

Presidenza del Consiglio dei Ministri



**SALUTE MENTALE E ASSISTENZA PSICHIATRICA IN
CARCERE**

22 marzo 2019

INDICE

Presentazione	3
Premessa.....	5
La prospettiva bioetica e le indicazioni internazionali.....	6
Epidemiologia della salute mentale in carcere.....	9
L'eredità dell'OPG	11
La battuta d'arresto normativa e il "doppio binario" di giudizio e di assistenza.....	12
"Rei folli" e "folli rei": la crisi complessiva di sistema	15
Linee di indirizzo per il sistema di cura dei "rei folli"	16
Raccomandazioni.....	18

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.

Prof. Lorenzo d’Avack
Presidente del CNB

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'OPG¹; 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 mura².

¹ 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."

² 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 disuguaglianze 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).

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.

Nonostante la scarsità di ricerca epidemiologica³, 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 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*”⁴.

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 detenuto⁵.

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*”⁶.

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 terapeutica⁷.

³ 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).

⁴ 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*”).

⁵ 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, Torino 1985; 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 incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, L’Archipel., Paris 1991; trad. ita. *Il corpo incarcerato*, EGA, Torino 1994.

⁶ *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.

⁷ 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*

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 psicosomatici⁸. 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 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*"⁹.

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"¹⁰. 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).

acutely mentally ill prisoners. Such prisoners should be diverted to appropriate mental health services...

⁸ 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.

⁹ WHO Europe, *Prisons and Health*, 2014, p. 87.

¹⁰ 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.

È anche segnalata la valenza psicologica “stabilizzante” dell’essere impegnati in attività che possano risultare utili in vista della liberazione¹¹.

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”¹². 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 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 malattia¹³.

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

¹¹ G. DURCAN, *From the inside. Experiences of prison mental health care*, Sainsbury Centre for mental health, London 2008.

¹² WHO Europe, 2007, cit. p. 6.

¹³ Cfr. il parere *La salute dentro le mura*, cit., p. 6.

speciale” per persone portatrici di disabilità psico-sociale, espressamente esclusa dalla Convenzione sulla Disabilità¹⁴.

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.

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 scorso¹⁵.

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 detenuta¹⁶. Ciò può sollevare numerosi problemi in ambito criminologico, che non è compito di questo parere discutere¹⁷. Rispetto all’oggetto specifico di questo documento,

¹⁴ 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.

¹⁵ 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).

¹⁶ 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 Psychology. Challenges, Controversies and Emerging Consensus*, Wiley, Chichester 2008, pp. 102 ss.

¹⁷ Si veda il tema dell’orientamento “diseguale” del *law enforcement* e della risposta carceraria.

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)¹⁸.

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 diagnosi¹⁹, 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.

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 antidroga²⁰. 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 disturbo²¹. Da notare la maggiore significativa presenza di questi disturbi fra le donne detenute: lo

¹⁸ 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.

¹⁹ 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).

²⁰ 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.

²¹ Nella “slatentizzazione” del disturbo, per usare un termine tecnico.

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 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 sicurezza²².

²² 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.

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”²³; 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 inadeguati 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 2017²⁴.

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

²³ 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.

²⁴ Cfr. il parere CNB *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*, 21 settembre 2017, p. 36.

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’articolo 148, 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”²⁵ 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 “articolarioni 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 incompatibili²⁶.

Ma le “articolarioni psichiatriche penitenziarie” presentano una serie di gravi problematiche: dalla mancanza di copertura giuridica adeguata e di indicazioni sulle caratteristiche strutturali²⁷, 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”²⁸). *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 sanitaria²⁹; altre ancora, frutto della riconversione di ex OPG, come

²⁵ I rei folli sono gli imputabili condannati al carcere e affetti da disturbo psichiatrico grave, come detto poco sopra.

²⁶ Sono le persone precedentemente destinate all’OPG secondo il già citato art. 148 CP.

²⁷ 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.

²⁸ 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*.

²⁹ 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.

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'Italia³⁰.

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 difficoltà³¹: sia ribadendo la 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 sanitaria³².

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 psichiatrica³³. Più radicalmente, l'ordinanza del tribunale di sorveglianza di Messina (28 febbraio

³⁰ 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.

³¹ Legge delega n. 103 del 23 giugno 2017, *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario*.

³² 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.

³³ 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.

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 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 provvisoria³⁴. 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)³⁵. Con il

³⁴ 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).

³⁵ Consiglio Superiore della Magistratura, *Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche* (relatore Consigliere Nicola CLIVIO), 24 settembre 2018.

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.

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 preventiva³⁶; la perdurante

³⁶ 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.

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 carcere³⁷.

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 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 Mentale³⁸.

³⁷ Cfr. l’audizione del dottor Franco SCARPA.

³⁸ Su questa linea si muoveva la legge delega per il riordino dell’Ordinamento Penitenziario già citata.

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.**

- 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.