Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ufficio del Segretario generale
Ufficio Studi e Rapporti Istituzionali

Comitato Nazionale per la Bioetica

bioetica.governo.it

Carceri: temi bioetici

raccolta tematica
1990 - 2023

Presidenza del Consiglio dei Ministri

La riproduzione e la divulgazione dei contenuti del presente volume sono consentite fatti salvi la citazione della fonte e il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.

Presidenza del Consiglio dei Ministri
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

Il presente volume monotematico raccoglie i documenti che, dal 1990 al 2023, il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha prodotto sul tema delle carceri, esplorato nelle sue plurime declinazioni e implicazioni di natura giuridica, filosofica e bioetica.

La raccolta consente, grazie al suo sguardo diacronico, di percorrere l'evoluzione di pensiero intervenuta nell'ultimo ventennio in merito alla tematica in argomento e di cogliere la diversità degli approcci possibili a ciascuna delle problematiche trattate nei vari documenti, specchio del pluralismo culturale ed ideologico che ha caratterizzato la compagine del Comitato Nazionale sin dalla sua prima istituzione.

Per ulteriori informazioni e approfondimenti sulla composizione e sull'attività dl CNB si rimanda al sito istituzionale consultabile al seguente link: https://bioetica.governo.it/it/

INDICE

Dichiarazione del Comitato Nazionale per la Bioetica sul problema penitenziario p. 7

Mozione sul trattamento obbligatorio dei soggetti condannati per pedofilia p 9

Il suicidio in carcere p. 11

La salute dentro le mura p. 30

Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere p. 51

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CNB

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

DICHIARAZIONE DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA SUL PROBLEMA PENITENZIARIO

17 gennaio 2003

Le preoccupazioni ampiamente condivise e autorevolmente rimarcate circa l'attuale situazione penitenziaria impongono alcuni rilievi di carattere bioetico.

Il quadro obiettivo risulta di gravissimo disagio, come indicano un tasso di suicidi in carcere quasi venti volte superiore al tasso nazionale e un numero impressionante di condotte autolesionistiche; resta anche la percezione, in molti casi, del ricorso da parte di detenuti a sostanze stupefacenti.

La stessa garanzia immediata della salute dei reclusi appare messa in discussione, come hanno evidenziato i responsabili della sanità penitenziaria: il che richiede la messa a disposizione di risorse adeguate.

Il sovraffollamento in quanto tale, del resto, ostacola in maniera drastica la garanzia effettiva dei diritti umani riconosciuti ai detenuti dalla Costituzione e dall'ordinamento penitenziario, rendendo pletorici i riferimenti al trattamento e all'impegno rieducativo. Da questo punto di vista va constatata, altresì, la carenza drammatica nel numero degli educatori e delle altre figure che fanno capo ai servizi sociali dipendenti dal Ministero della Giustizia.

Né può trascurarsi di segnalare la necessità di un'attenta riflessione sul fatto che la popolazione penitenziaria risulti ormai comprensiva nella sua quasi totalità di individui caratterizzati da condizioni specifiche di grave disagio sociale (si pensi ai tassi elevatissimi di c.d. extracomunitari e di tossicodipendenti), condizioni delle quali è doveroso farsi carico anche pensando a percorsi sanzionatori nuovi.

Alla luce di queste considerazioni il CNB sottolinea

- che la tutela della salute degli individui sottoposti a restrizioni della libertà personale in strutture penitenziarie è preciso dovere morale oltre che giuridico dei pubblici poteri;
- che la condanna a pena detentiva non deve implicare una compromissione dei diritti umani fondamentali che ecceda quanto strettamente connesso al provvedimento legalmente applicato;
- che rispetto alla situazione venutasi contingentemente a creare di marcato sovraffollamento penitenziario sono necessari provvedimenti urgenti, motivati da un'esigenza insopprimibile di salvaguardia della salute e della dignità dei reclusi;
- che in rapporto ai problemi strutturali dell'esecuzione penale penitenziaria è auspicabile l'approfondimento finalizzato all'introduzione di pene principali non detentive, finora assenti – tranne ciò che riguarda lo spazio molto modesto della mera pena pecuniaria e taluni provvedimenti dei giudici speciali – dall'ordinamento giuridico italiano.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CNB

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

MOZIONE SUL TRATTAMENTO OBBLIGATORIO DEI SOGGETTI CONDANNATI PER PEDOFILIA

17 gennaio 2003

1. Riunito in seduta plenaria, il CNB ritiene proprio dovere prendere posizione su di un passaggio della relazione sull'amministrazione della giustizia nell'anno 2002, redatta dal Dott. Francesco Favara, procuratore generale della Repubblica presso la Suprema Corte di Cassazione.

2. Nella sezione della relazione dedicata a "I vari tipi di criminalità: azioni di contrasto" e, in particolare nel § dedicato ai reati inerenti la sfera sessuale, il procuratore scrive:

3. "Per quanto riguarda il fenomeno della pedofilia, va segnalato che, allo stato attuale, della legislazione, in assenza di diagnosi di non imputabilità o di imputabilità ridotta, non vi può essere alcun intervento coercitivo, a sanzione espiata.

4. Sarebbe auspicabile uno sforzo di ulteriore elaborazione normativa che prenda in considerazione l'ipotesi di un trattamento obbligatorio successivo alla espiazione della pena, modellato sullo schema della misura di sicurezza, per favorire una terapia permanente per le persone con tendenze pedofiliache, nel tentativo di conciliare il bisogno di maggiore difesa sociale che la collettività avverte con le esigenze di equilibrio del sistema penale".

5. Simili affermazioni sono state non irragionevolmente interpretate come un auspicio a introdurre nel nostro ordinamento un trattamento sanitario obbligatorio nei confronti di chi si fosse macchiato di reati connessi alla pedofilia, consistente essenzialmente in una "castrazione chimica" (cfr. "Corriere della Sera" 14.01.2003, p. 2).

6. Il CNB ricorda la resa di posizione assunta nel documento Il problema bioetica della sterilizzazione non volontaria del 20.11.1998. In questo documento si legge: "È opinione unanime del CNB che vadano ritenute illecite, sia sul piano giuridico che su quello etico, le sterilizzazioni forzate, indipendentemente dal soggetto che ne deliberi l'effettuazione (genitori o tutori, medici, giudici, Stato) o dalle motivazioni (in particolare quelle di carattere psicologico e sociale) che possono essere addotte per giustificarle. Il CNB ritiene che non sia superabile in alcun modo il principio chiaramente espresso nella Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina, all'art. 2, in cui si afferma che l'interesse e il bene dell'essere umano devono prevalere sull'interesse della società o della scienza" (p. 8).

7. Di conseguenza, il CNB auspica che il legislatore non segua gli auspici del procuratore Favara e non prenda in considerazione l'ipotesi di introdurre nel nostro sistema un trattamento sanitario obbligatorio e permanente nei confronti delle persone con tendenze pedofiliache: istanze bioetiche fondamentali – che ci stupisce il Procuratore non abbia valutato con attenzione – inducono a ritenere che tale trattamento (anche se fosse capace di estinguere le pulsioni pedofile nel soggetto – il che è ben lungi dall'essere dimostrabile scientificamente-) acquisterebbe il carattere di una indebita violenza, tanto più grave in quanto motivabile – nelle parole del Procuratore – a partire da ragioni di difesa sociale e di equilibrio del sistema penale e non da una attenta considerazione del bene oggettivo delle persone umane che verrebbero coattivamente sottoposte al trattamento.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CNB

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

IL SUICIDIO IN CARCERE

25 giugno 2010

Presentazione

Il Parere “Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici” parte dalla constatazione dell’alto tasso di suicidi della popolazione carceraria, di gran lunga superiore a quello della popolazione generale e dalla considerazione della considerevole rilevanza etica e sociale del problema, aggravato dalle presenti condizioni di marcato sovraffollamento degli istituti e di elevato ricorso alla incarcerazione. La recrudescenza di questo tragico fenomeno nel corso del 2009 e nei primi mesi del 2010 rende ancora più urgente richiamare su di esso l’attenzione delle istituzioni e dell’opinione pubblica. Il Comitato intende, con questo documento, richiamare l’attenzione sulla responsabilità collettiva rispetto al problema, al fine di rimuovere tutte quelle situazioni legate alla detenzione che, al di là del disagio insopprimibile della perdita della libertà, possano favorire o far precipitare la decisione di togliersi la vita.

Il richiamo alla responsabilità sociale è rafforzato dalla considerazione della particolare *vulnerabilità* bio-psico-sociale della popolazione carceraria rispetto a quella generale. Ne deriva il preciso dovere morale di assicurare un ambiente carcerario che rispetti la dignità delle persone in un percorso di reintegrazione sociale, alla luce di una riconsiderazione critica delle politiche penali. Il Comitato ritiene che il carcere possa sospendere unicamente il diritto alla libertà, senza annullare gli altri diritti fondamentali, come quello alla salute e alla risocializzazione, scontando una pena che non mortifichi la dignità umana.

Il Comitato raccomanda alle autorità competenti di predisporre un piano d’azione nazionale per la prevenzione dei suicidi in carcere, secondo le linee indicate dagli organismi europei. Il piano dovrebbe prevedere indirizzi: per lo sviluppo di un sistema delle pene più aderente ai principi costituzionali; per una maggiore trasparenza delle regole interne al carcere e per una maggiore personalizzazione del trattamento, contrastando le pratiche “deresponsabilizzanti” e “infantilizzanti” che riducono all’impotenza e umiliano le persone detenute; per una prevenzione specifica non tanto rivolta alla selezione dei soggetti a rischio suicidario, quanto alla tempestiva individuazione e intervento sulle situazioni a rischio in grado di travalicare la “soglia di resistenza” delle persone (quali l’impatto psicologico dell’arresto, il trauma dell’incarcerazione etc.); per lo sviluppo del monitoraggio e della ricerca intorno al fenomeno e per la formazione specifica degli operatori a partire dall’esame dei singoli casi di suicidio.

Il parere è stato elaborato nell’ambito del gruppo di lavoro coordinato dalla Prof.ssa Grazia Zuffa, che ha predisposto la bozza di lavoro, con contributi scritti dei Proff. Salvatore Amato, Stefano Canestrari, Francesco D'Agostino, Andrea Nicolussi e la segnalazione di materiali da parte dei Proff. Cinzia Caporale, Antonio Da Re, Laura Palazzani. Al gruppo di lavoro hanno partecipato anche i Proff. Luisella Battaglia, Lorenzo d'Avack, Marianna Gensabella, Demetrio Neri, Monica Toraldo di Francia, Giancarlo Umani Ronchi. Sono stati auditi il Dott. Mauro Palma, presidente CPT (Comitato Europeo Prevenzione Tortura), il Dott. Alessandro Margara, Presidente Fondazione Giovanni Michelucci, già responsabile DAP (Dipartimento Amministrazione Penitenziaria) e il Dott. Sebastiano Ardita, Direttore Generale della direzione detenuti e trattamento del DAP.

Il parere è stato approvato all’unanimità dei presenti (Proff. Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Adriano Bompiani, Stefano Canestrari, Roberto Colombo, Francesco D’Agostino, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Lorenzo d’Avack, Riccardo Di Segni, Emma Fattorini, Carlo Flamigni, Romano Forleo, Silvio Garattini, Marianna Gensabella, Laura Guidoni, Claudia Mancina, Assunta Morresi, Demetrio Neri, Andrea Nicolussi, Laura Palazzani, Alberto Piazza, Vittorio Possenti, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa).

Il Presidente
Prof. Francesco Paolo Casavola

Premessa: il suicidio in carcere in una prospettiva bioetica

Nel decidere di affrontare il problema dell'alto tasso di suicidi in carcere, il Comitato Nazionale per la Bioetica è stato mosso dalla preoccupazione per un fenomeno certamente non nuovo, ma di tale di rilevanza sociale ed etica da meritare una riflessione, particolarmente in questo momento storico: c'era il timore che gli attuali gravi disagi della vita in carcere, in seguito al sovraffollamento, avrebbero creato le condizioni per una recrudescenza del fenomeno.

Purtroppo i timori si sono rivelati fondati perché l'anno 2009 ha segnato un record negativo, con 72 suicidi; alla metà del 2010, 32 persone si sono tolte la vita e 44 hanno tentato il suicidio.

Il Comitato è consapevole del carattere strutturalmente afflittivo della pena e dell'evidente incompatibilità della condizione carceraria con un equilibrato sviluppo della persona. Il suicidio costituisce solo un aspetto di quella più ampia e complessa crisi di identità che il carcere determina, alterando i rapporti e le relazioni, disgregando le prospettive esistenziali, affievolendo progetti e speranze. La via più netta e radicale per eliminare tutti questi disagi sarebbe quella di un ripensamento complessivo della funzione della pena e, al suo interno, del ruolo del carcere. Da tempo si parla di una crisi del diritto penale per effetto della convinzione, sempre più diffusa, che il punire tramite la privazione della libertà sia ormai anacronistico e in contrasto, in molti suoi aspetti, con lo Stato di diritto e con il rispetto dell'integrità psicofisica della persona. Il diritto penitenziario nasce proprio dall'esigenza di garantire ai detenuti il godimento di quei diritti fondamentali che vengono ridotti, se non negati, dalle condizioni in cui sono costretti a vivere, cercando di evitare che gli elementi afflittivi precludano ogni futura prospettiva di risocializzazione.

Nel corso della discussione è emersa anche la proposta di eliminare ogni remora e infingimento, andando dritti al cuore del problema e iniziando una riflessione sulla natura stessa del carcere. Se l'Illuminismo è riuscito a mettere fine alla tradizione secolare delle pene corporali, non si vede perché il nostro secolo non potrebbe mettere in discussione le pene detentive. Per quanto questa proposta eserciti una forte suggestione etica, il CNB ha ritenuto più opportuno di non entrare con questo documento nel dibattito sulla funzione della pena, bensì di mettere in luce quegli aspetti che potrebbero consentire, restando all'interno dell'attuale quadro istituzionale, di ridurre la sofferenza e di prestare maggiore attenzione a soggetti particolarmente vulnerabili come le persone in stato di detenzione.

Se l'orizzonte di competenza della bioetica è segnato dalle "scienze della vita e dalla cura della salute", allora è suo compito segnalare i settori in cui emerge una condizione di disagio e di crisi delle prospettive relazionali e di cura, evidenziando le condizioni sociali e politiche che li alimentano e proponendo, al contempo, specifici correttivi e soluzioni. Come sottolinea il CNB, nell'introduzione al documento sul suicidio degli adolescenti, i concetti di identità/soggettività di persona in senso etico giuridico e di società costituiscono punti di riferimento irrinunciabili che sostanziano il discorso bioetico[1]. C'è un profilo istituzionale e un profilo individuale in ogni problema bioetico. L'uno non esclude l'altro, ma presentano caratteri diversi che ne consentono una trattazione separata. In questo documento viene privilegiato l'aspetto individuale, il miglioramento di singoli aspetti del trattamento carcerario, pur nella consapevolezza che sarebbe auspicabile un più ampio e radicale ripensamento di tutto il sistema penitenziario.

Il parere citato offre il precedente utile anche per inquadrare, con le dovute differenze, il suicidio in carcere come problema bioetico. Esso indica la via di "un radicale cambiamento dell'ottica con cui il mondo adulto, nelle sue variegate espressioni e funzioni, guarda all'adolescenza" per incidere significativamente sulle dinamiche più spesso sottese al suicidio degli adolescenti e delle adolescenti. A partire da qui, nel capitolo sugli orientamenti

[1] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio degli adolescenti come problema bioetico*, 17 luglio 1998.

bioetici, il CNB si sofferma sul delicato equilibrio fra gli aspetti di responsabilità individuali e quelli ambientali/sociali circa la comprensione del suicidio; fra i rischi di imputare il fenomeno alle caratteristiche individuali con conseguente deresponsabilizzazione sociale, da un lato; o, al contrario, di cadere in un iper/pseudo protezionismo sociale per i soggetti individuati come "a rischio suicidario", dall'altro. Da qui l'opzione del CNB non tanto per una prevenzione selettiva verso individui/gruppi "a rischio"; bensì per una prevenzione intesa come *promozione* di "elementi idonei a sostenere in questa fase della vita un processo di sviluppo di identità". Quest'ultima indicazione, che prende le distanze dal sempre più pervasivo utilizzo della categoria di "rischio", è particolarmente preziosa rispetto alla specificità del carcere.

Prendendo spunto da quel documento, si può affrontare il suicidio in carcere, oltre che come spia del disagio soggettivo del detenuto rispetto alla perdita della libertà, anche come sintomo di inadeguatezza sociale, non tanto a "proteggere" i detenuti, quanto a rispettarne i diritti fondamentali. Il principio secondo cui la detenzione sospende *unicamente* il diritto alla libertà di movimento è spesso disatteso: come conseguenza, i diritti all'incolumità, alla salute, alla risocializzazione ed altri ancora non sono garantiti. Per ciò stesso il carcere è un ambiente che può favorire o far precipitare una eventuale decisione di togliersi la vita. Come denuncia il Comitato etico francese, "le prigioni sono anche la causa di malattia e di morte: sono la scena della regressione, della disperazione, della violenza auto-inflitta e del suicidio"[2].

Da questa prospettiva, la prevenzione del suicidio è strettamente legata alla tutela della salute, con un altro rilevante aspetto bioetico che riguarda l'equità di accesso alle risorse di produzione della salute. Due sono dunque i nodi critici: il carente (a volte perfino assente) rispetto di diritti civili e di diritti umani, in particolare del diritto alla salute; lo squilibrio nell'esercizio di tale diritto fra i detenuti e i cittadini liberi: il dato circa l'elevato numero di suicidi in carcere (circa venti volte superiore al tasso della popolazione generale) può pertanto essere letto anche come indice di discriminazione.

È vero che il suicidio è un atto di volontà frutto di una scelta individuale, a volte difficilmente comprensibile agli altri nelle sue motivazioni. Come tale va sempre guardato con cautela e rispetto. Ma il rispetto per il travaglio insondabile di chi decide il gesto estremo non solo non contrasta, ma, al contrario, spinge all'impegno collettivo per rimuovere tutte le condizioni capaci di favorire o far precipitare l'evento.

Perciò, la prevenzione del suicidio rientra a pieno titolo nella difesa della salute e della vita, quale promozione di un ambiente che rispetti le persone e lasci aperta una prospettiva di speranza e un orizzonte di sviluppo della soggettività in un percorso di reintegrazione sociale.

Nella situazione del carcere, la responsabilità sociale è particolarmente chiamata in causa per le caratteristiche di *vulnerabilità* bio-psico-sociale dei detenuti[3]. I carcerati non rappresentano lo specchio della società di fuori. Sono più giovani, più poveri, meno integrati in termini sociali, economici, culturali. Sono più affetti da malattie fisiche e psichiche.

Dunque, il carcere è un *luogo di contraddizioni* rispetto alla protezione della salute: contraddizione fra la domanda di sicurezza e il rispetto di fondamentali diritti umani.

C'è una seconda contraddizione, fra l'obbligo a curare i detenuti, totalmente soggetti all'autorità delle istituzioni giudiziarie carcerarie, e un carcere che, come si è detto, turba l'equilibrio psicofisico e fa ammalare le persone.

Le responsabilità etiche della collettività di proteggere la salute e la vita in carcere coincidono in larga parte con l'ottemperanza ai principi e alle leggi che sono a fondamento

---

[2] Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *La santé et la médecine en prison*, avis n.94, 26 octobre, 2006, p.8.

[3] Per il concetto di vulnerabilità, si veda la Dichiarazione di Barcellona, risultato di un confronto intrapreso all'interno della Comunità Europea per stimolare un dibattito pubblico sugli aspetti etici della cura, *The Barcelona Declaration Policy Proposals to the European Commission,* November 1998.

delle nostre società[4]. In questa ottica, si può leggere l'affermazione secondo cui le condizioni del carcere sono lo specchio dello stato di civiltà di una società.
Il CNB ha in precedenza affrontato in generale le problematiche penitenziarie con una dichiarazione del 17 gennaio 2003, facendo alcuni rilievi di carattere bioetico. Il CNB ha considerato l'alto tasso di suicidi e il numero delle condotte autolesionistiche come indici di "gravissimo disagio"; ha rilevato che il sovraffollamento ostacola "in maniera drastica la garanzia effettiva dei diritti umani riconosciuti ai detenuti dalla Costituzione e dall'ordinamento penitenziario, rendendo pletorici i riferimenti al trattamento e all'impegno rieducativo"; ha infine sottolineato "la necessità di un'attenta riflessione sul fatto che la popolazione penitenziaria risulta ormai comprensiva nella sua quasi totalità di individui caratterizzati da condizioni specifiche di grave disagio sociale (si pensi ai tassi elevatissimi di stranieri e tossicodipendenti), condizioni delle quali è doveroso farsi carico anche pensando a percorsi sanzionatori nuovi".

A distanza di sette anni da quella dichiarazione, non solo non si sono registrati miglioramenti, ma il quadro denunciato si è perfino aggravato. Rimangono perciò drammaticamente attuali gli indirizzi bioetici allora indicati, ad iniziare dal richiamo ai principi: la tutela della salute degli individui sottoposti a restrizione della libertà personale in strutture penitenziarie è preciso dovere morale oltre che giuridico dei pubblici poteri; la condanna alla pena detentiva non deve implicare una compromissione dei diritti umani fondamentali. Altrettanto valido rimane l'auspicio finale "di un approfondimento finalizzato all'introduzione di pene principali non detentive".

La situazione attuale di emergenza del sistema carcerario spinge il CNB a offrire spunti di riflessione sulla via dell'approfondimento allora auspicato, ricordando l'articolo 27, comma 3 della Costituzione che recita: "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato".

Il limite che la norma definisce – la non contrarietà al senso di umanità – è chiaramente costruito in relazione al principio di dignità umana che è poi il fondamento dei diritti inviolabili dell'uomo e della donna. Anche se la pena affligge, deve essere concepita in modo da non ridurre la persona a semplice mezzo, "morti"ficandone la dignità, e così compromettere anche la funzione rieducativa.

È vero che nella valutazione delle pene vi è il problema di evitare condizioni carcerarie che danneggino la salute; ma la non contrarietà al senso di umanità esprime un'esigenza che trascende la tutela della salute e riguarda la stessa dignità umana da tutelare pur nell'inflizione delle pene. Problematiche così gravi come il suicidio e l'autolesionismo sollecitano bensì a riconsiderare il problema delle condizioni oggettive delle carceri; ma prima ancora a mettere in luce l'insostenibilità di una politica penale che sia essa stessa causa del sovraffollamento.

Una politica penale che produce un sovraffollamento delle carceri e conseguentemente condizioni di invivibilità tali da far aumentare in modo significativo il numero dei suicidi, si pone come direttamente contraria al principio di umanità delle pene. Inoltre vi sono ipotesi di comportamenti antisociali con riguardo ai quali l'incriminazione penale dovrebbe essere soppesata in relazione alle condizioni del carcere, altrimenti la pena si rivela solo astrattamente adeguata a quel comportamento mentre in concreto non lo è.

Queste riflessioni invitano ad ampliare le pene non detentive. Va però ricordata la diffusa pratica di non applicare appieno la normativa esistente che consentirebbe a molte persone di non essere detenute in carcere. Così è per gran parte dei detenuti in custodia cautelare, che la legge prevede come misura eccezionale nei confronti di chi è presunto innocente. Così è per i soggetti particolarmente fragili come i tossicodipendenti per i quali sono previste

[4] Queste contraddizioni sono sottolineate nel parere n. 94 del Comitato francese già citato, p. 5. Il documento nota ancora una contraddizione fra "il significato della pena, basato sulla responsabilità individuale di chi commette il reato, e l'incarcerazione di un numero sempre crescente di persone che soffrono di seri disturbi mentali".

misure alternative di trattamento. Incarcerare o tenere in prigione persone che secondo la legge avrebbero la possibilità di aspettare il giudizio o di essere punite al di fuori del carcere è pratica contraria al senso di umanità e, come tale, rappresenta una negazione dei diritti umani.

L'evoluzione storica del suicidio in carcere

La maggiore incidenza dei suicidi in carcere è stata oggetto di osservazione fino dal XVII secolo, quando alcuni *coroners*, chiamati ad indagare nelle carceri britanniche per i casi di morte violenta, cominciano a stabilire un legame fra gli episodi di autosoppressione e alcuni specifici aspetti della prigionia. Solo nell'ottocento inizia una riflessione sistematica sul suicidio, all'interno del generale problema delle morti e della salute in carcere. In un suo scritto del 1820, il dottor L.R.V. Villermé, studiando le prigioni di Parigi, osserva che "la mortalità dei detenuti è notabilmente maggiore di quelli che vivono in stato di libertà, in ragion diretta del cattivo stato delle prigioni e della miseria, delle privazioni, dei patimenti sofferti dai detenuti prima del loro imprigionamento". Quanto alla condizione di vita in carcere e alle differenze di trattamento da una prigione all'altra, Villermé è convinto dell'importanza di questo fattore: a seconda del tipo di carcere "questi infelici hanno perduto per termine medio nel tempo del loro imprigionamento la probabilità di vivere 17, e perfino 30 anni di vita". Alla metà dell'ottocento, troviamo studi che utilizzano i suicidi e le morti in carcere come indicatori per la valutazione dei differenti sistemi di trattamento. Si scopre che i sistemi caratterizzati dall'isolamento dei detenuti avevano 12 volte più suicidi delle cosiddette "prigioni in comune" (Baccaro, Morelli, 2009, 26 sgg.).

In Italia, con la pubblicazione del lavoro di Enrico Morselli, nel 1875, si ha un quadro più completo della morte volontaria in carcere. A parte il riconoscimento della maggiore frequenza dei suicidi fra i detenuti rispetto alla popolazione generale, si osservano altre caratteristiche ambientali correlate: 1) nei sistemi che hanno come base il lavoro (colonie agricole penali), ci sono minori probabilità che si verifichino le condotte suicidali 2) le prigioni che ricorrono all'isolamento dei prigionieri hanno tassi più alti di suicidi e tentati suicidi 3) gli effetti negativi dell'isolamento si manifestano di più nei primi mesi 4) in tutti i regimi, il maggior numero di suicidi si verifica nei primi due anni di soggiorno in carcere 5) la fascia di età in cui il suicidio è più frequente è dai 21 ai 30 anni.

Molte di queste osservazioni sono ancora valide, in particolare gli effetti negativi dell'isolamento. Va ricordato che nell'ottocento per l'influenza lombrosiana, si ipotizza una relazione causale fra i fattori biologici/genetici e il comportamento deviante. Lo stesso Lombroso scrive sul suicidio dei carcerati, collegando la spinta al suicidio alla struttura mentale del delinquente, privo di spirito di conservazione. Il suicidio sarebbe uno dei caratteri dell'uomo delinquente, espressione dell'insensibilità verso sé stesso oltre che verso gli altri; di conseguenza, il tentato suicidio diventa un elemento utile ad identificare il criminale.

Nonostante la preponderanza del determinismo biologico che induce a leggere il comportamento del criminale in maniera diversa dal comportamento dell'uomo normale, si fa strada anche una diversa considerazione delle ragioni del crimine e del suicidio dei criminali. Morselli stesso precisa che non tutti coloro che sono in carcere appartengono alla categoria dell'uomo delinquente come inteso da Lombroso, alcuni hanno commesso reato per debolezza di mente o di carattere o per cattiva educazione o "perché si trovarono in circostanze fatali". Alcuni si suicidano per rimorso o pentimento, per "liberarsi dall'infamia della pena", o anche per evitare la carcerazione o, fra i condannati alla forca, per evitare la pena di morte.

Nel novecento, i dati sulla popolazione carceraria cominciano ad essere raccolti in maniera più affidabile. La prima indagine sistematica raccoglie i dati sui suicidi consumati e tentati nelle carceri italiane dal 1960 al 1969: sono analizzati 403 casi (100 suicidi consumati

e 303 suicidi tentati). I dati raccolti riguardano diverse variabili, dalla posizione giuridica (tipo di reato, situazione giuridica, tempo di internamento fino al suicidio o tentato suicidio), alla posizione del detenuto nell'istituto (recluso, in osservazione, etc.), alla situazione personale (salute, situazione familiare, comportamento). Lo studio rivela che quasi ¾ dei casi di suicidio riguardano detenuti che non svolgono alcuna attività lavorativa entro il carcere; inoltre il 64% dei suicidi, sia consumati che tentati, riguarda detenuti in attesa di primo giudizio. Quanto al tasso di suicidio, la media degli anni sessanta è attestata a livelli del 3,01.

Negli anni settanta, i casi di suicidio iniziano ad aumentare: alla fine del 1997 sono l'11,15 (ogni diecimila detenuti), nel 2000 l'11,40, fino al picco del 2001 (12,52). L'aumento dei suicidi va letto all'interno di un profondo mutamento della popolazione carceraria, sia in termini quantitativi che qualitativi. Prima degli anni settanta, i detenuti provenivano da livelli sociali molto bassi, con altissimi tassi di analfabetismo. Per gli strati sociali più indigenti, il carcere era un evento vissuto in continuità con altri eventi di vita, più che come cesura traumatica. Esisteva una "subcultura" del carcere, violenta e coesa, che trovava il suo amalgama nella resistenza/opposizione all'istituzione carceraria. Da un lato, al suicidio non si prestava particolare attenzione, quasi che appartenesse alla ordinaria violenza quotidiana del carcere; dall'altro, lo stretto controllo (i detenuti vivevano quasi sempre insieme nei "cameroni") e la forte coesione di gruppo disincentivavano i gesti individuali di auto-aggressione.

La scomparsa di questa subcultura è frutto sia della riforma carceraria (1975) che del mutamento sociale e degli indirizzi delle politiche penali. Dagli anni settanta in avanti, la diminuzione dei reati violenti non ha comportato una diminuzione dei tassi di carcerazione, al contrario. Se nel 1975 i detenuti erano 30.000, nel 2008 avevano raggiunto i 57.000, nel 2009 si è toccata la quota di 60.000. In parallelo, il carcere è sempre più affollato di fasce emarginate, quali tossicodipendenti e giovani immigrati, particolarmente vulnerabili sotto l'aspetto bio/psico/sociale. In particolare, la OMS individua come gruppi vulnerabili più a rischio di suicidio i giovani maschi, le persone con disturbi mentali, le persone socialmente isolate, i soggetti con problemi di abuso di sostanze psicoattive, i soggetti con precedenti suicidari: questi gruppi sono sovra-rappresentati nei nostri penitenziari (WHO, IASP, 2007).

Negli anni duemila, a partire dal picco del 2001, già citato, del 12,5, i tassi sembrano stabilizzarsi intorno al 10 (ogni diecimila) fino al 2008, quando si registra un tasso dell'8. Nel 2009, c'è stato però un brusco rialzo.

Quanto ai tentati suicidi, negli anni duemila la percentuale è oscillata da 180 (ogni diecimila) del 1999 a 137,90 del 2007 (con una punta in basso di 127,8 nel 2004).

È da notare che, nonostante i progressi, i dati di fonte istituzionale non sono ancora del tutto attendibili, anche per la difficoltà a trovare criteri univoci di rilevazione e di definizione stessa come suicidio o tentato suicidio dei comportamenti che portano alla morte (ad esempio l'esito fatale di intossicazioni con sostanze che hanno effetti psicotropi). Per tale ragione, sono preziose le fonti indipendenti[5].

Un altro spaccato del problema è offerto dal numero dei suicidi in rapporto all'insieme delle morti in carcere, nel confronto con altri Paesi.

Fra i Paesi europei, rispetto al totale dei decessi in carcere, l'Italia ha un numero relativamente alto di comportamenti suicidali, circa un terzo dei decessi complessivi. Nel

[5] È di fondamentale rilievo pubblico il lavoro di rilevazione e documentazione svolto da alcune organizzazioni non governative, in particolare dalla rivista e dal sito di "Ristretti Orizzonti", in possesso di un data base, quantitativo e qualitativo, dal 2000 in poi. È anche attivo un Osservatorio Permanente sulle Morti in Carcere, nato dalla collaborazione fra Radicali Italiani, Associazione "Il detenuto ignoto", Associazione "Antigone", Associazione "A buon diritto", Radiocarcere, "Ristretti orizzonti".

2009 si sono avuti 72 suicidi su 177, nel 2010 si sono avuti 66 suicidi su 186 morti (Osservatorio Centro Studi Ristretti Orizzonti).

Non vanno dimenticati i casi di suicidio fra gli agenti di polizia penitenziaria: dal 1997 al 2007 si sono uccisi 64 agenti e molte di queste morti sono state collegate al malessere per la condizione lavorativa e al *burn out*. Un piano d'intervento organico dovrebbe prendere in considerazione anche i fattori di stress della quotidianità in carcere per chi vi lavora.

Studi sulle variabili incidenti sugli atti di autoaggressione e sul suicidio

Nonostante l'importanza del fenomeno e la sua persistenza nel tempo, sono scarsi gli studi sistematici in merito; i pochi sono per lo più orientati nella prospettiva clinico individuale, senza concentrarsi sulle variabili sociali e istituzionali incidenti sul comportamento di suicidio.

Tuttavia, agli inizi degli anni duemila si inaugura in Italia una stagione di studi che permettono di tracciare un primo profilo di rischio rispetto a variabili situazionali e ambientali (Manconi, 2002; Manconi, Boraschi, 2006). Ci si toglie la vita con maggiore frequenza nel primo anno di detenzione (nel biennio 2000-2001 il 64,5%, nel 2002 il 61%, nel 2003, il 63%); fra i suicidi del primo anno, la gran parte si concentra nei primi giorni e nelle prime settimane. Ciò è messo in relazione all'impatto traumatico con l'ambiente carcerario quale fattore di precipitazione verso il gesto autosoppressivo.

Inoltre, è sottolineata una relazione fra gli eventi suicidali e l'affollamento degli istituti penali: il sovraffollamento, oltre a limitare gli spazi e a provocare il deterioramento delle condizioni igieniche, pregiudica le relazioni col personale e limita le possibilità di accedere alle opportunità ricreative, formative, lavorative. Anche il disagio legato al sovraffollamento sarebbe un fattore di precipitazione, oltre che predisponente.

Un altro elemento riguarda i segnali antecedenti il suicidio: in ambedue gli studi citati emerge che una considerevole parte dei suicidi potevano dirsi "suicidi annunciati", perché gli autori versavano in condizioni di grave o gravissima depressione o avevano già posto in essere tentativi di togliersi la vita.

Circa la situazione giuridica dei ristretti in carcere e le relative implicazioni psicologiche, i due studi evidenziano un numero inferiore di suicidi fra le persone definitive (es. negli anni 2000/2001 il 44,2% dei suicidi è stato commesso da detenuti definitivi; nel 2002, il 36,4%; nel 2003, il 48,3%). Dunque si suicida di più chi è in attesa di rinvio a giudizio o di sentenza di primo grado o di appello, seppure con oscillazioni rilevanti. Al di là di queste variazioni, rimane il dato sufficientemente stabile rappresentato dalla sovra-rappresentazione dei suicidi fra i non definitivi rispetto all'intera popolazione carceraria non definitiva (i condannati definitivi superano il 60% dei reclusi). Ciò significa che, tra i definitivi, la propensione al suicidio è notevolmente inferiore a quella registrata fra i non definitivi.

Quanto all'età, in carcere si uccidono per lo più giovani uomini. Considerando i casi di suicidio nelle varie fasce d'età e confrontandoli con la distribuzione della popolazione carceraria nelle medesime, si evidenzia una più forte propensione al suicidio tra i 18 e i 34 anni. Per ciò che riguarda il confronto con la popolazione generale, facendo ad esempio riferimento ai dati del 2002, si può dire che in carcere, in età compresa fra i 18 e i 44 anni, ci si uccide circa 50 volte di più di quanto ci si uccida fuori (Manconi, Boraschi, 2006, 22sgg)

Un altro studio ha confermato che il restringimento degli spazi e il deterioramento delle relazioni, insieme alla scarsità di opportunità, sono effettivamente correlabili non solo col suicidio, ma più in generale con l'autolesionismo e con la reattività aggressiva nei confronti del personale e dei compagni di detenzione (Buffa, 2003). Questo studio ha anche mostrato che tali fenomeni non si distribuiscono in maniera uniforme negli istituti sovraffollati, ma sono più frequenti in quelle sezioni dove si trovano i detenuti meno dotati di risorse personali e sociali, che hanno minori capacità di adattarsi e di cogliere le scarse opportunità che il carcere, in particolare nelle situazioni di sovraffollamento, offre. A parere dell'autore, esce

riconfermata l'ipotesi di E. Goffman sulle istituzioni totali e il cosiddetto "sistema di reparto": nella competizione che si attiva, la parte meno dotata si ritrova a vivere nelle condizioni peggiori in quel contesto e ciò innesca una spirale di marginalità e sofferenza.

In genere la letteratura esamina separatamente la condotta suicidale rispetto agli atti di autolesionismo, poiché si suppone che diverse siano le motivazioni profonde. In più, l'autolesionismo nello specifico ambiente carcerario è per lo più interpretato come una modalità strumentale e "manipolativa" per ottenere concessioni di vario genere.

Di recente si va affermando una diversa prospettiva: l'elemento manipolativo non esaurisce le motivazioni alla base dell'autolesionismo carcerario, c'è un "continuum di autodistruzione" che parte dalle condotte autolesive meno cruente fino ad arrivare a quelle auto soppressive. Ciò non significa leggere l'insieme dei fenomeni in chiave psicopatologica, bensì tentare di coglierli come espressione di un disagio che può assumere forme diverse (di maggiore o minore gravità) in rapporto alle capacità di *coping* dei soggetti nelle (specifiche) situazioni stressanti.

Su questa base, il più recente studio condotto per mandato dell'Amministrazione Penitenziaria italiana, analizza tutti i dati riguardanti le condotte auto aggressive: i suicidi, i tentati suicidi, le condotte auto lesive (es. le lesioni sul corpo o l'ingerire corpi estranei), le condotte astensive (es. la scelta dichiarata di non nutrirsi o di non assumere farmaci) (Buffa, 2008)[6].

Questi i risultati più interessanti: innanzitutto è riconfermata la maggiore frequenza del suicidio in carcere rispetto alla popolazione generale: nel periodo considerato, i suicidi fra i detenuti sono stati 41, pari a un tasso di 4,6 per diecimila, 7 volte superiore rispetto al tasso della popolazione generale[7].

Esce invece non confermata l'ipotesi di un maggior ricorso al suicidio, e in generale agli atti auto aggressivi, dei tossicodipendenti. Rispetto al dato generale della presenza di tossicodipendenti negli ingressi in carcere (24,85%), questi si sono resi protagonisti di suicidi nel 9,8% dei casi e lo hanno tentato nel 11,2%.

Per gli stranieri, a fronte di una presenza generale pari al 48,7% di ingressi in carcere, i suicidi, i tentati suicidi e le condotte astensive hanno visto una quota di autori stranieri inferiore al predetto rapporto (rispettivamente il 26,9; il 42,1; il 39,6). Solo per le condotte auto-lesive la prevalenza è maggiore al dato generale (53,7%).

Quanto alle modalità del suicidio, l'87,6% si danno la morte per impiccagione, il 7% inalano gas.

Rispetto alla posizione giuridica, la maggior parte degli autori delle condotte autoaggressive non ha ancora una condanna definitiva (56,4%). Il divario fra reclusi non definitivi e definitivi si allarga ancora di più quando si considerano i suicidi (65,9%) e i tentati suicidi (62,1%). Si noti ancora il fenomeno della sovra-rappresentazione già accennato: nello stesso periodo, la percentuale dei ristretti in custodia cautelare o con condanne non definitive sul totale degli ingressi in carcere era pari al 46,8%. Questi dati confermano (e accentuano) quanto già suggerito dai precedenti studi. Lo stesso si può dire per la concentrazione delle condotte auto-aggressive nelle fasi iniziali della carcerazione. Il 32,8% degli eventi è avvenuto nell'arco del primo trimestre successivo all'ingresso in istituto (il

[6] Lo studio, condotto da Pietro Buffa, ha analizzato i dati del Dap sugli istituti italiani dal 1° luglio 2006 al 31 giugno 2007. Dal punto di vista metodologico, si utilizzano indicatori diversi per calcolare la prevalenza dei fenomeni all'interno del carcere. Per tradizione, la prevalenza era calcolata sulla base della presenza media dei detenuti rilevata in un giorno. Buffa utilizza invece il numero totale degli ingressi dalla libertà in un anno. A detta dell'autore, questo consentirebbe una più esatta comparazione fra la prevalenza del suicidio (e altre condotte autolesive) in carcere e all'interno della popolazione generale. Tuttavia, la diversa metodologia impedisce un confronto coi dati rilevati dalle organizzazioni indipendenti.

[7] Si ricordi che questo tasso è calcolato sulla base degli ingressi in un anno, cifra notevolmente più alta delle presenze medie calcolate in un determinato giorno dell'anno. Ciò dà conto della differenza di rapporto col suicidio nella popolazione generale (20 volte superiore, come si è scritto all'inizio, rispetto alle 7 volte superiore della ricerca Buffa).

26,8% per i suicidi e il 45,6% per i tentati suicidi). Nel secondo trimestre le percentuali si riducono di quasi la metà e la diminuzione nei successivi trimestri procede con analoga modalità. Se esaminiamo in particolare i suicidi, nel primo anno se ne sono registrati oltre la metà (51,2%).

La ricerca ha anche messo in luce la distribuzione geografica delle condotte auto aggressive: ci sono differenze notevoli, con regioni che hanno una quota di eventi superiore alla propria quota di ingressi (in particolare la Lombardia, la Campania, il Lazio, la Sicilia, la Toscana). Dallo studio di otto grandi istituti metropolitani, si è visto che gli eventi si concentrano in alcuni reparti[8].

Questa osservazione sulla "geografia del disagio" illumina l'importanza delle variabili di contesto. Da uno studio sulle motivazioni dichiarate dal personale nei rapporti redatti in carcere circa le condotte auto aggressive, emerge che le motivazioni di carattere psicopatologico sono citate solo nello 0,06 % dei casi. Anche in questo caso, come per i tossicodipendenti, è smentita l'ipotesi di un maggior ricorso alle condotte auto aggressive da parte di questi soggetti, presente nella letteratura internazionale. Sarebbero perciò necessari ulteriori studi per approfondire questi aspetti.

I significati del suicidio in carcere e gli approcci di comprensione e di intervento

Questo documento ha scelto di non addentrarsi nella vasta problematica del suicidio, per concentrarsi sul particolare fenomeno del suicidio e dell'autolesionismo in carcere. Peraltro, tramontata in epoca moderna la propensione a leggere il suicidio in chiave patologica, la sua comprensione rimane particolarmente complessa, poiché si tratta di integrare le riflessioni e i risultati delle ricerche dei sociologi, degli psicologi, degli antropologi, degli storici (Barbagli, 2009; De Leo, 2009). Anche nella prospettiva psicodinamica, è difficile individuare la specifica dinamica di base di questo atto autodistruttivo che annulla interamente ogni aspetto di auto-conservazione insito nella natura umana. Non mancano le contraddizioni: per certi versi, il suicidio si presenta come l'atto solitario per eccellenza, di negazione della relazione con l'altro/altra; ma, cercando di scavare oltre l'atto in sé, se ne può cogliere l'aspetto meta-comunicativo: mentre sul piano cosciente il suicidio sembra voler negare il rapporto col mondo, a livello inconscio l'atto è rivolto agli altri, in una tensione drammatica di rapporto affettivo, sia positivo che negativo (Fornari, 1981).

Quanto al suicidio in carcere, vanno considerati da un lato i fattori di vulnerabilità individuale, e il ruolo (predisponente o catalizzatore) nella condotta di suicidio di alcuni disturbi psicologici e psichiatrici; dall'altro, non si può prescindere né dalle particolari caratteristiche patogene/stressanti del contesto carcerario, né dagli specifici livelli di salute psicofisica delle persone detenute, più bassi di quelli della popolazione generale. La combinazione delle due variabili fa sì che la OMS consideri i detenuti come gruppo in sé vulnerabile rispetto al suicidio. Più complesso, e più controverso, è individuare, all'interno del gruppo, gli individui particolarmente vulnerabili al suicidio per le loro caratteristiche psicopatologiche individuali.

In più, nel carcere, a differenza che fuori, ogni atto autolesivo tende ad essere letto nella logica custodiale, come resistenza/ribellione del custodito all'istituzione carceraria. Si pensi alla dimensione "comunicativa" degli atti autolesivi, sopra accennata: essa è in genere interpretata come parte intrinseca della sofferenza, quale forma di espressione del disagio dell'individuo. Al contrario, per i detenuti, si ragiona sulle condotte auto aggressive, cercando di distinguere fra atti "manipolativi" e atti che esprimono un "reale" disagio.

[8] Una particolare concentrazione è rilevata negli istituti di Milano-Bollate, Torino, Napoli-Poggioreale (Buffa, 2008).

È pur vero che la lettura delle condotte auto aggressive in carcere non può ignorare il conflitto, *in primis* simbolico, intorno ai corpi. Per l'istituzione, gestire la pena detentiva è un problema di controllo/protezione dei corpi dei detenuti. In ultima analisi, la perdita della libertà si sostanzia nella "consegna" del corpo all'istituzione carceraria. Il corpo è dunque lo spazio di comunicazione che viene ad essere comune sia al detenuto che all'istituzione. In questo senso, il carcere è il luogo per eccellenza del "linguaggio del corpo". È la modalità immediata e regressiva che il detenuto ha per esprimersi pubblicamente, per comunicare ad altri il proprio disagio, a volte per rivendicare i propri diritti. È un "parlare" attraverso il corpo ferito che tradisce un'impotenza relazionale e un profondo turbamento della comunicazione.

Ancora, nell'ottica del "carcere che ammala", è nota la riflessione sulle "istituzioni totali", ad iniziare da E. Goffman: tutti gli aspetti della quotidianità dell'internato sono posti sotto un'autorità altra, col risultato di annullare la dimensione privata e l'individualità. È l'aspetto "depersonalizzante del carcere", ovvero "uno spazio privo delle espressioni simboliche di identità, relazioni, storia" (Bauman, 2002). Il carcere è perciò un contesto particolarmente fertile per i vissuti di "impotenza appresa" (*learned helplessness*) e di "mancanza di speranza" nel futuro (*hopelessness*), due indici del rischio suicidario (Beck et al.1975).

Dunque il carcere è un luogo che crea il rischio suicidio, "in quanto la detenzione in sé e per sé è un evento stressante che priva la persona di risorse basilari"; ma è anche un luogo "che importa il rischio suicidio", per lo stato precario di salute psicofisica della popolazione carceraria, come afferma la OMS. Tuttavia, la stessa OMS afferma che pochi studi hanno identificato elementi in grado di distinguere i detenuti che commettono suicidio dal resto della popolazione carceraria (WHO, 2007, 7).

Da qui la cautela verso un approccio (prevalentemente) rivolto a individuare i soggetti "a rischio", quale forma privilegiata di prevenzione del suicidio: in una parola, a "psichiatrizzare" il suicidio in carcere. Tale approccio, che la letteratura psicosociale ha da tempo definito come "eccezionalista", focalizzato sui soggetti etichettati come portatori di deficit, ha il difetto di aumentare la stigmatizzazione individuale, col rischio di non cogliere l'interazione fra individuo e ambiente. È dunque preferibile un approccio "universalista", che veda nel potenziamento delle opportunità ambientali l'ambito più favorevole alla promozione delle abilità dei soggetti, a partire da quelli più deboli. È l'approccio di promozione della salute, anche e soprattutto in ambito carcerario. Con due vantaggi: allontanare i suddetti pericoli della psichiatrizzazione del suicidio, particolarmente insidiosa nel carcere, poiché esso offre un terreno culturalmente fertile al recupero della tradizione custodiale propria della psichiatria fino a non molti decenni fa; evitare gli eccessivi "specialismi", a favore di un approccio comunitario che coinvolga il personale tutto e i detenuti stessi nella creazione di un carcere più "sano" o, almeno, meno "malato".

Suicidi in carcere: si possono evitare? Una prospettiva ecologica

Scegliere un approccio universalista di prevenzione in ambito di salute psicofisica significa in altri termini privilegiare una prospettiva ecologica, che considera la posizione del soggetto nell'ambiente di vita e la relativa interrelazione che ne scaturisce; di contro all'idea, saldamente radicata, che il suicidio sia una manifestazione psicopatologica di un disordine individuale. A supporto della prospettiva ecologica vi sono alcuni importanti studi sui comportamenti auto aggressivi condotti in diverse città del Regno Unito, che hanno evidenziato l'importanza di fattori situazionali ed ambientali quali la classe sociale e l'area di residenza. Tali studi hanno mostrato sia il ruolo di fattori avversi di stress (come la povertà e la disoccupazione), sia di quelli protettivi (supporto relazionale, stato matrimoniale e partnership, con significative differenze di genere) (Orford, 1992).

Scegliere l'approccio ecologico ha conseguenze operative importanti: come sottolineano Laura Baccaro e Francesco Morelli, autori dello studio più recente e

comprensivo sul tema, nella prima valutazione delle persone appena entrate in carcere (i cosiddetti nuovi giunti) vengono in genere tenuti in assai maggiore considerazione i classici fattori psicopatologici della diagnosi psichiatrica, piuttosto che le reazioni psicologiche all'evento traumatico che potrebbero predire il precipitare di una crisi (lo stato di ansia, la capacità auto percepita di *coping* rispetto alla nuova situazione). Decisivo è anche il "continuum di stress", il ripetuto trovarsi di fronte a situazioni stressanti, senza riuscire ad elaborare le molteplici esperienze traumatiche e di perdita. "L'impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione, la paura di essere abbandonati da familiari e amici, la crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga, lo stress quotidiano della vita in carcere, sono tutti elementi in grado di superare la "soglia di resistenza" di una persona" (Baccaro, Morelli, 90 seg.).

Nella prospettiva di cogliere l'interazione fra l'individuo e il contesto, uno dei modelli più accreditati di interpretazione del disordine psicologico è quello dello *stress-vulnerabilità* e della mutua influenza fra fattori psicologici individuali e fattori ambientali. L'evento traumatico della condotta auto aggressiva è visto come una reazione sintomatica ad una combinazione di forze ambientali avverse: la gravità del disagio è proporzionale ai fattori di vulnerabilità individuale, quali risultano dal rapporto fra fattori avversi e fattori protettivi, accumulati nel tempo.

I fattori avversi

Esaminiamo alcuni di questi fattori:

Fattori individuali di natura psicologica e psichiatrica: dalle schede di valutazione delle patologie della popolazione detenuta, particolarmente significativi sono i dati relativi alla depressione. La prevalenza fra la popolazione carceraria si attesta al 10,25%, ma solo il 5% circa soffrirebbe di depressione maggiore.

È da notare che i disturbi depressivi rappresentano il gruppo di disturbi psichiatrici con i più elevati tassi di prevalenza anche fra la popolazione generale, pur se esistono differenze marcate nelle stime che possono rappresentare l'effetto di differenti criteri o metodi di accertamento diagnostico. Secondo una delle più recenti e accurate revisioni dell'epidemiologia dei disturbi affettivi, la prevalenza *life time* per la depressione maggiore è stimata al 6,7%, mentre la prevalenza a un anno è stimata al 4,1% (Waraich et al., 2004). Per ciò che riguarda i dati italiani, seguendo il primo studio epidemiologico condotto in un campione rappresentativo della popolazione generale adulta italiana, i disturbi depressivi registrano una prevalenza annuale del 3,5% (De Girolamo et al., 2005). Ai fini dell'ambito specifico della problematica affrontata da questo documento, è da rimarcare l'importanza spesso cruciale che gli eventi di vita stressanti rivestono nell'insorgere della depressione, largamente documentata in un numero considerevole di ricerche. L'evento di vita che più ricorre in associazione al manifestarsi della depressione è un'esperienza di perdita (il venire meno di relazioni interpersonali, la caduta di ruolo e di autostima): sono vissuti che interessano larga parte dei detenuti, specie quelli alla prima esperienza di carcerazione. In generale, gli studi sugli eventi di vita stressanti mostrano che il rischio relativo di soffrire di depressione nei sei mesi successivi a un grave evento di vita stressante è 6 volte più elevato rispetto ad un periodo ordinario (Paykel et al., 1996).

Per quanto riguarda le altre patologie mentali, ne è affetto il 6,04%. Una ricerca condotta su un campione del carcere di Padova nel 2005, darebbe un'alta percentuale di co-morbilità psichiatrica fra i tossicodipendenti detenuti. Questo studio non è però in grado di fornire una lettura delle variabili che concorrono ad una tale concentrazione di disagio psichico (Bentivogli, 2006).

Fattori situazionali: un fattore importante sembra essere la collocazione nella cella di isolamento. Un detenuto "isolato" o sottoposto a particolari regimi di detenzione in cella singola cui non riesce ad adattarsi è ad alto rischio di suicidio.

Queste celle sono chiamate *celle lisce*, perché prive di mobili eccetto la branda. Sono usate sia per isolare persone che mostrano di non essere idonee alla vita collettiva, sia per i soggetti che si ritiene potrebbero tentare o ritentare il suicidio. Tuttavia, la privazione di ogni forma di vita comunitaria e la spoliazione di oggetti di uso corrente accentuano la depersonalizzazione del carcere, mentre il detenuto è ridotto in stato di totale dipendenza dal personale per i bisogni più elementari. Una percentuale elevata di suicidi avviene in isolamento.

Altro fattore è quello del "trauma d'ingresso": i soggetti possono reagire allo stress dell'incarcerazione con un disturbo di adattamento, che può svilupparsi in un vero e proprio disturbo post traumatico da stress.

Fattori psicosociali: tra i detenuti suicidi sono abbastanza comuni l'inconsistenza del supporto familiare e sociale. L'isolamento sociale è un fattore di rischio per il suicidio.

Fattori di istituzionalizzazione: oltre alla "spoliazione identitaria" del soggetto, quale effetto del processo di istituzionalizzazione, la totale dipendenza da altri per ogni aspetto della vita quotidiana, porta alla "infantilizzazione" della persona reclusa.

In conclusione, la OMS elenca alcuni fattori di rischio individuali e ambientali, che, se presenti in qualsiasi combinazione e interazione, potrebbero contribuire ad innalzare il rischio suicidario:

- negli istituti di pena si concentrano gruppi considerati vulnerabili al suicidio;
- il trauma d'ingresso e lo stress quotidiano della vita in carcere possono superare la soglia di resistenza del detenuto medio e a maggior ragione di quello a rischio elevato;
- non in tutte le carceri esistono procedure per identificare detenuti con rischio suicidario e, anche quando esistono, non vi è un adeguato monitoraggio dello stress dei detenuti e quindi vi è poca probabilità di identificare situazioni di rischio acuto;
- anche se esistono le procedure vi può essere un problema di sovraccarico di lavoro del personale;
- gli istituti di pena possono avere un limitato o assente accesso ai servizi psichiatrici.

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Negli OPG, il tasso dei suicidi è più che doppio rispetto a quello della popolazione detenuta nel suo complesso[9].

Al di là di queste rilevazioni, mancano studi specifici sulle variabili ambientali nella loro interazione coi fattori psicopatologici individuali. È da notare che la popolazione degli OPG è composita, non tutti gli internati sono autori di reati dichiarati infermi di mente, prosciolti e soggetti a misure di sicurezza. Ci sono anche imputati in misura di sicurezza provvisoria, nonché persone semplicemente in osservazione, in attesa di perizia psichiatrica. Negli ultimi anni, forse anche a causa del sovraffollamento, il flusso dal carcere all'OPG per ragioni di "osservazione" è cresciuto.

Fra i fattori ambientali avversi, vanno considerati: il trauma d'ingresso in istituti che recano lo stigma del manicomio criminale; la sospensione di alcuni diritti, *in primis* il venir meno della certezza sulla durata della detenzione, poiché le misure di sicurezza possono essere reiterate senza limite; il fatto che in molti casi le misure di sicurezza sono reiterate non perché si ritiene che sussistano elementi di pericolosità sociale, ma per mancanza di strutture residenziali esterne in grado di accogliere gli internati.

Col passaggio della sanità penitenziaria al SSN, la gestione e l'organizzazione degli OPG è in fase di profonda ristrutturazione. Si prevede che l'internamento in OPG sia limitato

[9] È quanto si ricava dall'elaborazione dei dati DAP riferiti al periodo 2004-2007. Gli internati, che rappresentano il 2,59% della popolazione detenuta, hanno messo in atto il 5,83% dei suicidi e il 3,26% dei tentati suicidi. Per le condotte autolesive e il rifiuto di vitto e terapie, il rapporto si rovescia (1,63% di autolesionismi e 0,65% di rifiuti di vitto e terapie).

alle persone sottoposte a misure di sicurezza definitiva, con una riduzione di circa un terzo del numero degli internati. È anche prevista una dislocazione regionale degli internati per favorire la dimissione e l'accoglienza all'esterno di coloro che hanno già superato il periodo della misura di sicurezza.

I suicidi delle donne

È difficile trovare ricerche sui decessi in carcere con un'attenzione alla differenza sessuale. La giustificazione addotta è che le donne in carcere sono molto meno degli uomini. La maggior parte della letteratura internazionale sul suicidio non ha trovato significative differenze fra i sessi nei tassi di suicidio. C'è però da notare che il numero molto limitato di suicidi femminili nei gruppi campione inficia la validità dei risultati. Tuttavia, dai dati italiani, risulta che le detenute si uccidono più degli uomini[10].

Al di là delle indagini statistiche e delle ricerche quantitative, sarebbero importanti le ricerche qualitative, per individuare la percezione femminile dello stress da carcere, come anche le differenze nei fattori protettivi e in quelli di vulnerabilità.

Secondo la ricerca "Donne in carcere", le donne vivono più duramente i "tempi della vita" sul loro corpo (mestruazioni, maternità, menopausa e invecchiamento) rispetto agli uomini. La donna spesso somatizza il suo malessere, con disturbi del ciclo mestruale e crisi respiratorie. È come se le donne vivessero sul loro corpo non solo il peso della costrizione in un ambiente ristretto, ma anche il succedersi del tempo, l'angoscia della separazione, la negazione della femminilità e maternità (Campelli et al, 1992).

La risposta dell'istituzione

Garantire l'incolumità dei detenuti è un dovere dell'amministrazione penitenziaria, rientra nei compiti di custodia. È un punto di vista diverso da quello del diritto soggettivo alla salute e alla vita dei detenuti. Nell'ottica custodiale, la prevenzione del suicidio può sfociare in un rafforzato controllo sulle persone e l'atto autolesivo può essere inquadrato come atto di insubordinazione; nell'ottica del diritto soggettivo, la prevenzione richiede di eliminare/ridurre/contrastare i fattori ambientali che possono favorire l'evento suicidario, ad iniziare dalla garanzia del rispetto dei fondamentali diritti umani.

Nel tempo, l'istituzione ha assunto come uno dei suoi compiti la tutela del diritto alla salute delle persone detenute, ma le contraddizioni rimangono: non a caso, nei confronti di chi ha tentato il suicidio, sono spesso applicate le stesse misure che vengono erogate come sanzioni contro i detenuti che turbano l'ordine degli istituti. In particolare, sia che il carcerato turbi l'ordine dell'istituto e ne metta in pericolo la sicurezza, sia che tenti di togliersi la vita, è in genere applicato il regime di "sorveglianza particolare": le misure di prevenzione vengono con ciò a coincidere con quelle di punizione. Così è per il regime di isolamento in cella "liscia", ma anche l'invio in OPG in osservazione può essere percepito dal detenuto come punizione[11].

L'amministrazione penitenziaria ha cominciato ad affrontare il problema del suicidio e dell'autolesionismo in maniera specifica negli anni ottanta, quando si individuano alcune categorie di detenuti a rischio (malati di mente, tossicodipendenti, i giovanissimi, coloro che fanno ingresso in istituto per la prima volta, tutti coloro che, in generale, vivono la privazione della libertà in maniera particolarmente sofferta e traumatica) [12].

---

[10] Dai dati DAP riferiti al 2004-2007 le donne suicide costituiscono il 6,2% del totale dei suicidi, mentre sono solo il 4,4% della popolazione detenuta.

[11] Con l'entrata in carcere del SSN, gli istituti penitenziari dovrebbero essere messi in grado di svolgere il compito dell'osservazione psichiatrica, poiché è improprio che questo compito sia svolto dall'OPG (Margara, 2010).

[12] Vedi la circolare 3182/5632 del 21.7.1986.

Nel 1987, è istituito il "Servizio Nuovi Giunti": si compone di un presidio psicologico (con la presenza di psichiatri, psicologi, criminologi) che affianca i medici, con lo scopo di individuare i soggetti a rischio sulla base della diagnosi psicopatologica. I nuovi giunti diagnosticati a rischio sono destinati ad un reparto specifico[13].

Negli anni duemila, sono ancora emanate indicazioni per la riduzione dei suicidi in carcere. Il Servizio Nuovi Giunti è sostituito dal Servizio di Accoglienza per le persone provenienti dalla libertà, con una impostazione più "ecologica" e meno specialistica/psichiatrizzante[14]. Le linee operative chiedono agli operatori di incentivare la padronanza del soggetto rispetto alla nuova situazione, cercando di ridimensionare i vissuti di disorientamento e di impotenza. In questa direzione vanno le indicazioni di: 1) segnalare immediatamente ai detenuti la possibilità di avere operatori con cui instaurare un dialogo; 2) informare le persone sulle regole che scandiscono la vita detentiva. Si creano anche "centri di ascolto" con operatori provenienti da diverse aree (sanità, trattamento detenuti, agenti di custodia), col compito di intervenire per problemi familiari o personali, per offrire sostegno psicologico, per assistere ai bisogni di prima necessità, per assistere ai bisogni legati allo status di straniero[15].

Di recente, con l'aggravarsi del disagio nelle carceri e l'aumento dei suicidi, il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria ha di nuovo fornito indicazioni per rafforzare l'osservazione e l'ascolto dei detenuti, sia impegnando maggiormente in questa attività il personale di Polizia Penitenziaria, accanto al personale dell'area educativa e ai volontari; sia favorendo una maggiore presenza dei volontari e dei rappresentanti della comunità esterna anche in orari pomeridiani e serali. Si ribadisce l'invito ad assicurare nel concreto l'esercizio di alcuni diritti- come quello dei colloqui col difensore - e a prestare attenzione agli "spazi e ai momenti di affettività fra i detenuti e i loro congiunti e familiari": in tal senso sono citate precedenti disposizioni specifiche per facilitare il percorso in carcere dei bambini che devono incontrare il genitore detenuto[16].

Si devono infine segnalare iniziative utili, intraprese da alcuni istituti a livello di sperimentazione: nella casa circondariale di Torino sono stati creati "gruppi di attenzione" per individuare le situazioni critiche al loro insorgere; nel carcere di San Vittore di Milano si sono creati gruppi di aiuto da parte di detenuti, per sostenere i soggetti che appaiono più fragili.

A livello europeo, alcuni stati, come la Francia e la Spagna, hanno varato negli ultimi anni piani d'azione che hanno portato a una riduzione consistente del numero dei suicidi. Secondo il Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei Trattamenti inumani e degradanti (CPT), i piani d'azione dovrebbero prevedere indicazioni per approntare un sistema di rilevazione efficace dei suicidi e degli atti auto-lesivi, predisporre la formazione degli operatori sui casi, creare équipe articolate e integrate, assicurando anche la presenza di operatori del trattamento e volontari e il coordinamento con gli operatori di custodia.

---

[13] Circolare 3233/5683 del 30.12.87, *Tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Istituzione e organizzazione del Servizio Nuovi Giunti*.

[14] Da segnalare il progetto DARS (detenuti a rischio suicidale), finanziato dalla Regione Lombardia e attivo dal 2004 negli istituti penitenziari di San Vittore, Opera, Pavia, Monza, Como, Busto Arsizio e Bergamo, dopo che il servizio era stato attivato in via sperimentale a San Vittore sino dal 2001. Individuato un soggetto a rischio, anche su segnalazione del personale di sorveglianza, gli psicologi del DARS intervengono tempestivamente.

[15] Si vedano la circolare 3524/5974 del 12.05.2000, *Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi in carcere*, e la circolare del 2007 che stabilisce le linee di indirizzo e le regole di accoglienza per i detenuti provenienti dalla libertà.

[16] Nota del 25 gennaio 2010 GDAP-0032296, *Emergenza suicidi – istituzione di unità di ascolto di Polizia Penitenziaria* e la Circolare 177644 del 26 aprile 2010 *Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni autoaggressivi*. Quest'ultima circolare fa riferimento alla nota del 10 dicembre 2009 (PEA16/2007) *Trattamento penitenziario e genitorialità*.

Orientamenti bioetici e conclusioni

In conclusione, la prevenzione del suicidio passa innanzitutto attraverso la garanzia del diritto alla salute (inteso, come oggi avviene, come promozione del benessere psicofisico e sociale della persona) e del diritto a scontare una pena che non mortifichi la dignità umana.

Dal punto di vista etico, il primo compito è di interrogarsi se il carcere, per come è oggi, assicuri nel concreto tali diritti. Nella quotidianità della detenzione, molti ostacoli si frappongono al loro pieno esercizio. Se ne possono elencare alcuni, fra i più gravi:

- il sovraffollamento, che ha raggiunto livelli mai prima toccati: esso ha riflessi sul sovraccarico del personale, col risultato, fra gli altri, di restringere ulteriormente gli spazi di movimento dei detenuti dentro l'istituto;
- nella quotidianità della vita carceraria, i detenuti affrontano spesso restrizioni ulteriori rispetto a quelle intrinsecamente connesse alla costrizione detentiva (riguardo le opportunità di lavoro, la formazione e l'istruzione, la gestione della corrispondenza, la disponibilità dei beni personali, i rapporti con lo staff, coi compagni di detenzione e con la società esterna). Negli istituti sovraffollati, può accadere che le persone passino in cella fino a 20 ore su 24, senza poter accedere ad alcun tipo di attività, né di istruzione né di lavoro;
- il grande numero di persone in custodia cautelare (quasi la metà della popolazione carceraria): ciò in primo luogo è un'anomalia in sé poiché, secondo il dettato di legge, la custodia preventiva è prevista come provvedimento eccezionale (sulla base della presunzione di innocenza dell'imputato); per amaro paradosso, sono proprio i detenuti in attesa di giudizio, che in quanto tali non ricevono il trattamento, a essere costretti all'inattività e a vedersi ristretti gli spazi di movimento e le ore d'aria;
- l'alta presenza di soggetti diagnosticati come affetti dalla patologia della dipendenza, che stanno in carcere, nonostante la legge indichi come alternativa valida il trattamento sul territorio (i tossicodipendenti rappresentano il 33% degli ingressi in carcere)[17]. Se solo fosse ridotto il ricorso alla custodia cautelare e fossero meglio utilizzate le norme per i trattamenti terapeutici alternativi al carcere, il problema del sovraffollamento sarebbe notevolmente ridotto, se non superato;
- il sovraffollamento e il sovraccarico di lavoro dello staff hanno riflessi immediati sul rischio dei suicidi, che, come si è visto sono più frequenti nei primi periodi della detenzione e in custodia cautelare. Nella cosiddetta "area transito", dove i detenuti attendono di essere destinati ai vari reparti, le procedure di accoglienza avvengono spesso in situazioni logistiche di precarietà e di tensione psicologica;
- le restrizioni particolari nella comunicazione coi congiunti che interessano i detenuti stranieri (le chiamate ai cellulari, non abilitate fino a pochi mesi fa, sono ancora in genere difficilmente fruibili);
- infine, le inaccettabili pratiche di violenza verso i detenuti che sono emerse da alcuni casi di cronaca e tramite recenti iniziative della Pubblica Accusa.

Il quadro sopra descritto illumina una contraddizione fra l'esercizio del primo diritto del detenuto – la finalizzazione della pena detentiva alla reintegrazione sociale – e una vita in carcere che costringe le persone alla regressione, all'assenza di scopo, in certi casi perfino a subire violenza.

Sanare questa contraddizione non è solo compito delle istituzioni giudiziarie e penitenziarie, è una responsabilità etica dell'intera società. L'opinione pubblica è oggi particolarmente sensibile al tema del "rispetto della legalità". Va ricordato che questo principio non vale solo per le persone che hanno commesso reati e che per questa ragione

[17] Il dato è riferito al 2008. Negli ultimi anni si registra una tendenza preoccupante: non solo sono diminuiti gli affidamenti terapeutici alternativi, sono particolarmente calati quelli dalla libertà. Ciò significa che il carcere, anche in custodia cautelare, sta diventando la norma per i tossicodipendenti (Relazione al parlamento sulle tossicodipendenze 2009).

scontano le pene: anche il principio, secondo cui la privazione della libertà non sospende gli altri diritti umani e civili, è a pieno titolo meritevole di rispetto. Il fatto che tale aspetto sia solitamente sottaciuto nel dibattito odierno è spia della difficoltà della nostra società a riconoscere appieno i diritti delle persone detenute.

Va infine sottolineato che, con la fine della sanità penitenziaria, la responsabilità istituzionale della tutela della salute in carcere è in capo al Servizio Sanitario Nazionale. Le istituzioni sanitarie sono chiamate non solo a migliorare la qualità degli interventi clinici individuali, ma a farsi carico della prevenzione ambientale, prestando la dovuta attenzione alle condizioni igienico sanitarie degli istituti penitenziari e assicurando i dovuti controlli.

Più in generale, la riforma sanitaria in carcere apre una nuova possibilità di rapporto e continuità fra il carcere e il territorio, per colmare il divario fra la tutela della salute dentro e fuori il carcere tenendo presente la particolare vulnerabilità della popolazione carceraria. In quest'ottica, la prevenzione del suicidio in carcere è ambito di intervento anche delle autorità sanitarie locali, specie attraverso i servizi territoriali di salute mentale.

Il CNB ritiene che la prevenzione del suicidio passi per un cambiamento di contesto all'interno del carcere, che si deve ispirare al rispetto dei diritti di cittadinanza e dei diritti umani dei detenuti. "Umanizzare il carcere" significa in ultima analisi restituire alle persone detenute un orizzonte di speranza e di autonomia.

In questa cornice di assunzione di responsabilità collettiva per il rispetto dei diritti umani dei detenuti, sono da promuovere interventi specifici: è da raccomandarsi la predisposizione di *un piano d'azione nazionale per la prevenzione dei suicidi in carcere* secondo le linee indicate dagli organismi europei. Il piano dovrebbe prevedere indicazioni per:

- lo sviluppo del monitoraggio e della ricerca intorno al suicidio e agli atti di autolesionismo per una migliore comprensione del fenomeno;
- indicazioni normative per l'introduzione di pene principali non detentive, finora assenti – tranne lo spazio molto modesto della mera pena pecuniaria e taluni provvedimenti dei giudici speciali – dall'ordinamento giuridico italiano. Ciò è auspicabile pensando alle condizioni specifiche di grave disagio sociale della popolazione carceraria attuale, con elevata presenza di stranieri e di tossicodipendenti;
- una maggiore trasparenza delle regole interne, superando le opacità istituzionali che rendono inaccettabile, in quanto totalmente indecifrabile, la sofferenza della condizione detentiva. Va in questa direzione la rinuncia a pratiche generali "deresponsabilizzanti" e infantilizzanti nei confronti dei detenuti e l'abbandono di interventi specifici particolarmente rischiosi quali la messa in isolamento;
- un piano di intervento immediato per diminuire gli internati negli Opg secondo le linee previste dal passaggio della sanità penitenziaria al SSN;
- la predisposizione di una formazione specifica degli operatori sulla prevenzione del suicidio, a partire dai singoli casi;
- lo sviluppo della personalizzazione del trattamento, garantendo nello staff di osservazione e trattamento l'effettiva presenza anche di figure specialistiche, in particolare dello psichiatra;
- il miglioramento della comunicazione fra i detenuti e il personale; in particolare la creazione di reti informali di ascolto e di supporto che utilizzi tutte le risorse disponibili, formali e informali (dagli operatori di ogni professionalità ai detenuti), per tempestivi "interventi sulla crisi".

Bibliografia

BACCARO L., MORELLI F., *In carcere: del suicidio e di altre fughe*, Ristretti orizzonti, Padova, 2009

BARBAGLI M., *Congedarsi dal mondo*, il Mulino, Bologna 2009

BAUMAN Z., *Modernità liquida*, Laterza, Bari 2009

BECK A.T., BECK R., WEISSMAN A., *Hopelessness and suicidal behaviour: an overview*, in "Journal of American Medical Association", December issue 1975

BENTIVOGLI S., *Pillole e umanità*, in "Fuoriluogo", maggio 2006

BUFFA P., *L'attenzione al disagio psichico in carcere: dalla responsabilità formale al pragmatismo etico*, in "Autonomie locali e servizi sociali", 2003, XXVI, 1

BUFFA P., *Alcune riflessioni sulle condotte autoaggressive poste in essere negli istituti penali italiani*, in "Rassegna Penitenziaria, Rivista del Ministero della Giustizia e del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria", 2008, n. 3

CAMPELLI E., FACCIOLI F., GIORDANO V., PITCH T., *Donne in carcere*, Feltrinelli, Milano 1992

DE GIROLAMO G. et al., *Prevalenza dei disturbi mentali in Italia, fattori di rischio, stato di salute ed uso dei servizi sanitari: il progetto ESEMED-WMH*, in "Epidemiologia e Psichiatria Sociale", 2005, suppl. 8

DE LEO D., *Quando la prevenzione del suicidio incontra le questioni del diritto alla morte: alla ricerca della prospettiva medica*, in BACCARO L. e PEGORARO R. (a cura di), *Salute mentale e garanzia dei diritti*, in "Quaderni di Etica e Medicina-Fondazione Lanza", giugno 2009

FORNARI F., *Il codice vivente*, Boringhieri, Torino 1981

GOFFMAN E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2003

MANCONI L., *Così si muore in galera. Suicidi e atti di autolesionismo nei luoghi di pena*, Politica del diritto, Il Mulino, Bologna 2002, n. 2

MANCONI L., BORASCHI A., *Quando hanno aperto la cella era già tardi perché…Suicidi e autolesionismo in carcere 2002-2004*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", 2006, n.1

MORSELLI E., *Il suicidio dei delinquenti*, in "Rivista sperimentale di Freniatria", 1875

MORSELLI E., *Il suicidio. Saggio di statistica morale comparata*, Dumolard, Milano 1879

MOSCONI G., *Tempo sociale e tempo del carcere*, in "Sociologia del diritto", 1996, n.2

ORFORD J., *Community Psychology. Theory and Practice*, Wiley, Chichester 1992

PAGANO L., *Rapporto degli ispettori europei sullo stato delle carceri in Italia*, Sellerio, Palermo 1995

PAYKEL E.S., *Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression*, in “Psychol. Med.”, 1996, 26, pp. 121-133

VILLERME’ L. R., *Des Prisons telles qu’elles sont et telles qu’elles devraient etre*, Mequignon-Marvis, Paris 1820

WARAICH P. et al., *Prevalence and Incidence studies of mood disorders: a systematic review of studies,* in “Can. J. Psychiatry”, 2004, 49, pp. 124-138

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Dichiarazione sul problema penitenziario*, Roma, 17 gennaio 2003

Centro di Documentazione Ristretti Orizzonti, *Dossier Morire di carcere 2000-2010*, www.ristretti.it

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, *Health care services in prisons*, Strasburgo 1999

WHO, IASP, *La prevenzione del suicidio nelle carceri*, Ginevra 2007

Comite Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de le Sante, *La santé et la médecine en prison*, avis n.94, 26 ottobre 2006

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Il suicidio degli adolescenti come problema bioetico*, Roma 17 luglio 1998

Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*, Roma 2009

WHO Europe, UNODC*, Women’s health in prison*, Copenhagen 2009

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CNB

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

LA SALUTE DENTRO LE MURA

27 settembre 2013

Presentazione

Il Parere affronta, in continuità e ad integrazione del precedente parere "Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici" (25 giugno 2010), il tema del diritto alla salute per detenuti e detenute. Il tema acquista un rilievo etico particolare, per molteplici ragioni: in primo luogo, perché la popolazione detenuta rappresenta un gruppo ad alta vulnerabilità, il cui livello di salute, ancor prima dell'entrata in carcere, è mediamente inferiore a quello della popolazione generale. Inoltre, il principio della pari opportunità (fra detenuti e liberi) all'accesso al bene salute da un lato incontra ostacoli nelle esigenze di sicurezza, dall'altro entra in contraddizione con una pratica di detenzione che produce sofferenza e malattia. Ne consegue per tutte le autorità competenti, ad iniziare da quelle sanitarie, un dovere di sorveglianza e verifica dell'effettivo rispetto del diritto alla salute dei detenuti.

In linea con gli organismi internazionali e col dettato della riforma sanitaria in carcere del 2008, il diritto alla salute, anche e soprattutto in carcere, non si esaurisce nell'offerta di prestazioni sanitarie adeguate: particolare attenzione deve essere prestata alle componenti ambientali, assicurando alle persone ristrette condizioni di vita e regimi carcerari accettabili, che permettano una vita dignitosa e pienamente umana. Perciò, problemi quali il sovraffollamento, l'inadeguatezza delle condizioni igieniche, la carenza di attività e di opportunità di lavoro e di studio, la permanenza per la gran parte della giornata in cella, la difficoltà a mantenere relazioni affettive e contatti col mondo esterno, sono da considerarsi ostacoli determinanti nell'esercizio del diritto alla salute.

Il Parere intende mettere in luce le carenze del sistema carcerario in relazione alla salute dei carcerati e individuare alcune aree chiave di intervento. Nelle raccomandazioni, il CNB, prendendo spunto dalla condanna dell'Italia a causa del sovraffollamento carcerario da parte della Corte Europea di Strasburgo del gennaio 2013, ribadisce il valore della prevenzione, affinché sia assicurato ai detenuti e alle detenute un ambiente rispettoso dei diritti e dei principi di umanità. Infine, invita a sorvegliare affinché un settore come il carcere, che abbisogna di molti sforzi per raggiungere standard accettabili di vivibilità, non abbia al contrario a soffrire per la contrazione delle risorse.

Il Parere è stato elaborato dalla Prof.ssa Grazia Zuffa, coordinatrice del gruppo di lavoro. Numerose audizioni hanno consentito di mettere in luce gli aspetti che richiedevano attenzione da parte del CNB. Un ringraziamento particolare da parte del Comitato agli auditi per il loro contributo: Dott.ssa Laura Baccaro (Ristretti Orizzonti – Padova); Dott.ssa Teresa Di Fiandra (Dirigente Psicologia Ministero della Salute, Direzione generale Prevenzione); Dott.ssa Ronco (Associazione Antigone); Dott. Antonio Cappelli (medico volontario a Rebibbia per l'Associazione Antigone); Dott.ssa Paola Montesanti (Dirigente del Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria); Dott. Fabio Voller (Dirigente del Settore Sociale Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità Toscana); Dott. Alberto Barbieri (Coordinatore generale dell'organizzazione Medici per i Diritti Umani); Dott.ssa Adriana Tocco (Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale); Avv. Riccardo Arena (Direttore radio carcere); On.le Rita Bernardini.

Al gruppo di lavoro hanno partecipato i Proff.: Canestrari, Caporale, Gensabella, Palazzani, Toraldo di Francia, Guidoni. In particolare hanno contribuito alla stesura di parti del testo e alla discussione Amato, Canestrari, d'Avack, Toraldo di Francia.

Il testo è stato approvato all'unanimità dei presenti: Proff. Amato, Battaglia, Canestrari, D'Agostino, d'Avack, Da Re, Dallapiccola, Flamigni, Forleo, Garattini, Guidoni, Isidori, Morresi, Neri, Palazzani, Piazza, Possenti, Scaraffia, Toraldo di Francia, Umani Ronchi, Zuffa. Ha successivamente espresso la sua adesione la Prof. Marianna Gensabella.

Il Presidente
Prof. Francesco Paolo Casavola

Premessa

Il Comitato Nazionale di Bioetica si è già espresso in passato in merito ai gravi problemi di chi vive costretto "dentro le mura": dalla dichiarazione del gennaio 2003 di denuncia delle drammatiche condizioni di sovraffollamento delle carceri italiane, al più recente parere "*Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici"*, del 25 giugno 2010. In quel documento, si sottolinea che il fenomeno non può leggersi unicamente in chiave individuale, come spia di disagio psicologico o di disturbo/patologia psichiatrica del detenuto; bensì anche come sintomo di mancata o carente responsabilizzazione collettiva verso i diritti fondamentali dei detenuti, in particolare del diritto alla salute. Né nelle sue precedenti prese di posizione il CNB ha evitato di alludere allo scottante problema della pressoché insanabile incompatibilità del sistema carcerario col diritto alla salute che, inteso nel suo senso ampio, ha una specifica rilevanza bioetica: incompatibilità che si rivela di giorno in giorno - almeno in Italia - assolutamente evidente, almeno per chi non voglia chiudere gli occhi di fronte alla realtà.

E' comunque opportuno ricordare molto schematicamente, già in questa premessa, alcuni elementi-principi che costituiscono la cornice teorica e concettuale entro la quale il CNB ha affrontato, in diversi documenti dedicati a temi e condizioni specifiche, i problemi connessi alla tutela della salute umana[18]. Un primo elemento è costituito dal riconoscimento che il problema della salute si inquadra necessariamente nella più ampia cornice della discussione sui diritti umani fondamentali, come risulta dall'art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, diritti il cui effettivo godimento è fattore primario per un'efficace protezione del bene salute[19]. Da qui anche la sottolineatura di come lo stato di salute individuale sia determinato dalla possibilità di usufruire di una molteplicità di risorse, dirette e indirette (quali ad es. le situazioni abitative, la salubrità dell'ambiente, lo stile di vita, il grado di istruzione, le condizioni di lavoro ecc..), corrispondenti a diversi livelli di possibili interventi sui fattori suscettibili di modificazione e correzione per attenuare le diseguaglianze esistenti. Un secondo elemento riguarda, più specificamente, proprio il tema di quelle diseguaglianze in salute che sono da considerare inique in quanto prevedibili, prevenibili e correggibili, e pertanto 'moralmente ingiuste'. Sotto questo profilo il CNB ha a più riprese ribadito il principio secondo il quale lo sforzo delle istituzioni preposte a garantire pari opportunità di raggiungimento del massimo potenziale di salute consentito a ciascuno - che necessariamente sarà diverso da individuo a individuo - dovrebbe esser teso a favorire, nella distribuzione di risorse scarse come quelle proprie del settore sanitario, i gruppi e gli individui più svantaggiati; in altri termini sarebbe lo stesso concetto di equità (distributiva), o se si vuole di uguaglianza sostanziale (espresso nel 2°c.art.3 della nostra Costituzione), a richiedere non solo trattamenti diseguali per compensare svantaggi situazionali[20]; ma anche un'attenta vigilanza affinché forme di 'razionamento occulto' non costituiscano delle barriere di fatto all'accesso alle prestazioni sanitarie per le fasce più deboli della popolazione.

Tornando alla situazione carceraria, la sproporzione fra le dimensioni dei gesti di autolesionismo e di autosoppressione della vita dentro e fuori "le mura" ha portato il Comitato a considerare le dure, spesso inumane, condizioni di vita nelle carceri italiane, quale fattore ambientale che influisce negativamente sulla salute fisica e psichica del detenuto e aggrava il disagio insito nella perdita della libertà.

Da qui il proposito di affrontare i vari aspetti della salute in carcere, nella convinzione che il diritto alla salute rappresenti per i detenuti il primo dei diritti, che condiziona il soddisfacimento di altri; e all'inverso, che il godimento dei più elementari diritti umani condizioni lo stato di salute. Per comprendere appieno questa affermazione, occorre

---

[18] Si vedano in particolare CNB, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, 25 maggio 2001, *Bioetica e diritti degli anziani,* 20 gennaio 2006; *Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio sanitaria,* 16 luglio 2010.

[19] Cfr. CNB, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* cit.

[20] Cfr. A. PIZZORUSSO, *Eguaglianza; Diritto,* in "Enciclopedia delle scienze sociali", Treccani, vol. III, 1993;

precisare il significato comprensivo del diritto alla salute: intesa non solo come diritto del detenuto a essere curato e per quanto possibile a non ammalarsi, ma anche come diritto a condurre una vita dignitosa e pienamente umana, in cui sia possibile la realizzazione di sé attraverso una qualche progettualità esistenziale. Affermare il diritto alla salute in tale accezione globale è fondamentale per chi è costretto a vivere in carcere un tempo troppo spesso privo di scopo e di significato. Proprio per questo, il raggiungimento di questo diritto incontra ostacoli gravi nella concreta realtà del carcere: tanto più perché i non liberi hanno difficoltà, per la loro stessa condizione, a far sentire la propria voce.

La prigione è un luogo di contraddizioni[21]: contraddizione fra il principio della parità dei diritti dentro e fuori le mura (eccetto la libertà di movimento), e le esigenze di sicurezza che tendono a limitarli; fra le norme secondo cui le istituzioni devono garantire "la salubrità degli ambienti di vita" e "gli standard igienico sanitari previsti dalla normativa vigente"[22], e le reali condizioni di vita nelle celle sovraffollate; fra il significato della pena, basato sulla responsabilità individuale, e la concentrazione in carcere di un numero crescente di persone che appartengono agli strati più deprivati della popolazione; fra il deficit di salute di chi entra negli istituti penitenziari e un carcere che produce sofferenza e malattia.

Sono queste alcune delle ragioni che chiamano alla responsabilità etica nei confronti dei detenuti, in quanto gruppo ad alta vulnerabilità bio-psico-sociale.

Ci sono anche altre ragioni per esercitare una costante attenzione pubblica sulla salute dei detenuti. L'effettivo esercizio dei diritti dei ristretti entra in contraddizione, come si è detto, con la condizione stessa di privazione della libertà, di cui un aspetto centrale è costituito dalla "sottrazione alla vista" dei corpi dei detenuti e degli ambienti in cui vivono. Seppure negli ultimi decenni sia stato introdotto come obiettivo democratico un carcere (più) "trasparente" e collegato al territorio, le prigioni moderne conservano ancora in larga parte il carattere storico di "segrete".

Ciò implica un dovere costante di conoscenza e sorveglianza sul rispetto dei diritti dei detenuti, nonché di denuncia delle violazioni e inadempienze.

A tal proposito, segnaliamo con sgomento l'aggravamento delle condizioni di vita carcerarie, nei dieci anni che ci separano dalla prima dichiarazione del CNB del 2003, alla sentenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo dell'8 gennaio 2013[23], che ha giudicato la vita nelle celle italiane sovraffollate come "trattamento inumano e degradante".

1) Salute in carcere e diritti umani: i principi ispiratori

Non si intende in questa sede entrare nel merito del dibattito sulla funzione della pena. Si parte dalla presa d'atto che il carcere in sé possa risultare un'istituzione patogena, un induttore di turbe psico-fisiche che determinano nel recluso, sotto forma di sofferenza legale, un surplus di afflizione e quindi di condanna. Gli studi di Daniel Gonin, nella seconda metà degli anni Ottanta del secolo scorso, hanno descritto in modo scientifico ed articolato le sofferenze nella detenzione ed i mali che colpiscono il corpo recluso nel corso della segregazione[24]. La sofferenza legale, se non altro, con ampia strumentalizzazione del reo,

---

[21] *La santé et la médecine en prison*, Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, avis n.94, 26 octobre, 2006. In particolare il Comitato denuncia (p.8): "le prigioni sono anche la causa di malattia e di morte: sono la scena della regressione, della disperazione, della violenza auto inflitta, del suicidio".

[22] *Linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale* del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 (*Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*): "garantire la salubrità degli ambienti" è stabilito come obiettivo prioritario.

[23] Torreggiani e altri c. Italia (Sent.8 gennaio 2013).

[24] D. GONIN, *La santé incarcerée. Médecine et conditions de vie en détention*, L'Archipel, Paris 1991; trad. ital., *Il corpo incarcerato*, EGA, Torino 1994.

è sempre la causa principale della destrutturazione e della debilitazione del recluso e determina una sfera di patologie, di “malattie dell’ombra”, ritenute caratteristiche essenziali del “carcere immateriale”. La fortunata espressione di Nils Christie riassume icasticamente l’essenza di un dolore inclassificabile e di una sofferenza fine a se stessa, del tutto estranea all’elaborazione valoriale del castigo, inteso come evoluzione e trasformazione del detenuto[25]. Gli *standard* più elevati richiesti nell’ambito della protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali nelle società moderne comportano, corrispondentemente e inevitabilmente, una maggior fermezza nel valutare le violazioni dei valori essenziali nelle società democratiche, anche nei confronti dei detenuti.

E’ opportuno ricordare come l’art.3 della Convenzione Europea dei Diritti Umani (Cedu) - in linea di continuità con la previsione di cui all’art.27, III co., della Costituzione - accordi al detenuto una protezione assoluta e inderogabile, vietando la sottoposizione a pene che rivestano carattere disumano e degradante. Le più recenti applicazioni dell’art.3 Cedu possono essere considerate il cardine normativo per la tutela psico-fisica del detenuto[26].

I giudici di Strasburgo, pur rilevando una soglia minima di sofferenza, intrinsecamente connaturata a qualsiasi forma di privazione della libertà personale, hanno individuato un’ampia casistica di situazioni di carattere oggettivo (quali il sovraffollamento, l’inadeguatezza delle condizioni igieniche, la mancanza di areazione) e soggettivo (riferite all’incompatibilità della detenzione con le condizioni di salute del recluso) che integrano una violazione dell’art.3 Cedu.

L’ipotesi statisticamente più frequente è senz’altro rappresentata dal sovraffollamento carcerario, oggetto di una recente e fondamentale condanna nella citata sentenza della Corte europea dei diritti dell’uomo (*Torreggiani e altri c. Italia).*

Secondo l'ormai costante giurisprudenza, la Corte considera automaticamente integrato un trattamento inumano e degradante allorché ciascun detenuto disponga di uno spazio personale pari o inferiore a tre metri quadri (a fronte degli almeno quattro raccomandati dal Comitato per la Prevenzione della Tortura del Consiglio d'Europa).

Ciò che conta, ai fini del presente documento, è il fatto che la Corte abbia posto chiaramente in luce l'esistenza dei problemi strutturali che sono all'origine delle violazioni lamentate dai ricorsi seriali. Inoltre, pur sottolineando come il suo compito non possa essere quello di indicare le specifiche misure da adottare in questo contesto, la Corte non si esime dal fornire qualche importante indicazione in questo senso, richiamando anzitutto le raccomandazioni, Rec. (99) 22 e Rec. (2006) 13 del Comitato dei Ministri che invitano gli Stati, ed in particolare pubblici ministeri e giudici, a ricorrere il più ampiamente possibile alle misure alternative alla detenzione e a riorientare la loro politica penale verso un minor ricorso alla detenzione allo scopo, tra l'altro, di ridurre la crescita della popolazione carceraria (§ 95).

In secondo luogo, la Corte evidenzia come lo Stato italiano debba dotarsi - al più tardi, come più volte sottolineato, entro un anno dal passaggio in giudicato della sentenza - di un sistema di ricorsi interni idonei tanto a garantire un rimedio *preventivo* contro le violazioni dell'art 3 CEDU a carico dei detenuti (e dunque idonei a far cessare le violazioni in atto), quanto un rimedio *compensatorio* nei casi di avvenuta violazione (§ 96).

In conclusione, è evidente l’esigenza di un complessivo ripensamento del “governo dell’eccedenza”, in un approccio pluralistico e polidimensionale, che consenta di consolidare diverse prospettive. Nella misura in cui la pena detentiva sia ritenuta inevitabile, essa dovrebbe essere considerata un’entità espressiva che non può imporre la difesa della libertà attraverso la sua negazione.

---

[25] N. CHRISTIE, *Limits to pain,* trad. ital. *Abolire le pene? Il paradosso del sistema penale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1985. Nils Christie è epigone del pensiero abolizionista della pena carceraria.

[26] Art.3 CEDU: nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti.

2) La popolazione carceraria: lo stato di salute

Nei penitenziari si concentrano le persone appartenenti ai gruppi più marginalizzati della società, con bassi livelli di istruzione, con standard inferiori di salute e con patologie croniche non curate. Questa affermazione è contenuta nella "Dichiarazione di Mosca sulla salute in carcere quale settore della salute pubblica", emanata nel 2003 dall'Ufficio Regionale per l'Europa della OMS[27]. Fra i soggetti sovra rappresentati nel carcere rispetto alla popolazione generale, sono citati anche i consumatori di droghe, i soggetti particolarmente vulnerabili e coloro che praticano comportamenti a rischio come l'uso di droghe per via iniettiva e il sesso a pagamento. In realtà, gli studi epidemiologici sulla popolazione carceraria sono limitati, a riprova che il carcere è tuttora considerato come un mondo a parte: l'integrazione della salute in carcere nell'alveo della salute pubblica è da considerarsi un auspicio, più che una realtà. Basti pensare alle indagini nazionali sullo stato di salute della popolazione generale che non includono quasi mai le persone detenute: ciò vale ad esempio per il *National Health Interview Survey* (Stati Uniti) e per le indagini Istat sulla popolazione italiana.

Questa dimenticanza (o discriminazione) è tanto più deprecabile se si considerano gli alti numeri delle persone rinchiuse in carcere, in costante ascesa: nel 2012, si registravano nel mondo più di 10,1 milioni di detenuti, e la cifra sale a 10,75 milioni se si considerano i cosiddetti "centri di detenzione" ove sono rinchiuse persone che pure non sono sottoposte a procedimento penale. Sono gli Stati Uniti a detenere il primato del più alto tasso di carcerazione nel mondo (743 per 100.000 abitanti), seguiti dal Rwanda (595), dalla Russia (568)[28].

Nonostante la carenza di rilevazioni sistematiche, la OMS ci informa che i principali disturbi in carcere sono di natura psichica, infettiva e gastroenterica. Alcuni comportamenti poco salutari, come il consumo di tabacco e l'abuso di alcol, associati alla malnutrizione e alla mancanza di attività fisica, possono aggravare gravi patologie croniche come il diabete e l'ipertensione, che hanno prevalenza più elevata rispetto alla popolazione non istituzionalizzata. Una larga parte di malattie non trasmissibili, come diabete e malattie cardiache, potrebbero essere ridotte agendo sui principali fattori di rischio. Da qui le indicazioni OMS: 1) aumentare l'attività fisica; 2) informazione ed educazione sugli stili di vita più corretti; 3) corsi speciali per soggetti più vulnerabili, gli anziani, i soggetti sovrappeso; 4) corsi speciali di ginnastica per gruppi vulnerabili[29].

Quanto alle malattie trasmissibili, la popolazione detenuta è esposta al contagio di malattie infettive legate a uso iniettivo di droghe e a pratiche sessuali a rischio. Un allarme particolare è lanciato dalla OMS per la HCV (Epatite C). Infine, i detenuti sono sottoposti a elevati livelli di stress, ansia, privazione di sonno che influiscono sulla salute fisica e psichica.

In Italia, col decreto di passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale (Vedi oltre, par.4), la acquisizione e l'organizzazione delle conoscenze epidemiologiche sono state individuate come priorità: le Regioni dovrebbero attivare in tutti gli istituti di pena una rilevazione sistematica dei dati "sulla prevalenza e l'incidenza degli stati patologici, descrivendo altresì condizioni e fattori di rischio che ne favoriscono l'insorgenza o ne ostacolano la cura"[30].

In realtà, sono poche le Regioni che hanno avviato tale rilevazione sistematica, tanto meno in ogni istituto di pena[31].

---

[27] WHO Regional Office for Europe, *Health in prisons*, 2007, p.10.

[28] R. WAMSLEY, *Prison Population List* (9th Edition), International Centre for Prison Studies, 2012.

[29] Who Regional Office, *Final Report of the network meeting on Prison and Health*, Copenhagen 11-12 October 2012, presentazione di Emma Plugge, Oxford University.

[30] Linee di indirizzo cit., All. A, p.4.

[31] Tra queste va segnalata la Toscana, che provvede a rilevazioni periodiche tramite la Agenzia Regionale di Sanità. La ARS toscana ha condotto una indagine sullo stato di salute dei detenuti in Toscana nel 2009, e una

Un recente studio condotto su dati nazionali conferma la differente distribuzione delle problematiche di salute fra detenuti e popolazione generale: è a rischio il 13% della popolazione carceraria contro il 7% della popolazione generale. La sproporzione è particolarmente evidente per alcuni disturbi: la dipendenza da droghe raggiunge il 21,5% fra i detenuti contro il 2,1% della popolazione generale; il 15,3% dei detenuti ha problemi dentali (contro il 4,5 fra la p-g.); il 13,5% presenta malattie osteoarticolari e post traumatiche (contro l'11,9 fra la p.g.); il 2,08% soffre di infezione da HIV (contro lo 0,2 della p.g.)[32].

Nell'insieme, il carcere si conferma come ambiente a rischio: per i disturbi mentali e in particolare per i disturbi nevrotici e di adattamento, che sono presenti in misura dieci volte maggiore fra i detenuti, a conferma dello stress da vita carceraria; per le malattie infettive, la cui possibilità di trasmissione è aggravata dalla promiscuità; per le patologie cardiovascolari e per il diabete, legate alla sedentarietà e alle cattive abitudini alimentari.

3) Un approccio globale alla salute in carcere: indicazioni internazionali

Come già ricordato, l'uguaglianza nel diritto alla salute fra detenuti e liberi non significa solo uguaglianza nell'offerta di servizi sanitari: una buona rete di servizi sanitari è semmai uno strumento, necessario ma non sufficiente, per *raggiungere l'uguaglianza dei livelli di salute*. Si tratta dunque di offrire ai detenuti *pari opportunità nell'accesso al bene salute* tenendo conto delle differenze (in questo caso, deficit) di partenza nei livelli di salute, nonché delle particolari condizioni di vita in regime di privazione della libertà, che di per sé rappresentano un ostacolo al conseguimento degli obiettivi di salute. Va ricordato che la mancanza di libertà è un grave vulnus al patrimonio-salute, nelle componenti sociali e psicologiche. Il portato più invasivo dell'istituzionalizzazione è la perdita della dimensione

---

seconda è in corso dal 2012. Riportiamo i dati più significativi dell'indagine 2009, che offrono uno spaccato di valenza generale: i detenuti sono prevalentemente giovani (86,4% fra i 18 e i 49 anni), quasi la metà stranieri (47,6%, contro una presenza del 9,1% di stranieri su tutta la popolazione toscana). Il livello di istruzione è basso: 84,7% con la licenza media inferiore (mentre solo il 50,5% ha questo titolo di studio sul territorio toscano).

Si registra un elevato tasso di obesità (11,5% fra i detenuti contro il 9,2% sul territorio) e un'alta prevalenza di uso di tabacco (70,6% contro il 33,2% fra i liberi). Fra le malattie non trasmissibili, prevalgono i disturbi dell'apparato digerente (25,1%), di cui più della metà costituiti da patologie dei denti e del cavo orale (che riguardano il 13,7% dei carcerati). Le malattie dell'apparato digerente sono più frequenti tra la popolazione carceraria rispetto a quella non istituzionalizzata, così come il diabete e l'obesità. Seguono le malattie del sistema osteo muscolare (11%) e del sistema circolatorio (10,8%). Fra le malattie infettive, le più frequenti sono l'epatite C Virus (HCV), l'epatite B Virus (HBV) e l'infezione da HIV. Si tratta di percentuali elevate rispetto alla diffusione di queste patologie infettive fra la popolazione libera: per HCV la prevalenza è del 9% contro il 3% della popolazione generale; per HIV, la prevalenza è del 1,4% contro lo 0,1% della popolazione residente. In più, le infezioni sono differentemente distribuite fra italiani e stranieri. Ad esempio, fra gli italiani alcune infezioni risultano molto più alte: la HCV raggiunge il 14,9%, e la HIV il 2%. Queste differenze così marcate fra italiani e stranieri destano però molti interrogativi. Infatti, sembrano contrastare con la letteratura internazionale che segnala alta prevalenza di infezioni da virus C in particolare in Africa (va ricordato che gli africani costituiscono larga fetta degli stranieri nelle carceri toscane) Sembrerebbe dunque che i diversi numeri riscontrati fra italiani e stranieri siano inficiati dai differenti livelli di adesione ai test virologi (che necessitano di consenso da parte dell'interessato): su questi influiscono le diversità culturali o semplicemente la difficoltà di comunicazione[31]. Riguardo alla salute mentale, la prevalenza di disturbi psichici fra i detenuti è del 33,3% rispetto all'11,6% della popolazione generale. Tra i disturbi: diagnosi di dipendenza da sostanze (12,7%), seguita da disturbi nevrotici e reazioni di adattamento (11,6%). Nel confronto fra ristretti e liberi, si osserva una prevalenza maggiore di disturbi alcol correlati fra i primi (5,7% contro 2%) e di disturbi nevrotici e di adattamento (10,9% contro 0,8%), mentre i disturbi depressivi non psicotici sono più rappresentati nella popolazione generale (il 6,5% fra i liberi contro il 1,9% fra i ristretti) (VOLLER F. et al., *Lo stato di salute della popolazione detenuta all'interno delle strutture penitenziarie della Regione Toscana*, "Epidemiologia & Prevenzione", 35, 5-6 2011, pp.210-218).

[32] M. ESPOSITO, *The Health of Italian Prison Inmates Today: a Critical Approach*, in "Journal of Correctional Health Care", 16 (3) 2010, pp. 230-238.

privata dell'individuo e della sua capacità di controllo sull'ambiente di vita quotidiana, che si traduce in perdita di identità e percezione di insicurezza.

Per tale ragione, la condizione carceraria richiede con ancora maggiore urgenza un *approccio globale alla salute in carcere*, a partire da una accurata ricognizione dei bisogni di salute (e non solo dei bisogni di servizi sanitari) della popolazione carceraria, col coinvolgimento dei detenuti stessi e delle associazioni di volontariato che operano nel carcere. In questa ricognizione, sono centrali le variabili ambientali della salute, ponendo attenzione agli aspetti del regime carcerario e della quotidianità dentro il carcere.

Non a caso, la OMS sottolinea come condizioni di rischio comuni nelle prigioni il bullismo, il mobbing, la forzata inattività. Si raccomanda perciò di perseguire l'obiettivo di un carcere "sicuro", sia sotto l'aspetto igienico sanitario che della sicurezza intesa come protezione dalla violenza e dal sopruso. *Il rispetto dei diritti umani, insieme a condizioni accettabili di vita carceraria, costituiscono le fondamenta della promozione della salute poiché abbracciano tutti gli aspetti della vita del detenuto.*

La scelta dell'approccio globale alla salute permette di inquadrare sotto diversa luce e di rafforzare aspetti, quali il trattamento e la riabilitazione del detenuto: questi diventano elementi essenziali del diritto alla salute, che si presenta dunque come il diritto basilare, su cui poggiano tutti gli altri. Allo stesso modo, acquistano rilievo i bisogni relazionali dei detenuti, tanto che i contatti col mondo esterno e il mantenimento dei rapporti familiari sono oggetto di raccomandazioni specifiche da parte di istituzioni europee[33]. In quest'ambito, dovrebbe rientrare la possibilità di godere di intimità negli incontri fra detenuti e coniugi/partners, in modo da salvaguardare l'esercizio dell'affettività e della sessualità[34]. In tal modo si sostanzia il principio etico della centralità della persona, anche in condizioni di privazione della libertà.

A livello internazionale, si sottolineano le seguenti azioni, ritenute fondamentali per la tutela della salute del detenuto: 1) il trattamento dei detenuti deve sempre rispettare la legge; 2) le celle e i servizi devono essere puliti e bene attrezzati; 3) occorre dare attenzione alle richieste dei detenuti; 4) occorre proteggere i detenuti dai pericoli; 5) il regime carcerario deve essere sopportabile; 6) il personale deve tenere un comportamento corretto e di sostegno.

Sono anche indicati alcuni interventi sanitari di base in rapporto alla specificità della vita carceraria, cui va data in ogni caso risposta[35]:

- informazione e counselling sulla prevenzione delle malattie trasmissibili, ivi incluse quelle trasmissibili per via sessuale, la HIV e l'epatite;
- informazione e counselling sugli stili di vita ad alto rischio, incluso il rischio di overdose da droghe immediatamente dopo il rilascio;
- Sostegno a stili di vita salutari, inclusa l'attività fisica e la dieta appropriata;
- Misure per promuovere la salute mentale, compreso uno spazio temporale adeguato per la vita sociale; un'occupazione che abbia un significato per il detenuto (lavoro, attività artistica, ginnastica); contatti col mondo esterno e aiuti per mantenere i rapporti con la famiglia. Se è vero che il carcere è di per sé un fattore di rischio per la salute, è anche vero che può offrire opportunità di salute alle persone particolarmente emarginate, che non

[33] Si vedano la raccomandazione 22 settembre 1997 n.1340 del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa, che all'art.6 afferma la necessità di "migliorare le condizioni previste per le visite da parte delle famiglie, in particolare mettendo a disposizione luoghi in cui i detenuti possano incontrare le famiglie da soli"; e la raccomandazione 11 gennaio 2006 n. 2 alla regola n.24, comma 4 stabilisce che "le modalità delle visite devono permettere ai detenuti di mantenere e sviluppare relazioni familiari il più possibile normali".

[34] Sono molti gli stati europei in cui le visite dei partner si svolgono in spazi riservati. In Italia, ciò è impedito dall'art.18 dell'ordinamento penitenziario che impone la sorveglianza a vista degli incontri fra detenuti e familiari da parte della Polizia Penitenziaria. Su questa norma è stata sollevata eccezione di incostituzionalità da parte del Tribunale di sorveglianza di Firenze (ordinanza n.1476/2012). Disegni di legge sull'affettività in carcere giacciono in Parlamento da molte legislature.

[35] WHO, 2007 (cit), pp. 16-17.

hanno avuto da libero accesso (o pieno accesso) alla sanità pubblica: in particolare, i migranti e i gruppi di popolazione più svantaggiati e stigmatizzati.

4) Dalla sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale: il decreto di trasferimento delle funzioni sanitarie e gli obiettivi di programmazione

Per assicurare ai detenuti livelli adeguati di prestazioni per la salute, occorre che la sanità in carcere divenga parte a pieno titolo della sanità pubblica, sotto le stesse autorità che presiedono ai servizi del territorio. Questa indicazione è stata ribadita nel 1998 dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa. Alcuni paesi europei si erano in precedenza adeguati, come ad esempio la Norvegia negli anni ottanta o la Francia nel 1994. Altri l'hanno fatto successivamente, come il Regno Unito nel 2002. In Italia, il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale è avvenuto nel 2008[36]. Nell'allegato contenente le linee di indirizzo, sono particolarmente significativi e avanzati i cosiddetti "principi di riferimento", fra cui "il riconoscimento della piena parità di trattamento degli individui liberi e degli individui detenuti e internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"; "la necessità di una piena e leale collaborazione inter istituzionale" fra Servizio Sanitario Nazionale e Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile.

Inoltre, in piena adesione al concetto comprensivo di salute di cui si è detto, si stabilisce *la complementarietà fra gli interventi a tutela della salute e gli interventi mirati al recupero sociale del reo*, attraverso azioni e programmi condotti con il concorso di tutte le istituzioni interessate, delle cooperative sociali, delle associazioni del volontariato". In più, si raccomanda il protagonismo dei detenuti nei percorsi di costruzione della salute[37]. Ancora, si fa esplicito riferimento a *"garantire condizioni ambientali e di vita dei detenuti rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona*: evitare il sovraffollamento, rispettare i valori religiosi e culturali etc.".

Il paragrafo sugli "Obiettivi di salute e livelli essenziali di assistenza" non si limita al campo dell'erogazione dei servizi di cura e all'adeguamento dell'offerta dentro "le mura", ma punta alla prevenzione sia sotto l'aspetto della responsabilizzazione individuale (programmi di educazione sanitaria per promuovere abitudini salutari), che della responsabilizzazione collettiva ("promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà").

Le priorità programmatiche sono identificate in: 1) medicina generale; 2) prestazioni specialistiche; 3) risposte alle urgenze; 4) patologie infettive; 5) dipendenze patologiche; 6) salute mentale; 7) tutela delle donne detenute; 8) tutela delle persone immigrate.

Inoltre, il DPCM (allegato C) indica le linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e per le case di cura e custodia, in vista del loro superamento: in particolare, in osservanza al principio di territorialità, sono stabiliti i bacini d'utenza regionali dei singoli istituti, in modo da favorire la presa in carico degli internati in vista della loro dimissione dopo la conclusione della misura di sicurezza; ed è prevista l'attivazione di sezioni di cura e riabilitazione all'interno degli istituti di pena per soggetti con diagnosi psichiatrica.

Per favorire e coordinare l'azione dei livelli istituzionali coinvolti nell'applicazione della riforma - in particolare la collaborazione fra le istituzioni sanitarie e quelle penitenziarie -, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri citato ha istituito due tavoli nazionali di coordinamento in sede di Conferenza Stato Regioni: il primo per la sanità in carcere, il secondo per il superamento degli OPG.

[36] Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008 (cit).

[37] "L'efficacia di tali interventi integrati è favorita dalla partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura, riabilitazione, e ai percorsi di preparazione all'uscita".

A livello regionale, il coordinamento è affidato agli osservatori permanenti regionali per la sanità penitenziaria, per una costante verifica della qualità dell'assistenza in carcere.

A distanza di cinque anni dal DPCM del 2008, si registrano ancora diverse problematiche, sia dall'ottica istituzionale - di messa a punto del funzionamento del nuovo sistema -, sia - assai più importante - dall'ottica della fruizione dei servizi da parte dei detenuti e, ancora di più, dall'ottica di una reale equiparazione dei livelli di salute dentro e fuori le mura.

Le principali problematiche aperte

Fra le diverse problematiche e disfunzioni segnalate nel corso delle audizioni, ricordiamo in particolare:

- *le conseguenze della diversità dei livelli di prestazione sanitaria fra Regione e Regione*. In seguito al processo di regionalizzazione della sanità pubblica (modifica titolo V della Costituzione), le competenze non sono passate dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, bensì dal primo alle Regioni e alle ASL dei territori dove sono ubicati i penitenziari. Questo processo di decentramento ha conseguenze assai diverse sui detenuti rispetto ai liberi: i primi infatti si trovano spesso ad essere trasferiti da un istituto ad un altro, collocati in regioni diverse, e possono ricevere perciò prestazioni diverse. Come si sa, la misura generale scelta per assicurare una qualche omogeneità nazionale al sistema regionale è l'istituzione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Questa misura ha un'indubbia utilità per la popolazione generale e riveste un'importante finalità sociale. Tuttavia, questa omogeneità di base non basta, per chi, come i detenuti, sono trasferiti da una regione all'altra non di propria volontà e dunque possono vedersi negate cure che fino al giorno prima avevano ricevuto in un carcere diverso. In altre parole, viene *leso il diritto alla continuità di cura*. La continuità di cura è inoltre inficiata dalla mancanza di una cartella clinica informatizzata, con pregiudizio della *tempestività* nella trasmissione delle informazioni sanitarie, come si approfondirà in seguito.
- *La disomogeneità fra Regione e Regione nell'implementazione dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria*. Il mancato, o insufficiente funzionamento dell'Osservatorio, non solo ritarda l'acquisizione delle conoscenze epidemiologiche necessarie per la programmazione sanitaria, fondamentale per una reale applicazione della riforma stessa; ma compromette il confronto/dialogo/dialettica fra istituzioni preposte alla salute e istituzioni preposte alla custodia, visto che l'Osservatorio rappresenta il maggiore strumento di coordinamento inter istituzionale. Mancando il quale, la logica custodiale rischia di avere la meglio sul diritto alla salute, in nome delle preponderanti esigenze di sicurezza.
- *La difficoltà a reperire un quadro dell'implementazione della riforma a livello nazionale, sempre in seguito al processo di regionalizzazione.* Per ovviare a ciò, il Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria presso la conferenza Stato Regioni ha effettuato nel corso del 2011 una serie di audizioni con rappresentanti degli osservatori permanenti regionali. Tuttavia il problema rimane.

Oltre la parità di trattamento

Alcune problematiche derivano da una malintesa concezione dell'uguaglianza nel diritto alla salute, che viene a volte intesa come "parità" di trattamento, senza considerare i differenti bisogni di salute della popolazione carceraria.

Un esempio è costituito dalle prenotazioni per *le visite specialistiche esterne o per ricoveri ospedalieri per interventi da programmarsi: l'inserimento dei detenuti nelle liste di attesa ordinarie* li penalizza, poiché la possibilità di poter accedere alla visita una volta arrivato il proprio turno dipende dalla disponibilità delle scorte di polizia, non sempre

assicurata. In questi casi, il detenuto perde la prenotazione e può passare anche molto tempo prima che si ripresenti un'altra possibilità. Più grave ancora è il caso in cui l'amministrazione penitenziaria deve interpellare i singoli ospedali alla ricerca di disponibilità ai ricoveri: nell'attesa della risposta, non sono espletati altri tentativi verso diverse strutture e nel caso, non raro, in cui gli ospedali non rispondano, il ricovero non avviene o è rinviato molto lontano nel tempo[38]. Le difficoltà nell'ottenere le visite esterne da parte dei detenuti sono confermate dai dati: la media di attesa in Italia è di 40 giorni, con un massimo di 90 e un minimo di 10 giorni[39].

Un altro campo critico è costituito *dall'assistenza odontoiatrica* e dalla fornitura di protesi dentarie. E' vero che il SSN offre questo servizio in maniera assai limitata a tutti i cittadini italiani ed ovviamente non si tratta di rivendicare per i detenuti prestazioni superiori. Sono però da tenere presenti i particolari bisogni sanitari del gruppo rappresentato dai detenuti, sui quali questa carenza generale della sanità pubblica ha risvolti assai più gravi in rapporto alla particolare gravità delle loro condizioni orali (vedi sopra, par.2). Perciò l'assistenza odontoiatrica in carcere deve rappresentare una priorità di programmazione sanitaria: la ricostruzione ad esempio di una corretta funzione masticatoria ha riflessi positivi importanti sulle condizioni dell'apparato digerente e contribuisce a restituire un aspetto dignitoso alle persone. Ciononostante, la riforma non ha incrementato questa forma di assistenza in maniera omogenea in tutte le Regioni; anzi in alcuni casi, l'assistenza si è perfino ridotta, venendo meno alcuni interventi di associazioni di volontariato[40].

Insufficienti risposte a bisogni specifici di salute della popolazione detenuta si registrano anche nel campo della riabilitazione fisioterapica e *dell'assistenza psicologica*[41]. In genere, l'assistenza psicologica è offerta al momento dell'ingresso in carcere, ma manca la continuità nei tempi successivi. Per ciò che riguarda la presa in carico dei disturbi mentali, si registra una carenza negli interventi di prevenzione del disagio mentale, in particolare nella formazione di gruppi di auto aiuto.

Infine, *il rispetto della privacy* rimane un punto critico, come risulta da studi condotti fra i detenuti[42].

5) Tra diritto alla cura ed esigenze di sicurezza

Come già affermato, esiste una contraddizione fra l'affermazione del diritto alla salute del detenuto e della detenuta e le esigenze di sicurezza che tendono a limitarne l'esercizio (vedi in premessa). Le esigenze di sicurezza esistono e peraltro anche nelle citate *Linee di indirizzo per gli interventi a tutela della salute dei detenuti* si fa riferimento alle prestazioni da erogarsi "nel rispetto delle misure di sicurezza". Proprio per questo è importante che la contraddizione sia sempre presente, specie alle istituzioni che si occupano della salute. Ma anche le istituzioni che presiedono alla sicurezza devono esserne pienamente consapevoli, in modo da esercitare la loro azione avendo chiaro il limite rappresentato dal rispetto di diritti fondamentali delle persone detenute. Dal governo consapevole di questa contraddizione, dipende la traduzione o meno del diritto alla salute in concreto "bene salute", facendo sì che il diritto non sia nei fatti vanificato in nome di una logica preponderante di sicurezza.

---

[38] È il caso ad esempio del carcere di Poggioreale.
[39] M. ESPOSITO, 2010, cit. p.236.
[40] È il caso ad esempio di Rebibbia.
[41] La carenza generalizzata di psicologi è denunciata anche nelle audizioni degli Osservatori permanenti regionali del 2011 già citata.
[42] C. SARZOTTI, *I medici penitenziari tra istanze securitarie e paradigma del rischio: un'indagine sul campo*, in ESPOSITO M. (a cura di), Malati in carcere, Franco Angeli, Milano 2007. Metà del personale sanitario intervistato cita la denuncia dei detenuti per il mancato rispetto della privacy.

Anche sotto questo aspetto, la riforma sanitaria è un'innovazione importante perché apre le porte del carcere ad un'istituzione, quella sanitaria, *il cui mandato primo e unico è la promozione della salute della persona e la sua tutela come paziente*.

Perciò le ASL dovrebbero avere il compito, non solo di fornire gli interventi necessari, ma anche di "rappresentare" l'interesse della persona, tanto più se malata, di fronte alle istituzioni giudiziarie e penitenziarie. Solo nell'esplicitarsi delle diverse esigenze e nella piena consapevolezza di dover trovare soluzioni ad una contraddizione di fondo, si possono fare passi avanti sulla via dell'affermazione del diritto alla salute, trovando un accordo soddisfacente fra le diverse esigenze e i diversi livelli istituzionali. Occorre sempre ricordare che nel carcere la logica di custodia è di per sé preponderante: perciò il raggiungimento dell'obbiettivo salute non può che essere il frutto di sforzi consapevoli, come del resto riconosciuto dalla stessa Amministrazione Penitenziaria[43].

La conoscenza degli ostacoli che si frappongono alla salute in carcere e la loro comunicazione all'opinione pubblica rivestono dunque una particolare importanza e costituiscono un requisito della "trasparenza" del carcere di cui si è detto: questa è necessaria per rendere concretamente esigibili i diritti dei detenuti.

In molti casi, si scoprirà che alcuni degli impedimenti hanno a che fare più con la logica e la routine dell'istituzione carceraria che con la sicurezza vera e propria.

Segnaliamo alcune aree critiche, in genere motivate da precauzioni di sicurezza:

- *Carenza nelle cure e ritardi per i detenuti sottoposti a misura di media e alta sicurezza*[44]. Anche quando sono documentati stati patologici che necessitano continuità e assiduità di cure, in genere la Magistratura non consente a questi detenuti il ricovero esterno, ma dispone il ricovero nei reparti sanitari esistenti all'interno dei penitenziari. Tuttavia, il carente numero di questi reparti e la disomogenea dislocazione sul territorio nazionale non permettono cure adeguate.
- *Mancato riconoscimento dello stato di incompatibilità col carcere di soggetti con gravi malattie e invalidità.* In più audizioni, ci sono stati segnalati casi drammatici di malati o invalidi, che vivono condizioni al limite dell'umana sopportabilità. In questi casi, la permanenza in carcere significa la negazione del diritto alla dignità[45].
- *Negazione del diritto a morire in dignità*, come documentata in casi di cronaca[46].
- *Ritardi nelle urgenze* con esiti a volte fatali sono segnalati da altri casi di cronaca. Va considerato che durante la notte esiste nelle celle solo la chiamata a voce del piantone, il che di per sé comporta ritardo nell'allertare le unità di pronto soccorso.

Altre disfunzioni appaiono senza motivo solido, se si eccettua la semplice routine carceraria di cui si è detto. Si citano:

- *Il mancato diritto alla scelta del medico di base*. Questa facoltà, comunemente esercitata dal cittadino libero, spesso non esiste per i detenuti poiché questi sono obbligati

[43] Ministero della Giustizia, *Documento di programmazione del Terzo Ufficio, Servizio Sanitario del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria,* 2005: "La principale difficoltà per la trasformazione del modello di servizio sanitario in carcere è ancora il largo divario fra il profilo di sicurezza e il profilo sociale/trattamentale ivi inclusa la salute. Per colmare il divario fra sicurezza e salute, sono da prendere in considerazione interventi di natura culturale prima ancora di regolamenti, che non possono fermarsi alle porte delle prigioni…".

[44] Questa denuncia è presente anche nelle audizioni dei rappresentanti degli osservatori regionali permanenti da parte del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria della Conferenza Unificata delle Regioni: il CNB ha potuto consultare la relazione.

[45] Drammatici i casi riportati nel corso delle audizioni dalla garante dei detenuti della Campania. Si cita ad esempio quello di un detenuto paraplegico, che vive su sedia a rotelle, in cella con altri tre paraplegici, con un solo piantone, che deve occuparsi di tutti, per quanto concerne pulizie e altro. E di un altro, che per gli esiti di un intervento chirurgico per tumore al midollo spinale è costretto a camminare con bastoni e a portare un collare perché non riesce a tenere il collo eretto. Avrebbe bisogno di idrochinesiterapia, naturalmente non praticabile in carcere.

[46] È il caso ad esempio di un detenuto belga, che scontava la pena a Sassari: malato terminale, aveva chiesto di poter morire in famiglia ma è deceduto in carcere nell'aprile 2013.

a rivolgersi al medico di reparto; oppure la visita da parte del proprio medico viene intesa come una concessione una tantum. Accade poi, soprattutto nei grandi istituti penitenziari, che il detenuto non abbia la garanzia che a seguirlo sia sempre lo stesso medico di reparto. Per questo si potrebbe almeno prevedere l'istituzione della figura del "medico di sezione", garantendo così al detenuto che il medico che lo segue abbia memoria storica della sua situazione e una riconosciuta responsabilità nei suoi confronti[47].

- *L'inadeguata informazione al paziente stesso e ai suoi parenti*. Le carenze nella comunicazione e nella relazione personale sanitario/paziente esistono anche "fuori dalle mura", tuttavia in carcere hanno ripercussioni più pesanti e contribuiscono alla percezione di "abbandono" da parte della persona detenuta, tanto più grave quando si trovi in stato di malattia. Quanto alla difficoltà dei parenti ad avere notizie sui congiunti, queste possono avere esiti drammatici. Un indizio dello scarso dialogo col personale sanitario è costituito dall'insoddisfazione manifestata da molti detenuti di fronte alla prescrizione dei cosiddetti farmaci generici: ciò significa che non c'è stato tempo per offrire al paziente/detenuto informazioni sufficienti sulla terapia farmacologica. In altri casi si lamenta che non vengono restituiti al paziente i risultati delle analisi cliniche effettuate.

Infine, va ancora una volta ricordata l'emergenza sovraffollamento: nonostante le indicazioni internazionali e gli indirizzi della riforma sanitaria in carcere raccomandino di farsi carico degli aspetti ambientali e sociali della salute, la riforma non è finora riuscita a incidere significativamente su questi aspetti. *Il sovraffollamento, con le conseguenze igieniche e psicologiche altamente nocive, insieme ai regimi carcerari (specie di custodia cautelare) che costringono in cella più di venti ore al giorno, aggravati dalle difficoltà ad accedere ad attività lavorative e formative, costituiscono un'emergenza* che ha ormai assunto nel nostro paese una drammatica stabilità. Su questi aspetti, così lesivi del diritto alla salute, poco si avverte la voce delle autorità sanitarie preposte.

6) Il personale sanitario: aspetti etici specifici

Un altro aspetto della riforma sanitaria in carcere è la collocazione amministrativa del personale sanitario alle dipendenze del SSN e non più dell'Amministrazione Penitenziaria. Questo passaggio rappresenta una garanzia per l'autonomia del personale sanitario. L'autonomia ha un particolare valore per i medici e la riforma rimarca, anche simbolicamente, il dovere primo del medico di porsi a presidio del benessere del paziente, in piena indipendenza dall'amministrazione penitenziaria. 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". Questo processo di autonomia del medico non si è del tutto concluso. Nel corso delle audizioni, è stato più volte sottolineato che i medici più giovani, che hanno esperienza del SSN "fuori dalle mura", meglio interpretano il loro mandato; laddove una parte dei medici che provengono dalla vecchia sanità penitenziaria sono più propensi a mantenere il vecchio ruolo.

È spia dell'insufficiente acquisizione dello spirito della riforma il fatto che i medici siano spesso chiamati a svolgere due ruoli assai diversi: quello proprio del terapeuta, e quello di esperto cui si chiede di giudicare le condizioni di salute del detenuto, in relazione a provvedimenti che deve prendere l'autorità giudiziaria o carceraria (vedi differimento pena per incompatibilità col carcere o rilascio anticipato per condizioni di salute). Sarebbe invece opportuno che questo giudizio fosse lasciato a un medico diverso da quello di reparto, per

[47] Si tratta di una proposta avanzata dai detenuti della casa circondariale di Padova.

evitare di ledere il rapporto medico paziente[48]. Peraltro, questa è l'indicazione a livello internazionale. L'intento di salvaguardare il mandato fiduciario del medico nei confronti del paziente emerge con chiarezza anche in altre misure raccomandate dalla OMS. In particolare:

- nel caso di regimi speciali di detenzione (in Italia il 41bis, ad esempio) e di particolari condizioni di detenzione come l'isolamento, in cui l'amministrazione vuole limitare quanto più possibile i contatti col detenuto, si raccomanda che il personale sanitario debba sempre poter visitare i detenuti e che *debba reclamare questo diritto qualora gli sia negato*.
- sempre in nome del principio etico secondo cui il medico è chiamato a perseguire il benessere del paziente, si raccomanda ai medici di non prestarsi in nessun caso a certificare che un detenuto sia in grado di sostenere l'isolamento o qualsiasi altra forma di punizione. In particolare, per l'isolamento per motivi disciplinari, secondo la OMS si avrebbero evidenze circa i danni che tale regime provoca alla salute, tanto che le Nazioni Unite hanno raccomandato di eliminarlo[49]. A partire dagli esiti nocivi dell'isolamento registrati sulla salute dei detenuti, è stata individuata una specifica sindrome (*Secure Housing Unit Syndrome*)[50].

7) Aree chiave di intervento

Dati sulla salute, cartella clinica informatizzata e telemedicina

La cartella clinica informatizzata è un passo avanti decisivo per l'agibilità e la tempestività delle informazioni sulla salute di tutti i cittadini e le cittadine. Lo è ancora di più per i ristretti, soggetti a trasferimenti da un carcere all'altro e da una regione all'altra. Al momento, la cartella clinica informatizzata per i carcerati esiste solo in Emilia Romagna e, in via sperimentale, in Toscana. Per il resto, ci si avvale ancora di documentazione cartacea, che accompagna il detenuto nei suoi spostamenti, spesso con grande ritardo. Inoltre, ancora una volta, si presenta il problema di conciliare l'organizzazione del sistema sanitario, su base regionale, con la necessità di avere dati a livello nazionale. La cartella clinica regionale è inadeguata al carcere: occorre invece approntare un fascicolo sanitario nazionale del detenuto, che raccolga dalle cartelle gestionali informatizzate in uso nelle regioni i dati informativi essenziali per ricostruire la storia clinica del detenuto. Il fascicolo sanitario nazionale dovrebbe dunque essere costruito e gestito dal DAP sulla base delle informazioni derivanti dalle Regioni e dalle Asl. E' stato segnalato uno scollegamento in questa materia fra gli strumenti informatici del DAP, e il Servizio Sanitario: il database dell'AFIS (Sistema automatizzato di identificazione delle impronte) in uso al DAP, che consente in ogni carcere una rapida consultazione di informazioni sui detenuti, già contiene un "diario clinico", che tuttavia non è utilizzato dal personale sanitario.

Se la cartella clinica è lo strumento ideale per garantire la continuità del rapporto terapeutico, costituisce solo il primo passo per realizzare quelle forme di telemedicina che consentono il monitoraggio e il consulto specialistico a distanza attraverso l'invio elettronico di esami, dati e immagini a centri di eccellenza, senza dover affrontare tutti i problemi, con i relativi costi e ritardi, del trasporto dei detenuti o dei medici. Sono, ad esempio,

[48] S. ANTINARELLI et al., *I rapporti tra sanità penitenziaria e Autorità giudiziaria*, in "Salute e Territorio", settembre-ottobre 2012.

[49] *Basic Principles for the Treatment of Prisoners*, risoluzione 45/111 adottata nell'Assemblea Generale del 14 dicembre 1990.

[50] Nel dicembre 2007, un gruppo di 24 esperti internazionali ha promosso la dichiarazione di Istanbul su *Uso ed Effetti dell'isolamento carcerario*, chiedendo agli stati di limitare l'isolamento a casi veramente eccezionali e per periodi molto brevi, ricorrendovi solo come ultima opzione. Per una revisione della letteratura sugli effetti sulla salute dell'isolamento disciplinare, vedi Sharon Shalev, del centro di Criminologia dell'università di Oxford (presentazione al *Network Meeting on Prison and Health* cit.).

estremamente significativi i casi di Porto Azzurro e di Regina Coeli. Nel primo caso una convenzione con il reparto di Dermatologia dell'Ospedale di Livorno consente la trasmissione di immagini ad alta risoluzione di melanomi o altre infezioni o lesioni cutanee, oltre a tutti i relativi esami e referti anamnestici, offrendo un'assistenza terapeutica rapida e altamente qualificata. Nel secondo caso il telemonitoraggio e il teleconsulto specialistico riguardano l'assistenza cardiologica ed è realizzato attraverso una convenzione con l'ospedale San Giovanni di Roma.

La telemedicina offre, quindi, innegabili vantaggi in termini di efficienza del servizio, aumento della sicurezza e, una volta entrata pienamente in funzione, riduzione dei costi. La sua realizzazione esige tutti gli investimenti necessari alla modernizzazione delle strutture, dall'introduzione della banda larga all'acquisizione delle apparecchiature adeguate all'acquisizione e alla trasmissione dei dati. Presuppone, insomma, come si è sottolineato più volte nel corso di questo documento, quel cambio di mentalità che impone di considerare la pena detentiva come un aspetto, per quanto drammatico e controverso, dello sforzo di adeguarsi alla crescita di civiltà da parte di una società tecnologicamente avanzata e non il residuo ancestrale di una gestione approssimativa della sofferenza e dell'emarginazione.

Per quanto si tratti per ora purtroppo di una preoccupazione solo astratta, va riaffermato, anche di fronte a tutti i vantaggi offerti dalla cura a distanza attraverso la telemedicina, il diritto di ogni paziente[51], e quindi anche di ogni detenuto, a un rapporto diretto e personale con il medico. La telemedicina va intesa come il miglior completamento possibile di questa e non come un suo modello alternativo o sostitutivo.

Salute mentale

L'area della salute mentale dovrebbe costituire una priorità nella programmazione sanitaria negli istituti di pena, sia perché, come si è visto, è una delle aree con maggiore prevalenza di disturbi[52]; sia perché la condizione stessa di ristretto è ad elevato indice di rischio psichico. Questa analisi trova sostegno a livello internazionale: su nove milioni di persone, detenute in tutto il mondo, almeno la metà soffre di disordini di personalità, mentre un milione sono affetti da gravi disturbi mentali, come psicosi e depressione. Quasi tutti i carcerati hanno esperienza di stati depressivi e di sintomatologia da stress[53].

E' necessario che la rete dei servizi territoriali si prenda in carico le persone con problemi psichici, seguendo i principi della riforma sanitaria stessa: con interventi mirati a progetti individuali di cura, coinvolgendo tutte le risorse di supporto disponibili dentro e fuori il carcere; e con progetti di aiuto al reinserimento all'atto della scarcerazione. Ciò implica non solo una buona copertura di personale specialistico (colmando la carenza di psicologi di cui si è detto), ma anche l'assunzione di un approccio di promozione della salute mentale, con un controllo attivo sulle generali condizioni di vita in carcere. Come sottolinea la OMS, "la presenza di personale sanitario non garantisce di per sé la salute", tantomeno quella mentale. Ancora una volta, si ribadisce l'importanza di assicurare condizioni ambientali accettabili, trattamento secondo principi di umanità, rispetto dei diritti. La OMS dà conto dei fattori più rilevanti per la promozione della salute mentale, secondo quanto emerge dalla ricerca: al primo posto, assistenza e servizi che facilitino l'autopromozione e garantiscano l'altrui rispetto; al secondo posto, la soddisfazione del bisogno di essere apprezzati e di essere oggetto di cura (care); al terzo posto, la possibilità di svolgere attività e di avere distrazioni[54]. Tali esiti suggeriscono misure generali anche semplici per migliorare il regime carcerario: come la possibilità di ricevere regolari visite di familiari e amici, oppure l'aver

[51] "Etica, salute e nuove tecnologie dell'informazione", 21 aprile 2006.
[52] Nella citata ricerca della Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2009), risulta che il 29% dei detenuti ha una diagnosi di patologia psichica.
[53] WHO, 2007, cit., pp.133-144.
[54] WHO, 2007, cit., p.138.

accesso ad attività lavorative o di studio. E' tuttavia importante che tali e altre misure siano considerate per la valenza di fattori protettivi di salute mentale, e che rientrino a pieno titolo nella programmazione sanitaria, in una interlocuzione attiva interistituzionale, fra autorità sanitarie e amministrazione penitenziaria.

Di recente, la prevenzione dell'autolesionismo e del rischio suicidario è diventata un obiettivo specifico e prioritario, con diversi atti: dalla circolare DAP del 25 novembre 2011 per promuovere staff di accoglienza e sostegno al momento dell'ingresso in carcere, all'accordo Stato Regioni del 19 gennaio 2012 "Linee di indirizzo per la riduzione dei rischi autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", al progetto interregionale di durata triennale, sostenuto dal Ministero della Salute, per la sperimentazione di un modello operativo di prevenzione[55].

Il CNB prende atto degli sforzi compiuti a vari livelli istituzionali per ridurre la drammatica emergenza e, sulla scia delle indicazioni già fornite nel parere del giugno 2010 (Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici), raccomanda un approccio che non si concentri solo sui fattori individuali di rischio psichiatrico, ma tenga nella dovuta considerazione i fattori situazionali che possono aggravare lo stress legato alla detenzione, e più in generale il rischio legato a un ambiente carcerario non adeguato o che addirittura non rispetti la dignità e i diritti delle persone: elemento su cui insiste la OMS, come si è appena visto.

Ciò consente di evitare la "psichiatrizzazione" della problematica del suicidio in carcere, nonché la stigmatizzazione delle persone che tentano di togliersi la vita: col pericolo di arrivare a misure controproducenti, come l'isolamento delle persone e la loro esclusione dalle attività che si svolgono nel penitenziario.

Su questa linea, di promozione attiva della salute mentale, è importante che gli sforzi compiuti per dare maggiore attenzione al momento dell'accoglienza ai nuovi giunti siano estesi anche ai momenti successivi: servizi essenziali, come la tempestiva e continua informazione sulla propria situazione giudiziaria, il collegamento con la famiglia e con altre persone significative fuori dal carcere, il facile accesso a colloqui con gli psicologi e in generale alle prestazioni sanitarie di base, sono importanti elementi protettivi; così come lo è un clima relazionale favorevole, dove la persona detenuta abbia la possibilità di avere relazioni di supporto da parte di tutto il personale con cui è quotidianamente in contatto. Ci sono esperienze pilota interessanti (per esempio, a Bollate-Milano e a Sollicciano-Firenze), di creazione di sportelli salute in cui le informazioni ai detenuti e il rapporto con i servizi sanitari sono gestiti con un forte ruolo dei detenuti stessi. Questi programmi andrebbero generalizzati.

Per ciò che riguarda gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, è ormai in fase avanzata il loro superamento avviato col DPCM del1 aprile 2008, sebbene la data di scadenza per la definitiva chiusura degli OPG sia stata prorogata di un anno nel febbraio 2013. In sintesi, è lasciato inalterato l'istituto del proscioglimento per soggetti ritenuti non imputabili per infermità mentale, così che gli stessi restano destinatari di misura di sicurezza (o di misura di sicurezza provvisoria quando non ancora giudicati): con la riforma, coloro che sono stati dichiarati prosciolti ma pericolosi (e perciò destinatari di una misura di sicurezza) saranno presi in carico con progetti terapeutici sul territorio predisposti da apposite articolazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale; oppure nelle nuove strutture residenziali psichiatriche, che dovrebbero rispondere, per dimensioni e funzionalità, alle finalità terapeutiche (ma con controllo esterno di polizia). Sebbene la chiusura degli OPG sia innovazione positiva, rimangono questioni importanti da risolvere, quali i criteri di riferimento, al momento assenti, per un'assegnazione appropriata delle persone alle due tipologie di presa in carico sopradescritte: il rischio è che la gran parte dei prosciolti siano semplicemente destinati alle

[55] Accordo di collaborazione del 29 agosto 2012 per la realizzazione del progetto *Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale per il monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari* (Regioni Veneto, Liguria, Umbria, Lazio, Campania e Toscana come capofila).

nuove strutture. E' opportuna una riflessione su queste residenze psichiatriche che le Regioni stanno approntando, per evitare che la pressione per economie di scala porti a strutture sovradimensionate che rischiano di ricreare condizioni tipiche dell'istituzione manicomiale, con la concentrazione della popolazione e il suo allontanamento dai servizi e dai contesti di appartenenza.

Donne detenute

Nel 2009, è stato pubblicato dalla OMS Europa e dal UNODC un documento che già nel titolo fornisce una linea di intervento: "La salute delle donne in carcere: correggere la mancanza di equità di genere". Al primo posto nelle raccomandazioni finali, è la creazione di un sistema di giustizia penale sensibile al genere, che sappia cioè tenere in considerazione specifici bisogni e circostanze di vita del genere femminile: per esempio, che consideri i tipi di reato compiuti dalle donne. Le donne sono spesso condannate per reati minori, a fronte dei quali la carcerazione ha un impatto sproporzionato sulla loro salute (e su quella dei figli, se madri).

Venendo alla detenzione, si riscontra un paradosso: i numeri enormemente ridotti della detenzione femminile rispetto a quella maschile (2.800 donne su 66.568)[56], non sembrano affatto avvantaggiare le donne. Molto spesso queste sono rinchiuse in sezioni femminili di carceri maschili, organizzati su bisogni maschili, mentre sono pochi le carceri femminili[57]. Sebbene non esista il problema del sovraffollamento per le donne detenute, in generale, nelle carceri maschili c'è minore attenzione al funzionamento delle sezioni femminili e ci sono minori offerte trattamentali.

Il carcere sembra avere un maggiore impatto di sofferenza sulle donne, non solo perché è tuttora più pesante lo stigma della carcerazione; ma anche perché la padronanza sui tempi e soprattutto sugli spazi di vita quotidiana è una dimensione rilevante per il benessere delle donne, dunque la perdita è avvertita dalle donne in maniera più drammatica.

Il trattamento delle donne è collegato alla concezione della trasgressione femminile: il reato tende ad essere visto come "errore" prima che come trasgressione: da qui lo scivolamento verso il paternalismo educativo/ correzionale. Le donne sono viste come soggetti "deboli", in maniera non dissimile dai minori: meno (intenzione di) "durezza" ma col rischio di maggior arbitrio e di minori diritti: la logica del riformatorio più che del carcere, che però può portare a maggiore sofferenza e sentimento di *helplessness*[58].

La rete femminile di relazioni affettive, in genere più ricca di quella maschile, potrebbe costituire un fattore di protezione e sostegno. Spesso però si trasforma nel suo contrario, perché le donne vivono più acutamente la separazione; e perché poco si fa in carcere per facilitare il mantenimento e l'assiduità dei contatti con l'esterno.

Inoltre, non va trascurata la presenza dei bambini che hanno meno di tre anni e che vivono in carcere con le loro madri. Attualmente in Italia sono circa 50 i bambini reclusi. La legge prevede gli arresti domiciliari per le madri di figli con meno di tre anni. Tuttavia questa situazione non è prevista se le detenute non hanno residenza o sono recidive. La maggior parte dei bimbi reclusi sono figli di nomadi. I rischi e danni sono gravi: malattie, traumi psicologici, linguaggio poverissimo, ecc.

In teoria la carcerazione dei bimbi dovrebbe finire in virtù di legge del 21.04.2011, N. 62 (Disposizioni in tema di detenute madri) che prevede la custodia attenuata negli Icam (Istituti a custodia attenuata per detenute madri), istituti penitenziari più vivibili, o in case famiglia

[56] DAP, dati presenze al 30 settembre 2012.

[57] Carceri femminili sono presenti solo a Trani, Pozzuoli, Empoli, Roma Rebibbia, Genova Pontedecimo, Venezia Giudecca, mentre le sezioni femminili di carceri maschili sono 64. Esiste un unico centro clinico femminile, a Pisa.

[58] Cfr. E. CAMPELLI, F. FACCIOLI, V. GIORDANO, T. PITCH, *Donne in carcere*, Feltrinelli, Milano 1992.

protette. In base a tale normativa entro il gennaio 2014 tutte le mamme di figli dai tre ai sei anni dovrebbero essere trasferite. È tuttavia facile prevedere che ciò non possa accadere in quanto allo stato esistono solo due Icam, Milano e Genova e un altro in costruzione nel Lazio. Peraltro, vi sono voci autorevoli contrarie anche agli Icam sul presupposto che nessun bambino dovrebbe varcare la porta di un carcere. Da qui l'auspicio di una soluzione alternativa rappresentata dalle case famiglia, dove sarebbe possibile tenere i bimbi fino a sei anni e ricostruire anche con i fratelli la rete familiare.

Dipendenze da sostanze illegali

Nonostante i dichiarati intenti dei legislatori che si sono succeduti dal 1990 in poi di evitare il carcere ai tossicodipendenti, rimane elevata la percentuale di persone dipendenti da sostanze illegali sul totale della popolazione carceraria. Negli ultimi anni questa è perfino in ascesa. Ciò vale per gli ingressi in carcere nell'arco dell'annata (il 28,6% nel 2005, a fronte del 32,4% nel 2012), ma anche per le presenze calcolate in un determinato giorno dell'anno (il 37,5% al 31/12/2006, a fronte del 38,4% al 31/12/2012)[59].

L'area della tossicodipendenza è passata sotto il Servizio Sanitario Nazionale nel 2002, in anticipo rispetto al passaggio delle competenze generali, come area pilota della riforma sanitaria in carcere. Ciò ha comportato miglioramenti in alcune fasi critiche della gestione della tossicodipendenza in carcere: ad esempio, è oggi intervento comune il trattamento delle crisi assistenziali cui possono andare incontro i consumatori di oppiacei. Questi interventi sono importanti, poiché le procedure di ingresso possono comportare tempi anche lunghi (arresto, convalida dell'arresto, trasferimento al carcere, immatricolazione)[60]. La presenza del Sert dovrebbe anche avere lo scopo di approntare piani terapeutici per favorire l'accesso delle persone dipendenti alle misure alternative, come l'affidamento speciale per tossicodipendenti.

Nondimeno, rimangono criticità, segnalate anche a livello internazionale. L'Osservatorio Europeo sulle droghe e la tossicodipendenza (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction) lamenta il ritardo nell'adeguamento dei trattamenti in carcere agli standard dei servizi fuori dal carcere (circa 8/9 anni di divario). Una recente revisione su 21 studi condotti sui programmi con metadone a mantenimento in carcere riporta benefici simili a quelli riscontrati per i programmi sul territorio, quali: la capacità di attrarre le persone in trattamento, la riduzione dell'uso di oppiacei illegali, la riduzione di comportamenti a rischio (specie l'utilizzo promiscuo di materiale per iniezione). Soprattutto, si riduce il rischio (elevato) di overdose nel periodo immediatamente successivo alla liberazione[61]. Si ricorda inoltre l'importanza della continuità del trattamento nei servizi sul territorio, dopo il rilascio.

L'Osservatorio Europeo analizza nei vari paesi europei la copertura dei programmi metadonici in carcere, ossia la percentuale di persone che ricevono il trattamento sul totale di coloro che si stima ne avrebbero bisogno: l'Italia è inserita nella categoria "a copertura limitata", stimando che siano trattate con metadone meno della metà delle persone che potrebbero beneficiarne[62].

---

[59] Fonte DAP, Ufficio sviluppo e gestione del sistema informativo automatizzato-Sezione Statistica. La gran parte delle persone dipendenti entra in carcere per violazione della stessa normativa antidroga, oppure per reati drogacorrelati.

[60] Cfr. S. LIBIANCHI et al., *La tossicodipendenza e il carcere*, in "Salute e Territorio", n.194, 2012, p.287 e ss.

[61] D. HEDRICH et al, *The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review*, in "Addiction", 107 (3), 2012, p.501 e ss.

[62] EMCDDA, *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, Selected Issue, 2012, pp.22-23.

Malattie trasmissibili: il virus HIV

Come già segnalato, il virus Hiv è una delle infezioni trasmissibili che destano più preoccupazione, sia perché la prevalenza è più alta fra la popolazione carceraria, sia per i rischi di stigmatizzazione cui vanno incontro le persone con questa infezione. Le organizzazioni internazionali insistono sia sulla prevenzione che sul trattamento, tanto che di recente è stato pubblicato un documento sottoscritto da tutte le agenzie ONU competenti (UNODC, ILO, UNDP, OMS, UNAIDS)[63]. Nel testo, dopo aver lamentato che solo pochi paesi nel mondo forniscono programmi adeguati, si raccomanda un pacchetto comprensivo di 15 interventi chiave: 1) informazione e educazione su HIV, epatite e malattie sessualmente trasmissibili; 2) disponibilità di preservativi ai detenuti (in forma discreta); 3) Prevenzione della violenza sessuale (in particolare proteggendo i soggetti vulnerabili come le persone con differente orientamento sessuale e i giovani); 4) Trattamento della dipendenza da droghe compresa la terapia con oppiacei sostitutivi; 5) Disponibilità in forma confidenziale di materiale sterile per iniezione ai consumatori di droghe; 6) Prevenzione della trasmissione che può avvenire attraverso forniture mediche e dentali infette; 7) Prevenzione della trasmissione che può avvenire tramite tatuaggi; 8) Profilassi post esposizione a situazioni di possibile contagio; 9) Facile accesso al test HIV volontario e al counselling; 10) Trattamento per HIV, compresa la terapia antiretrovirale; 11) Prevenzione, diagnosi e trattamento della tubercolosi (considerati l'alta percentuale di co-morbilità HIV-TBC); 12) Prevenzione della trasmissione madre-bambino; 13) Prevenzione e trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili; 14) Vaccinazione, diagnosi e trattamento dell'epatite virale (compresa la vaccinazione per l'epatite B per tutti, per l'epatite A per i soggetti a rischio, e prevenzione/trattamento per epatite B e C); 15) Protezione del personale (che dovrebbe ricevere informazione, educazione e training da parte di sanitari, per svolgere i propri compiti di lavoro in sicurezza).

8) I migranti e i Centri di Identificazione ed Espulsione

Gli stranieri rappresentano una parte consistente della popolazione carceraria, circa il 36%. Sono presenti diverse nazionalità, fra cui spiccano persone provenienti dall'Africa e dai paesi dell'Est Europa. Molti non possiedono documenti di identificazione e ciò comporta diverse criticità, fra cui la difficoltà a stabilire l'età di chi incorre nella giustizia, fatto rilevante per la protezione dei minori.

La detenzione comporta per lo straniero e la straniera, specie se privi di permesso di soggiorno e di documento identificativo, molti problemi e sofferenze aggiuntive, fra cui[64]:

- una più difficile comunicazione col personale operante negli istituti, per problemi di lingua ma anche per ostacoli culturali alla completa comprensione dei differenti ruoli;
- la mancanza di legami familiari o di relazioni sul territorio e la difficoltà a mantenere i rapporti a distanza: le telefonate alla famiglia sono spesso ostacolate dalle ristrettezze economiche del detenuto e dalla difficoltà degli accertamenti sulle utenze nei paesi stranieri;
- il lavoro interno è poco accessibile per mancanza di documenti e di codice fiscale;
- l'istruzione e i corsi professionali sono tarati sulle esigenze degli italiani;
- la frequente mancanza di domicilio fisso e di legami sociali sul territorio restringe la possibilità di ottenere i benefici e di poter usufruire di misure alternative al carcere;

[63] United Nations Office on Drugs and Crime, International Labour Organization, United Nations Development Programme, World Health Organization, UNAIDS, *HIV prevention, treatment and care in prisons and in other closed settings: a comprehensive package of interventions,* 2012. L'urgenza di intervento per lo HIV/AIDS è ribadita anche in altri documenti. Vedi WHO, 2007, cit., p.51; UNODC, UNAIDS, WHO, 2006, *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response.*

[64] S. LIBIANCHI, *La detenzione dello straniero*, in "Salute e territorio", 194, 2012, p.293 e ss.

Inoltre, le differenze culturali comportano una diversa idea del corpo, della sua cura, del concetto stesso di salute.

Per far sì che gli stranieri possano esercitare gli stessi diritti, è prioritaria la presenza in carcere, non episodica, del servizio di mediazione culturale. Sulla mediazione culturale punta il progetto "Salute senza bandiere", avviato alla fine del 2012, per promuovere l'integrazione sanitaria degli stranieri detenuti attraverso il pieno e consapevole accesso al SSN, anche nel periodo di detenzione. Il progetto coinvolge nove istituti con maggiore presenza di stranieri, fra cui Roma-Rebibbia e Milano-Opera.

Gli stranieri privi di documenti, che non sono stati identificati durante il periodo di carcerazione, vengono internati nei ***Centri di Identificazione ed Espulsione***.

In questi centri, il diritto alla salute degli internati è soggetto a tali limitazioni da rendere dubbio l'uso del termine stesso di "diritto".

In primo luogo, i centri sono ubicati in contenitori impropri, fortemente carenti dal punto di vista igienico. Vi sono concentrati soggetti di diversa ed eterogenea provenienza, molti di loro particolarmente vulnerabili: come le persone richiedenti lo status di rifugiato e le vittime della tratta, che rischiano di trovarsi rinchiuse insieme ai propri carnefici. L'assistenza nei centri non è a carico del SSN, bensì è fornita dall'ente gestore del Centro. Nella generalità dei casi, si tratta di un'assistenza sanitaria elementare, tarata sulla precedente normativa che permetteva il trattenimento non oltre i trenta giorni. Dopo che il periodo è stato prolungato a sei mesi, l'assistenza sanitaria risulta del tutto insufficiente e si registrano casi gravi di soggetti non curati a dovere. Inoltre, ci sono grandi problemi per avere la documentazione clinica, nel passaggio dal carcere ai CIE.

A queste difficoltà, si aggiungano gli aspetti psicologici avversi: gli internati vivono questo periodo come una pena aggiuntiva a quella già scontata, per di più con minori garanzie (non si sa quanto tempo dovranno rimanere nel Centro) e con minori possibilità di svolgere una qualche attività.

Occorre agire prontamente, con alcune misure urgenti e immediate:

- i CIE andrebbero chiusi o quanto meno ricondotti alla loro funzione originaria di misura eccezionale, come previsto dalla direttiva UE, ristabilendo come misura ordinaria il rimpatrio volontario assistito (finanziato da apposito fondo europeo)[65];
- il Servizio Sanitario Nazionale deve prendere in carico i CIE o quanto meno vanno immediatamente attivati accordi e convenzioni in tal senso. Non solo vanno fornite prestazioni adeguate, occorre anche controllare lo stato dei locali, l'adeguamento dei servizi e lo stato igienico, l'adeguamento del regime di vita a requisiti di rispetto della dignità delle persone;
- l'identificazione deve avvenire durante il periodo della carcerazione;
- vanno protette le categorie vulnerabili, fra cui le vittime della tratta, regolarizzandole per motivi umanitari.

9) Raccomandazioni

- Il CNB raccomanda alle istituzioni competenti che il diritto alla salute dei detenuti sia inteso nella piena accezione, al fine di raggiungere un effettivo riequilibrio dei livelli di salute dentro e fuori le mura, ben oltre la garanzia dell'uguaglianza di accesso alle prestazioni sanitarie.

- Il CNB ricorda che il fondamento della salute del detenuto è l'essere trattato con dignità e rispetto, nella piena osservanza dei diritti umani fondamentali. Fra questi, il diritto ad

[65] A. BARBIERI et al., *Arcipelago CIE. Indagine sui centri di identificazione ed espulsione italiani*, Medici per i Diritti Umani, maggio 2013. L'indagine di MEDU è stata condotta nei centri di Bari, Bologna, Caltanissetta, Crotone, Gorizia, Lamezia Terme, Milano, Modena, Roma, Torino, Trapani Milo.

essere curato fuori dal carcere quando la detenzione aggravi la sofferenza dell'infermità fino a limiti intollerabili.

- Il Comitato ricorda che la riforma sanitaria non si esaurisce nel passaggio delle competenze dall'autorità penitenziaria a quella sanitaria. In coerenza con un approccio globale alla salute, le autorità sanitarie devono prendere pienamente in carico il controllo sulle condizioni igieniche degli istituti, lo stato delle celle e dei servizi, le condizioni di vita dei detenuti, la sopportabilità del regime carcerario. La sentenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo del 8 gennaio 2013 che ha giudicato la vita nelle celle italiane sovraffollate come "trattamento inumano e degradante" indica che la riforma è ancora ben lontana dal raggiungimento dei propri obiettivi.

- Il CNB segnala che alcuni aspetti del sistema sanitario erogato su base regionale vanno corretti, se si vuole offrire ai detenuti pari opportunità nell'accesso alle prestazioni sanitarie. In particolare, occorre che amministrazione penitenziaria e Regioni operino per varare al più presto *la cartella sanitaria informatizzata nazionale*, che segua in tempo reale il detenuto nei suoi spostamenti da regione a regione; che sia assicurata la continuità delle cure nel passaggio da un carcere all'altro, anche in presenza di diversità nei livelli di assistenza da regione a regione.

- Il CNB invita a prendere immediati provvedimenti per gli aspetti in cui più gravi permangono le disuguaglianze o non sono rispettate le pari opportunità nell'accesso alle prestazioni: non sufficiente tempestività negli interventi d'urgenza, ritardi nelle visite specialistiche e nella programmazione di interventi in ospedali esterni, insufficienti prestazioni per bisogni specifici della popolazione detenuta.

- Il CNB raccomanda le aree chiave di intervento, con particolare riguardo alla salute mentale e alla prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo, alla prevenzione dell'HIV e di altre malattie trasmissibili. Maggiore attenzione va prestata ai diritti e alle esigenze delle donne detenute, nel quadro di un sistema di giustizia penale sensibile al genere.

- Il CNB invita il SSN nelle sue articolazioni regionali a prendere immediatamente in carico la grave situazione igienico sanitaria e di condizioni di vita all'interno dei Centri di Identificazione ed Espulsione, in attesa di misure di più ampia portata per decidere la sorte di queste strutture e risolvere l'insieme dei problemi legati alle persone senza passaporto.

- Il CNB raccomanda infine di prestare attenzione affinché un settore così delicato come quello del carcere, che abbisogna di ogni sforzo per raggiungere standard accettabili di vivibilità, non abbia al contrario a soffrire per la contrazione delle risorse.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CNB

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

SALUTE MENTALE E ASSISTENZA PSICHIATRICA IN CARCERE

22 marzo 2019

Presentazione

La salute mentale in carcere rappresenta un'area particolarmente critica nell'ambito della tutela della salute generale delle persone condannate al carcere. Ciò, nonostante la protezione della salute sia un diritto umano e costituzionale, perciò egualmente valido "fuori" e "dentro" le mura, in condizioni di parità di trattamento fra liberi e detenuti.

Il carcere per sua natura comprime i diritti individuali, la salute mentale in particolare è insidiata dalla sofferenza legata allo stato di costrizione e di dipendenza totale del detenuto per qualsiasi necessità della vita quotidiana. Dall'incompatibilità fra il carcere e la salute mentale discende l'indicazione che la presa in carico delle persone con disturbo psichiatrico debba avvenire di regola al di fuori del carcere, nel territorio. La cura psichiatrica in carcere dovrebbe essere limitata alle persone con disturbi minori, oppure al ristretto numero di coloro per cui non sia possibile applicare un'alternativa alla carcerazione a fine terapeutico. Va inoltre ricordato che la salvaguardia della salute mentale non coincide con l'assistenza psichiatrica, per quanto importante essa sia: l'invito è a predisporre un ambiente sufficientemente adeguato a mantenere l'equilibrio psichico delle persone detenute e a non aggravare lo stato di chi già soffre di disturbi, assicurando in primo luogo condizioni dignitose di detenzione e il rispetto dei diritti umani fondamentali.

Il nodo salute mentale-carcere è complicato da altre questioni, fra cui, a monte, il diverso trattamento penale (il cosiddetto "doppio binario") cui possono essere sottoposti gli autori di reato con problematiche psichiatriche. Alcuni (i cosiddetti "folli rei"), giudicati non imputabili per vizio di mente (totale o parziale) e perciò prosciolti per essere però sottoposti a misura di sicurezza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario – OPG; ciò avveniva prima della Legge n. 81/2014 che ha chiuso gli OPG: oggi invece i prosciolti sono avviati al nuovo articolato sistema di presa in carico territoriale, di cui fanno parte le Residenze per la Esecuzione della Misura di Sicurezza-REMS. Altri, i cosiddetti "rei folli", giudicati imputabili e condannati al carcere, quando sviluppavano un disturbo psichiatrico grave o andavano incontro a un aggravamento di una precedente patologia, erano trasferiti in OPG. Oggi, dopo la sua abolizione, i "rei folli" non godono della tutela cui avrebbero diritto, poiché manca una normativa chiara per stabilire la loro incompatibilità col carcere e indirizzarli a misure alternative a fine terapeutico.

L'eredità dell'OPG è ancora viva sia sul piano concreto, per la sorte tuttora incerta delle varie tipologie di malati psichiatrici che affollavano questi istituti; sia soprattutto sul piano culturale, nel persistere della vecchia visione del malato psichiatrico quale soggetto di per sé pericoloso, e dunque da contenere più che da curare. Tale concezione è alimentata anche dall'eccessivo ricorso al "binario" di non imputabilità e di proscioglimento per "vizio di mente", con corrispondente ampio utilizzo delle misure di sicurezza. Da qui la resistenza all'utilizzo di strumenti normativi che possano favorire la cura non in stato di detenzione, sia dei "rei folli", sia dei "folli rei", nonché i ritardi ad adeguamenti normativi in tale direzione.

Muovendo da queste considerazioni, il CNB raccomanda 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.

Il CNB sollecita anche alcune innovazioni normative per tutelare sia le persone giudicate imputabili e condannate a pene carcerarie, sia le persone dichiarate non imputabili e

prosciolte. Nello specifico: il rinvio della pena quando le condizioni di salute psichica risultino incompatibili con lo stato di detenzione, in analogia con quanto previsto dagli artt. 146 e 147 CP. per la compromissione della salute fisica; la previsione di specifiche misure alternative per i soggetti che manifestano un'infermità psichica in carcere; l'introduzione di Sezioni Cliniche in carcere a esclusiva gestione sanitaria; una più incisiva riforma delle misure di sicurezza, per limitare il ricorso alla misura di sicurezza detentiva. Inoltre, in coerenza con la finalità terapeutica delle REMS, occorre limitare il ricovero nelle REMS ai soggetti nei cui confronti viene applicata una misura di sicurezza detentiva definitiva. Infine il CNB invita a riconsiderare il concetto particolarmente problematico di "pericolosità sociale", alla base delle misure di sicurezza, e la legislazione speciale di "doppio binario" di imputabilità/non imputabilità per le persone affette da disturbo mentale.

Nell'ambito della discussione hanno offerto un prezioso contributo le audizioni di: Dott. Franco Scarpa, Psichiatra Direttore dell'Unità Operativa Complessa USL 11 Toscana (durante la seduta plenaria del 25 ottobre 2018) e Dott. Andrea Bortolato, Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Firenze (durante la riunione del gruppo di lavoro del 13 dicembre 2018).

Il gruppo di lavoro è stato coordinato dalla Dott.ssa Grazia Zuffa, che ha anche redatto la bozza iniziale.

Hanno contribuito alla stesura del testo i Proff.: Salvatore Amato, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Anna Gensabella, Carlo Petrini, Tamar Pitch, Monica Toraldo di Francia.

Il parere è stato approvato all'unanimità dei presenti, i Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Riccardo Di Segni, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Maurizio Mori, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.

Assenti alla seduta, hanno successivamente aderito i Proff.: Cinzia Caporale, Bruno Dallapiccola, Mario De Curtis, Gianpaolo Donzelli, Massimo Sargiacomo.

Pur non avendo diritto di voto hanno aderito: per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato; per il Presidente del CNR il delegato, Dott. Amedeo Cesta; per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini.

Il Presidente
Prof. Lorenzo d'Avack

Premessa

Il Comitato Nazionale per la Bioetica è intervenuto nel 2013 sul tema della salute in carcere (*La salute dentro le mura*), individuando la salute mentale come una delle aree critiche cui prestare particolare attenzione. Il CNB ritiene opportuno un nuovo pronunciamento, di fronte alle persistenti difficoltà nel riconoscere nel concreto il diritto alla tutela della salute in carcere, in specie della salute mentale. In particolare, l'equiparazione del diritto alla salute tra cittadini fuori e dentro le mura – il principio che ha guidato il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale – richiede un impegno più complesso nel campo della salute mentale.

La ragione principale risiede nel ruolo storicamente ricoperto dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), di custodia di tutti gli autori di reato con problematiche psichiatriche: sia quelli dichiarati non imputabili per vizio di mente al momento del fatto e perciò prosciolti e rinchiusi in OPG, sottoposti a misure di sicurezza in quanto socialmente pericolosi; sia quelli imputabili e condannati a pena detentiva, ma colpiti da disturbi mentali gravi durante la permanenza in carcere. Anche questi ultimi, di norma giudicati incompatibili col regime carcerario, erano destinati all'OPG[66]; così come i soggetti ritenuti bisognosi di perizia psichiatrica, di regola trasferiti in OPG per il suo espletamento.

La chiusura degli OPG è solo un tassello – per quanto fondamentale – nella costruzione di un nuovo sistema di cura dei soggetti affetti da disturbo mentale e autori di reato. Tale sistema tarda a prendere forma, in parte perché le modifiche normative conseguenti all'abolizione degli OPG non sono state portate a termine; in parte perché il cambio di paradigma nell'ambito della salute mentale - dal paradigma custodialista (fondato sulla pericolosità a sé e agli altri della persona affetta da disturbo psichiatrico) al paradigma terapeutico è più arduo nel caso di soggetti autori di reato. E ciò favorisce l'inerzia legislativa, in un circolo vizioso. Per riassumere: la tutela della salute mentale in carcere deve confrontarsi con il residuo culturale dell'OPG, che persiste anche dopo l'abbattimento delle mura; oltre che con la generale difficoltà all'affermazione del diritto alla tutela della salute in carcere.

Un doppio salto culturale dunque, che questo documento intende approfondire, nella speranza che ciò possa accelerare il completamento di un nuovo sistema di tutela della salute mentale, rispettoso di un principio bioetico fondamentale: il diritto alla salute come diritto umano e costituzionale, da cui discende l'eguaglianza nella tutela della salute fuori e dentro le mura[67].

La prospettiva bioetica e le indicazioni internazionali

Per stabilire come possa dispiegarsi la tutela della salute mentale in carcere, occorre partire dalla constatazione del livello più deteriorato di salute, in particolare di salute mentale, della popolazione detenuta rispetto alla popolazione generale.

---

[66] Mentre l'articolo 147 del Codice Penale (CP) regola il rinvio dell'esecuzione della pena per grave infermità fisica, l'art. 148 CP (*Infermità psichica sopravvenuta del condannato*) stabilisce che "se, prima dell'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale o durante l'esecuzione, sopravviene al condannato un'infermità psichica, il giudice, qualora ritenga che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena, ordina che questa sia differita o sospesa e che il condannato sia ricoverato in un manicomio giudiziario."

[67] Cfr. il parere CNB *La salute dentro le mura* (27 settembre 2013), che nella premessa ricostruisce la cornice teorica e concettuale circa la tutela della salute umana. Dal riconoscimento che il diritto alla salute è uno dei diritti umani fondamentali; di come lo stato di salute individuale sia determinato dalla possibilità di usufruire di una molteplicità di risorse, dirette e indirette (quali ad es. le situazioni abitative, la salubrità dell'ambiente, lo stile di vita, il grado di istruzione, le condizioni di lavoro, ecc.); della necessità di superare le diseguaglianze nell'ambito della salute, prestando attenzione ai soggetti più vulnerabili. Cfr. anche il parere CNB *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* (25 maggio 2001).

Nonostante la scarsità di ricerca epidemiologica[68], i dati internazionali ci dicono che i detenuti godono di livelli inferiori di salute rispetto a chi sta "fuori" e che la salute mentale rappresenta l'area più critica. Dunque il carcere è chiamato in causa come ambiente che mina la salute mentale. È parimenti acquisito che le persone detenute spesso godano di una salute generale più precaria della popolazione generale, ivi compresa la salute mentale, anche prima di entrare in carcere. La OMS prende anche atto del carattere intrinsecamente patogeno del carcere, sottolineando 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*"[69].

Il legame fra pena detentiva e disagio mentale è stato affrontato da diversi studiosi in ambito criminologico. L'attenzione si appunta sulla sofferenza psichica legata allo stato di costrizione e di dipendenza totale del detenuto e della detenuta per qualsiasi soddisfacimento di bisogni: è il dolore legato al "carcere immateriale", non incanalabile nel processo di trasformazione e riabilitazione del detenuto[70].

A tal proposito, va ricordata la puntuale denuncia del *Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé*, il Comitato Etico francese (ripresa nel documento CNB *La salute dentro le mura*) circa le prigioni come "causa di malattia e di morte": (le prigioni n.d.r) "*sono la scena della regressione, della disperazione, della violenza auto inflitta, del suicidio*"[71].

Dall'incompatibilità fra il carcere e la salute mentale discende l'indicazione che la presa in carico delle persone con disturbo psichiatrico debba avvenire di regola nei servizi sul territorio, al di fuori del carcere. La cura psichiatrica in carcere dovrebbe essere limitata alle persone con disturbi minori, oppure al ristretto numero di coloro per cui non sia possibile applicare l'alternativa terapeutica[72].

Vanno inoltre individuati i momenti critici della carcerazione, che più mettono a rischio la salute mentale delle persone: uno di questi è l'ingresso in carcere, che può generare una vera e propria "sindrome da ingresso" con fenomenologia di disturbi psichici e psicosomatici[73]. Circa lo stato di salute mentale delle persone che entrano nelle prigioni, la OMS ricorda che "i detenuti spesso provengono da comunità notevolmente deprivate o povere", citando ricerche che mostrano come nelle comunità più deprivate si riscontrino livelli più alti di cattiva salute, maggiore morbilità psichiatrica e molte problematiche sociali". Tenere presenti questi fattori di vulnerabilità psicosociale ha conseguenze sul piano degli interventi, come spiega in dettaglio la OMS: "Aiutare i detenuti a mantenere il loro benessere

---

[68] Si pensi che la maggior parte delle indagini epidemiologiche generali a livello nazionale escludono la popolazione detenuta, come ad esempio le indagini ISTAT in Italia e negli Stati Uniti la *National Health Interview Survey* (ARS Toscana, 2015).

[69] WHO Europe, *Trencin Statement on prisons and mental health*, 2007, p. 5 (nell'intero passaggio della dichiarazione si legge: "*International research shows that prisons in Europe hold a very high proportion of prisoners with mental disorders. Reasons for this are: - number of prisoners already have mental health problems before entering prison; – prison environments are, by their nature, normally detrimental to protecting or maintaining the mental health of those admitted and held there*").

[70] Cfr. N. CHRISTIE, *Limits to pain. The role of punishment in penal policy*, Universitetsforlaget, Oslo 1981, trad. ita. *Abolire le pene? Il paradosso del sistema penale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino1985; E. GOFFMAN, *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New York 1961, trad. ita. *Asylums: Le istituzioni totali: la condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino 1968; Cfr. anche D. GONIN, *La santé incarcerée. Médecine et conditions de vie en détention*, L'Archipel., Paris 1991; trad. ita. *Il corpo incarcerato*, EGA, Torino 1994.

[71] *Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé*, avis n. 94 *(La santé et la médecine en prison)*, 26 octobre 2006, p. 8.

[72] WHO Europe, 2007, cit., p. 6. Fra i criteri chiave, il primo recita: "*There must be a clear acceptance that penal institutions are seldom, if ever, able to treat and care for seriously and acutely mentally ill prisoners. Such prisoners should be diverted to appropriate mental health services…*"

[73] La "sindrome da ingresso" compare più frequentemente nelle persone alla prima carcerazione, specie quelle in cui il divario fra la qualità di vita condotta in libertà e quella in detenzione è più ampio.

o curare chi soffre di scarsa salute mentale *non significa solo offrire i giusti farmaci e trattamenti psicologici adeguati, ma anche aiutarli a far fronte ai loro bisogni fisici e sociali"*[74].

È qui riassunto in poche righe il corollario operativo che discende dalla concezione della salute come diritto al "benessere fisico, psichico e sociale" (e non come semplice assenza di malattia). E' anche il principio cardine della riforma sanitaria: tutelare la salute mentale non significa solo predisporre un sistema efficiente di assistenza psichiatrica, volto a curare le patologie sopravvenute e a diagnosticarle precocemente (per quanto importante sia la diagnosi precoce dei disturbi psichiatrici in un ambiente a rischio per la salute mentale come il carcere); ma, in primo luogo, "assicurare ai detenuti il soddisfacimento dei bisogni di base e il rispetto dei diritti umani fondamentali". L'invito è perciò a predisporre un ambiente sufficientemente "sano": nel senso di sufficientemente adeguato a mantenere la salute mentale delle persone e a non aggravare lo stato di chi già soffre di disturbi. Oltre ai requisiti strutturali dei locali di detenzione (ampiezza sufficiente, illuminazione con luce naturale e artificiale, aerazione, riscaldamento, dotazione di servizi igienici riservati, decenti, razionali e puliti**)**, si raccomanda l'attenzione agli aspetti psicologici e relazionali (come la possibilità per i detenuti di mantenere rapporti anche intimi con persone significative, il rispetto della privacy, l'offerta di attività per impegnare il tempo).

Sono questi gli elementi base della salute mentale, su cui poggia (o dovrebbe poggiare) il sistema di servizi di salute mentale dentro il carcere. Nello stabilire lo standard base di "benessere", si raccomanda di tenere presente il punto di vista dei detenuti e delle detenute: in una ricerca citata dalla OMS, le priorità individuate dai detenuti riguardavano "la possibilità di instaurare una relazione di fiducia col personale sanitario", la "continuità nella presa in carico", "una chiara e dettagliata informazione sulla natura della loro malattia e sugli effetti collaterali dei farmaci", "l'essere coinvolti nella pianificazione della cura"[75]. Si osservi che questi sono anche gli elementi chiave della **relazione di cura**. In aggiunta, i detenuti segnalano l'importanza di un supporto tempestivo in momenti di particolare difficoltà (ad esempio la possibilità di parlare con qualcuno, un professionista, ma anche una persona "pari", per evitare il precipitare della crisi). È anche segnalata la valenza psicologica "stabilizzante" dell'essere impegnati in attività che possano risultare utili in vista della liberazione[76].

Questo approccio comprensivo alla salute mentale presuppone il coinvolgimento di diversi livelli di responsabilità. La predisposizione di un ambiente (fisico, relazionale, trattamentale) il più possibile salutare dipende dall'amministrazione penitenziaria, e infatti si raccomanda che "la promozione della salute mentale e del benessere siano fattori centrali nella politica di governo del carcere"[77]. Tuttavia, dopo il passaggio della sanità al Servizio Sanitario Nazionale, anche le autorità sanitarie dovrebbero curare questi elementi di base della salute mentale, in quanto istituzioni che operano in prima linea per la concreta affermazione del diritto alla salute delle persone detenute, e della parità di tutela con i cittadini che godono della libertà. È questo il senso di avere oggi un unico sistema a tutela di tutti i cittadini e le cittadine, fuori e dentro le mura.

Si registra qui una doppia difficoltà. Da un lato, nonostante i ripetuti richiami degli organismi internazionali (che rispecchiano peraltro l'ispirazione originaria della riforma sanitaria), prevale l'idea che la tutela della salute mentale equivalga ad assicurare solo servizi psichiatrici specialistici, in linea con la più generale tendenza a confondere la salute con la sanità. Dall'altro, la nuova titolarità del SSN in carcere non ha del tutto eliminato il retaggio culturale della sanità penitenziaria nell'affrontare il conflitto fra i bisogni di salute

[74] WHO Europe, *Prisons and Health,* 2014, p. 87.
[75] R. JAYNE, *Service user engagement in prison mental health in reach service development,* in "Mental Health Review", 2006, 11 (2), pp. 21-24, cit. in WHO Europe, 2014, p. 90.
[76] G. DURCAN, *From the inside. Experiences of prison mental health care*, Sainsbury Centre for mental health, London 2008.
[77] WHO Europe, 2007, cit. p. 6.

della persona detenuta e le esigenze di sicurezza. Nell'ottica della sanità penitenziaria, la salute era vista come una variabile dipendente dal prevalente mandato custodiale del carcere. Dopo la riforma, il bene salute acquista una sua autonomia *in quanto diritto*, che il nuovo sistema sanitario - non a caso autonomo dall'amministrazione penitenziaria- è chiamato a rappresentare e garantire. Ma l'autonomia istituzionale non sempre si traduce in autonomia culturale nelle pratiche quotidiane in cui è impegnato il personale che dipende dal SSN: ed è evidente la maggiore difficoltà da parte dello staff sociosanitario a interloquire con le autorità carcerarie circa le caratteristiche psico-socio-ambientali dei penitenziari, per quanto si tratti di personale normativamente non dipendente dall'amministrazione penitenziaria.

Ciò ci riporta al conflitto fra la tutela della salute mentale e le caratteristiche "strutturali" del carcere: *in primis* come luogo di segregazione e di "sottrazione alla vista" dei corpi. In sintesi, il carcere **comprime** i diritti individuali. In particolare, va ricordata la contraddizione fra l'affermazione del diritto e il mandato di sicurezza del carcere che tende a limitarlo; fra il deficit iniziale di salute di chi varca le mura, e un carcere che, lungi da operare per la parità, accentua lo squilibrio perché produce sofferenza e malattia[78].

Infine, rispetto al disturbo mentale, c'è un ultimo problema bioetico, rimasto intatto anche dopo la chiusura degli OPG: la *non imputabilità* prevista nel sistema penale per malattia psichiatrica o grave disturbo di personalità. La non imputabilità si fonda sul giudizio che l'autore del reato sia stato "incapace di intendere e volere al momento del fatto": con la conseguenza del suo proscioglimento (e dunque dell'esenzione dalla pena carceraria). Tuttavia il prosciolto è di regola sottoposto a misure di sicurezza detentive, sulla base del giudizio di pericolosità sociale. Questa norma si configura come una "legislazione speciale" per persone portatrici di disabilità psico-sociale, espressamente esclusa dalla Convenzione sulla Disabilità[79].

Senza addentrarsi nel complesso problema della modifica normativa, va tuttavia ricordato che il cosiddetto "doppio binario" degli imputabili/non imputabili costituisce un nodo irrisolto, alla base delle difficoltà, normative e culturali, nell'assicurare la tutela degli autori di reato affetti da disturbo mentale. Storicamente, il binario di non imputabilità, conducendo alla misura di sicurezza detentiva e all'internamento in OPG, si è dimostrato più afflittivo del binario di imputabilità. Sul piano culturale, ha dato fiato al concetto di pericolosità sociale supportando il collegamento fra disturbo mentale e pericolosità e operando così per la conservazione del sistema complessivo delle misure di sicurezza (solo parzialmente modificato dalla Legge n. 81/2014)**.**

Avanzare riserve circa il concetto di non-imputabilità del soggetto affetto da disturbo psichiatrico non significa negare la sua malattia, bensì rifiutare il presunto automatismo naturalistico e deterministico fra malattia e reato, restituendo al malato la sua individualità e responsabilità, e dunque la possibilità di rielaborare una parte importante del proprio vissuto legata al reato.

A tal fine, è essenziale assicurare un sistema di intervento in grado di far fronte ai bisogni terapeutici della persona che ha compiuto reati, ma anche di agire in maniera preventiva/proattiva per intercettare il disagio mentale nella fase iniziale**.**

Epidemiologia della salute mentale in carcere

La ricerca epidemiologica in carcere non è ancora sufficientemente sviluppata, a livello nazionale e ancora meno a livello locale. Tale situazione è simile in molti altri Paesi.

---

[78] Cfr. il parere *La salute dentro le mura,* cit., p. 6.

[79] Nazioni Unite, *Convenzione per i diritti delle persone con disabilità*, 13 dicembre 2016. Secondo la Convenzione (art. 12), le persone con disabilità psicosociale devono godere di pari diritti, compreso il diritto alla capacità giuridica.

Per l'Italia, lo studio più recente e più importante è quello multicentrico del 2015, in cui il disturbo mentale si conferma come la patologia più frequente nei penitenziari: dato peraltro già noto a livello internazionale sino dalle prime indagini all'inizio del secolo scorso [80].

Il livello deteriorato di salute mentale dei detenuti dà luogo a difficoltà di interpretazione, influenzato da due possibili variabili interagenti: il ruolo patogeno del carcere da un lato, lo scarso livello di salute mentale (e di salute più in generale) prima dell'ingresso in carcere, dall'altro. La mole di studi circa la relazione fra il cosiddetto "gradiente sociale" e le disuguaglianze nella salute suggerirebbe di appuntare l'attenzione sul rapporto fra il deterioramento della salute e il disagio sociale da cui proviene gran parte della popolazione detenuta[81]. Ciò può sollevare numerosi problemi in ambito criminologico, che non è compito di questo parere discutere[82]. Rispetto all'oggetto specifico di questo documento, gli studi succitati spingerebbero a una attenta considerazione delle componenti socio ambientali della salute (più di quanto non sia stato fatto finora). Ciononostante, gli studi epidemiologici nella popolazione carceraria, quale quello citato del 2015, non offrono un sufficiente approfondimento in questa direzione**.** Ad esempio, la scheda di rilevazione si limita a segnalare il livello di istruzione del campione dei detenuti (che mostra un notevole discostamento verso il basso in confronto alla popolazione generale)[83].

Osservando le tipologie di disturbo prevalenti sul totale dei detenuti e delle detenute arruolati, al primo posto troviamo la dipendenza da sostanze psicoattive (23,6%), disturbi nevrotici e reazioni di adattamento (17,3%), disturbi alcol correlati (5,6%), disturbi affettivi psicotici (2,7%), disturbi della personalità e del comportamento (1,6%), disturbi depressivi non psicotici (0,9%), disturbi mentali organici senili e presenili (0,7%), disturbi da spettro schizofrenico (0,6%). Per la scarsità dei casi, non è possibile calcolare la percentuale delle oligofrenie e del ritardo mentale, dei disturbi alimentari.

Passando alla distribuzione per genere delle diagnosi[84], prevale tra gli uomini la diagnosi di dipendenza da sostanze psicoattive (50, 8% degli uomini e 32,5% delle donne) e tra le donne la diagnosi di "disturbi nevrotici e reazioni di adattamento" (36,6% delle diagnosi femminili e 27,1% delle diagnosi maschili); seguite fra gli uomini dai "disturbi alcol correlati" (9,1 % degli uomini e 6,9% delle donne) e fra le donne dai disturbi affettivi psicotici (10,1% delle donne e 4,1% degli uomini), dai disturbi della personalità e del comportamento (2,4% degli uomini e 3,4% delle donne), disturbi depressivi non psicotici (1,3% degli uomini e 2,8% delle donne). Seguono nella classifica i disturbi mentali organici senili e presenili, i disturbi da spettro schizofrenico, oligofrenie e ritardo mentale.

Queste differenze di per sé richiederebbero studi mirati per specificità di genere e in particolare sulle donne detenute, che approfondiscano sia lo stato di salute mentale all'entrata in carcere, sia le (differenti) capacità e strategie di resistenza allo stress della detenzione.

---

[80] Lo studio è stato condotto dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana in collaborazione col Ministero della Salute: *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, Documenti dell'Agenzia Nazionale di Sanità della Toscana, aprile 2015, n. 83. Per mostrare come i disturbi psichiatrici siano sempre stati la patologia prevalente nelle carceri, si cita uno studio dei primi del novecento negli Stati Uniti (p. 75).

[81] Ad esempio, è stata riscontrata una correlazione fra la situazione socioeconomica e la presenza dei più comuni disturbi, come l'ansia e la depressione. Cfr. J. ORFORD, *Community Psichology. Challenges, Controversies and Emerging Consensus*, Wiley, Chichester 2008, pp. 102 ss.

[82] Si veda il tema dell'orientamento "diseguale" del *law enforcement* e della risposta carceraria.

[83] In particolare: il 7% della popolazione detenuta è senza titolo di studio (contro il 4% della popolazione generale); il 58% (della popolazione detenuta) si è fermato alle medie inferiori (contro il 29% della popolazione generale); il 10,7 % si è fermato alle medie superiori (contro il 36,5%); solo il 3,5% ha una laurea (contro il 12,5%). Il gruppo degli stranieri detenuti ha livelli di istruzione più bassi degli italiani.

[84] Lo studio utilizza la categorizzazione del Sistema Informativo Regionale per la Salute Mentale (SIRM), con cui sono catalogati i disturbi rilevati nei servizi di salute mentale del territorio (cfr. p. 75).

Come si vede, circa la metà delle diagnosi riguarda i disturbi legati alle sostanze psicoattive (abuso e dipendenza), il che non stupisce considerato che nel carcere una larga fetta della popolazione è reclusa direttamente per violazione della legge antidroga[85]. Vengono poi i "disturbi nevrotici e le reazioni di adattamento", che suggeriscono un ruolo rilevante dello stress dell'incarcerazione nello sviluppo e/o nella emersione del disturbo[86]. Da notare la maggiore significativa presenza di questi disturbi fra le donne detenute: lo stesso si può dire per i "disturbi affettivi psicotici" e per i "disturbi depressivi non psicotici".

Quanto alla scarsa presenza di disturbi gravi, quali i disturbi mentali organici, dello spettro schizofrenico e le oligofrenie, è da ricordare che al momento dell'indagine esisteva l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, cui erano destinate tutte le patologie psichiatriche gravi, comprese quelle sopravvenute alle persone dopo la carcerazione.

Passando dai dati epidemiologici alle indicazioni operative, in specie per ciò che riguarda i disturbi più frequenti come quelli da reazioni di adattamento, è evidente l'importanza di individuare fin dall'ingresso in carcere i disturbi che sono la continuazione o l'evidenziazione di disturbi psichici già prima esistenti; distinguendoli dai disturbi che rappresentano una risposta di tipo psicopatologico a eventi particolarmente traumatizzanti legati alla carcerazione (l'imprigionamento, l'adattamento a un ambiente di vita estraneo, l'attesa del processo, la condanna, eventuali episodi di violenza etc.). Ciò è tanto più importante sul piano degli interventi, poiché la risposta adattiva al carcere è in funzione di diverse variabili, più o meno modificabili: da quelle individuali di caratteristiche di personalità e di struttura di vita precedente, a quelle ambientali relative a particolari contingenze (chiusura per molte ore nelle celle, difficoltà di convivenza nelle celle etc.).

L'eredità dell'OPG

Come già accennato in premessa, la chiusura degli OPG non è che un tassello della modifica normativa intervenuta a seguito del riconoscimento della salute come diritto anche per i detenuti e della conseguente equiparazione con tutti gli altri cittadini nella fruizione del diritto. Già il DPCM del 1° aprile 2008 (di passaggio al SSN) tracciava le linee di intervento per gli OPG, poi precisate nelle leggi n. 9/2012 e n. 81/2014, che hanno disegnato il nuovo sistema di presa in carico dei prosciolti. Nell'ottica del diritto alla salute e dell'appropriatezza delle cure, non era più tollerabile un contenitore indistinto come l'OPG, destinato a una varietà di soggetti accomunati solo dalla finalità custodiale. L'orientamento del legislatore, dal 2008 al 2014, è stato sollecitato dalle prese di posizione della Corte costituzionale, che più volte, fra il 2003 e il 2004, ha richiamato la preminenza del diritto alla salute della persona affetta da disturbo mentale. Sulla base di questo diritto, la Corte ha aperto la strada a un sistema centrato sulla presa in carico territoriale, affermando la incostituzionalità dell'automatismo che imponeva al giudice di applicare le misure di sicurezza in OPG "anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata (..) appaia capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale". La preminenza della tutela della salute è ribadita anche in un altro passaggio del pronunciamento, dove si legge che "le esigenze di tutela della collettività non potrebbero

[85] Nel 2017, il 29,37% è entrato in carcere in violazione dell'art. 73 del DPR 309/90. Per la stessa infrazione, il 34,3% è presente in carcere al 31 dicembre 2016. Alla stessa data, i tossicodipendenti rappresentano il 25,5% di tutti i detenuti presenti (Dati DAP, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo). Cfr. anche Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2018 (Dati 2017)*, pp. 34 ss.

[86] Nella "slatentizzazione" del disturbo, per usare un termine tecnico.

mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente". Da qui l'invito a ripensare tutto il sistema delle misure di sicurezza[87].

Su questa linea, le leggi citate, in particolare la Legge n. 81/2014, hanno sancito la svolta, da un lato imponendo di stabilire un termine per la misura di sicurezza detentiva e quindi mettendo fine agli "ergastoli bianchi"[88]; dall'altro prefigurando una cura "parificata" a quella di tutti gli altri cittadini affetti da disturbo mentale, e *dunque imperniata sulla presa in carico territoriale*. A tal fine, la Legge n. 81/2014 ha introdotto un'altra modifica, stabilendo il principio della misura di sicurezza detentiva come *extrema ratio*, solo quando altri strumenti meno restrittivi – come la misura di sicurezza non detentiva (la libertà vigilata) o l'affidamento alle strutture terapeutiche territoriali - siano giudicati inidonei dal magistrato. Non è perciò corretto, come spesso si sente dire, che "l'OPG è stato sostituito dalla Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza - REMS", poiché il ricovero in REMS dovrebbe rappresentare per i prosciolti la soluzione residuale.

La battuta d'arresto normativa e il "doppio binario" di giudizio e di assistenza

Il percorso di adeguamento legislativo si è interrotto dopo la Legge n. 81/2014. Non è stato toccato il "doppio binario" di non imputabilità/imputabilità, che si apre davanti agli autori di reato affetti da disturbi mentali e che produce il "doppio binario" trattamentale: il primo riguardante i cosiddetti "folli rei", giudicati non imputabili; il secondo per i "rei folli", considerati capaci di intendere e perciò imputabili. Poiché la Legge n. 81/2014 ha affrontato solo il binario assistenziale dei "folli rei", è rimasta incerta la sorte delle altre tipologie di malati in precedenza ospitati negli OPG: le persone considerate imputabili e dunque giudicate e condannate a pena detentiva, ma colpite durante la detenzione da disturbo tale da far scattare l'incompatibilità col carcere; le persone in misura di sicurezza provvisoria in attesa che venga accertata la non imputabilità (con eventuale successiva trasformazione della misura di sicurezza provvisoria in definitiva) e i soggetti in osservazione psichiatrica (i cosiddetti "osservandi"), su disposizione del magistrato, per stabilire l'esistenza o meno della infermità psichica sopravvenuta durante la detenzione.

Per quanto riguarda le persone in misura di sicurezza provvisoria, la loro collocazione nelle REMS contrasta col carattere eminentemente terapeutico di queste strutture, da riservarsi perciò solo a chi, definitivamente prosciolto, può essere destinatario di un progetto terapeutico personalizzato: in questo senso il CNB si è già espresso nel 2017[89].

Riguardo al tema specifico dell'assistenza in carcere, il nodo più delicato e controverso riguarda i condannati e già reclusi cui venga riscontrato un disturbo psichiatrico grave durante la detenzione. Per questi soggetti, il riferimento è agli articoli 147 CP e 148 CP (il primo sul differimento pena per incompatibilità con la detenzione, il secondo che stabilisce il trasferimento in OPG). L'articolo 147 permette a chi si trovi "in stato di grave infermità fisica" di godere della sospensione della pena, uscendo dal circuito penitenziario per essere sottoposto alla misura di detenzione domiciliare al fine di curarsi. Il mancato riferimento in questo articolo alla "infermità psichica" ha finora impedito di allargare la possibilità della sospensione ai soggetti con malattia psichiatrica, **causando una discriminazione lesiva del principio di uguaglianza e del diritto alla tutela della salute.** Quanto all'articolo148,

[87] Sentenza della Corte Costituzionale n. 253 del 2003. I principi cui si richiama questa sentenza sono stati ribaditi nelle sentenze n. 367 del 2004 e n. 208 del 2009. Cfr. K. PONETI, *Salute mentale in carcere: l'incerto destino dei rei folli*, in F. CORLEONE (a cura di), *Mai più manicomi*, Fondazione Michelucci Press, Firenze 2018, pp. 85 ss.

[88] Con la Legge n. 81/2014 la misura di sicurezza detentiva (cioè il ricovero nella REMS) è soggetta a un termine individuato dalla pena edittale massima prevista per il reato commesso. Oltre questo termine la misura non può essere prorogata e quindi dovrà essere revocata o trasformata in una misura di minore gravità, come la libertà vigilata.

[89] Cfr. il parere CNB *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*, 21 settembre 2017, p. 36.

la norma sopravvive nonostante l'OPG non esista più. Si apre perciò il problema di dove e come debbano essere curate queste persone, nel rispetto del loro diritto alla tutela della salute.

Anche per questi, non è pensabile un loro ricovero nelle REMS, a meno di non venire meno alla loro finalità curativa, trasformandole in un sostituto dell'OPG.

Il paradosso della sopravvivenza dell'art.148 dopo la chiusura dell'OPG induce a riflettere.

Da un lato, è direttamente la spia della poca chiarezza circa il disegno complessivo della cura dei "rei folli" [90] ma anche, indirettamente, della cura dei "folli rei", perché mette in tensione il nuovo sistema di cura delineato per questi ultimi; dall'altro, alimenta la spinta a usare le REMS come se fossero degli OPG in scala minore.

La carenza di un progetto organico è evidente analizzando in dettaglio il processo normativo che ha condotto all'attuale situazione. Il DPCM del 2008 invitava all'attivazione di sezioni carcerarie specializzate all'interno degli istituti, destinate agli imputati e ai condannati in carcere con infermità psichica. Con ciò, il decreto dava il via all'opera di svuotamento degli OPG per riportare la gran parte dei malati in carcere: a questa linea cercavano di adeguarsi i vari accordi Stato-Regioni intervenuti dopo il 2008, ipotizzando "articolazioni psichiatriche penitenziarie", in base all'art. 65 dell'Ordinamento Penitenziario. Dopo la chiusura degli OPG, l'accordo Stato Regioni del 22/01/2015 (punto 3.2 dell'allegato all'accordo) apriva le articolazioni psichiatriche in carcere anche ai detenuti con patologie particolarmente gravi, tanto da essere giudicati incompatibili[91] .

Ma le "articolazioni psichiatriche penitenziarie" presentano una serie di gravi problematiche: dalla mancanza di copertura giuridica adeguata e di indicazioni sulle caratteristiche strutturali[92], alla carenza di chiarezza circa la gestione delle articolazioni stesse (che sono pur sempre sezioni carcerarie sotto la responsabilità dell'Amministrazione Penitenziaria, per quanto "a prevalente gestione sanitaria"[93]). *In altre parole, le articolazioni psichiatriche penitenziarie sembrano andare in direzione opposta all'idea guida presentata all'inizio, secondo cui le persone con patologie gravi dovrebbero avere diritto ad essere curate al di fuori del carcere, in condizioni di parità coi liberi.*

Forse per questa confusione iniziale, molte delle articolazioni psichiatriche previste sono rimaste finora sulla carta, mentre altre risultano prive di qualsiasi caratteristica sanitaria[94]; altre ancora, frutto della riconversione di ex OPG, come le Articolazioni di Reggio Emilia e di Barcellona Pozzo di Gotto, che ospitano detenuti cui è applicato l'art.148 CP, destano molte perplessità, vuoi per gli alti numeri dei pazienti, vuoi perché concentrano detenuti che provengono da tutte le parti d'Italia[95].

La legge delega per la riforma dell'Ordinamento Penitenziario del 2017, e il successivo lavoro delle Commissioni ministeriali incaricate di studiare i problemi dell'assistenza psichiatrica, avevano indicato i primi interventi per superare le difficoltà[96]: sia ribadendo la

---

[90] I rei folli sono gli imputabili condannati al carcere e affetti da disturbo psichiatrico grave, come detto poco sopra.

[91] Sono le persone precedentemente destinate all'OPG secondo il già citato art. 148 CP.

[92] Solo una legge, e non un Accordo Stato-Regioni, può regolare le forme di privazione della libertà personale; in più l'accordo non può abolire una norma di legge, l'art. 148 che destina i malati all'OPG, mantenendo così la confusione.

[93] È la dizione che si ritrova nella legge delega 103 del 23 giugno 2017, *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario.*

[94] Si veda il caso dell'articolazione psichiatrica nel carcere Dozza di Bologna. La Magistratura di sorveglianza è stata chiamata a pronunciarsi su un caso di differimento pena, inviato nell'articolazione psichiatrica della Dozza dopo la chiusura dell'OPG. Il responso è stato che la persona non poteva stare lì perché l'articolazione non aveva niente di sanitario.

[95] Nel luglio 2018, a Reggio Emilia, si registravano 47 presenti, di cui solo 16 dell'Emilia Romagna; a Barcellona Pozzo di Gotto, 69 presenti, di cui 53 dalla Sicilia. Perciò il principio di territorialità è disatteso.

[96] Legge delega n. 103 del 23 giugno 2017, *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario*.

destinazione delle REMS ai prosciolti sottoposti a misura di sicurezza (e solo in via transitoria e subordinata ai condannati con disturbo mentale sopravvenuto, quando le articolazioni psichiatriche del carcere non fossero adeguate al trattamento); sia disegnando la cornice giuridica per potenziare l'assistenza psichiatrica fuori dal carcere, nella previsione della priorità del trattamento territoriale. In questa direzione, si prevedeva l'abrogazione dell'art. 148 e la modifica dell'art. 147 (per consentire il differimento pena anche per sopravvenuta infermità psichica e non solo fisica). Ciò, al fine di permettere la detenzione domiciliare in luogo di cura, in carico al Dipartimento di Salute Mentale. Inoltre, si introduceva una nuova modalità di affidamento in prova a finalità terapeutica (ricalcato su quello per tossicodipendenti): da applicarsi al di sotto dei 6 anni di pena, o di residuo pena.

Tuttavia, il decreto legislativo n. 123 del 2 ottobre 2018, di attuazione della legge delega, non comprende gran parte di queste proposte, di fatto eludendo la problematica della salute mentale. Non è stato modificato l'articolo 147 CP e neppure è stato abrogato l'art. 148; non sono state introdotte le nuove misure alternative terapeutiche per malati psichici e neppure sono state istituite dentro gli istituti penitenziari Sezioni Cliniche a gestione sanitaria[97].

Non solo non è stato affrontato il nodo del "doppio binario" di giustizia per imputabili/non imputabili, nemmeno si sono accolti i suggerimenti per una maggiore articolazione delle misure di sicurezza, in modo che i magistrati possano disporre di una nuova misura intermedia fra la misura di sicurezza detentiva in REMS e la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche: cioè il ricovero in una comunità in regime semi-detentivo. Così come non è stata accolta la proposta di limitare ai reati più gravi la misura di sicurezza detentiva**.**

Di fronte all'inerzia legislativa, si registrano interventi della Magistratura. L'ordinanza della Prima Sezione della Corte di Cassazione n. 13382/2018 rimanda alla Corte costituzionale il quesito circa l'art.148, inapplicabile dopo la chiusura degli OPG e perciò da ritenersi implicitamente abrogato. Il pronunciamento della Consulta è atteso a breve.

Al tempo stesso la Cassazione denuncia che la mancata modifica dell'art.147 ha creato un vuoto di tutela del detenuto con patologia psichiatrica[98]. Più radicalmente, l'ordinanza del tribunale di sorveglianza di Messina (28 febbraio 2018), considerando automaticamente decaduto l'art.148 CP, ritiene che il differimento dell'esecuzione della pena sotto forma di detenzione domiciliare in struttura terapeutica, previsto dall'art.147 per la patologia fisica, possa applicarsi per analogia anche alla patologia psichica, così "colmando una lacuna ordinamentale" - scrive il giudice -, **secondo una prospettiva del tutto condivisibile.**

"Rei folli" e "folli rei": la crisi complessiva di sistema

L'incertezza circa l'assistenza ai "rei folli" riguarda sia la predisposizione di strumenti e di organizzazione adeguati in carcere (le Sezioni Cliniche di cui si è detto); sia, più alla radice, la questione della non compatibilità della malattia col carcere, considerando come regola la cura al di fuori del carcere. La scelta della cura sul territorio è stata fatta dalla Legge n. 81/2014 per i "folli rei", stabilendo la misura di sicurezza detentiva (da eseguirsi in REMS) come la soluzione estrema nell'articolato sistema di presa in carico dei non imputabili.

Al momento, siamo in presenza di una crisi complessiva del sistema, che si manifesta con le liste d'attesa per le REMS: in parte, perché impropriamente pressate dai "rei folli" che non possono rimanere in carcere per incompatibilità, ma che neppure possono essere inviati

[97] Lo schema di decreto legislativo del dicembre 2017 (rimasto inattuato) in una prima versione parlava di gestione "esclusivamente sanitaria". Il Parlamento ha modificato l'espressione in "prevalentemente sanitaria". In ogni caso la Regione competente dovrebbe gestire autonomamente e prevalentemente con proprio personale la Sezione Clinica.

[98] La mancata tutela consiste nel fatto che il detenuto affetto da patologia psichica non possa accedere, come il detenuto affetto da patologia fisica, alla sospensione della pena e alla detenzione domiciliare in luogo di cura.

in cura sul territorio per la carenza di normativa di cui si è detto; in parte perché il collegamento fra disturbo psichiatrico e pericolosità sociale sul piano culturale alimenta il binario della non-imputabilità e l'eccessivo ricorso alla misura di sicurezza provvisoria, indipendentemente dalla gravità del reato. Ad esempio, può avvenire che una persona con disturbo psichico compia un reato non grave (come un furto di una mela in un supermercato). Il magistrato può ritenere che il disturbo incida sull'imputabilità e che ci sia il rischio di reiterazione del reato se la persona non si cura: in tal caso può scattare la misura di sicurezza provvisoria[99]. Si consideri che ben il 40% dei soggetti inviati in REMS sono in misura di sicurezza provvisoria.

Ancora l'opacità culturale circa il binomio "follia-reato" fa da ostacolo al principio della priorità di presa in carico territoriale, sia per i non imputabili che per gli imputabili. Per i primi, ne è prova il largo ricorso alla misura di sicurezza detentiva in REMS (nonostante il principio già ricordato della "extrema ratio" della misura detentiva), insieme alla resistenza ad allargare il ventaglio delle misure di sicurezza con opzioni più blande. Per i secondi, testimonia l'inerzia normativa nel definire il sistema di presa in carico.

Circa il fenomeno delle liste d'attesa nelle REMS e più in generale della presa in carico dei "folli rei", la risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del settembre 2018 mette in relazione l'alto numero di misure di sicurezza provvisorie all' "eccessivo ricorso all'applicazione dell'art.88 CP (vizio totale di mente)", con conseguente eccessivo numero di soggetti da sottoporre a perizia con l'applicazione della misura più restrittiva (quella nelle REMS)[100]. Con il medesimo intento di ridurre l'accesso "*massivo e indiscriminato alle REMS*", il CSM raccomanda che "gli accertamenti relativi all'eventuale disturbo o disagio psichico correlati al reato siano affidati al servizio psichiatrico territoriale di riferimento".

La risoluzione del CSM raccomanda un *sistema integrato attraverso la collaborazione* fra i diversi "nodi" della rete istituzionale (con la stesura di protocolli operativi fra magistratura di cognizione, magistratura di sorveglianza, l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, i Dipartimenti di Salute Mentale). Il CSM ribadisce i principi cardine per la tutela delle persone affette da disturbo mentale: "il principio della priorità della cura sanitaria necessaria; il principio di territorialità che stabilisce che la presa in carico dei servizi di salute mentale deve essere effettuata presso il territorio di residenza o comunque di provenienza dell'interessato; la centralità del progetto terapeutico individualizzato; *l'essere il ricovero in REMS uno strumento di* extrema ratio*, solo laddove le misure di sicurezza non detentive non siano assolutamente praticabili*".

In applicazione di questi principi, il CSM ricorda la centralità "dei dipartimenti di salute mentale, divenuti titolari di programmi terapeutici riabilitativi *allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali*". E ancora: "*Le REMS sono solo un elemento del complesso sistema di cura e di riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato*. Con la Legge n. 81/2014, *l'internamento in REMS ha assunto non solo (..) il carattere dell'eccezionalità, ma anche della transitorietà*".

Se la risoluzione del CSM affronta il tema specifico delle misure di sicurezza per i non imputabili, i principi cui si richiama (in specie *la priorità della cura* necessaria) e le conseguenti indicazioni operative (in specie *l'attuazione, di norma, dei trattamenti in contesti territoriali* e residenziali) offrono una guida anche per costruire un sistema valido di presa in carico degli imputabili.

---

[99] Oggi abbiamo il limite massimo di una pena edittale, ma per un furto si può arrivare anche a dieci anni, quindi un soggetto potrebbe restare nella REMS per un furto di una mela anche per dieci anni.
Dall'audizione del Presidente Marcello BORTOLATO, che ha portato questo esempio per sostenere la proposta di limitare la misura di sicurezza provvisoria al rischio di commissione di reati contro la persona con uso di armi o per criminalità organizzata, sull'esempio di quanto già vale per le misure applicate ai minorenni (art. 37 comma 2 del DPR 448/88).

[100] Consiglio Superiore della Magistratura, *Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche* (relatore Consigliere Nicola CLIVIO), 24 settembre 2018.

Linee di indirizzo per il sistema di cura dei "rei folli"

Alle difficoltà normative ampiamente descritte per offrire assistenza adeguata ai "rei folli", si aggiungono quelle relative al funzionamento dei servizi di salute mentale, poiché il passaggio di competenze al Servizio Sanitario Nazionale tarda ancora a dare i frutti promessi, specie nel campo della salute mentale.

Come già visto, manca una ricerca epidemiologica adeguata e dunque manca una programmazione degli interventi. In buona parte del Paese, la tutela della salute mentale in carcere non è ancora parte organica dell'attività del Dipartimento Salute Mentale, integrata coi servizi di salute mentale territoriali e in sinergia con l'intera rete dei servizi sociosanitari: la psichiatria in carcere è ancora troppo spesso un settore isolato, che mantiene molte delle caratteristiche della precedente gestione del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Un esempio di questa separatezza è la tipologia di personale, che presenta una molteplicità di rapporti di lavoro contrattuali in gran parte derivanti dalla precedente gestione. Siamo cioè di fronte a un'organizzazione tradizionale, con un servizio di tipo ambulatoriale "a chiamata", senza quella continuità di presenza e di programmazione delle attività che sarebbero necessarie.

Non solo la gestione della salute in carcere è tuttora poco attenta alle componenti ambientali della salute in chiave preventiva[101]; la perdurante separatezza dei servizi "dentro le mura" fa sì che il sistema sia poco adeguato a offrire *alternative di cura al di fuori del carcere*. Se nuove norme sono importanti per assicurare ai detenuti maggiori opportunità terapeutiche fuori del carcere, la loro concreta applicazione dipende dalla capacità dei servizi di salute mentale di elaborare progetti personalizzati, avvalendosi di tutte le opportunità, sanitarie e sociali, del territorio.

D'altro lato, la capacità di gestione delle risorse comunitarie da parte dei servizi è essenziale anche per favorire la comunicazione con la magistratura, troppo spesso carente. In pratica, può capitare che il giudice di cognizione applichi la misura più restrittiva in carcere quando invece potrebbe applicare il trasferimento in strutture idonee con finalità terapeutiche, se fossero opportunamente segnalate dai servizi.

Superati questi ritardi, il sistema dovrebbe svilupparsi nell'ottica della priorità della cura al di fuori del carcere, nella comunità territoriale. In presenza di disturbi mentali gravi sopravvenuti in stato di detenzione, le Sezioni Cliniche di Salute Mentale in carcere, una volta effettivamente istituite e affidate alla gestione sanitaria, *dovrebbero funzionare come luoghi transitori, di elaborazione e di preparazione a progetti di cura individualizzati terapeutico-riabilitativi, da eseguirsi sul territorio*. L'elaborazione dei progetti è compito del Dipartimento di Salute Mentale, che necessita di una forte proiezione territoriale e di intensa collaborazione fra le unità operative dentro e fuori il carcere. Le Sezioni Cliniche dovrebbero essere dotate di spazi e di organizzazione di vita idonei alla cura. In caso di crisi, le persone dovrebbero essere trasferite immediatamente fuori dal carcere, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) ospedalieri, per poi rientrare nelle Sezioni Cliniche una volta superata la fase di scompenso.

Un primo problema riguarda la confusione fra le Sezioni Cliniche a gestione sanitaria e le Articolazioni Psichiatriche, intese come reparti gestiti dall'Amministrazione Penitenziaria. Queste ultime rischiano di riprodurre una logica di segregazione disattendendo i bisogni terapeutici. Bisogna cioè evitare che il "reparto psichiatrico" diventi una discarica delle persone con particolari disturbi "scomodi" nella gestione ordinaria del carcere[102].

Per evitare ciò, occorre rafforzare la "normale" assistenza di base di salute mentale, riservando il ricovero nelle Sezioni Cliniche alle situazioni subacute, quando vi sia in una

[101] Esercitando un controllo e una interlocuzione con l'Amministrazione Penitenziaria circa l'esistenza di spazi adeguati, l'organizzazione della vita quotidiana, etc., come detto sopra.
[102] Cfr. l'audizione del dottor Franco SCARPA.

riaccensione della patologia durante la detenzione. Il ricovero nella Sezione Clinica dovrebbe cioè essere limitato al tempo necessario a "ricalibrare" l'assistenza: che, nel caso dei disturbi meno gravi, tornerà a svolgersi nel carcere "ordinario". In presenza di un sistema di servizi efficienti e ben collegati, la riaccensione della patologia può essere gestita anche dai servizi territoriali in regime di detenzione domiciliare.

Nel caso di disturbi più gravi, la priorità della cura al di fuori del carcere richiede un adeguamento normativo: finalizzato a permettere il ricovero in strutture sanitarie in regime di detenzione domiciliare; e ad ampliare le possibilità di affidamento terapeutico ai servizi territoriali o a strutture residenziali o semiresidenziali facenti parte del Dipartimento Salute Mentale[103].

Raccomandazioni

Questo parere interviene in un momento particolarmente difficile per la vita carceraria, per i tassi di sovraffollamento in ascesa e per un nuovo picco dei suicidi di detenuti. Ciò richiama l'attenzione sulle condizioni generali di vita delle persone in detenzione, che possono mettere a grave rischio la salute mentale.

Nello specifico dell'assistenza agli autori di reato affetti da disturbo mentale, il parere, pur volendo approfondire il trattamento dei "rei folli", non ha potuto tralasciare il problema dei "folli rei". Il nodo unificante sta nell'eredità dell'OPG, non solo nella gestione concreta dei soggetti un tempo destinati all'OPG e che ora attendono una diversa collocazione non ancora ben definita; ma, più a monte, nel portato culturale che ancora sopravvive nel "doppio binario", ovvero nel "binario speciale" di non imputabilità per vizio di mente. L'eccessivo ricorso alla non imputabilità e al giudizio di "pericolosità sociale" (cui consegue l'ampio utilizzo delle misure di sicurezza) è spia della vecchia visione del malato psichiatrico come soggetto pericoloso, da contenere più che da curare. Da qui la resistenza ad adeguamenti normativi che possano favorire *la cura non in stato di detenzione*, sia dei "rei folli", sia "dei folli rei".

Su questa base, si avanzano alcune raccomandazioni:

- Assicurare forme umane di detenzione, rispettose della dignità delle persone, offrendo un trattamento con opportunità di formazione e di lavoro nella prospettiva risocializzante, è l'obiettivo basilare per tutelare la salute mentale di tutti i detenuti e le detenute.
- Sulla base del diritto alla tutela della salute e della parità nel diritto "dentro" e "fuori" le mura, *la cura delle persone affette da grave disturbo mentale e che abbiano compiuto reati dovrebbe avvenire di regola in contesti territoriali e residenziali curativi e non in istituzioni detentive.*
- In linea con questo principio, per tutelare i soggetti imputabili e condannati sono urgenti alcune modifiche normative quali: il rinvio della pena quando le condizioni di salute psichica risultino incompatibili con lo stato di detenzione, in analogia con quanto previsto dagli art. 146 e 147 CP per la compromissione della salute fisica; la previsione di specifiche misure alternative per i soggetti che manifestano un'infermità psichica in carcere; l'introduzione di Sezioni Cliniche in carcere a esclusiva gestione sanitaria.
- Per assicurare lo stesso principio, anche il sistema di presa in carico delle persone dichiarate non imputabili e prosciolte, delineato dalla Legge n. 81/2014, necessita di nuovi interventi normativi: in primo luogo una più incisiva riforma delle misure di sicurezza, per limitare il ricorso alla misura di sicurezza detentiva. **Inoltre, in coerenza con la finalità terapeutica delle REMS, occorre limitare il ricovero nelle REMS ai soggetti nei cui confronti viene applicata una misura di sicurezza detentiva definitiva.**

[103] Su questa linea si muoveva la legge delega per il riordino dell'Ordinamento Penitenziario già citata.

- Più in generale, andrebbe riconsiderato **il concetto particolarmente problematico di "pericolosità sociale"**, alla base delle misure di sicurezza, e la legislazione speciale di "doppio binario" di imputabilità/non imputabilità per le persone affette da disturbo mentale.

I servizi di salute mentale in carcere devono superare la storica "separatezza", eredità della sanità penitenziaria, e funzionare 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
COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ufficio del Segretario Generale

Ufficio Studi e Rapporti Istituzionali

Comitato Nazionale per la Bioetica
Via della Mercede, 96 - 00187 Roma - Tel. +39.06.67794601
Email: cnbioetica@palazzochigi.it - bioetica.governo.it

Pubblicazione a cura
della Segreteria del CNB