì pronti a dare i percorsi alternativi al carcere. Dipende molto dal servizio. Dipende molto dal collega che troviamo, dipende magari anche dal responsabile del servizio. Dipende da tante cose. Non è sempre così, però è meno comune. Cioè vedo invece il Serd fa un sacco di programmi. In proporzione noi non siamo a quel livello lì, comunque. Non so perché, non so se è una questione storica. Non saprei. Però non c'è tutta quella disponibilità come invece vedo

spesso le nostre a doppia diagnosi, spesso escono in misura alternativa alla fine. [...] Diciamo è più probabile se c'è una prescrizione del magistrato: a quel punto diciamo, un po' per forza, può essere che si arrivi da qualche parte. Però, ecco, ci deve essere una prescrizione precisa. Mentre...tanti pazienti Serd, e magari sono anche seguiti, da noi, li vedo, indipendentemente da quello che dice il magistrato, e a un certo punto riescono a uscire in misura alternativa in comunità. È difficile vederlo per i nostri (Psichiatra 2).

Il reperimento di una struttura adeguata è quindi un passaggio e un requisito fondamentale per poter avere la detenzione umanitaria; anche se questa potrebbe, in teoria, anche essere disposta presso il domicilio con obbligo di frequentazione del CSM, ma questa ipotesi, basandosi sulla presenza del domicilio, è ancora più problematica.

Se ci fosse una grande situazione di incompatibilità la dovremmo segnalare al magistrato, motivandolo, ovviamente, e credo che sarebbe disposta la scarcerazione. Però, la scarcerazione deve essere tutelata, cioè dovrebbe andare... O c'è un accordo con il servizio e vai in una struttura oppure a domicilio con un progetto forte. Se c'è un domicilio, se c'è una famiglia, tante cose si possono pensare, perché sennò, l'unica strada per uno gravemente incompatibile è l'ospedale. Non è che ce ne sono altre, se non ha niente, e questo aprirebbe tutta un'altra serie di problemi di gestione. Quindi... è appunto devo dire raro, cioè non è che possiamo mettere in un SPDC una persona che non ha una patologia psichiatrica maggiore grave, e quindi bisogna... varrebbe...va veramente valutato con molta attenzione (Psichiatra 1).

Devo dire che su questo, anche qui, sui servizi c'è una differenza. C'è chi l'accetta, il concetto dove è stato commesso il reato, c'è chi ti dice "No, non ne voglio proprio sapere", c'è chi mette in discussione addirittura la diagnosi, c'è chi dice "va beh, se ha l'espulsione in sentenza, mandatelo via". Per dire, ci sono tante sfaccettature. Perché poi c'è anche questo... quindi...[...] Sì, diversi modi di dire di no, alcuni più carini, altri molto espulsivi, ma insomma...è un problema anche per l'esterno. Sono situazioni che mettono in grossa difficoltà anche l'esterno, che mettono in difficoltà i servizi di salute mentale, anche per quelli che non commettono reati. Perché poi, chiaramente...e quindi io lo capisco. Però, noi ci ritroviamo un grosso cerino, perché sono persone che, essendo molto prive di speranza, agiscono anche in conseguenza. E questo diventa un problema e quindi aumentano quelle che sono le richieste improprie della parte penitenziaria: "curateli meglio, dategli più farmaci, teneteli più buoni", ma non è che noi possiamo anestetizzare delle persone per non far dar fastidio, o perché si sentono senza speranza. Io poi,

personalmente, in ATSM ho un grossissimo problema, essendo i numeri molto bassi, li confronto. Cioè i pazienti che non hanno supporti esterni, hanno visto uscire e andare in REMS, o tornare al servizio, tante persone... Loro restano a palo senza prospettive, perché un conto è essere ancora detenuti ma con una prospettiva di uscita. Non averla e avere anche un confronto così vicino è difficile (Psichiatra 1).

Molto dipende dalla disponibilità del territorio, perché diciamo quel che noi possiamo fare al massimo è segnalarlo al territorio competente, quando è chiaro quale è. Perché poi spesso già questa partenza è un problema. Se uno non ha la residenza è difficile individuare il territorio, e soprattutto far sì che il territorio si senta competente di quei pazienti. [...] 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 presi 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. Perché dovrebbero essere tutti a carico del servizio competente.

I: Certo. Quindi diciamo, danno alla fine una risposta negativa, in alcuni casi.

Psichiatra 2: possono darla, oppure magari la risposta può essere: "Ok, quando verranno scarcerati, ce li segnalate" [...] A meno che non ci siano dei dispositivi del magistrato, e allora lì, chiaramente, è tutta un'altra questione. Li interviene il magistrato. Io poi mi riferisco a quello che il magistrato predispone. Però se non c'è prescrizione non è semplice, ecco (Psichiatra 2).

Ciò che fa quindi una grande differenza è la pregressa conoscenza della persona ai servizi territoriali, che in questo caso si attivano, mentre nel caso di non conoscenza pregressa adottano una serie di tattiche per dichiararsi non competenti o per procrastinare l'arrivo della persona da accogliere.

Anche nel caso di una maggiore integrazione con i servizi del territorio la conoscenza pregressa resta un elemento decisivo.

Ecco sul territorio, sicuramente il Dipartimento della nostra zona ha tanta attenzione e il problema sono più le persone che effettivamente non sono ancora prese in carico da un servizio, i servizi territoriali soffrono della carenza di organico, soffrono nella carenza di operatori e soffrono spesso di un mancato dialogo con il carcere, e quindi, se la persona è

già in carico ai servizi, nel momento in cui è un'esecuzione penale, è un discorso, ci sono persone con un sacco di punti interrogativi. I punti interrogativi spesso rimangono, perché non c'è un vero e proprio, una vera e propria connessione per i servizi (Volontario 2).

Per cui, l'operatività magari cambia perché ti devi misurare con l'amministrazione penitenziaria, però diciamo l'intento è quello di dare una continuità di trattamento non soltanto, come dire, delle cure, ma delle cure in senso lato, cioè quindi dall'aspetto psicosociale, dall'aspetto no? risocializzante, riabilitativo e quant'altro. Quindi, anche aspetti lavorativi, la residenza per esempio, se l'ha persa, e quindi mantenere quanto più possibile i diritti, che è del cittadino (Psichiatra CSM 2)

Nel caso la persona abbia una doppia diagnosi l'inserimento in un percorso territoriale è più facile, perché si avvantaggia delle procedure per persone tossicodipendenti (art. 94 TU 309/1990) e delle strutture comunitarie a doppia diagnosi, che sono nella rete dei servizi SerD.

Ad esempio...l'anno scorso abbiamo seguito un ragazzo che era...lui aveva una lunghissima storia di tossicodipendenza già da adolescente, un poli-abuso di sostanze, di comportamenti antisociali. E poi però nel tempo ha sviluppato anche un disturbo psichiatrico importante, con

un disturbo psicotico e un'alterazione dell'umore veramente importanti. Era in carcere. [...] Ma c'è stato tutto un lavoro e veniva visto da me e dalle colleghe del SerD. Poi sono entrati in campo anche le colleghe dei servizi territoriali, sia del SerD che del CSM di competenza, fuori, territoriale. E poi la persona è stata inserita in una comunità qua della zona e continua ad essere seguita in modo congiunto da tutti e 2 i servizi. Quindi gli è stato fatto, insomma, questo lavoro: intanto di contenimento del quadro psicopatologico, quando lo richiedeva, quindi tramite ricovero, perché non stava bene. Non poteva sicuramente continuare a stare in carcere. Una volta rientrato in carcere comunque abbiamo continuato a seguirlo. È una persona molto difficile, anche. E poi, una volta stabilizzato, si è riusciti a crearle, insomma, un'alternativa. E adesso lui è in questa comunità. Ecco, quindi è riuscito ad uscirne... sinergia anche con i servizi del territorio. È stato fatto tutto questo lavoro (Psichiatra 4).

Esempi di programmi con esiti positivi non si possono raccontare perché non ce ne sono stati per la loro difficile attivazione: dovrebbe essere il servizio territoriale a farli, e questo a quanto pare non accade, e per arrivare a ciò servirebbe un lavoro di coordinamento da parte del servizio carcerario, che dovrebbe essere svolto da educatori e assistenti sociali del servizio di salute mentale, che sono però figure mancanti, cioè previste ma non assunte.

No perché non si fanno noi questi programmi comunque. Cioè noi massimo, ci si può mettere in contatto con il servizio territoriale che poi deve fornire un programma per l'uscita. Noi non abbiamo/diamo un programma per l'uscita. [...] Io le posso dire che sono... no, cioè che

è successo magari su pazienti che sono stati reputati incapaci, che quindi comunque l'alternativa era la REMS, perché o è REMS o programma comunitario contenitivo fatto dal servizio. Io per alcuni ho collaborato con dei territori per questo tipo di misure, che invece di andare in REMS poi sono andati in comunità, per cui...uno si mette d'accordo con il territorio. Magari se sono comunità, magari si deve organizzare col territorio l'incontro con la comunità stessa, perché devono conoscere il paziente. Però diciamo che noi come servizio - ora, io non so negli altri e nelle altre realtà italiane – però sicuramente qui a *** il nostro servizio è mancante, nel senso che noi siamo psichiatri e psicologi, mancano gli educatori, mancano gli assistenti sociali. Non siamo un servizio completo...Cioè se io devo far parlare il paziente con la comunità, sono io personalmente che devo contattare il servizio territoriale, devo mettermi d'accordo con la comunità, devo chiedere le autorizzazioni per effettuare...cosa che in un servizio completo in realtà non è che lo psichiatra fa tutto

questo [...] Non è così frequente per la psichiatria ... è molto più probabile che possa succedere sul paziente con doppia diagnosi che poi è il Sert che organizza queste cose (Psichiatra 2).

Gli esempi concreti di uscita dal carcere non sono mai ordinari, ma portano con sé un elemento di sofferenza ulteriore che in qualche modo apre le porte alla misura esterna: l'essere stato picchiato o l'essere un caso "molto particolare".

Abbiamo avuto due situazioni, due dall'Atsm. Una che è questa che ti dicevo. Questa persona che inizialmente rifiutava, eh! Altro che andare in una struttura, perché poi c'è anche questo...devono anche accettarla la misura alternativa. Inizialmente rifiutava, poi via via con le cure, e avendo avuto anche dei gravi problemi. Perché insomma è stato picchiato più di una volta...è stato...poi piano piano si è reso conto e allora, in collaborazione con l'avvocato, abbiamo scritto una relazione al magistrato di sorveglianza e il paziente, in tempi devo dire ragionevoli, e in accordo però col servizio di riferimento che lui aveva...e che concordava con le relazioni nostra del carcere, della struttura ricevente e del servizio, tutte e 3 concordi, il paziente al momento attuale è in misura alternativa in SRP1...(Psichiatra 1).

Un altro, invece, ha avuto...è transitato da ***, ha avuto dal magistrato di sorveglianza dopo una relazione sanitaria che però è stata fatta al carcere di ***, non da noi, l'anticipazione della misura di sicurezza rispetto alla pena, tra l'altro un fine pena molto lungo, un caso molto particolare, adesso è in REMS in misura di sicurezza detentiva, avendola anticipata per motivi di salute rispetto alla pena (Psichiatra 1).

In conclusione, che il nodo critico si trovi nel sistema dei servizi esterni emerge dalla gran parte delle interviste.

Sì, diagnosi conclamata, problemi rilevanti, persone che certamente, secondo la sentenza della Corte costituzionale del 2019, o indicazioni del Comitato nazionale di bioetica, dovrebbero stare in alternativa al carcere e sono lì. Allora il punto è che il sistema fuori non è attrezzato ad accoglierli, il sistema dentro era abituato a mandarli nell'Opg. Nel frattempo restano in un ambiente appunto patogeno che certamente fa male alle loro condizioni di salute. Questo è, diciamo, quello che poi si vede concretamente [...] E allora... sulle condizioni di incompatibilità io devo dire non ho riscontri significativi, soprattutto da parte di coloro che sono già in carcere. In qualche caso situazioni di questo genere sono maturate, diciamo così, all'esterno, in attesa, per esempio, quelli in attesa di entrare in REMS sono riusciti ad accedere a misure altre... in carcere no, quindi non ho esperienze in questo senso (Garante 3).

Di fatto, quindi, le persone con patologia mentale, restano in carcere, nonostante l'indicazione chiara della Corte costituzionale in proposito. E in carcere, in alcuni istituti, sono state realizzate le ATSM, sezioni penitenziarie a diretta gestione sanitaria in cui vengono inseriti alcuni detenuti con patologie più gravi.

E io non penso neanche che, dal punto di vista, diciamo così, di assistenza, siano delle strutture adeguate. Perché è l'idea, diciamo così, della scatoletta dentro lo scatolone. Viceversa, diciamo così: i percorsi terapeutici di salute mentale dovrebbero essere percorsi di restituzione, di apertura, addirittura di apertura all'esterno del carcere, ma certamente di apertura dalla scatoletta, perché la persona che è chiusa...immaginare che una persona possa scontare la propria pena di 1 , 2 , 3 , 4 , 5 anni o quello che sia dentro la scatoletta ATSM è una cosa dal punto di vista clinico chiaramente controproducente. Non ha alcun senso. Quello di cui ci sarebbe bisogno, e questo lo comprendo perfettamente, infatti, a un certo punto, se n'era discusso anche di un'ipotesi sperimentale di questo genere a ***, ma

poi non è andata avanti, era quella invece di avere...accanto, a latere dei servizi di salute mentale rivolti alla generalità della popolazione detenuta, visto che la metà delle persone che stanno in carcere ha necessità di un sostegno psicologico o farmacologico, alla condizione di detenzione... Immaginare che, accanto ai servizi di salute mentale in carcere, ci siano a disposizione delle stanze di degenza per periodi brevi di particolare sofferenza della persona, che quindi può legittimamente non...per cui può essere più utile che non stia in sezione per alcuni giorni, per alcune settimane, o quello che sia... Pensare una cosa di questo genere è una cosa completamente diversa dall'ATSM. Perché nell'ATSM si viene assegnati, è una sezione di assegnazione. Nel momento in cui si viene assegnati all'ATSM, neanche il direttore può spostare la persona che è in ATSM a un'altra sezione dello stesso istituto. Deve esserci la determinazione ministeriale, è una vera e propria sezione, in cui la persona rischia di restare ingabbiata. Io ricordo un caso specifico. Questo sì, lo ricordo perfettamente - forse è stata la mia prima visita a Civitavecchia - appunto di una persona che era assegnata in ATSM e che, diciamo, la direttrice aveva verificato - l'ATSM in cui appunto, come dicevo, erano lei e forse un'altra, diciamo in 2 stanze che si guardavano - quindi una condizione sostanzialmente di isolamento. Questa persona, invece, ha avuto la possibilità di andare in sezione a fare attività e, stando con le altre persone, stava molto bene. Per cui la direttrice voleva, e alla fine diciamo, in qualche modo, diciamo, non formalmente, violando le regole, ha trasferito la persona, ma non lo poteva fare. Serviva una diversa assegnazione da parte del Ministero. Perché quando una persona viene assegnata in ATSM, lì deve stare. [...]

Io sono... io diciamo così, la mia opinione è nettamente contraria alla sola esistenza degli ATSM, io sono per chiudere le ATSM. Questa è la mia opinione, le trovo controproducenti. È inutile pensare alla loro moltiplicazione, perché altrimenti finiremo per fare i manicomi in carcere. Perché se dobbiamo fare 400 posti di Atsm in una regione come ***, significa dedicare un istituto alle persone con gravi disturbi di salute mentale, che significa un manicomio. [...] Dei modi di funzionamento dell'assistenza di salute mentale in carcere...Penso che invece tutti gli istituti penitenziari dovrebbero avere delle équipe multidisciplinari di salute mentale che, almeno diciamo così negli istituti più grandi e più complicati, abbiano anche delle stanze di degenza, dove le persone in momenti in particolari di difficoltà, possano in qualche modo essere ospitati in una condizione di maggiore tranquillità e di maggiore prossimità agli operatori e quant'altro. Bisognerebbe pensare in una maniera completamente diversa il sistema sistema di servizi presente in carcere (Garante 3).

Per l'area penitenziaria le ATSM restano un qualcosa di incompiuto, un progetto a metà, su cui ci sarebbe ancora da lavorare e su cui l'Amministrazione vorrebbe lasciare più spazio all'area sanitaria.

Su queste articolazioni, le ho già detto, c'è molto da lavorare [...] Perché alla fine mi sono accort* che in realtà dovrebbero essere completamente in carico all'azienda sanitaria ma così non è. Certo, per varie difficoltà, per carità, difficoltà molteplici, me ne rendo conto, ma alla fine rimane in carico all'amministrazione penitenziaria che il personale non lo ha. Ho aperto l'articolazione di salute mentale, l'ho tenuta per 7 anni, so cosa significa, grossa difficoltà, su quelle secondo me bisognerebbe un po' lavorare, perché abbiamo chiuso gli OPG però di fatto, queste strutture sono più piccole, chiaramente non sono ambienti, non sono interi istituti, però mi rendo conto che non sono seguite adeguatamente. [...] Quando c'è stata la chiusura dell'OPG, il primo gruppo di 6/7 persone sono arrivate tutte insieme, quindi non è stato facile per noi entrare in una gestione di persone particolari, le aggressioni, gli eventi critici, tanti episodi (Area direttiva 2).

6.12 Che cos'è la psichiatria?

La tematica vuole evidenziare, facendo eco al celebre testo di Basaglia (Basaglia, 1967), quale sia l'ideologia professionale degli psichiatri e delle psichiatriche che lavorano in carcere, e anche di quelli/e che lavorano sul territorio (se evidenziato dagli intervistati). La domanda posta nel testo di Basaglia aveva lo scopo di aprire il dibattito su una scienza di cui si percepiva chiaramente la lontananza rispetto alla pratica reale nei contesti manicomiali: da un lato teorie che costruivano diagnosi psichiatriche e tipologie di malati, accomunati dalla diversità e dall'incomprensibilità, dall'altro lato l'esperienza dell'osservazione all'interno dell'istituzione, in cui gli internati venivano plasmati dalla loro condizione di internamento. Aprire il dibattito sulla psichiatria significava, allora mettere in contatto costante la scienza con la realtà e aprire a un approccio di continua messa in discussione dei propri metodi: “si sente l'esigenza di una psichiatria che voglia costantemente trovare la sua verifica nella realtà e che nella realtà trovi gli elementi di contestazione per contestare se stessa” [enfasi dell'autore] (Basaglia, ediz. 2024, p. 34). Tra i cambiamenti che l'approccio critico proposto voleva suscitare vi era quello di mettere in discussione il rapporto di potere gerarchico tra operatori e pazienti, sostituendolo con un approccio basato sulla pari dignità (*ivi*, p. 29).

Per approcciarsi a tale tema nel contesto dell'esercizio della professione psichiatrica in carcere è stata posta espressamente la domanda agli/alle intervistati/e "che cos'è secondo lei la psichiatria?", che ha suscitato reazioni differenziate: alcuni hanno fatto un collegamento immediato con la prospettiva critica che emergeva dal testo di Basaglia, altri hanno chiesto di precisare meglio o circoscrivere la domanda. In questo secondo caso si è delimitato il tema alla domanda su quali fossero, secondo l'intervistato/a, nel suo luogo di lavoro, ovvero il carcere, le diverse scuole di riferimento, i diversi stili clinici, presenti, se vi fosse una pluralità di approcci o se vi fosse un approccio omogeneo. La domanda è stata posta, oltre che ai/alle professionisti/e psy, da cui ovviamente si sono avute le risposte più significative – nel caso in cui l'intervistato/a appartenesse alla professione psicologica la domanda è stata posta anche riguardo a quest'ultima - anche alle altre persone intervistate.

La precisazione della domanda ha dato vita a diverse interpretazioni per cui si sono raccolte descrizioni di vari temi: la principale riguarda il modo di interpretare il proprio ruolo di professionisti in ambito penitenziario; sono emersi poi la presenza della passione e dedizione professionale per il lavoro con i particolari bisogni delle persone detenute, riflessioni sull'approccio de-istituzionalizzante, considerazioni su un modo più complesso (olistico) di approcciarsi alla persona con disturbo psichiatrico, riflessioni sulla dimensione politica insita nella cura psichiatrica.

L'interpretazione del ruolo del professionista varia anche in base alla categoria di intervistati che risponde. Per esempio, si è sottolineato che il carcere, imponendo la privazione della libertà, e quindi anche un ridimensionamento della volontà, appiattisce tutti gli aspetti relazionali e rende la psichiatria quasi una specialità organica come le altre.

Garante: Mah, la psichiatria in carcere è alla stregua di, secondo me, di qualunque altra visita di altri...di altri specialisti.

I: nel senso?

Garante: Nel senso che... cioè in carcere non si può certamente fare psicoterapia, perché non è una scelta volontaria, per cui c'è un trattamento psichiatrico se la persona è valutata... dallo psichiatra che abbia certe problematiche, come dal gastroenterologo, se ha problemi in tal senso... (Garante 1).

Si evidenzia, ancora, che l'organizzazione del penitenziario influisce in modo decisivo sull'approccio dei professionisti della psichiatria.

Garante: Mah! la psichiatria è questa cosa qui, intanto, è, diciamo, la valutazione clinica, un po' distaccata, diciamo sì, della persona, perché poi, alla fine, insomma...lo psichiatra non è, nel penitenziario, anche nel modello di servizio più intensivo, quello delle ATSM, di cui abbiamo parlato prima... lo psichiatra è il dirigente medico che passa, diciamo così, dispone e va via. Poi il problema è che ci siano gli altri operatori che facciano la quotidianità dell'assistenza, che è un'altra cosa (Garante 3)

Si sottolinea anche che il carcere è un luogo patogeno in relazione alla salute mentale e quindi la questione che ci si pone dovrebbe andare al di là dell'approccio degli/delle psichiatri/e, di cui peraltro c'è stima, e dovrebbe mettere in discussione l'istituzione.

GR: Ma questa è una domanda che richiederebbe una meditazione profonda [...] Credo che sia effettivamente un tema su cui riflettere, cioè... il carcere così come concepito in questo momento come viene utilizzato e organizzato, è sicuramente patogeno. Quindi, sotto il profilo, appunto della psichiatria, credo che i problemi psichiatrici, cioè il problema delle persone che soffrono di disturbi psichiatrici, sia molto concreto, in carcere, ma credo che molto dipenda proprio dal tipo di carcere... cioè dal carcere com'è fatto, e quindi bene che ci siano attenzioni cure, ripeto: siamo molto contenti del/della nuovo/a psichiatra. E però, però, insomma, non possiamo prescindere dal fatto che per risolvere il problema... bisogna passare altrove, cioè modificando proprio la struttura carceraria e anche le dinamiche del carcere, la custodia, l'esercizio del potere da parte degli organi di custodia, insomma, cioè c'è tutto un sistema che andrebbe rivisto anche in funzione della caratteristica patogena del carcere (Garante 2).

Viene evidenziata l'analogia dell'approccio della psichiatria in carcere con quello sul territorio, ma anche la rigidità dei criteri diagnostici, sia della psichiatria che del SerD, che però nell'ambito del penitenziario viene superata tramite la cogestione di alcuni casi.

L'approccio della salute mentale, credo che sia l'approccio adeguato che viene fornito anche a livello del territorio. Diciamo che molte volte sono molto legati ai loro criteri diagnostici, quindi, ma questo lo dico anche per una mia mancanza di competenza completa nel loro settore. Però molte volte pazienti che noi riteniamo che avrebbero bisogno di un intervento un pochino più specialistico della salute mentale loro, giustamente, non riconoscendoli come casi veri e propri psicotici, quindi da inquadrare in una loro diagnosi ben precisa, che ovviamente è un passaggio fondamentale, non fanno una presa in carico completa.

Abbiamo a ***, superato un po' il problema, perché in quei casi in cui non vi è una dipendenza franca, ma non vi è neanche un disturbo psichiatrico franco facciamo una cogestione, comunque, e quindi interveniamo in una collaborazione di operatori in modo da superare, ecco, questa rigidità nostra, ma anche loro nell'inquadramento diagnostico. Però l'approccio, devo dire, secondo me è quello adeguato. Loro si muovono, si spostano nei reparti, sono sempre reperibili per le emergenze e sono presenti anche il sabato mattina, per cui, devo dire, direi adeguato (Area SerD 2).

Guardando a quella che è l'interpretazione che i/le professionisti/e danno del proprio ruolo troviamo che il dialogo, la costruzione della relazione terapeutica attraverso il discorso e la comprensione, è uno dei primi aspetti che viene sottolineato. Abbiamo riportato *supra* in 6.8. le strategie adottate da alcuni/e operatori/trici della psichiatria per spostare il fuoco dell'interesse dai farmaci a qualcosa di diverso, attraverso l'offerta di una più ampia possibilità di dialogo, che serve a guadagnare la fiducia della persona detenuta e a costruire e portare avanti la relazione terapeutica.

La centralità della relazione terapeutica e del dialogo sono intese proprio come modalità di esercitare la psichiatria.

Mah che dire, io credo molto dipenda dallo psichiatra e da come intende la psichiatria. Lo psichiatra, di base, viene considerato quello che segue i farmaci e lo psicologo quello che parla. Ehm...questo non mi corrisponde sinceramente, ma perché io sono fatt* così, cioè nel senso per cui...credo che sia fondamentale la relazione terapeutica con il paziente indipendentemente dalla terapia farmacologica, che poi facilita anche veramente, eventualmente, la somministrazione di questa se ce n'è necessità. Per cui...cos'è la psichiatria...non so, per me si parte dalla relazione col paziente e dopodiché si vede di cosa ha bisogno il paziente. Quindi, se c'è bisogno di farmaci, se c'è...perché poi la realtà carceraria è un po' diversa. Ora, io sul territorio ho lavorato sei mesi subito dopo la specializzazione, e non ho più lavorato. Per cui, diciamo che io posso parlare dell'ambiente carcere, perché poi non avendo lavorato non... non ho proprio dimestichezza con l'ambiente territorio. Nell'ambiente carcere, secondo me, fare lo psichiatra, come alcuni intendono, cioè: somministro farmaci, valuto sintomi più importanti e tutto il resto lo lascio allo psicologo, è un po' limitante. Cioè, a me non piace fare quel tipo di lavoro, e ho deciso di rimanere in carcere - con la carenza di psichiatri volendo potevo venir via già da tempo, però nonostante tutte le difficoltà e... secondo me, anche un po' i peggioramenti che ci sono stati poi negli anni, cioè prima non era così secondo me il carcere era meglio, ora è... più difficile - però ci sono rimast*, perché a me piace lavorare in carcere, piace lavorare coi

detenuti, con tutte le difficoltà del caso, che tanto poi non sono minori fuori, sono solo unicamente diverse e secondo me si deve lavorare di relazione all'interno del carcere, che spesso è quello che a loro manca. È anche quello che gli può dare maggiormente sostegno, non so come dire [...] soprattutto in carcere, la relazione è fondamentale. Cioè instaurare una relazione di...ma già se uno riuscisse a stabilire di fiducia sarebbe già un grosso successo, perché comunque di base i detenuti non si fidano...ed hanno anche ragione, secondo me (ride) cioè per le esperienze di vita che hanno avuto. Per cui già se uno riesce a costruire quel tipo di rapporto, siamo già avanti (Psichiatra 2).

Nelle risposte ricevute alla domanda “Che cos’è la psichiatria?” si sottolinea l’importanza di avere un approccio non psichiatrizzante, nel senso di tenere conto del contesto penitenziario in cui il paziente si trova a vivere nell’interpretare i suoi comportamenti, e di cercare di non cedere a richieste istituzionali improprie. Anche l’attenzione alla persona, valutata nella sua condizione di adattamento al contesto carcerario, è indicata come importante alternativa a un approccio esclusivamente farmacologico.

I: Che cos’è la psichiatria dal tuo punto di vista?

Psichiatra: ...(silenzio) è un domandone!

I: è un domandone!

Psichiatra: Circoscriviamolo un attimo, in che senso?

I: allora, penso al fatto che comunque, in ogni luogo di lavoro, anche esterno... Però, insomma, ora parlando del carcere, sicuramente ci saranno diverse scuole di riferimento, diversi stili clinici, immagino. Voi non avrete tutti lo stesso approccio...

Psichiatra: Lo stesso tipo di formazione, lo stesso approccio? No.

I: Quindi, ecco, che cosa mi puoi dire riguardo questo. Per farsi un’idea?

Psichiatra: Allora, noi come gruppo di lavoro come approccio siamo abbastanza fortunati, nella misura in cui... molte sono persone che hanno lavorato lungamente in carcere, quindi che si sono in qualche maniera formate per qui, quindi hanno un approccio, fin dove è possibile, vista la prossimità del nostro approccio, non così esclusivamente psicofarmacologico, che hanno un'attenzione anche alla persona, all'importanza dell'adattamento, a quanto l'adattamento può influire. Stiamo 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. E quindi, come dire, l'idea di essere più proattivi... molti sono anche molto rassegnati, perché devo dire che molti hanno ricevuto delle risposte molto brutte da colleghi esterni, anche molto squalificanti, quindi sono molto... c'è un po' la sensazione, ora è brutto dirlo, non di ghetto, ma insomma, per intendersi, di essere un po' marginalizzati, di essere considerati un po' di serie B, di essere considerati meno bravi, di essere considerati meno... per il semplice fatto... c'è un po' di stigma, a dirla proprio molto... perché purtroppo lo stigma tende ad allargarsi e quando stai in un ambiente di un certo tipo... e quindi anche nell'interazione...

I: Si estende anche diciamo ai professionisti in qualche modo?

Psichiatra: Si estende. Sì, un pochino sì. [...]

I: Quando dicevi "hanno avuto delle brutte risposte" intendi dai colleghi sul territorio.

Psichiatra: Sì (ride) è difficile anche se... a volte ricoverare i pazienti. Anche perché *** ha la fortuna di ricoverare in SPDC. Questa è una grande fortuna e devo dire che i colleghi di [nome di ospedale] sono molto aperti e devo dire disponibili. Non sono molto rifiutanti. *** e *** hanno la stanza del detenuto che è una cosa, dal mio modo di vedere, improponibile. Però c'è e quindi bisogna prenderne atto. E quindi il rapporto con l'ospedale è un pochino più complicato.

I: Capisco.

Psichiatra: Questo solo per il ricovero. Per i progetti esterni è complicato un pochino con tutti, come ti dicevo prima. Però, insomma, alle volte ci si riesce e poi tutto sta a cominciare, bisogna far passare il concetto. Noi siamo forse più in difficoltà di altri, non saprei, però si sta cercando di lavorarci. E i colleghi ci stanno un pochino a contattare i servizi un po' prima, e se poi non rispondono, purtroppo a volte non rispondono, però e... a questo punto stiamo prendendo anche un po' l'abitudine di far riferimento alla sorveglianza, al magistrato di sorveglianza e dire: "Noi abbiamo cercato di far questo, non c'è riuscito" e alle volte il magistrato è anche intervenuto, eh! Devo dire.

I: Sì, sì.

Psichiatra: Non è proprio la più bella cosa che si possa fare però a mali estremi, a volte estremi rimedi. E poi, dopo le cose, magari prendono delle pieghe, un pochino più lisce. E... questo facilita anche noi. Perché altrimenti, cominciamo, cioè... c'è un atteggiamento di rassegnazione, tanto è inutile e non si fa più nulla, e ci si limita all'interno. Questo alle volte un pochino accade.

I: Certo, Certo.

Psichiatra: Non so se ho risposto alla domanda... Certamente, ecco l'altra cosa da dire, rispetto a fuori lo psichiatra in carcere è molto più... non capace, diciamo abituato, a filtrare l'improprietà della richiesta...e anche a distinguere l'atteggiamento protestatario, reattivo, a non intervenire, a non psichiatrizzare certi tipi di atteggiamenti rispetto a quello che

accade fuori. Un poco difesa, un po' abitudine, e un po' è una competenza che, secondo me, si matura.

I: E questo lo riconduci alla differenza di condizione in cui...

Psichiatra: Alla differenza di condizioni, alla differenza di contesto e al fatto che, anche nelle detenzioni un po' più lunghe, si vedono dei detenuti scollinare, ci si chiede perché, come mai fanno questo mentre quando sono arrivati, erano altro. Insomma... Cioè, abbiamo una visione diversa. Ecco.

I: mhmh... è un po' insomma il contesto detentivo che porta ad avere questo...

Psichiatra: A volte sì

I: ...occhio diverso.

Psichiatra: Sì, sì, assolutamente sì (Psichiatra 1).

Questo lungo stralcio di conversazione racconta molto. Chi lavora in carcere da molti anni acquisisce, dunque, una certa pratica a tenere in considerazione il contesto e, in qualche modo, a tenerne conto nell'interpretazione dei casi clinici che si presentano. Tuttavia, lavorare da molti anni in carcere crea anche una separazione con i professionisti e le professioniste della psichiatria che lavorano sul territorio: chi lavora in carcere da molto tempo tende a vedere meno la prospettiva dell'esterno e a essere più rassegnato alla difficoltà dell'uscita; inoltre percepisce, da parte dei/delle colleghi/e che lavorano sul territorio, un atteggiamento stigmatizzante per il proprio essere comunque parte di un'istituzione penitenziaria.

Altro punto interessante è la chiamata in causa della magistratura di sorveglianza di fronte ad atteggiamenti rifiutanti del territorio: l'intervento dei giudici aiuta ad aprire quelle porte che non vorrebbero aprirsi. Questo serve anche a modificare le relazioni tra professionisti/e che lavorano in carcere e professionisti/e che lavorano sul territorio, predisponendo questi/ultimi/e a una considerazione maggiore delle richieste.

Un approccio alla psichiatria che viene alla luce nelle interviste di altri/e professionisti/e psy, è che questa, la psichiatria, è solo una piccola parte della salute mentale, necessaria, ma piccola.

La psichiatria è una piccola parte della salute mentale. Cioè la competenza psichiatrica è, a mio avviso, una piccola parte della competenza che uno deve conoscere quando si occupa di salute mentale, quando quella piccola parte di psichiatria, che tu ovviamente devi conoscere bene ed esercitare ti aiuta a sviluppare tutto il resto della parte della salute mentale. E a volte puoi riuscire a fare a meno anche di quella piccola parte, se si lavora

bene, però, diciamo, è necessaria, però è una fetta ristretta, diciamo, in termini percentuali, la parte di psichiatria pura 10, 15 per 100. Tutto il resto è salute mentale (Psichiatra 3).

Anche altri/e professionisti/e fanno un preventivo distinguo tra salute mentale e psichiatria.

I: Che cos'è, secondo lei, la psichiatria all'interno di questi spazi?

PSY: La salute mentale o la psichiatria?

I: no no, la psichiatria.

PSY: Psichiatria? Psichiatria è un po' una parte della salute mentale, secondo me, comunque, avere cura un po' di quella che è la salute mentale dei detenuti. Questo, sicuramente, cogliere bisogni e cercare, lavorando in rete, di fare il possibile per soddisfarli, per migliorare le condizioni delle persone. Questo in estrema sintesi. (Psichiatra 4).

Nella prospettiva di altri/e operatori/e la psichiatria si identifica comunque innanzitutto con la presa in carico sanitaria che comporta la terapia farmacologica. Ciò a differenza della psicologia. Che è identificata come un percorso di conoscenza della persona, per quella parte della psicologia che fa capo all'Amministrazione penitenziaria ed è funzionale al trattamento, e come un processo di accompagnamento della persona nel suo percorso carcerario, per quella parte della psicologia che svolge il ruolo di supporto alla persona.

I: Che cos'è la psicologia in questi spazi? Uso proprio il termine psicologia, perché appunto e la branca disciplinare che rispecchia il suo ruolo.

PSY: Mah è uno strumento che può essere utilizzato un po' da tutte le figure, che serve appunto agli operatori per conoscere meglio i detenuti, cercare di avviare un percorso di osservazione, trattamento, reinserimento. Insomma, come vogliamo chiamarlo, e ai detenuti...per i detenuti potrebbe essere uno spazio di ascolto e di osservazione [...] da poter utilizzare all'interno del carcere, così come area sanitaria ed educativa, un po' alla stessa stregua

I: e se le chiedessi cos'è la psichiatria?

PSY: è più nello specifico la branca medica e quindi, ovviamente, se poi bisogna fare delle prese in carico specifiche riguardanti la salute mentale o intraprendere percorsi di terapia farmacologica o trattamenti specifici per dipendenze, eccetera, eccetera. Ovviamente, la psichiatria è l'organo dedicato a fare questo insomma, più nello specifico (Area psicologica ex art. 80).

I: a fronte di quello che ci siamo detti, della sua esperienza, che cos'è la psicologia, la disciplina psicologica all'interno del carcere?

Psy: Che è...la psicologia penitenziaria È proprio come... a me non piace dire lo studio, è più che altro accompagnare la persona nel suo percorso carcerario... Io la vedo così, attraverso l'identificazione dei processi mentali, dei suoi vissuti emotivi delle... però, secondo me uno psicologo all'interno del carcere, al di là di identificare e intercettare determinati processi mentali, emotivi, comportamentali... Lo psicologo all'interno del carcere accompagna la persona all'interno del suo percorso, tramite i suoi strumenti, che sono strumenti...caratteriali, strumenti tecnici, strumenti teorici per poter affrontare al meglio determinate...situazioni che si vengono a creare. È questo per me. (Area psicologica)

Dal punto di vista dell'area direttiva gli psichiatri sono visti un po' come un mondo a sé, che si vorrebbe maggiormente calato nel contesto penitenziario.

Almeno quelli che ho conosciuto io, inizialmente sì poi li vedo come se si perdessero in altre cose. O forse, non so, io li vorrei un po' più calati nel contesto penitenziario. Quindi in questo vedo un limite, però, sinceramente, non ho mai trovato una persona per la quale dire sì a questa persona mi affiderei completamente. Tutte persone che si impegnano, che fanno il loro. Ecco però devo essere sincera...è una mia sensazione (Area direttiva 2).

Da più parti è stato messo in evidenza che l'esercizio della professione sanitaria in carcere richiede anche una particolare dedizione, un coinvolgimento anche della passione.

Ma io vedo praticamente la grande motivazione delle psichiatre con cui ho avuto modo di interloquire, guardi veramente lavorare in carcere è complicato [...] è un'esperienza che consiglierei, ecco. Quindi non saprei che rispondergli, lo psichiatra in carcere, tante sfaccettature, il fatto di poter intrattenere con queste persone dei rapporti, sempre professionali ci mancherebbe altro, ma anche dal punto di vista emotivo, penso ai pacchetti di sigarette che ho regalato, con l'autorizzazione della polizia penitenziaria, alla camicia ho regalato a ***, ai rapporti che poi si creano [...] Il ***, che se c'avesse avuto un kalashnikov mi avrebbe sparato in bocca, poi però quando mi s'è rotta la sedia mentre stavo parlando con lui, è stato il primo ad aiutarmi: "ti sei fatto male, dottore?" E via scorrendo. Per cui, ecco, le contraddizioni ci possono essere (Area direttiva sanitaria).

Allora, ne ho incontrati di molto, no incontrate, son tante donne, molto brave, e io penso che se rimani... tante delle persone che rimangono a lavorare in quel contesto, è perché ci credono molto. E quindi in tante professioniste, ho visto una grande motivazione e, penso,

che quella parte lì di lavoro, avere a che fare con delle persone che hanno delle patologie psichiatriche dentro al carcere, ti sveli quanto in maniera tanto lampante quanto spesso quell'istituzione è contraria nel senso rispetto a quello che dice di essere. (Garante 4).

Un altro aspetto che viene sottolineato è l'apertura del servizio psichiatrico alla relazione con altri operatori. Questo viene attribuito a due elementi: l'indirizzo che arriva dalla legge sulla coprogettazione e la cultura degli operatori:

Volontariato 2: Vedo che c'è un orientamento molto farmacologico nella psichiatria

I: questo per quello che tu vedi sia in carcere che sul territorio?

Volontariato 2: Sì è anche sul territorio, anche sul territorio. Ci sono dei cambiamenti in corso. Perché ad esempio penso a quello che è successo nell'ultimo anno: il Dipartimento di Salute mentale, che è sempre più vicino al terzo settore, all'associazionismo in termini di ascolto, di comprensione con una visione orientata, un po' più olistica della salute mentale che inizia un po' a distanziarsi dall'approccio farmacologico. Però, di fatto, credo sia ancora molto basato su quello. Mi piace molto che ci sia nell'aria questo cambiamento, perché credo molto nella forza della relazione. Non so. Magari può essere anche in qualche modo aiutato dai farmaci. Non spetta a me dirlo. Ecco però i risultati che si possono ottenere nel rapporto di vicinanza, nel rapporto di cura basato sul dialogo, sull'ascolto, sulla riscoperta delle proprie capacità sono certa che abbia dei riscontri sicuramente più positivi. E quindi sono molto in ascolto e molto curiosa di vedere che strade prenderanno anche queste prime azioni del Dipartimento in questo senso. Lo interpreto positivamente.

I: Ma questo cambiamento, diciamo in atto, tu lo ricolleggi a qualcosa che è cambiato. Non so, per esempio personale che si è spostato, personale nuovo che è arrivato. Non lo so cos'è che secondo te ha generato questo cambiamento in atto?

Volontario 2: Allora, forse, da un lato, c'è un po' l'aspetto della coprogettazione e coprogrammazione imposto dalla riforma del terzo settore. In qualche modo ha imposto ai servizi di dialogare con il territorio e, dall'altro, forse la presenza di operatori che credono in questo aspetto perché ultimamente mi capita di vedere persone anche giovani che hanno proprio voglia di andare in questa direzione e che sposano un'idea di salute mentale più trasversale che non ha a che fare solo con l'aspetto della diagnosi e della azione farmacologica ma con il benessere inteso in senso molto più ampio. Credo sia un mix tra le 2 cose, da un lato, appunto, l'imposizione dettata dalla riforma e, dall'altro, operatori che hanno voglia di muoversi in questa direzione, anche perché la differenza la fanno le persone quindi se non ci sono le persone che ci credono può esserci qualsiasi riforma (Volontariato 2).

La postura di apertura, di grande accoglienza e di avvicinamento alle persone con fragilità, mostrata dai/dalle professionisti/e psy è percepita da altri operatori un modo chiaro e valutata positivamente.

La dedizione, la passione e il lavoro sempre molto impegnato sono le caratteristiche della professione psichiatrica in carcere: è un occhio che si forma all'esterno e che è bene mantenga questa diversità di sguardo rispetto all'istituzione; anche se che sembra l'insegnamento basagliano, l'approccio deistituzionalizzante, sia un po' meno radicato nelle generazioni di psichiatri e di psichiatre più giovani:

Ovvio che gli approcci possono essere tanto diversi [...] Insomma, mi sembra che ci si creda che ci si incoraggi anche tanto, a volte. Però per questo ti dico che secondo me è un presidio importante mantenere comunque la sanità pubblica dentro il carcere, perché è importante che ci sia quello sguardo, che è uno sguardo altro, è uno sguardo che si è formato in un altro modo e poi è approdato al carcere dall'altra parte. Dall'altra parte però, insomma, io che mi sono sempre un po' occupata di salute mentale, che mi sono tanto occupata di contenzione meccanica, di trattamenti sanitari obbligatori, mi sembra che in realtà, tutto quell'insegnamento basagliano, tutta la vecchia guardia degli psichiatri, con cui ho avuto il piacere e l'onore di lavorare e incontrare in questi anni, mi sembra che un po' si sta perdendo nelle giovani generazioni di psichiatri, cioè che forse quel tipo di approccio e quel tipo di modalità deistituzionalizzante, è un po' meno forte, ed è un po' meno trasmessa a quelle che sono le giovani leve. E questo è un po' un peccato, c'è qualcosa che è mancato, probabilmente in quel passaggio, anche generazionale di competenze, e di significato di che cosa è, e di che cosa dovrebbe essere una psichiatria che vorrebbe tendere a rendere la persona, diciamo così, autonoma e libera da un certo tipo di costrizioni, quando poi, invece, ci ritroviamo in una società in cui in realtà è sempre di più la risposta a tutto quella di rinchiudere e di privare della libertà, poi è anche difficile crescere e formare degli operatori che in questa libertà e nella possibilità che ci sia questa libertà ci credono veramente. Quindi un po' contraddittorio, ecco [...] E comunque non ho una così grande conoscenza anche dei servizi esterni, però ecco servizi esterni più forti e servizi esterni, più aggregati e più combattivi rispetto a una serie di questioni probabilmente porterebbero ad avere meno ricaduta in carcere, cioè incontreremo meno persone in carcere di quelle che incontriamo. Quindi è un po' una deduzione, del fatto che la psichiatria si sia un po' frantumata e atomizzata... (Garante 4).

Un approccio olistico alla salute mentale, che tenga conto della persona nel suo complesso, comprese le condizioni della vita, che influiscono su di essa in modo determinante ma non sono condizioni strettamente cliniche, è uno degli approcci che aiuta a non etichettare la persona e a offrire prospettive di cambiamento. Innanzitutto, la comprensione di quanto le condizioni sociali abbiano influito sulla condizione di salute della persona detenuta è un passaggio preliminare per poter pensare a un'emancipazione da eventuali condizioni patogene.

E quindi è un po', come se ti svelasse, poi la vera faccia di quello che è il carcere. E penso che non sia facile, comunque da professionista accettare o riuscire a lavorare, vedendo poi l'ingiustizia palese di certi percorsi, di certe derive, di certi percorsi di vita. Non so quanto si chiedano quante delle persone che vedono e che incontrano tutti i giorni potevano tranquillamente non essere lì se avessero avuto accesso all'esterno delle altre cose. Quindi, non lo so, se questa domanda se la fanno, io me la faccio spessissimo, e però penso che una professionista, un professionista che fa con criterio il suo lavoro, poi questa cosa non può non vederla. Non può non chiedersela (Garante 4).

In alcuni contesti la visione olistica in merito alla salute, comprendente elementi sociali come casa e lavoro, è indicata dagli operatori/dalle operatrici come proprio approccio alla salute mentale, sia sul territorio che in ambito penitenziario.

E sì, la salute mentale in ambito penitenziario, per come è il nostro modello qui in ***, diciamo che non è molto dissimile dalla salute mentale nel resto dei luoghi [...] Per cui, l'operatività magari cambia perché ti devi misurare con l'amministrazione penitenziaria, però diciamo l'intento è quello di dare una continuità di trattamento non soltanto, come dire, delle cure, ma delle cure in senso lato, cioè quindi dall'aspetto psicosociale, dall'aspetto no? risocializzante, riabilitativo e quant'altro. Quindi, anche aspetti lavorativi, la residenza per esempio, se l'ha persa, e quindi mantenere quanto più possibile i diritti, che è del cittadino (Psichiatra 3).

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, e non a caso c'è Housing First, no? Diamogli un lavoro, diamogli una casa, diamogli un lavoro. E poi? E poi diamogli anche qualche rosa, no? Il pane e le rose. Diamogli un po' di divertimento, qualche hobby, gli amici, la socialità, no? Costruire tutto questo partendo da una stabilizzazione del quadro psicopatologico, beh, è molto più importante come lavoro, ci si dedica molto più tempo a

quello. Però quando si avvera vedi che le persone, poi, hanno una qualità di vita accettabile. E che magari riescono che ne so, a stare in coppia, a sposarsi, a fare dei figli, ad avere dei progetti di vita veri e propri, la qualità è quella (Psichiatra 3).

L'approccio psichiatrico, nella tradizione della psichiatria critica che ha portato in Italia alla chiusura dei manicomi, ha avuto anche una dimensione politica. Le contraddizioni che la malattia mentale copriva e non faceva emergere, e che invece la psichiatria critica stimolava a mostrare come inizio della guarigione, si generano nella società si radicano nella persona, in una relazione tra macrocosmo e microcosmo di cui si invitava a prendere coscienza. E a lavorare per modificarla, con gli strumenti della deistituzionalizzazione e della costruzione dell'autonomia personale.

Garante 4: rispetto poi a quella che è la grande questione, le questioni che c'erano negli anni '70, il modo in cui si faceva in qualche modo, come dire gruppo, anche rispetto a certi temi. Mi sembra che sia molto più, molto più frammentata ... riguarda anche, ovviamente, il problema degli investimenti di quanto poco noi investiamo su questa parte. Non so, all'interno del minorile, si fa fatica ad avere delle prese in carico del DSMRE, che è il servizio dell'età evolutiva [...] Allora, se noi siamo in una società in un momento storico in cui non riusciamo [...] se la psichiatria dell'età evolutiva non riesce a prendersi cura della parte di minori autori di reato, che dovrebbero essere uno dei gruppi sentinella per eccellenza, diciamo così, e c'è la mancanza di presa in carico di quella parte lì, allora che cosa dobbiamo pensare, in generale? Capita poi a cascata, le vicende che non riescono ad essere arginate in tempo o prese in tempo prima che degenerino in altro, allora questo mi fa pensare che comunque c'è un problema, sicuramente di risorse, e c'è un problema...sono moltissimi problemi. Diciamo così, in tutti questi problemi, probabilmente si è persa quella capacità di essere massa critica effettiva, cioè di essere un gruppo di professionisti che questa cosa la rivendicano e che la fanno collettivamente e che cercano di arrivare e di portare avanti degli obiettivi. Questo diciamo così: è ovvio che è necessariamente un discorso molto generalizzato. Ma che mi sembra, diciamo così, che tutta quella parte lì, invece di che cosa significa lottare rispetto a quella parte di professionalità, ecco, mi sembra che si sia un po' persa...

I: Chiaro, chiaro, mi viene a dire: la dimensione politica, forse...

Garante 4: Esatto, assolutamente, assolutamente questo. (Garante 4).

Quanto alla presenza tra i colleghi psichiatri/e, di diverse scuole di riferimento, di diversi stili clinici, oppure un'omogeneità di approccio, quest'ultima è individuata come una qualità del

proprio ambiente lavorativo: non tanto perché sia valutata positivamente l'idea in sé di omogeneità, quanto perché la comunanza di prospettive critiche in materia psichiatrica costituisce una qualità aggiuntiva rispetto a quanto già evidenziato sopra:

Mah, in *** siamo abbastanza omogenei, per fortuna ecco... siamo abituati a criticare fin troppo le nostre pratiche. Cioè, siamo sempre desiderosi di capire come possiamo andare avanti, come possiamo migliorare le nostre pratiche. Nella discussione nazionale si avverte di più le differenze, cioè perché ci sono alcuni che, no? magari su quest'onda di violenza sugli operatori sanitari, allora reagiscono con “è meglio che li rinchiudiamo, è meglio che torniamo a sistemi più legulei”, insomma, è chiaro che c'è di tutto, che chi dice “ma bisogna fargli i farmaci fino a quando non li stendi”. E quindi ecco, come dire, non supporti tutta l'altra area di vita che invece deve essere attiva. È chiaro, su queste contraddizioni, noi ci stiamo sempre, ecco, ripeto, qui finora è un'isola felice. Non andrei a lavorare da nessun'altra parte, pur riconoscendo che ci sono dei modelli molto interessanti [...] per cui, come dire, c'è una discussione che è su due livelli. All'interno nostro, spingiamo molto sul fatto che la salute mentale è ridurre la psichiatria, diciamo, al minimo: piena integrazione del cittadino. E poi, però, ci dobbiamo confrontare con tante altre realtà, perché per dire, noi abbiamo tutti gli SPDC no restraint, senza contenzioni, oramai da anni, e sono una ventina in tutta Italia su 330 SPDC. Però andare a dire a un collega che sta facendo contenzione che è un barbaro non è corretto, cioè: “insegnagli come fare, aiutalo a come fare”, perché molti vorrebbero non fare la contenzione... è un processo, Ravenna per esempio l'ha pubblicato e ha detto: “Per arrivare alla non contenzione stabile ci abbiamo messo 16 anni”. Cioè è una cosa per cui tu devi lavorare. Cioè, per arrivare a quel risultato, ci vuole un lavoro d'équipe, di formazione, per cui fare i primi della classe serve a poco, pur sapendo che questa è un'isola felice che dobbiamo coltivare e mantenere, perché basta un attimo...(Psichiatra 3).

6.13 Immaginari di cambiamento

In linea con il taglio di ricerca-intervento con cui la presente ricerca è stata pensata, abbiamo considerato di interrogare le persone partecipanti alla ricerca rispetto a possibili aree di intervento in termini di cambiamento prefigurabile alla luce della propria esperienza specifica. Considerando dunque le persone partecipanti come esperiti d'esperienza, portatrici di un sapere, abbiamo posto loro il seguente interrogativo: *Se disponesse di una bacchetta magica, quali sono tre cose che cambierebbe della realtà lavorativa in cui è inserito/a?*

Le risposte raccolte sono state soggette ad analisi tematica (Braun e Clarke, 2019, 2022) condotta indipendentemente da due ricercatrici e successivamente soggetta a confronto incrociato. Le risposte raccolte riflettono diverse dimensioni dell'esperienza lavorativa, articolate in tematiche principali quali la vivibilità degli spazi in rapporto al sovraffollamento, la gestione della salute mentale, l'organizzazione interna, le attività trattamentali e formative, le risorse umane e territoriali, nonché la comunicazione tra le figure professionali nonché la tutela della dignità delle persone detenute.

Tra le proposte di cambiamento maggiormente riscontrate, emerge l'esigenza di *ridurre o eliminare il sovraffollamento*, favorendo al contempo migliori condizioni ambientali sia in termini architettonici che igienico-sanitari. Le condizioni ambientali, infatti, sono configurabili sia come fattore di rischio per la salute mentale e il benessere della persona, tanto quanto un fattore di protezione che contribuisce a mitigare sia gli effetti patogeni dell'istituzione, sia situazioni drammatiche quali i tentativi di suicidio. Dal punto di vista di chi in carcere ci lavora, la disponibilità di spazi risulta condizione fondamentale per poter esercitare la propria professione ed arginare l'urgenza e l'incertezza lavorativa che la contraddistingue attualmente. Al contempo, alla rimodulazione degli spazi, l'*eliminazione stessa del carcere* si accompagna come risposta atta a mettere in discussione la forma stessa dell'istituzione. Tale dato assume maggior significato se lo si raffronta con quanto argomentato nel paragrafo 7.2, dove si è cercato di delineare le implicazioni dell'ossimoro salute mentale-carcere, come testimoniano alcuni degli stralci seguenti:

“Io credo che sia impossibile fare... psichiatria sì, ma salute mentale, in queste condizioni, è una cosa per me improponibile. È una condizione talmente patogena che non riesco a... a vedere grosse possibilità” (Area psichiatrico-psicologica)

“Più spazi per i detenuti, più spazio anche per noi, che potessimo avere una nostra stanza, in cui abbiamo computer...in cui possiamo fare colloqui senza dover correre in giro” (Area Serd)

“La chiuderei, cioè non credo nella possibilità, come dicevo prima, del benessere psicofisico in istituti così mastodontici, dove la persona viene persa di vista. È un numero” (Garante)

La saturazione degli spazi, il lavoro in chiave emergenziale da svolgersi in luoghi inadeguati, insalubri ed entro tempi ristretti, tutte queste condizioni dischiudono la strada a proposte che guardano all’apertura verso l’esterno: familiari e territorio. Un’alternativa non solo da praticare ma da sostenere e promuovere alla luce dell’impatto significativo sulla salute mentale e sulla qualità del trattamento, sia *intra* che *extra moenia*.

“Emergenza. È tutto urgente. Tutto di fretta, perché questo impedisce di soffermarsi, ok? Soffermarsi sulle persone, soprattutto sui detenuti che sono i nostri utenti, ma anche sul personale, che lavora con me” (Area direttiva)

“aprire un pochino di più il carcere all'esterno, cioè anche queste restrizioni che il detenuto può telefonare una sola volta alla famiglia [...] sono restrizioni su restrizioni che fanno sì che il detenuto poi si irrigidisca e non accetti più, nessun tipo di compromesso, perché è una privazione veramente di alcuni loro diritti” (Area Serd)

“Quindi non un ospedale, non una clinica, non una comunità, ma uno spazio di relazione in cui poter dare, offrire delle opportunità di autonomia alle persone per la vita di comunità e cominciare a ricostruire le proprie energie, le proprie abilità nel saper stare al mondo e non rinchiusi in carcere, in luoghi di accoglienza, ma non di reclusione” (Area volontariato e terzo settore)

Un altro tema centrale emerso concerne la *strutturazione e la qualità dei percorsi trattamentali* che l’istituzione dovrebbe garantire per la presa in carico delle persone detenute, a prescindere da concomitanti problematiche di salute mentale. Problema condiviso tra diversi settori professionali intervistati, riguarda l’inoccupazione delle persone detenute e le relative ricadute. Il non essere impegnati in attività per un tempo prolungato costituisce, a detta delle persone intervistate, condizione non solo per un peggioramento della salute mentale e della dignità delle persone, ma soprattutto una modalità di arginare illegalismi interni e l’utilizzo di farmaci come terapia per alleviare la situazione di privazione della libertà.

“Fare in modo che il carcere abbia delle attività per cui i detenuti escano alle 8 dalla cella e rientrano alle 5 del pomeriggio e stanno impegnati dalla mattina alla sera [...] già la necessità di farmaci diminuirebbe grandemente [...] loro sarebbero sicuramente più soddisfatti e più stanchi. Con meno tempo per pensare a fare di quello che non si deve fare” (Professioni Psy)

“Il carcere è limitazione della libertà personale, ma non è mortificazione della dignità umana. Per me una persona che si sveglia alla mattina e non ha letteralmente niente da fare, è una condizione devastante. Quindi, se avessi la bacchetta magica, vorrei vedere delle strutture penitenziarie che garantiscono un tempo fattivo, cioè di gente che la mattina alle 8 esce dalla cella e ha un programma di attività da fare, che possono essere ludiche, possono essere attività culturali, possono essere laboratori, scuola, università qualunque cosa” (Volontariato e terzo settore)

Se la mancanza di attività e l'inoperosità strutturali rappresentano i bersagli privilegiati di azioni di cambiamento, alcune/i professioniste/i dell'area psy segnalano altresì la necessità di disporre di protocolli trattamentali più chiari e specifici, differenziati in base al tipo di reato e alle problematiche individuali, come, ad esempio, tossicodipendenza, maltrattamento, disturbi psichiatrici. Da un lato questa richiesta evidenzia un fabbisogno formativo ancora inevaso, dall'altra si sostanzia in una forma di delega a terzi – “protocolli che però devono venire un po' dall'alto”. Tale impostazione può rischiare di rafforzare uno sbilanciamento del trattamento sul piano altro da quello strettamente clinico-riabilitativo, delegando a terzi la strutturazione dello stesso in ragione della fattispecie di reato compiuto e, dunque, sottendendo un'implicita caratteriologia della persona modellata sul reato compiuto.

“[...] avere magari dei protocolli un pochino più specifici, più mirati, la possibilità di fare dei gruppi fra di noi [...] non solo quello ma anche nello specifico del trattamento dei diversi reati [...] chi è maltrattante in un modo, chi ha problemi con tossicodipenden... anche differenziare al meglio i tipi di trattamento in collaborazione proprio anche con le altre strutture. Protocolli che però devono venire un po' dall'alto, no?” (Professioni Psy)

Un altro tema centrale emerso concerne la *strutturazione e la qualità dei percorsi trattamentali*. Gli operatori psichiatrici e psicologi segnalano la necessità di protocolli più chiari e specifici, differenziati in base al tipo di reato e alle problematiche individuali (ad esempio, tossicodipendenza, maltrattamento, disturbi psichiatrici), con una maggiore integrazione tra personale sanitario, educativo e di sorveglianza. È inoltre auspicata la possibilità di intensificare le attività lavorative, formative e ricreative, garantendo un tempo pieno di occupazione dei

detenuti, con un programma strutturato dalla mattina fino al pomeriggio, per ridurre l'inattività e i comportamenti a rischio.

Dal punto di vista organizzativo, emerge la richiesta di *migliorare la comunicazione interna e la circolarità delle informazioni* tra tutte le figure professionali – dal volontariato, alle aree sanitaria ed educativa, alla sorveglianza, alla direzione, etc. – superando la logica professionale frammentaria, a compartimenti stagni, e disarticolata rispetto ai servizi esterni. In parallelo, emerge la richiesta di incrementare il coinvolgimento di operatori e operatrici psy nei processi decisionali dell'istituto carcere. Infatti, si sottolinea l'importanza di *avere voce nelle scelte relative alla collocazione e al trattamento delle persone detenute*, per poter intervenire in modo concreto e garantire una gestione più consapevole e personalizzata, anche proponendo l'individuazione di una figura sanitaria che possa essere referente unico, sia per la persona detenuto sia per le altre professioni a cui è in carico. Al contempo questa prospettiva di cambiamento mette in luce utilizzi non specifici della professione psy, che rischia di cristallizzarsi nella prevenzione del rischio e, dunque, salvaguardia della macchina carceraria.

“una maggiore collaborazione fra le figure un po' istituzionali, collaborazione e condivisione, cercando insomma di aiutarsi reciprocamente nel lavorare meglio e... [...] un po' tutti, l'area educativa, la sorveglianza, l'area sanitaria un po' tutti..., anche il volontariato, per capire cosa sta facendo, cosa, perché a volte si creano magari degli...delle mancanze di informazioni che se fossero più accurate, più adeguate e più precise. Insomma, si lavorerebbe tutti meglio” (Professioni psy)

“avere più voce in capitolo nel nostro, cioè non essere consultati soltanto negli staff, per le collocazioni – ‘non/deve tenere il laccio, non/deve tenere il coltello’, ma poter essere più... poter interloquire, avere proprio più voce in capitolo nella gestione in maniera seria, non solo come scarico di responsabilità quando si decide che... [...] Ci arrivano delle persone veramente alle quali è stata fatta una cattiveria: persone che avevano colloqui con i figli, con i familiari, che vengono sbattuti qua senza che si sapesse, che hanno delle reazioni... cioè non poter dire niente su questo, non poter far sentire una voce su questo, una voce che sia ascoltata [...] Ti fa sentire l'inutilità, alle volte del tuo ruolo, tu potresti magari dire delle cose, anche solo farle presenti” (professioni psy)

Numerosi interventi evidenziano la necessità di *incrementare le risorse economiche, umane e territoriali*, sia all'interno dell'istituto (personale educativo, sanitario, operatori di polizia penitenziaria) sia nel collegamento con i servizi territoriali per la presa in carico post-carcere, financo portare . La significatività dell'argomento consiste nel rappresentare un trattamento

della salute mentale che ecceda il penitenziario, che non si limiti al qui e ora dell'esecuzione della pena ma che debba, in parallelo, prefigurare il terreno per il reinserimento nella società. Questo implica un lavoro con il territorio e con il sistema dei servizi così orientato e che possa favorire la fuoriuscita dall'istituto ante-fine pena per ragioni di incompatibilità con il carcere (cfr. Sen. 99/2019 Corte Costituzionale). Viene suggerito, in particolare, di equiparare il numero del comparto educativo con quello del personale di sorveglianza, di potenziare le équipes multidisciplinari di salute mentale e di assicurare la continuità di assistenza sanitaria anche nei fine settimana, in ottemperanza dell'art. 27 della Costituzione.

“Migliorare anche un po’... le strutture esterne territoriali, perché comunque le comunità sono poche, i posti sono pochi e quindi si offrono anche poche alternative, ecco, alla detenzione, anche per chi ne avrebbe bisogno” (Professioni psy)

“Inonderei il sistema di welfare di tanti operatori con cui sviluppare le progettualità che servono per reintegrare i cittadini nel patto sociale [...] Ecco, per cui tanti educatori, tanti tecnici della riabilitazione, tanti psicologi, pochi psichiatri” (Professioni psy)

“Aumenterei le figure di riferimento educativo, in modo – visto che posso sognare – che siano tante quante quelli di custodia (Volontariato e terzo settore)

“avere dei...degli spazi di cuscinetto per chi esce dal carcere, strutturati. [Fa un esempio rispetto all’inserimento del Comune:] abbiamo degli alloggi per chi esce, questo è il referente del comune che segue queste situazioni. Cioè riuscire a fare un minimo di programma...che non sia solo il qui e ora...” (Area Serd)

Come suggerisce un garante intervistato, e in linea con numerosi paesi europei, è necessario un incremento della “spesa della salute mentale rispetto al budget di salute pubblica al 10%”, pur considerando l’assenza di tale voce dal recente piano nazionale salute mentale, che mantiene ferme le risorse del fondo sanitario nazionale (per la psichiatria adulti) sotto il 5% (Pellegrini, 2025).

Tornando alla tutela della salute mentale *intra moenia*, si rileva una forte attenzione alla *dignità delle persone detenute e alla qualità degli spazi*, con la richiesta di ambienti decorosi e strutture che favoriscano la socializzazione, l’apprendimento e l’autonomia, compresa la possibilità di sperimentarsi in attività lavorative e di formazione tali da permettere una capitalizzazione di risorse economiche spendibili dentro e fuori l’istituto. Il personale intervistato evidenzia come tali interventi siano determinanti non solo per il reinserimento sociale dei detenuti, ma anche

per migliorare il benessere generale del contesto carcerario e delle figure professionali che vi operano.

“la prima si attesta su un livello di garanzia di condizioni igienico-sanitarie decenti”.
(Volontariato e terzo settore)

“La dignità delle persone: ci sono delle cose che assolutamente non... le persone devono stare... essere ospitati in ambienti che siano decenti, decorosi” (Intervista, Area direttiva sanitaria)

“Ci sono detenuti che non hanno niente. Non ci sono soldi, non c'è niente, quindi c'è bisogno di un metodo di sostentamento. Quindi, avere un qualcosa che permetta di poter dare, che siano sigarette, che sia l'acqua, che sia... senza aver necessità ogni volta di chiedere al volontario di turno che metta tot soldi...Questo. Servirebbe un modo per guadagnare soldi da far girare all'interno del carcere” (Intervista, Area psicologica)

“Anche gli agenti sono pochi, sono stanchi, avrebbero anche loro bisogno un po' di qualcuno che si prende cura della loro salute. È importante prendersi cura di chi cura è importante. Invece... vedo che...sono affaticati, fanno comunque un lavoro molto impegnativo e stressante. Sarebbe adeguato e sarebbe utile sicuramente, quindi anche questo potrebbe aiutare, e sono pochi [...] dovrebbe a questo provvedere il dipartimento loro, ma non...non mi sembra che ci sia” (Intervista, professionista psy)

Accanto questa tematica, alcune posizioni raccolte mettono in evidenza la necessità di ridurre l'impronta autoritaria dell'istituzione, dunque di lavorare con la polizia penitenziaria e il suo impatto sulla salute mentale. D'altro canto, in particolare per quanto riguarda l'area direttiva, la rappresentazione degli agenti coincide in certi casi con quella di “vittima” della detenzione, chiamate a condividere con le persone ristrette le conseguenze psichiche di un ambiente caratterizzato da sofferenza, rabbia e tensione. Al di là della rappresentazione che accomuna personale e persone detenute, l'analogia apre una riflessione sulla pervasività di un sistema-carcere che oggettiva non solo la persona detenuta ma, al contempo, coloro che sono deputati alla loro custodia: tecnici del consenso (Basaglia e Ongaro, 1975) la cui mansioni, e spazio d'esercizio delle stesse, concorrono a riprodurre le stesse condizioni strutturali patogene e di sofferenza che li assoggettano.

Conclusioni

Il contesto entro cui si colloca il presente elaborato di ricerca concerne le implicazioni, in termini di tutela e prevenzione della salute mentale negli istituti penitenziari, a seguito della riforma della sanità penitenziaria (cfr. DPCM del 1° aprile 2008) e il concomitante superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Se precedentemente alla riforma l'OPG costituiva una sorta di “valvola di sfogo per il carcere”, destinatario di tutte quelle soggettività espellibili come patologiche e ingestibile, il superamento di tale dispositivo e l'assorbimento del sanitario penitenziario nell'alveo del Sistema Sanitario Nazionale (Ministero della Salute), ha concorso a istituire la possibilità di disporre la cura in luogo di detenzione e, al contempo, la detenzione in luoghi di cura per le persone sottoposte a misure di sicurezza con sofferenza mentale significativa, come le Residenze per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza; o altre soluzioni di misure esterne per i condannati (cfr. Sentenza 99/2019), in aggiunta alla possibilità di una presa in carico esterna da parte del SerD per persone con accertati problemi da uso dipendente da sostanze (art. 94 TU 309/1990).

A fronte dell'analisi della letteratura e delle normative delineata nei primi tre capitoli, e a seguito dello svolgimento dei seminari preliminari allo svolgimento della ricerca (cfr. § 4.1), la tutela della salute mentale e l'assistenza psichiatrica in carcere si sono configurate come questioni centrali che necessitano di massima attenzione all'insegna del paradigma riabilitativo della salute mentale. Da qui, l'*obiettivo generale* perseguito con la ricerca è stato così definito:

comprendere quale sia, ad 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

A partire dall'obiettivo generale sono stati articolati 3 obiettivi specifici, di seguito esplicitati:

1. *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;*
2. *verificare il rispetto del diritto dei malati più gravi ad essere curati – di regola – fuori dal carcere;*
3. *attivare una rete di attori istituzionali*

Rispetto al *come* tali obiettivi sono stati perseguiti, il progetto ha adottato un disegno di ricerca quali-quantitativo di tipo mixed methods, intersecando tre modalità di raccolta dati:

- ❖ 2 Seminari iniziali: precisazione della ricerca con il coadiuvo di professioniste e professionisti del settore che operano nei tre istituti oggetto di ricerca, nonché nell'istituto di Parma.
- ❖ 2 Sopralluoghi: 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 (cfr. Allegato B e C) e qualitativi (cfr. Allegato A). Per quanto concerne il sopralluogo presso la Casa Circondariale Roma Rebibbia Sezione Femminile, l'accesso alla stessa ci è stato negato a seguito di un cambio di direzione, nonostante il preliminare avallo da parte del DAP e del precedente direttore dell'istituto penitenziario.
- ❖ 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).

Se i primi due obiettivi specifici sono stati coperti attraverso l'impiego di protocollo quantitativo, sopralluoghi e interviste narrative, il terzo obiettivo specifico - *attivare una rete di attori istituzionali* - è stato raggiunto fin dalle fasi preliminari della ricerca, e nell'articolazione delle fasi successive, dalla raccolta dati ai momenti di restituzione. In particolare, i sopralluoghi nei due istituti sopra menzionati si è caratterizzato per una fase iniziale di presentazione della ricerca in coadiuvo con l'Amministrazione penitenziaria, l'Amministrazione sanitaria, e i diversi servizi (Salute Mentale, SerD) locali, financo con il supporto di volontariato e associazioni di terzo settore. Questo movimento non solo ha permesso di presentare la ricerca rendendo partecipi le persone astanti rispetto agli obiettivi e alle modalità di raccolta, elaborazione e restituzione dei dati, ma ha direttamente implicato il contributo delle persone coinvolte nella precisazione del protocollo di raccolta dati quantitativi, perfezionando le categorie utili a fotografare: la pianta organica degli istituti, la demografia della popolazione detenuta, e i dati numerici relativi alla prevenzione del suicidio. Ancora, il coinvolgimento degli stessi attori nelle fasi di restituzione si è rivelato un movimento utile a corroborare il carattere di ricerca-azione del presente elaborato. A tale scopo sono stati pianificati 4 momenti di restituzione:

1. 18 settembre 2025: presso la Casa Circondariale di Prato, si è svolta la prima restituzione coinvolgendo l'omologo istituto di Udine predisponendo un collegamento online. In quest'occasione, il contributo di LABCOM è risultato significativo per la realizzazione della valutazione di impatto sociale delle azioni di progetto. In tal senso siamo in attesa del riscontro rispetto al questionario valutativo condiviso da LABCOM con gli istituti penitenziari coinvolti.
2. 30 settembre 2025: è prevista una presentazione pubblica online della ricerca, organizzata da La Società della Ragione e che prevede la partecipazione del Garante dei Detenuti della Regione Toscana.
3. 28 ottobre 2025: è prevista una presentazione pubblica in presenza organizzata dal Garante della Regione Toscana e da La Società della Ragione.
4. 13 novembre 2025: è prevista una presentazione pubblica in presenza organizzata dal Garante di Udine e da La Società della Ragione.

In termini di risultati, la ricerca condotta ha evidenziato con chiarezza la complessità e le criticità che caratterizzano l'assistenza psichiatrica e, più in generale, la tutela della salute mentale all'interno degli istituti penitenziari italiani dopo il superamento degli OPG e l'integrazione della sanità penitenziaria nel Servizio Sanitario Nazionale.

Sul versante *quantitativo*, il lavoro ha incontrato significative difficoltà nella raccolta e nell'analisi dei dati. Tali difficoltà sono ascrivibili, in particolare, alla richiesta di coordinamento tra amministrazione penitenziaria, servizi sanitari e attori esterni nella compilazione dei protocolli di tabelle (cfr. Allegato C), la cui mancata attuazione ha impattato negativamente sulla raccolta dei dati quantitativi, così come sulla possibilità di una comparazione tra i due istituti. Inoltre, la disomogeneità dei criteri adottati dagli istituti coinvolti per identificare e certificare la "presa in carico", la "presa in cura" e le "attività consulenziali" dei detenuti con disturbi psichiatrici, ha *de facto* restituito l'immagine della salute mentale in carcere come qualcosa di non quantificabile. Le categorie operative utilizzate nei diversi istituti risultano differenziate e talvolta sovrapposte, rendendo complessa una comparazione sistematica e generando dati parziali o incompleti. A titolo d'esempio, si condivide di seguito una tabella comparativa rispetto alle categorie summenzionate.

	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

Tabella 10 – Comparazione delle definizioni di “in carico”, “in cura” e “consulenze” offerte dal comparto salute mentale degli istituti di Udine e Prato.

Sul piano *qualitativo*, dalla ricerca sono emersi elementi di particolare rilevanza. Anzitutto, l’“emergenza psichiatrica” in carcere è percepita come maggiore di quanto non indichino i dati quantitativi che si è riusciti a raccogliere (cfr. Grafici 3 e 4). Tale discrepanza può essere spiegabile in ragione di un uso non uniforme delle categorie diagnostiche e di presa in carico, che introduce *bias* interpretativi e rende difficile stimare in modo affidabile l’impatto della salute mentale nel contesto penitenziario. Da rilevare anche che alcuni dati sono carenti, come il dato “in carico al SerD” per il carcere di Udine, dato che non è presente nel grafico in quanto non fornito.

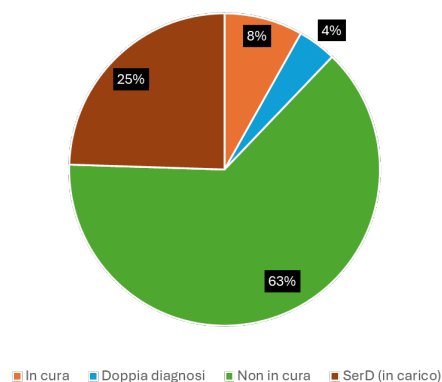


Grafico 3 - Percentuale di persone detenute “in cura”, “non in cura”, con “doppia diagnosi” e “in carico al SerD” presso Casa Circondariale di Prato in data 28/02/2025

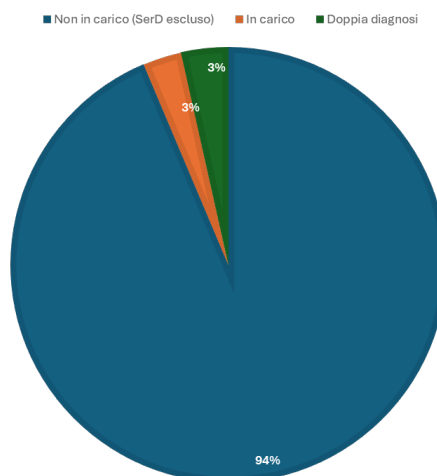


Grafico 4 – Percentuale di persone detenute “in carico”, “non in carico” e con “doppia diagnosi” presso la Casa Circondariale di Udine in data 28/02/2025

Più in profondità, la ricerca ha confermato la strutturale *incompatibilità tra carcere e salute (mentale e non)*, in quanto le logiche custodiali e securitarie finiscono per prevalere su quelle terapeutiche e riabilitative, condizionando sia la forma sia l’efficacia degli interventi Psy e l’impiego di un paradigma riabilitativo-territoriale. Quantomeno le possibilità di un’uguaglianza dei trattamenti sanitari intra ed extra moenia non è garantita. In questo quadro, il carcere assume una *funzione omologante* che tende a esacerbare le disuguaglianze sociali già esistenti, incidendo in maniera diseguale sulle persone detenute. Le *certificazioni* (residenza, documenti d’identità, permesso di soggiorno, status di tossicodipendente, diagnosi psichiatrica) si sono rivelate dispositivi che condizionano in modo decisivo le concrete possibilità di accesso di percorsi alternativi al carcere, di presa in carico e cura sul territorio. La loro carenza determina l’impossibilità di progettare percorsi in uscita, e dunque di realizzare progetti di tutela della salute, per una gran parte della popolazione penitenziaria, quella più marginalizzata. A tali meccanismi fa da rinforzo, in negativo, un atteggiamento rifiutante da parte dei servizi territoriali (SerD, salute mentale, comuni). Un ulteriore nodo critico riguarda l’applicazione del principio di *incompatibilità con il carcere per motivi di salute mentale*, che, pur previsto dalla giurisprudenza costituzionale (sentenza C. Cost. n. 99/2019), risulta scarsamente attuato nella prassi. Emerge, in alcuni casi, una scarsa conoscenza della possibilità di scontare la pena in una struttura psichiatrica all’esterno del carcere, in altri casi, la percezione che tale percorso riguarda casi rarissimi e non è applicabile come misura ordinaria alternativa alla pena detentiva.

Sul punto si può suggerire di trasporre la norma stabilita dalla sentenza Corte Cost. 99/2019 in una norma di legge formale, che per esempio vada ad integrare l'Ordinamento penitenziario, in modo da fornire una procedura chiara e pronta per l'applicazione, sul modello dell'art. 94 TU 309/1990. Tuttavia, tale proposta deve nascere già tenendo conto degli ostacoli che si frappongono all'attuazione dei percorsi esterni al carcere, anche quando tali percorsi sono chiaramente tracciati dalle norme, come evidenziato in questa ricerca. Questa proposta si pone chiaramente in controtendenza a quanto previsto nel Piano di azione nazionale per la salute mentale 2025-2030, che punta sul mantenimento all'interno del carcere delle persone con disturbo psichiatrico, in violazione della sentenza 99/2019, e che a tal fine vorrebbe ampliare la capienza delle ATSM, le sezioni psichiatriche interne alle carceri, portandola a 3000 posti. Per le *persone straniere irregolari*, inoltre, l'esperienza detentiva si sovrappone a quella dei centri di permanenza per il rimpatrio, con una netta riduzione delle prospettive di tutela e di reinserimento. Per gli stranieri, in particolare, l'intersezione di problematiche di salute con le carenze certificative sopra ricordate, soprattutto documenti e residenza, genera condizioni di totale mancanza di prospettive di tutela della salute fuori dal carcere, nonché di una sopravvivenza minimamente dignitosa. Accanto a queste criticità, la ricerca mette in luce anche alcune *buone prassi*, sviluppate soprattutto grazie al ruolo del volontariato, del terzo settore e di quelle aree sanitarie che riescono a mantenere una connessione con il territorio (in particolare i servizi psichiatrici e i SerD). In tali esperienze, l'azione riabilitativa e di reinserimento sociale trova un sostegno concreto, costruendo percorsi che guardano oltre i confini dell'istituzione carceraria. Tuttavia, all'interno dell'istituto gli interventi a matrice Psy (psicoterapici, di sostegno e psicofarmacologici) sembrano tendere principalmente a rendere "più tollerabile" la vita detentiva, pur nella consapevolezza diffusa dell'intrinseca dannosità della detenzione sul piano della salute – non soltanto mentale, e pur in presenza di sforzi notevoli da parte dei e delle professioniste Psy per instaurare una relazione realmente terapeutica con i pazienti detenuti. Infine, è emersa come centrale la questione delle *risorse, sia finanziarie che di personale*, di cui da più parti è stata sottolineata la carenza. Sia in ambito sanitario che penitenziario gli staff mancano di diverse posizioni previste in organico, e questo spinge a una gestione del quotidiano difficoltosa e che spesso funziona con approcci emergenziali. Alla luce di tale dato risulta ancora più miope l'approccio scelto dal Piano di azione nazionale per la salute mentale 2025-2030, che non ha previsto risorse di personale per la sua attuazione. La decisione si colloca nel contesto delle politiche populiste che vanno a moltiplicare le condizioni di irregolarità, come nel caso della legge sugli stranieri, e di esclusione dalla società, a cui induce il mancato finanziamento di servizi territoriali volti all'inclusione sanitaria e sociale.

In sintesi, il quadro che emerge dalla ricerca segnala l'urgenza di un ripensamento radicale delle politiche e delle pratiche di tutela della salute mentale in carcere, capace di superare le contraddizioni tra funzione detentiva e funzione terapeutica, e di garantire il pieno rispetto dei diritti fondamentali delle persone con problematiche legate alla salute mentale (e non). A tal proposito, la ricerca ha messo in luce alcuni *immaginari di cambiamento*, condivisi dalle persone partecipanti alla ricerca, e che possono costituire, *de facto* direzioni comuni verso cui tendere in ottica di tutela e prevenzione della salute mentale negli istituti di pena:

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

Tra i limiti della presente ricerca - oltre alle problematiche legate all'impiego di metodi quantitativi rispetto all'analisi della tutela della salute mentale in carcere - va certamente segnalato il non coinvolgimento diretto delle persone detenute, salvo in un'occasione durante il momento del sopralluogo. Tale mancanza può certamente sollevare dubbi relativi alla legittimazione di qualsivoglia azione di implementazione della tutela e prevenzione della salute mentale negli istituti penitenziari, laddove viene meno l'interpellazione di chi dovrebbe poi beneficiare delle proposte di miglioramento che si andrebbe ad attuare.

Bibliografia

- Agamben, G. (1995). *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Torino: Einaudi.
- Al  x, L., & Hammarstr  m, A. (2008). Shift in power during an interview situation: Methodological reflections inspired by Foucault and Bourdieu. *Nursing Inquiry*, 15(2), 169–176. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2008.00398.x>
- Anastasia, S. (2019). L'uso populista del diritto e della giustizia penale. *Ragion Pratica*, 2019(1), 191–210.
- Anastasia, S., & Anselmi, M. (2021). Populismo penale. In A. Dino & C. Rinaldi (a cura di), *Sociologia della devianza e del crimine. Prospettive, ambiti e sviluppi contemporanei* (pp. 513-524). Milano: Mondadori.
- Anfosso, L. (1907). *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati. Commento alla legge 14 febbraio 1904, n. 36 ed al regolamento approvato con R. Decreto 5 marzo 1905, n. 158*. Torino: UTET.
- Basaglia, F. (a cura di). (1967). *Che cos'   la psichiatria?* Parma: Amministrazione Provinciale di Parma.
- Basaglia, F. (a cura di). (1968). *L'istituzione negata: Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Milano: Baldini & Castoldi.
- Basaglia, F. (1981) *Scritti*. Torino: Einaudi.
- Basaglia, F., & Ongaro-Basaglia, F. (a cura di). (1975). *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Torino: Einaudi.
- Basaglia, F., & Ongaro-Basaglia, F. (a cura di). (1976). *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*. Torino: Einaudi.
- Becker, H. S. (1967). Whose side are we on? *Social Problems*, 14(3), 239–247. <https://doi.org/10.4324/9781315129983-8>
- Becker, H. S. ([1963] 1987). *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.

- Benasayag, M., & Cany, B. (2022). *Corpi viventi: pensare e agire contro la catastrofe*. Milano: Feltrinelli.
- Bernardini, M. G. (2016). *Disabilità, giustizia, diritto. Itinerari tra filosofia del diritto e Disability Studies*. Torino: Giappichelli.
- M. Bortolato. (2019). La sentenza n. 99/2019 della Corte costituzionale: la pari dignità del malato psichico in carcere, *Cassazione Penale*, 9, 3152.
- Bourdieu, P. (2009). *Ragioni pratiche* (ed. or. 1995). Bologna: Il Mulino.
- Bourdieu, P. (2012). *Sur l'État. Cours au Collège de France 1989–1992*. Paris: Éditions du Seuil. (Trad. it. *Sullo Stato: Corso al Collège de France. Volume II (1990-1992)*, 2021, Feltrinelli Editore).
- Bowker, L. H. (1980). Exile, banishment and transportation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 24(1), 67–80.
<https://doi.org/10.1177/0306624X8002400107>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–16.
- Bertelli, B., Pavarini, M., & Spanò, T. (a cura di). (1988). *Devianza e controllo sociale: Appunti da un corso di aggiornamento per operatori sociali*. Ferrara: Unità Sanitaria Locale n. 31.
- Calcaterra, A., Pellegrini, P., & Secchi, B. (2025, 10 febbraio). La triste sorte degli “inemendabili” (ma davvero esistono?) e il forte bisogno di ritorno ai manicomi. *Sistema Penale*. <https://www.sistemapenale.it/it/scheda/la-triste-sorte-degli-inemendabili-ma-davvero-esistono-e-il-forte-bisogno-di-ritorno-ai-manicomi>
- Cardano, M. (2007). “E poi cominciai a sentire le voci...” Narrazioni del male mentale. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 48(1), 9–56.
- Cardano, M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Bologna: Il Mulino.

- Cardano, M. (2013). Disuguaglianze sociali di salute. In G. Vicarelli (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche* (pp. 25–50). Roma: Carocci.
- Cardano, M. (2018). Il problema dell'invisibilità e l'eloquenza delle piccole cose: Riflessioni sui punti di forza della ricerca qualitativa [Editoriale]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e82654. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.82654>
- Cardano, M., Giarelli, G., & Vicarelli, G. (a cura di). (2020). *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: Il Mulino.
- Cardano, M., Gariglio, L., & Ferrero Camoletto, R. (2020). Le pratiche coercitive in psichiatria. Primi risultati di un'etnografia sugli SPDC piemontesi. In M. Cardano, G. Giarelli, & G. Vicarelli (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina* (pp. 11–32). Bologna: Il Mulino.
- Cardano, M., Gariglio, L. (2021). The neoliberal politics of otherness in Italian psychiatric care: Notes on a team ethnography in six acute psychiatric wards. In J. Gabe, M. Cardano, & A. Genova (Eds.), *Health and illness in the neoliberal era in Europe* (pp. 161–175). Bingley: Emerald.
- Cardano, M., Lepori, G. (2012). *Udire la voce degli dei. L'esperienza del Gruppo Voci*. Milano: FrancoAngeli.
- Cardano, M., et al. (2020). *La contenzione del paziente psichiatrico. Un'indagine sociologica e giuridica*. Bologna: Il Mulino.
- Cohen, P. (2023). *Dalla parte della ragione. Scritti sulle droghe per Fuoriluogo e altri saggi*. Ortona: Edizioni Menabò.
- Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa. (1998). *Raccomandazione n. R(98)7 sugli aspetti etici e organizzativi della salute in carcere*. Strasburgo.
- Comitato Nazionale di Bioetica. (2013). *La salute dentro le mura*. Presidenza del Consiglio dei ministri. https://bioetica.governo.it/media/1825/p113_2013_salute-dentro-le-mura_it.pdf
- Comitato Nazionale di Bioetica. (2019). *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere*. Presidenza del Consiglio dei Ministri.

<https://bioetica.governo.it/media/3750/4-salute-mentale-e-assistenza-psichiatrica-in-carcere.pdf>

Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. (2011). *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*. Doc. XXII-bis n. 4: https://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf

Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)* (E/C.12/2000/4). United Nations. <https://digitallibrary.un.org/record/425041>

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232.

Consiglio Superiore della Magistratura. (2025). *La risoluzione del CSM in materia di REMS*. <https://www.giustiziainsieme.it/it/giustizia-pene/3384-la-risoluzione-del-csm-in-materia-di-rems>

Corleone, F. (2018). La rivoluzione gentile. La fine degli OPG e il cambiamento radicale, *Quaderni del Circolo Rosselli*, 38(1), 11-19.

Crewe, B., & Ievins, A. (2020). The prison as a reinventive institution. *Theoretical Criminology*, 24(4), 568–589. <https://doi.org/10.1177/1362480619841900>

Cummins, I. (2020). *Mental health services and community care: A critical history*. Bristol: Policy Press.

Dal Lago, A. (1981). *La produzione della devianza. Teoria sociale e meccanismi di controllo*. Milano: Feltrinelli.

Das Vieira, A., Ciuffoletti, S. (2015). Reparto D: un tertium genus di detenzione? Case-study sull'incarceramento di persone transgender nel carcere di Sollicciano. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1, 159-207.

- Davies, C. A. (1998). *Reflexive ethnography: A guide to researching selves and others*. London–New York: Routledge.
- De Giorgi, A. (2002). *Il governo dell'eccedenza: Postfordismo e controllo della moltitudine*. Verona: Ombre Corte.
- DeAngelis, T. (2022). Mental illness and violence: Debunking myths, addressing realities. *Monitor on Psychology*, 52(3). American Psychological Association. <https://www.apa.org/monitor/2021/04/ce-mental-illness>
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). (1993). *3rd General report on the CPT's activities, covering the period 1 January to 31 December 1992*. Strasbourg.
- Foley, E. E. (2008). Neoliberal reform and health dilemmas. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(3), 257–273. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2008.00025.x>
- Foschi, W. (2004). Epidemiologia ambientale ed epidemiologia sociale. In C. Cipolla (a cura di), *Manuale di sociologia della salute* (pp. 185–201). Milano: FrancoAngeli.
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard. (Trad. it. *Storia della follia nell'età classica*, 2018, BUR).
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Gallimard. (Trad. it. *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, 1993, Torino: Einaudi).
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux. Cours au Collège de France 1974–1975*. Paris: Seuil/Gallimard. (Trad. it. *Gli anormali: Corso al Collège de France 1974-75*, 2009, Feltrinelli).
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973–1974*. Paris: Seuil/Gallimard. (Trad. it. *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France 1973–1974*, 2015, Feltrinelli).
- Foschi, W. (2004). Epidemiologia ambientale ed epidemiologia sociale. In C. Cipolla (a cura di), *Manuale di sociologia della salute* (pp. 185–201). Milano: FrancoAngeli.

- Garland, D. (1990). *Punishment and modern society*. Oxford: Clarendon Press. (Trad. it. *Pena e società moderna*. Milano: Il Saggiatore, 1999).
- Gariglio, L. (2021). “La contenzione meccanica...è terapeutica”: Tecniche discorsive di neutralizzazione in un ospedale psichiatrico giudiziario. *Etnografia e ricerca qualitativa*, 1, 49–70.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books. (Trad. it. *Interpretazione di culture*, 1987, Bologna: Il Mulino).
- Geertz, C. (1983). *Local knowledge. Further essays in interpretive anthropology*. New York: Basic Books. (Trad. it. *Antropologia interpretativa*, 1988, Bologna: Il Mulino).
- Gobo, G. (2001). *Descrivere il mondo. Teoria e pratica del metodo etnografico in sociologia*. Roma: Carocci.
- Gobo, G. (2007). *Doing ethnography*. London: SAGE.
- Goffman, E. (1958). Characteristics of total institutions. In *Symposium on Preventive and Social Psychiatry* (pp. 43–84). Washington, DC: Walter Reed Army Institute of Research.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday. (Trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali: I meccanismi dell'esclusione e della violenza*, 1970, Torino: Einaudi).
- Goffman, E. ([1963] 2003). *Stigma. L'identità negata*. Milano: Giuffrè.
- Gonin, D. (1991). *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*. Paris: L'Archipel. (Trad. it. *Il corpo incarcerato*. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 1994).
- Graham, L. J. (2015). To be well is to be not unwell: The new battleground inside our children's heads. In K. Wright & J. McLeod (Eds.), *Rethinking youth wellbeing* (pp. 11–33). Singapore: Springer.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2019). *Ethnography: Principles in practice*. London: Routledge.

- Ierna, R. (2023). Attualità e contraddizioni della vita italiana al dopo riforma. *aut-aut*, 398, 38–49.
- Istituto Enciclopedico Treccani. Istituzionalizzazione (voce). *Vocabolario online*, Treccani, www.treccani.it
- Lindholm, S. K., & Wickström, A. (2020). ‘Looping effects’ related to young people’s mental health: How young people transform the meaning of psychiatric concepts. *Global Studies of Childhood*, 10(1), 26–38. <https://doi.org/10.1177/2043610619890058>
- LaMarre, A., Smoliak, O., Cool, C., Kinavey, H., & Hardt, L. (2019). The normal, improving, and productive self: Unpacking neoliberal governmentality in therapeutic interactions. *Journal of Constructivist Psychology*, 32(3), 236–253. <https://doi.org/10.1080/10720537.2018.1477080>
- LOLLI, S. (2004). Salute e disuguaglianze sociali. In C. Cipolla (a cura di), *Manuale di sociologia della salute* (pp. 168–184). Milano: FrancoAngeli.
- Maculan, A. (2023). Bourdieu in carcere: Appunti per una sociologia del campo penitenziario. *Sociologia del diritto*, 50(1), 89–114. <https://doi.org/10.54103/1972-5760/20943>
- Marzocco, V. (2018). La disabilità mentale tra vulnerabilità soggettiva e controllo sociale. Il caso della sofferenza psichica. *Rivista di filosofia del diritto*, 2, 321–334. <https://doi.org/10.4477/91678>
- Melossi, D. (2002). *Stato, controllo sociale e devianza*. Milano: Bruno Mondadori.
- Melossi, D. (1996). *Lezioni di sociologia del controllo sociale*. Bologna: CLUEB.
- Menghini, A. (2020). La grave infermità psichica sopravvenuta. La consulta supplisce all’inerzia del legislatore, in Menghini, A., Mattevi, E. (a cura di), *Infermità mentale, imputabilità e disagio psichico in carcere. Definizioni, accertamento e risposte del sistema penale*. Napoli: Editoriale Scientifica.
- Ministero della Salute. (2021). *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*. R. Boldrini, F. Basili, G. Campo, M. Di Cesare, R. Moroni, E. Rizzuto, M. Romanelli, V. Trevisani (a cura di). Recuperato da https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3299_allegato.pdf

- Ministero della Giustizia. (2024, 31 dicembre). *Detenuti presenti: Capienza regolamentare, detenuti presenti e tasso di affollamento penitenziario (anni 2000–2024)*. https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page
- Miravalle, M. (2025). Hanno ucciso Franco Basaglia: ritornano gli “inemendabili” ed è tutto pronto per la contro-riforma. In *XXI Rapporto sulle condizioni di detenzione*. Antigone. <https://www.rapportoantigone.it/ventunesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/hanno-ucciso-franco-basaglia/>
- Negrognolo, L. (2023). Verso una politica collettiva della cura. *aut-aut*, 398, 26–37.
- Pavarini, M. (1978). Concentrazione e diffusione del penitenziario: le tesi di Rusche e Kirchheimer e la nuova strategia del controllo sociale in Italia. *La questione criminale*, 1(4), 39–61.
- Pavarini, M. (2006). La lotta per i diritti dei detenuti tra riduzionismo e abolizionismo carcerari. *Antigone*, 1, 82–96. <https://www.antigone.it/rivista-archivio/2006.1Antigone.pdf>
- M. Pelissero. (2008). *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*. Torino: Giappichelli.
- M. Pelissero. (2019). Infermità psichica sopravvenuta: un fondamentale intervento della Corte costituzionale a fronte del silenzio del legislatore. *Diritto Penale e Processo*, 9, 1261.
- Pitch, T. (1975). *La devianza*. Firenze: La Nuova Italia.
- Pitch, T. (1987). *Diritto e rovescio: studi sulle donne e il controllo sociale*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Ronco, D. (2018). *Cura sotto controllo: Il diritto alla salute in carcere*. Roma: Carocci.
- Ruotolo, M. (2019). Quando l’inerzia del legislatore rende indifferibile l’intervento della Corte costituzionale. A proposito dell’applicazione della detenzione domiciliare per il ‘reo folle’. *Giurisprudenza costituzionale*, 2, 1103.
- Santoro, E. (2004). *Carcere e società liberale*. Torino: Giappichelli.
- Sayad, A. (1999). Immigration et "pensée d’État". *Actes de la recherche en sciences sociales*, 129(1), 5–14.

- Schiaffo, F. (2021). La «longue durée» della cultura manicomiale nella legislazione italiana: dalla legge n. 180/1978 al «superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari». *Iura & Legal Systems*, 8(1), 49–63. <https://doi.org/10.13134/2385-2445/2021/i1c4>
- Sbraccia, A. (2007). More or less eligibility? Prospettive teoriche sul processo di criminalizzazione dei migranti in Italia. *Studi sulla Questione Criminale*, 3(1), 91–108. <https://cris.unibo.it/handle/11585/70418>
- Sbraccia, A., & Vianello, F. (2010). *Sociologia della devianza e della criminalità*. Bari–Roma: Laterza.
- Scott, J., & Marshal, G. (2009). Institutionalization. In *Oxford dictionary of sociology*. Oxford: Oxford University Press.
- Sterchele, L. (2021). *Il carcere invisibile. Etnografia dei saperi medici e psichiatrici nell'arcipelago carcerario*. Milano: Meltemi.
- Szadejko, K. (2020). Il modello “biopsicosociale”: verso un approccio integrale. *Teoria e prassi. Rivista di Scienze dell'educazione*, 1, 21–29. Tratto da: https://www.igtoniolo.it/wp-content/uploads/2020/10/20-10_TP_Il-modello-biopsicosociale.pdf
- Timmer, A., & Nowotny, K. M. (2021). Mental illness and mental health care treatment among people with criminal justice involvement in the United States. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 32(1), 397–422. <https://doi.org/10.1353/hpu.2021.0031>
- Torrente, G. (2016). “Mi raccomando non fategli del male”: La violenza del carcere nelle pratiche decisionali degli operatori. *Etnografia e ricerca qualitativa*, 2, 267–284. <https://doi.org/10.3240/84121>
- Verdolini, V. (2022). *L'istituzione reietta. Spazi e dinamiche del carcere in Italia*. Roma: Carocci.
- Wacquant, L. (2004). *Punir les pauvres. Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*. Marseille: Agone. (Trad. it. *Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale*. Roma: DeriveApprodi, 2006).

- World Health Organization. (2003). *Moscow Declaration on Prison Health as a Part of Public Health*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2007a). *Preventing suicide in jails and prisons*. Geneva: World Health Organization.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6e2dcfbf-5657-4e2c-a419-67cbff0a2927/content>
- World Health Organization. (2007b). *Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2025). *Mental health atlas 2024*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (2008). *Trenčín Statement on prisons and mental health: Adopted in Trenčín, Slovakia on 18 October 2007*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Zanaldi, E., & Di Giannantonio, M. (2021). Overcoming forensic psychiatric hospitals in Italy, five years later. *Journal of Psychopathology*, 27(1), 3–7. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-413>
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press. (Trad. it. *Droga, set e setting. Le basi del consumo controllato di sostanze psicoattive*. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 2019).
- Zuffa, G. (2025). *Stigma e pregiudizio: Uno sguardo dissacrante sulle droghe*. Ortona: Edizioni Menabò.

Appendice

ALLEGATO A - Protocollo domande aperte

- 1) Che cos'è secondo lei la salute mentale in ambito penitenziario?
 - a. Come si potrebbe definire il benessere nel contesto detentivo?

- 2) Come si può offrire una terapia psichiatrica/psicologica in carcere?
 - a. che ruolo ha il trattamento farmacologico?
 - b. e quello psicologico?
 - c. Descrivere gli ostacoli alla prevenzione, diagnosi e presa in carico della salute mentale
 - d. Descrivere gli elementi di coadiuvo alla prevenzione, diagnosi e presa in carico della salute mentale
 - e. Descrivere l'impatto delle attività "trattamentali" (lavoro, formazione, etc.) sulla salute mentale in termini di articolazione, tutela, prevenzione

- 3) Come si previene il suicidio in carcere?
 - a. Descrivere il contributo dei piani di prevenzione (regionale e locale)
 - b. Approfondire eventuali riferimenti terzi condivisi

- 4) Se e come avviene il processo di presa (della salute mentale) in carico esterno all'istituto?
 - a. Quali percorsi sono possibili in uscita dal carcere?
 - b. Quali difficoltà si incontrano? / Quali elementi favoriscono l'uscita/presa in carico territoriale?
 - c. Quando viene dichiarata l'incompatibilità?
 - d. Quale procedimento si segue per arrivare alla dichiarazione di incompatibilità?
 - e. Chi prende l'iniziativa?
 - i. Racconti una situazione in cui l'attuazione di una misura alternativa ha avuto successo

- f. Se e come si inseriscono i servizi territoriali (Comune, SPDC, CSM, SerD, magistratura, etc.) rispetto alla presa in carico territoriale?
- 5) Nell'esercizio del suo ruolo, come si relaziona alle condizioni sociali della persona detenuta? (condizione di straniero, povertà, abitazione, lavoro, formazione scolastica)
- a. se e come impattano queste condizioni sulla tutela della salute mentale?
 - b. se e come impattano sulla possibilità di una presa in carico territoriale?
- 6) Quali sono secondo lei i fattori che incidono sulla salute delle persone detenute?
- a. per quanto riguarda i fattori ambientali?
 - b. e quelli relazionali?
- 7) Come si affronta la tossicodipendenza in carcere?
- a. Se e quali sono i servizi coinvolti?
 - i. Chi viene preso in carico da questi? (in specie dal SerD)
 - ii. A quali condizioni?
 - b. In base a quali criteri si definisce una persona con "tossico-dipendenza"?
 - c. quali possibilità/impossibilità di accesso in affidamento terapeutico rendono possibile le certificazioni? (Descrivere considerazioni su c.d. "strumentalità")
 - d. Quando una persona viene presa in carico dal SerD? (In rapporto all'art. 94 T.U. droghe)
 - i. Se una persona si dichiara tossicodipendente ma non era precedentemente in carico al SerD cosa si fa?
 - ii. Viene comunque preso in carico?
 - e. Nel caso di una persona con doppia diagnosi cosa succede?
- 8) Se e in che modo le risorse economiche e di organico possono impattare rispetto alla tutela della salute mentale nell'istituto?
- a. Raccogliere rappresentazioni/giustificazioni della persona intervistata rispetto ai fondi e alle risorse (anche organiche) rispetto alla tutela della salute mentale

9) Come racconterebbe la tutela della salute mentale prima della riforma (sanità penitenziaria) del 2008 DPCM nel tuo istituto?

a. quali cambiamenti hai osservato rispetto alla tua esperienza attuale?

10) Che cos'è la psichiatria? /Che cos'è [la psicologia] in questi spazi?

11) Sempre in riferimento alla salute mentale, quali sono 3 cose che cambierebbe [della realtà in cui si trova a lavorare] nel caso avesse una bacchetta magica?

ALLEGATO B - Protocollo sopralluogo istituti penitenziari

DESCRIZIONE GENERALE DELL'ISTITUTO [nome:

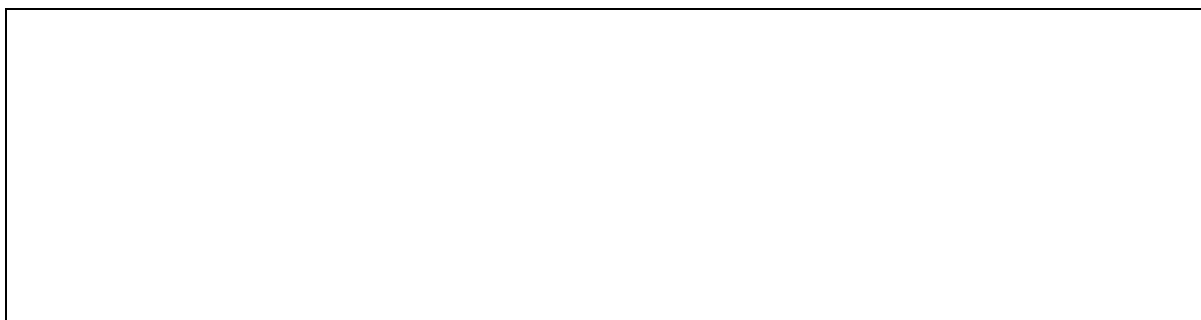
]

- anno di costruzione:
- capienza regolamentare totale:
- presenti al momento del sopralluogo:
- collocazione geografica cittadina:
- accessibilità con i mezzi pubblici? SI - NO - ND
- Descrizione estetica generale

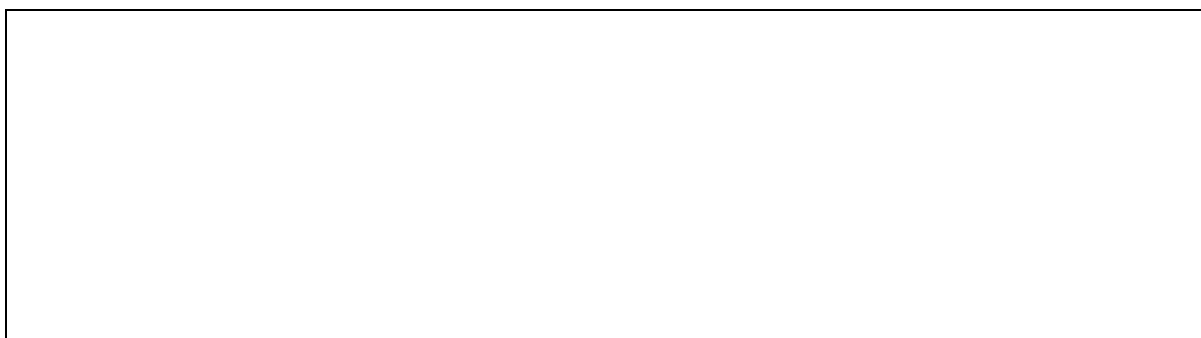
- Numero delle sezioni:
 - caratteristiche (tot. AS, MS, collaboratori, pol universitario, sezione per sex offenders, etc,)

ATTIVITÀ LAVORATIVE:

ATTIVITÀ FORMATIVE:

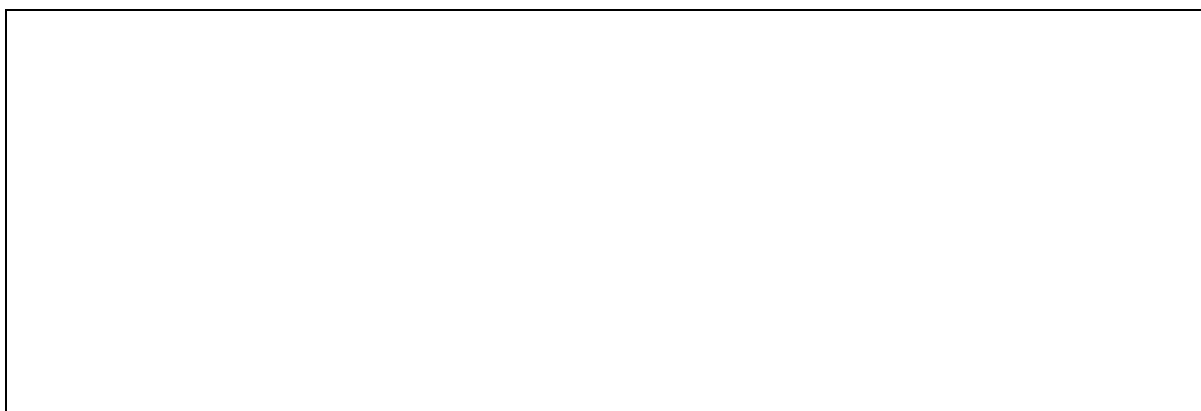


TIPOLOGIA DI SCUOLE A DISPOSIZIONE:



GLI SPAZI DELLA CURA

- In quali spazi si trovano le persone con problematiche di salute mentale?
o (opzionale: Per quali usi precedenti erano predisposti questi spazi?)



- C'è una collocazione stabile per persone con problematiche di salute mentale? SI – NO – ND

Quale?

--

- Quali valutazioni sono state fatte in merito al collocamento? (opzionale per sezione specifiche)

--

- Quali implicazioni si possono riscontrare a fronte di tale collocamento?

--

- Sono state mobilitate altre persone detenute per utilizzare questi spazi?
SI – NO – ND
- Con quali implicazioni?

--

- Descrizione (tipologia, dimensioni, caratteristiche) spazi

--

- Capienza regolamentare degli spazi destinati/specifica sezione:
- Sono garantiti 3 mq calpestabili per persona? SI – NO - ND
- È sempre garantita l'acqua calda? SI – NO – ND
- Sono spazi riscaldati SI – NO – ND e il riscaldamento è funzionante?
SI – NO – ND
- Ci sono finestre? SI - NO - ND
- Il wc è in ambiente separato? SI – NO – ND
- È presente la doccia? SI - NO - ND
- Numero posti letto: []
 - I letti sono fissati a terra? SI – NO – ND
 - Ci sono letti già predisposti con dispositivi di contenimento meccanico? SI – NO – ND
- [OPZIONALE] Le porte sono: CHIUSE – APERTE – REGOLATE
 - Ci sono maniglie alle porte? SI – NO – ND
- C'è acqua corrente? SI – NO – ND
- I giovani adulti (<25 anni) sono separati dagli adulti? SI – NO – ND
- Esiste una sezione per persone con tossicodipendenze?
SI, È UN REPARTO A CUSTODIA ATTENUATA - SI, È UN REPARTO A REGIME ORDINARIO MA CON UN PROGRAMMA TRATTAMENTALE SPECIFICO - SI, MA NON C'È UN TRATTAMENTO PARTICOLARE, LA DIPENDENZA È SOLO IL CRITERIO DI COLLOCAZIONE - NO – ND

- o Se e come vengono distinte le persone con tossicodipendenze?

- Ci sono situazioni di transizione di genere? SI – NO – ND
 - Come vengono gestite?

- Come avviene il riconoscimento della grave infermità psichica e modalità di gestione? (valutazione e modalità gestionali)
- È presente un medico/i 24 ore su 24? SI - NO - ND
 - o Quali figure sanitarie sono presenti nel corso della settimana (per qt. giorni/ore)?
- È presente la sorveglianza elettronica? SI – NO – ND
 - per quanto tempo vengono mantenuti i filmati?
 - dove?
 - le telecamere sono sempre accese? SI – NO – ND - QUALCHE VOLTA (Specificare:)
 - ci sono spazi dove è garantita la privacy? SI – NO – ND
 - Se sì, specifica chi può accedervi e in che orari:

PRATICHE DI PREVENZIONE CONDOTTE SUICIDARIE

- Nell'istituto è in vigore un programma di prevenzione delle condotte suicidarie? S – N – ND
- Da che anno è stato predisposto?
- In che anno è entrato in funzione? (anni eventuali aggiornamenti:)
- Quanti corsi di prevenzione delle condotte suicidarie (addestramento e aggiornamento personale polizia penitenziaria e operatori sanitari) sono stati avviati? ND

CONTATTI CON L'ESTERNO

- Descrivere orari/settimana e spazi dedicati ai colloqui con i familiari

--

- I familiari vengono informati rispetto alle condizioni di salute delle persone?
SI – NO – ND
 - Se sì, come? In che occasioni?

--

- Quante delle persone con problematiche legate alla salute mentale effettuano videochiamate coi familiari? Nessuno – meno di un quarto – tra un quarto e la metà, tra la metà e i tre quarti, oltre tre quarti

SPAZI COMUNI

- Ci sono spazi per la socialità? SI - NO - ND
- Descrivere gli spazi per la socialità

--

- C'è un'area "passeggi"? SI – NO – ND
- Tutte le persone in carico/cura/prescrizione hanno accesso settimanale ad uno spazio ricreativo (palestra, campo sportivo, etc) SI – SI, TRANNE SEZIONI PARTICOLARI – NO – ND
- C'è un'area verde per i colloqui estivi? SI – SI, TRANNE SEZIONI PARTICOLARI – NO – ND
- È garantito l'esercizio del culto? SI – NO – ND
 - o Ci sono ministri del culto diversi da cattolico? SI – NO – ND
 - o Quali sono e in che modo possono essere attivati:
- Ci sono spazi non in uso per inagibilità o ristrutturazione? SI – NO – ND
 - o Specificare:

Commenti su spazi esterni: tipologia, dimensioni, caratteristiche

--

ALLEGATO C - Protocollo raccolta dati quantitativi

Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere dopo l'abolizione degli OPG, per un modello integrato di intervento

Progetto della Società della Ragione APS col sostegno dell'otto per mille della Chiesa Valdese

Finalità: Il progetto ha lo scopo di 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 (DPCM del 2008) e la chiusura degli OPG e attivare una rete di attori istituzionali e della comunità territoriale per un modello integrato di intervento.

Legenda per la compilazione: le voci riportate in tabella, così come alcune tabelle specifiche, richiedono di essere compilate da professionalità specifiche su cui, ci anticipiamo, possa vertere la competenza relativa ai dati richiesti. A tale scopo, abbiamo predisposto delle sigle utili a specificare il/la professionista e/o l'ente di competenza per la compilazione. Queste sono di seguito specificate:

- **PSY:** DSM/CSM
- **D:** Distretto/medico istituto
- **S:** SerD
- **C:** Carcere

Per informazioni dedicate e per l'invio del protocollo di tabelle compilato si rimanda al seguente indirizzo: **info@societadellaragione.it**

Rimanendo a disposizione ringraziamo per la collaborazione,

Dott.ssa Katia Poneti, PhD - **k.poneti@consiglio.regione.toscana.it**

Dott. Riccardo Girolimetto, PhD - **riccardo.girolimetto@gmail.com**

PERSONALE PROFESSIONALE (compilazione di pertinenza dell'istituto penitenziario)

	N. organico	N. presente effettivamente	N. pazienti seguiti	Ore/Settimana	Attività svolte
Psicologo					
Psicologo (ex art. 80)					
Psichiatra					
Mediatore linguistico					
Mediatore culturale ministeriale					
Educatore					
Ass. Sociale					
Infermiere					
OSS					
Volontari					
Polizia penitenziaria					
Altre figure (specificare ruolo e tipo risorse remunerative)					
Criminologo (ex art. 80)					

PERSONE RISTRETTE (compilazione di pertinenza mista)

Rispetto alla compilazione della seguente tabella si intende procedere considerando anzitutto le voci per singola riga, le quali saranno da incrociare per ogni specifica richiesta in colonna. Si vedano gli esempi seguenti:

- Qual è il numero totale di persone in cura?
- Qual è il numero totale delle persone con età superiore o uguale a 25 anni?
 - o tra queste (in cura, con età superiore o uguale a 25 anni) quante sono utenti senza residenza (di cui ITA / UE / Extra UE)?
 - o tra queste (in cura, con età superiore o uguale a 25 anni) quante hanno la residenza in carcere?
- Qual è il numero totale delle persone con età inferiore a 25 anni?
 - o Tra queste ...

N.B.: laddove il dato non è disponibile inserire ND, viceversa inserire 0. La casella lasciata incompleta verrà interpretata come “da compilare”.

	TOT.	Tot. utenti con età <u>superiore</u> e <u>uguale</u> a 25 anni	Di cui utenti SENZA RESIDENZA (di età <u>superiore</u> o <u>uguale</u> a 25 anni)			Di cui utenti con RESIDENZA in CARCERE (di età <u>superiore</u> o <u>uguale</u> a 25 anni)	Tot. utenti con età <u>inferiore</u> e a 25 anni	Di cui utenti SENZA RESIDENZA (di età <u>inferiore</u> a 25 anni)			Di cui utenti con RESIDENZA in CARCERE (di età <u>inferiore</u> a 25 anni)
			ITA	U E	EXT. UE			ITA	U E	EXT. UE	
PSY: In cura* (escluse DD) al 28/02/25											
PSY: In carico** (escluse DD) al 28/02/25											
PSY: Consulenze*** nel corso del 2024											
D: Prescrizione psico-farm. (escluse DD) al 28/02/25											
PSY/ S: Doppia diagnosi al 28/02/25											
PSY: Diagnosi psichiatriche gravi (psicosi; gravi dist. Personalità; dist. umore) al 28/02/25											
PSY/ D: Uso continuativo (ovvero non al bisogno) di sedativi o ipnotici (es. benzodiaz.) al 28/02/25											
PSY/ D: Uso continuativo (ovvero non al bisogno) di stabilizzanti dell'umore, antipsicotici, antidepressivi al 28/02/25											
PSY: Contenzione meccanica nel corso del 2024											
PSY: TSO nel corso del 2024											
PSY: DEPOT al 28/02/25											
PSY: PTRI al 28/02/25											
PSY: Diagnosi PSY precedente alla detenzione al 28/02/25											
PSY: Diagnosi PSY successiva alla detenzione al 28/02/25											
S: In carico al SerD (escluso DD) al 28/02/25											
S: Di cui per gioco d'azzardo al 28/02/25											

S: Non incarico al SerD ma con problemi da uso di sostanze (escluso DD) al 28/02/25											
C: In attesa di REMS al 28/02/25											
C: Affidamento terapeutico nel corso del 2024 (art. 94 testo unico droghe)											
C: Numero di persone uscite per detenzione domiciliare umanitaria (sent. 99/2019 cc) nel corso del 2024											
PSY: Diagnosi sociale (codici Z ICD 10) al 28/02/2025											

*Si chiede di definire qui cosa si intende con il termine **“in cura”**:

** Si chiede di definire qui cosa si intende con il termine **“in carico”**:

*** Si chiede di definire qui cosa si intende con il termine **“consulenze”**:

PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE (compilazione di pertinenza mista)

Rispetto alla compilazione della seguente tabella si intende procedere considerando anzitutto le voci per singola riga, le quali saranno da incrociare per ogni specifica richiesta in colonna. Si vedano gli esempi seguenti:

- Qual è il numero totale di persone in cura che sono state coinvolte in un programma di prevenzione delle condotte suicidarie?
 - o Di queste persone (in cura), quante hanno un'età superiore o uguale a 25 anni?
 - o Di queste persone (in cura e con età ≥ 25 anni) quante sono senza residenza (di cui ITA / UE / extra UE)?
 - o Rispetto alle persone (in cura), quante hanno un'età inferiore a 25 anni?
 - o Tra queste (in cura e con età < 25 anni), quante sono senza residenza (di cui ITA / UE / extra UE)?
- Qual è il numero totale di persone in carico che sono state coinvolte in un programma di prevenzione delle condotte suicidarie?
 - o Di queste persone (in carico), quante hanno un'età superiore o uguale a 25 anni?
 - o Di queste persone (in carico e con età ≥ 25 anni) quante sono senza residenza (di cui ITA / UE / extra UE)?
 - o Rispetto alle persone (in carico), quante hanno un'età inferiore a 25 anni?
 - o Tra queste (in cura e con età < 25 anni), quante sono senza residenza (di cui ITA / UE / extra UE)?
- Qual è il numero totale di persone soggette a consulenza che sono state coinvolte in un programma di prevenzione delle condotte suicidarie?
 - o Di queste persone (soggette a consulenza), quante...

N.B.: laddove il dato non è disponibile inserire ND, viceversa inserire 0. La casella lasciata incompleta verrà interpretata come “da compilare”.

PERSONE COINVOLTE (dal 1° ottobre al 31 dicembre 2024)	TOT	Tot. utenti (di età <u>superiore</u> o uguale a 25 anni)	Di cui utenti SENZA RESIDENZA (di età <u>superiore</u> o uguale a 25 anni)			Tot. utenti (di età <u>inferiore</u> a 25 anni)	Di cui utenti SENZA RESIDENZA (di età <u>inferiore</u> a 25 anni)		
			ITA	UE	EXTRA UE		ITA	UE	EXTRA UE
C/PSY: In cura (esclusa DD)									
C/PSY: In carico (esclusa DD)									
C/PSY: Consulenze									
C/D: Con prescrizione psico-farmacologica (esclusa DD)									
C/S: In carico al SerD (esclusa DD)									
C/PSY/S: Doppia diagnosi									
C: Nessuna delle precedenti									
C: Quante procedure di screening (prevenzione suicidio) in ingresso sono state attivate?									
C: quante di queste con esito di rischio?									
C: quante di queste con prese in carico?									
C: Quante osservazioni per prevenzione al suicidio post ingresso?									
C: quante di queste con esito di rischio?									
C: quante di queste con prese in carico?									
C: Numero tentativi di suicidio (per tutto l'anno 2024)									
C: Numero suicidi (per tutto l'anno 2024)									
C: Numero casi di autolesionismo (per tutto l'anno 2024)									
C: Numero condotte etero-aggressive (per tutto l'anno 2024)									
C: Quanti provvedimenti disciplinari									
- Di cui richiamo del direttore									
- Di cui ammonizione									
- Di cui esclusione da attività ricreative e sportive									
- Di cui isolamento durante la permanenza all'aria									

- Di cui esclusione dalle attività in comune									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Altro/suggerimenti per l'implementazione del protocollo:



FRATTURE

**La salute
mentale
in carcere**

**dopo la chiusura degli
Ospedali Psichiatrici
Giudiziari**

CUMBRE
ALTRA PRESSIONE

**La società
della
ragione**

Progetto sostenuto con i
fondi Otto per Mille della
Chiesa Valdese

**otto
per
mille**
CHIESA VALDESE
UNIONE DELLE CHIESE METODISTE E VALDESE

Su tutte le piattaforme podcast



In collaborazione con



Progetto sostenuto con i fondi
Otto per Mille della Chiesa Valdese

