



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e
Psicologia Applicata – FISPPA**

Corso di Laurea in Scienze psicologiche sociali e del lavoro

Elaborato finale

**Salute mentale e luoghi di detenzione
Gestione dei disturbi mentali nelle carceri e diritto alla salute
psicologica delle persone in regime detentivo.**

**Mental health and places of detention
Management of mental disorders in prisons and the right to
psychological health of people in detention.**

**Relatrice:
Prof.ssa Maria Cristina Ginevra**

**Laureanda: Valentina Landi
Matricola: 2022082**

Anno Accademico 2022 - 2023

Indice

Capitolo 1	5
Introduzione	5
Il concetto di salute	5
Parallelismo tra salute mentale e vita detentiva	6
Sovraffollamento e sofferenza nei luoghi detentivi sul territorio italiano	7
Le statistiche degli ultimi anni.....	8
Scarsità di personale adeguato.....	9
Capitolo 2	11
Tutele legislative e diritti alla salute psicologica in regime di detenzione	11
Salute, diritto umano fondamentale.....	11
Diritti della persona in regime detentivo all'interno delle carceri italiane	11
Salute e Codice Penale.....	13
La difficile coesistenza di due bisogni: tutela della salute psicologica e tutela della salute collettiva.....	14
Il divario tra decreti e realtà.....	14
Capacità di intendere e di volere.....	15
Il doppio binario.....	16
Capitolo 3	17
Sostegno psicologico e diagnosi in carcere	17
Sindromi penitenziarie.....	17
Dagli OPG alle REMS.....	20
Personale sanitario e professionisti della salute mentale negli istituti di detenzione	25
Capitolo 4	27
Eventi critici sulla salute psicologica nelle carceri italiane	27
Suicidio e autolesionismo.....	27
Eventi critici e mancato supporto psicologico	30
Capitolo 5	31
Conclusioni legate alla tutela della salute psicologica nei luoghi di detenzione	31
Bibliografia	33

Capitolo 1

Introduzione

Il concetto di salute

In Italia il diritto alla salute è sancito dall'art. 32 della Costituzione Italiana: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (...), la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

Dopo diverse concezioni del termine salute nell'arco della storia, l'OMS esplicita il significato di questo termine costruendo una definizione capace di cogliere le molte dimensioni che questo costrutto possiede, definisce quindi lo stato di salute di una persona non solo come un complessivo benessere fisico, ma inserendo anche il contesto sociale e lo stato mentale come fondamentali indicatori di salute di una persona.

Come esplicitato dalla Costituzione Italiana il diritto alla salute è interesse della collettività e per di più è esteso a tutti i cittadini, di conseguenza anche all'interno dei contesti di detenzione.

Tutte le persone in regime di detenzione durante lo svolgimento della pena devono godere del trattamento dignitoso di cui ha diritto ogni essere umano, di conseguenza le condizioni detentive non devono limitare l'integrità fisica e psichica della persona e si deve poter favorire un futuro reinserimento nella società, nonché obiettivo fondamentale della pena detentiva come la Costituzione stessa all'articolo 27 asserisce.

La nozione di pena è quindi polifunzionale, la Corte Costituzionale mira al bilanciamento tra le opposte esigenze di tutela della società, quindi al garantire la sicurezza dei suoi cittadini, distinguendo dalle esigenze personalistiche dedicate alla salvaguardia e rieducazione della persona sottoposta a regime detentivo che deve di conseguenza essere tutelata a tutti gli effetti con i basilari diritti di ogni essere umano.

Pertanto è compito dello Stato garantire e favorire le condizioni necessarie affinché la pena detentiva non si trasformi in una mera intimidazione, mortificazione ed emarginazione sociale del detenuto.

Attualmente un tema particolarmente sentito e trattato sia a livello sanitario, giuridico e politico è quello della salute mentale nei luoghi di detenzione, un'area particolarmente critica per quanto riguarda la tutela della salute generale.

Il carcere, proprio per sua natura, comprime alcuni dei diritti base individuali e questo crea una forte incompatibilità fra luoghi detentivi e la salute psicologica di chi vi risiede.

In modo particolare si cerca di trattare un tema a lungo accantonato e non considerato che emerge oggi invece come principale limitazione al buon funzionamento del sistema carcerario italiano: "equiparare il diritto alla salute tra cittadini fuori e dentro le mura".

Parallelismo tra salute mentale e vita detentiva

Partendo dal presupposto che la ricerca epidemiologica in ambito carcerario risulti ancora come marginale e sottosviluppata, basti pensare che in Italia le ricerche epidemiologiche generali riguardanti una vasta scala di argomenti come ad esempio le indagini ISTAT escludono la popolazione detenuta, prendendo in considerazione i dati internazionali riportati dal documento ARS Toscana riguardanti la salute dei detenuti in Italia secondo uno studio multicentrico, finanziato dal Ministero della Salute, che si concentra su un campione di oltre 15.000 detenuti presenti in 57 strutture d'Italia (corrispondenti al 30% delle strutture italiane di detenzione) si può notare come questi riportino che i detenuti possiedano livelli inferiori di salute mentale rispetto a chi risiede fuori dal contesto detentivo, in modo consequenziale viene chiamato in causa l'ambiente carcerario come nocivo per la salute mentale.

Secondo lo stesso studio multicentrico del 2015, uno degli attuali studi più importanti per quanto riguarda lo Stato Italiano, si definisce il disturbo mentale come la patologia più registrata nei penitenziari: questo studio condotto dall'Agenzia Regionale di Sanità

Toscana mira anche a dimostrare che gli stessi dati erano già presenti come principale problematica nei luoghi detentivi sin dai primi del Novecento.

In questo tema viene ritenuto utile, se non fondamentale ai fini della ricerca stessa, definire un'importante distinzione per quanto riguarda due variabili interagenti con la precarietà della salute psicologica in questi luoghi: in primo luogo è da tenere presente il carattere patogeno del carcere stesso, in quanto per sua natura comprime alcuni dei diritti fondamentali e crea costrizioni e dipendenza dell'individuo in regime detentivo per qualsiasi attività quotidiana nei confronti della struttura in cui è inserito; in secondo luogo si distingue dalla precedentemente descritta possibile causa di insorgenza di patologie e/o sofferenze psicologiche lo scarso livello di salute mentale già presente al momento dell'ingresso nei luoghi di detenzione da parte degli imputati stessi.

Come riportato dal Comitato Nazionale per la Bioetica nel documento "Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere": "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%)." (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2019, p.10)

Questi dati riportano chiaramente le motivazioni degli intensi studi negli ultimi anni da parte di numerosi enti e associazioni che focalizzano la propria attenzione sul carcere come luogo patogeno per quanto riguarda la salute psicologica.

Sovraffollamento e sofferenza nei luoghi detentivi sul territorio italiano

Attualmente nelle carceri italiane vi sono molteplici ostacoli sia quantitativi che qualitativi che minano la salute complessiva delle persone in regime detentivo, il dato principale espresso dalle ricerche più recenti dimostra come il sovraffollamento carcerario sia ormai da considerarsi patologico, comportando evidenti sofferenze alla popolazione interna di queste strutture.

La Corte europea dei diritti dell'uomo ha condannato ripetute volte lo Stato Italiano per la violazione dell'art. 3 della Convenzione EDU che dichiara il divieto di “pene o trattamenti inumani e degradanti”.

Un esempio concreto di questo fenomeno è riportato chiaramente dalla “Relazione salute mentale e carceri” di Sara Maiorino in collaborazione con Polis Lombardia (settembre del 2021) che riporta come la regione Lombardia conti il più alto numero di istituti penitenziari dello Stato Italiano e allo stesso tempo riporti in assoluto il più alto numero di persone in regime detentivo che quantifica in 7777 persone con dati aggiornati a maggio del 2021.

Alcune delle case di reclusione e circondariali prese in considerazione sono anche tra le più capienti d'Italia.

Come riportato testualmente: “A fronte di una capienza delle diverse strutture carcerarie rimasta molto stabile, il numero di detenuti ha invece subito diverse variazioni (...) Il numero dei detenuti resta comunque costantemente e abbastanza nettamente al di sopra della capienza media regolamentare degli istituti penitenziari, con situazioni più o meno estreme in relazione alle diverse strutture (...), Quasi tutte le carceri Lombarde presentano una percentuale di affollamento superiore al 100%.” (Maiorino S. & Polis Lombardia, 2021 p. 6,7)

Le statistiche degli ultimi anni

Al momento atti di autolesionismo, suicidi e tentativi di suicidio, isolamento forzato con conseguente perdita di legami affettivi e non sempre adeguato mantenimento di un contesto salubre e igienico in cui scontare la pena detentiva sono le principali cause, dopo il sovraffollamento, del dilagare della scarsa salute psicologica negli ambienti detentivi.

Nel 2020 sono stati registrati 62 suicidi nelle carceri italiane, il più alto dato registrato non solo negli anni considerati ma anche da un punto di vista relativo alle morti per suicidio avvenute in ambito carcerario a livello nazionale.

Come riportato dagli osservatori dell'associazione Antigone, con sede a Roma ma attiva in tutte le regioni d'Italia dal 1991 alla tutela e ai diritti dei detenuti, durante le annuali ricerche condotte visitando l'interno dei penitenziari: non in tutte le celle vengono garantite secondo le normative vigenti le condizioni di normale vivibilità sia negli spazi comuni che personali, registrando la mancata presenza dei 3 metri quadri canonici come spazio necessario per ogni detenuto e l'inadeguatezza o la mancata presenza di spazi comuni condivisibili da parte delle persone in regime di detenzione, con scarse possibilità di socializzazione e di svolgimento delle normali garantite ore d'aria nei luoghi esterni alla strutture.

Dopo l'ingresso penitenziario la persona dovrebbe essere scortata nel proprio spazio personale, adibito secondo le caratteristiche specifiche dettate dal decreto n. 788 del Tribunale di Alessandria, secondo il quale ogni persona in regime detentivo deve avere almeno 3 metri quadri di spazio fruibile nella sua area privata escludendo servizi igienici che devono comprendere acqua corrente sia calda che fredda, un lavabo, una doccia e in particolare negli istituti femminili la presenza anche di bidet.

Scarsità di personale adeguato

Uno dei fattori che aumenta la possibilità di riscontrare disturbi psicologici all'interno degli istituti è sicuramente la mancanza di sorveglianza adeguata per quanto riguarda il traffico di stupefacenti e soprattutto la esigua presenza di personale sanitario adeguato per quanto riguarda il contesto psicologico di salute.

L'associazione Antigone riporta un'allarmante scarsità di interventi da parte di personale come psicologi e psichiatri, questi ultimi infatti sono presenti ogni 100 detenuti solo 8,9 ore settimanalmente in media, gli psicologi addetti alle carceri spesso raggiungono anch'essi solo un monte ore di 13,5 sempre settimanalmente per lo stesso numero di detenuti.

Queste tempistiche non sono chiaramente adeguate e sufficienti per comprendere lo stato di 100 persone in regime detentivo e prescrivere loro psicofarmaci, nonostante tali dati vengano riportati, la stessa associazione Antigone registra che il 35% della popolazione carceraria risulta consumatrice di tali sostanze, anche se solo nel 25%

degli istituti è presente un'articolazione specifica di salute mentale o un reparto comunque adeguato al trattamento di disturbi psicologici.

In questo contesto mal organizzato emerge anche il problema riguardo la confusione tra le sezioni cliniche a gestione sanitaria e le articolazioni gestite dall'amministrazione penitenziaria.

Capitolo 2

Tutele legislative e diritti alla salute psicologica in regime di detenzione

Salute, diritto umano fondamentale

Negli anni si sono susseguiti numerosi cambiamenti per quanto riguarda i diritti della salute generale delle persone in regime detentivo, per quanto riguarda il territorio italiano si può collocare nell'ultimo quinquennio l'interesse legislativo, sanitario e mediatico riguardante la salute psicologica in ambito carcerario.

Il documento “La salute “dentro le mura”” del Comitato Nazionale per la Bioetica cita testualmente: “La salute si inquadra nella cornice dei diritti umani fondamentali, in generale. Per ciò che riguarda i detenuti e le detenute, il diritto alla salute acquista rilievo etico particolare, per molteplici ragioni: in primo luogo, perché la popolazione detenuta rappresenta un gruppo ad alta vulnerabilità bio-psico-sociale, 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.” (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2013, Abstract)

Appare perciò inderogabile il diritto a una vita dignitosa e il riferimento ad alcuni diritti fondamentali legati direttamente e indirettamente al benessere psicofisico della popolazione carceraria.

Diritti della persona in regime detentivo all’interno delle carceri italiane

Come trattato in precedenza, il periodo detentivo ha come scopo quello di ridurre la libertà della persona reclusa ma, secondo la Costituzione Italiana all'art. 2, deve necessariamente mantenere anche alcuni diritti inviolabili dell'uomo nonostante le condizioni di pena detentiva.

Le garanzie relative agli aspetti fondamentali da ritenere come diritti per i detenuti sul suolo italiano vengono citate nelle regole penitenziarie europee e approvate dal Consiglio d'Europa, principalmente è la Corte europea dei diritti dell'uomo a elencare le norme da seguire in caso di privazione di libertà.

Uno dei diritti inderogabili, in coerenza con gli articoli 29 e 31 della Costituzione Italiana, è il diritto alle relazioni familiari ed affettive, l'art. 28 della legge n. 354 emanata il 26 luglio 1975 dichiara: "Particolare cura è dedicata a mantenere, migliorare o ristabilire le relazioni dei detenuti e degli internati con le famiglie."

Diritto allo studio e diritto al culto sono altrettanto riconosciuti, il primo veste ruolo centrale per quanto riguarda lo scopo di reinserimento sociale una volta scontata la pena detentiva, il secondo permette alla persona detenuta di celebrare il proprio credo, mantenendo intatti alcuni valori fondamentali della persona.

Da menzionare anche il diritto a una sana alimentazione secondo l'articolo 9 dell'ordinamento penitenziario (legge 26 luglio 1975 n. 354).

Per quanto riguarda le camere di pernottamento si fa riferimento al decreto n. 788 del Tribunale di Alessandria che dispone delle misure adeguate per non sottoporre a disagi psicologici e fisici il detenuto e sancisce la necessità di rendere fruibili almeno 3 metri quadri di spazio personale.

Nonostante i diritti elencati siano stati riconosciuti e redatti non in tempi recenti, attualmente si riscontrano innumerevoli carenze nell'applicazione di tali diritti, la Corte di Strasburgo nella nota Sentenza Torreggiani dell'8 gennaio 2013, sede di condanna ai danni dell'Italia per la violazione dell'articolo 3 della Convenzione, ritenendo lo Stato colpevole di tenere i propri detenuti in condizioni disumane e degradanti, ha definito come il sovraffollamento carcerario presente nella maggior parte degli istituti italiani provochi di fatto una situazione di sofferenza nella popolazione che vi è detenuta, uno stato di malessere che va ben oltre il disagio di chi a causa della pena detentiva non dispone più della libertà personale.

L'OMS ha sottolineato come il mantenimento di un buono stato di salute psicofisico dei detenuti non significhi sopperire a tali disagi con i soli trattamenti farmacologici ma anche disporre di aiuti concreti per far fronte a bisogni fisici e sociali.

La necessità di scontare la pena non deve precludere ad assicurare ai detenuti il soddisfacimento dei bisogni primari di base rispetto ai diritti umani fondamentali, nel documento “Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere” si dichiara che: “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, rispetto della privacy, l’offerta di attività per impegnare il tempo).” (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2019, p. 7)

Salute e Codice Penale

La sanità penitenziaria comincia nel 1970, precisamente il 9 ottobre, con la pubblicazione della legge n. 740 che sancisce il diritto, da parte del cittadino contenuto in regime detentivo, di ricevere cure mediche all’interno del carcere, questa cita testualmente: “Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell’Amministrazione penitenziaria.”

Prima di questo momento non era assicurato questo tipo di trattamento poiché a discrezione dei medici e del direttore del carcere.

La legge n. 354 emanata il 26 luglio 1975 in Italia rappresenta la prima normativa ufficiale che si riferisce al diritto alla salute del detenuto, garantendo servizi medici e farmaceutici rispondenti alle esigenze, facendo già riferimento a specialisti in psichiatria riguardo alla salute psicologica delle persone in regime detentivo e all’eventuale possibilità di trasferimenti in ospedale civili o altri luoghi di cura adatti alle necessità terapeutiche.

La difficile coesistenza di due bisogni: tutela della salute psicologica e tutela della salute collettiva

“(...) Emarginazione sociale e disagio psichico sono condizioni molte volte sovrapposte, e il carcere costituisce sempre di più un contenitore di persone che vivono in gravi condizioni di disagio e marginalità caratterizzata anche da disturbi psichici, spesso sfuggite alle maglie dell’assistenza territoriale, e per le quali il carcere rappresenta quasi una sorta di tappa obbligata. La malattia, dunque, costituisce un elemento totalizzante in grado di condizionare l’esecuzione della pena, attraverso modalità differenti a seconda che colpisca la mente oppure il corpo. (...) Nel sistema penale esiste una bipartizione tra autori di reato a seconda che siano afflitti o meno da disagio psichico, per quanto riguarda la possibilità di espiare la pena in carcere ovvero in un ospedale psichiatrico giudiziario; tale bipartizione non appare finalizzata alla migliore cura del reo affetto da disagio psichico, e neppure alla predisposizione di un trattamento riabilitativo che si faccia carico di questo tipo di "malattia", bensì prevalentemente alla tutela della società dalla pericolosità sociale del condannato.”
(Laura Fadda M. 2013)

Questi passaggi dell'articolo pubblicato nel gennaio del 2013 da Maria Laura Fadda, Magistrato Milanese impegnata nella tutela dei diritti alla salute dei detenuti e degli infermi di mente sottoposti a custodia, rappresentano a pieno le difficoltà sul piano legislativo di portare avanti in parallelo la sicurezza dei cittadini italiani e un piano consono che integri i bisogni terapeutici e la rieducazione e reinserimento da un punto di vista sociale di una persona in uno stato precario di salute psicologica.

Il divario tra decreti e realtà

Il periodo di presa in carico della salute in ambito penitenziario risulta acerbo e non integrato alle stesse dinamiche riservate ai cittadini liberi a causa delle esigenze di sicurezza, creando così un divario tra le prestazioni sanitarie riservate alle due parti di popolazione, in particolare risulta ancora incerto e non regolamentato il percorso di prevenzione, terapeutico e di reinserimento di detenuti che si trovano in uno stato di precaria salute psicologica.

Il contesto storico di derivazione Illuminista che accompagna gli ultimi tre secoli della storia del nostro paese ha influenzato una visione separata di mente e corpo nel concetto di salute, nonostante ciò è fondamentale ritenere che la salute di questi ultimi sia strettamente interconnessa non solo perché l'una influisce sull'altra, ma anche perché entrambe le parti costituiscono l'integrità della persona considerata nel suo insieme.

L'influenza di tale storicità ha comportato la coesistenza nell'ordinamento italiano di due sistemi normativi differenti, il malato psichico infatti riceverà due diversi trattamenti a seconda che egli sia un cittadino libero o un cittadino che ha commesso un qualche tipo di reato.

Capacità di intendere e di volere

“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere.” (Codice Penale, art. 85, R.D. 19 Ottobre 1930, n. 1398)

Per quanto riguarda l'ambito della salute psicologica in regime detentivo non può essere tralasciato il significato di imputabilità del reo, strettamente connessa con la capacità di intendere e di volere data dal grado di maturità mentale per poter discernere da ciò che è lecito o illecito.

Il concetto di capacità di intendere e di volere indica che il soggetto venga definito non imputabile dal momento che l'una o l'altra delle due attitudini presenti nell'espressione manchino, questo si distingue però dall'articolo 42 del Codice Penale che riguarda la “Suitas” e cioè la coscienza e volontà dell'azione o omissione della stessa: “Nessuno può essere punito per un'azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà. Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come delitto, se non l'ha commesso con dolo salvo i casi di delitto preterintenzionale o colposo espressamente preveduti dalla legge.” (Codice Penale art. 42, R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398)

Questa distinzione per definire che, come descritto dall'articolo 42, la non imputabilità della persona non dipende dal volere del verificarsi di un determinato atto o evento,

stabilendo quindi la volontà di azione, ma si riferisce a un modo di essere della persona riferendosi alla sua maturità psichica e sanità mentale.

La capacità di intendere e di volere è quindi l'attitudine della persona a comprendere il proprio comportamento e le conseguenze giuridiche delle proprie azioni morali e fattuali che si ripercuotono sulla realtà esterna.

Il doppio binario

Questo termine è largamente utilizzato in documenti ufficiali relativi alla tematica trattata, a dimostrazione il documento “Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere” del 22 Marzo 2019 redatto dal CNB dedica un intero paragrafo a questo termine.

Questa citazione si basa sullo stato di imputabilità e non imputabilità di un cittadino che si ritrovi a dover affrontare un processo dopo aver commesso un qualche tipo di reato, questo però all'interno di una casistica particolare e cioè coloro affetti da disturbi mentali, nel primo caso riguardante i cosiddetti “Folli Rei” coloro che vengono considerati non imputabili a causa della presenza di un disturbo mentale al momento della commissione di reato, nella seconda casistica si parla di “Rei Folli” che vengono cioè considerati capaci di intendere e volere al momento del reato commesso e perciò imputabili penalmente, col subentrare però di un disagio psichico durante la detenzione.

Quello del doppio binario costituisce uno dei principali nodi irrisolti identificabile come la principale difficoltà per quanto riguarda la stigmatizzazione culturale e le difficoltà riscontrate nella emanazione di normative e procedure chiare per assicurare poi una tutela riferibile agli autori di reato affetti da qualche disagio psichico.

Capitolo 3

Sostegno psicologico e diagnosi in carcere

Sindromi penitenziarie

Si parla direttamente di sindromi penitenziarie per la tipicità di alcune di queste sofferenze psicologiche che si manifestano proprio all'interno di questo ambiente in particolare.

La medicina penitenziaria ha coniato alcuni nuovi concetti e terminologie per riuscire a descrivere disturbi direttamente collegati alla reclusione nei luoghi detentivi, questi spesso fanno riferimento alle diverse fasi di detenzione della persona.

Il fatto che esista una terminologia e un'intera branca dedicata alla medicina penitenziaria conferma il carattere patogeno del carcere.

Il sociologo Erving Goffman ha individuato quattro fasi principali che sintetizzano la vita detentiva: la fase iniziale, quella che di solito crea il maggior impatto a livello psicologico, la fase di adattamento regressivo in cui il detenuto comprende di essere impotente nei confronti del sistema carcerario, la terza fase di adattamento ideologico in cui avviene una accettazione della condanna con conseguente adeguamento alle regole detentive e infine l'ultima fase dell'adattamento entusiastico, momento in cui la persona in regime detentivo si definisce in quanto detenuto a tutti gli effetti e fa propria la realtà carceraria arrivando a temere la vita esterna.

La sindrome da ingresso in carcere rappresenta l'impatto più drammatico da parte della persona che precedentemente proveniva da realtà sociali e culturali differenti, questa si ritrova poi all'interno dell'ambiente carcerario con le conseguenti limitazioni e differenze dal mondo esterno, i sintomi fisici possono essere disturbi esofagei, perdita di peso, disturbi dispeptici, respiratori con sensazione di soffocamento, tachicardia e vertigini, i sintomi psichici possono essere invece stupore isterico, rannicchiamento fetale, crisi confusionali, agitazione e disorientamento spazio-temporale.

Per quanto riguarda la patogenicità di ingresso si fa riferimento anche a disturbi psicosomatici pur riconoscendo che questi compaiono in proporzione a quanto più elevato sia il grado di sensibilità ed educazione dei soggetti detenuti, si può quindi affermare che il trauma si presenterà di grado maggiore tanto più sarà elevato il divario tra il tenore di vita precedente con quello attuale di regime detentivo.

Sono stati fatti alcuni tentativi nel corso della storia per far sì che questo momento critico recasse meno danni possibili a livello della salute della persona, uno dei più importanti è sicuramente la Circolare Amato del 30 dicembre 1987 n. 3233/5683 che predispone la presenza di psicologi del carcere per un colloquio iniziale con ogni detenuto che faccia il suo primo ingresso all'interno della struttura e tale colloquio è volto al fine di valutare la personalità e a prevenire eventuali gesti autolesivi.

Per evitare tali situazioni spiacevoli è altrettanto importante il mantenimento delle relazioni affettive esterne all'istituto in modo che i detenuti riescano a mantenere il contatto con la loro precedente vita esterna e perciò anche con i loro valori e usi precedenti per evitare una forte depersonalizzazione.

Secondo lo studio "Dal convergere di clinica e teoria: un'ipotesi di ricerca epidemiologica in carcere" allo scopo di fornire agli organi competenti uno sguardo complessivo sulle patologie di insorgenza psicologica in ambito penitenziario, basandosi su tutta l'attività sanitaria svolta all'interno del servizio psichiatrico del 1995, si riporta che i disturbi principali siano lo psicotico, il tossicomano, lo psicosomatico e la gamma di disordini che derivano dalla difficile capacità di adattamento a un nuovo ambiente e alle sue regole.

La sindrome di prigionizzazione, individuata nel 1940 dallo scienziato sociale Donald Clemmer, rappresenta una serie di possibili sintomi che vanno dalla breve reazione ansioso-depressiva di adattamento fino alle peggiori forme di disagio psichico, la causa è direttamente la detenzione in carcere e la conseguente impattante realtà che porta a depersonalizzazione e cambiamento della propria immagine.

Clemmer indica l'assunzione dei modi di vita e dei costumi dei luoghi detentivi e le esigenze di sicurezza che portano una serie di regole di controllo da parte del sistema penitenziario, come la principale causa del disagio psicologico al momento dell'ingresso.

Il periodo detentivo è caratterizzato dalla tendenza a eliminare differenze individuali e a istituire abitudini comuni per le persone che ne prendono parte, questo però comporta inevitabilmente la repressione dei desideri e delle esigenze personali del singolo, si riscontrano così abitualmente nella persona sensazioni angoscianti, tonalità fobiche unite alla possibile sensazione di precaria incolumità fisica.

Il documento “La salute “dentro le mura”” cita testualmente: “Si parte dalla presa d’atto che il carcere in sé possa risultare un’istituzione patogena, un induttore di turbe psichiche 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. La sofferenza legale, se non altro, con ampia strumentalizzazione del reo, 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 sé stessa, del tutto estranea all’elaborazione valoriale del castigo, inteso come evoluzione e trasformazione del detenuto.” (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2013, p. 7)

La perdita della dimensione privata e della capacità di controllo sull’ambiente di vita quotidiana dell’individuo risultano fundamentalmente impattanti, appare necessario il coinvolgimento di approcci metodici sanitari adatti e il coinvolgimento dei detenuti stessi e delle associazioni di volontariato.

L’OMS rende note anche le condizioni di mobbing e di bullismo all’interno delle carceri italiane, come anche la scarsa socializzazione e la forzata inattività fisica sono fattori fortemente presenti e impattanti sulla salute generale e psicologica dell’individuo negli istituti italiani.

Per una migliore cura e attenzione della salute psicologica all’interno degli istituti il CNB riporta nel documento “Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere” del 22 Marzo 2019 l’importanza, secondo i detenuti stessi intervistati per conto di una ricerca dell’OMS, del mantenimento di una terapia psicologica duratura e che sia

continuativa con lo stesso specialista, questa in particolare viene proprio individuata come una priorità assoluta, viene anche menzionato come il mantenimento di una relazione di fiducia continuativa col personale sanitario e dettagliate spiegazioni riguardanti la tipologia di terapia che si andrà poi a promuovere siano alla base degli elementi nella relazione di cura standard.

I detenuti segnalano durante la ricerca inoltre l'importanza di avere qualcuno con cui parlare tempestivamente per evitare il protrarsi della sofferenza psicologica, sia uno specialista che eventualmente un pari per potersi confrontare.

Come detto in precedenza anche altri momenti della detenzione portano a significativa sofferenza psicologica ad esempio, l'uscita dal carcere, nonostante tutte le premesse legate al compito di reinserimento sociale e di rieducazione che la pena dovrebbe svolgere, comporta invece la possibilità che l'ex detenuto si senta altamente disorientato, la condizione di detenuto diventa un marchio a vita, questa condizione in medicina penitenziaria viene definita vertigine da uscita.

Dagli OPG alle REMS

Precedentemente nel capitolo 2 si è toccato l'argomento del diverso trattamento penale e cioè del fenomeno del doppio binario, parlando di trattamenti psicologici e psichiatrici in ambito carcerario si deve necessariamente fare riferimento alla distinzione tra persone non imputabili e perciò incapaci di intendere e di volere per vizio di mente o altre ragioni, parziali o totali, permanenti o reversibili, e persone invece imputabili perché in pieno possesso delle proprie facoltà mentali al momento della commissione di reato, che però eventualmente sviluppino qualche tipo di disagio psicologico durante la carcerazione.

Coloro giudicati non imputabili sono prosciolti e perciò non viene applicata loro la pena detentiva, ma per legge venivano sottoposti a misura di sicurezza in ospedale psichiatrico giudiziario, i cosiddetti OPG, questo però avveniva prima della legge 81 del 2014 che ha dichiarato queste strutture inadatte ad adempiere al servizio necessario di ripristino della salute di chi vi viene assegnato, attualmente invece le

stesse persone non imputabili vengono assegnate tramite una presa in carico territoriale a residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza (REMS).

Coloro che invece vengono giudicati imputabili e quindi condannati alla pena carceraria, ma che sviluppano un disturbo durante la pena detentiva venivano, prima dell'abolizione degli OPG, assegnati a quest'ultimi. Nel documento "Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere" viene dichiarato su questo argomento: "(...) 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." (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2019, p. 3)

Il CNB nello stesso documento sollecita: "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 articoli 146 e 147 per la compromissione della salute (...) l'introduzione di sezioni cliniche in carcere a esclusiva gestione sanitaria (...) 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, il CNB infine 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." (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2019, p. 4)

Rifiutare l'automatismo naturalistico e deterministico fra pericolosità sociale e disagio psicologico restituendo alla persona il suo grado di individualità e responsabilità per quanto accaduto crea anche la necessità e l'opportunità di rielaborare una parte importante del vissuto di quest'ultima legata al reato commesso, affrontando con la terapia e i mezzi corretti a scopo riabilitativo e non di emarginazione del soggetto.

L'ospedale psichiatrico giudiziario consisteva in una struttura detentiva che dopo la riforma penitenziaria del 1975 aveva lo scopo a sua volta di sostituire i manicomi criminali, in questi istituti venivano assegnati esclusivamente coloro incapaci di intendere e di volere al momento del compimento del reato dopo una perizia, requisito fondamentale quindi per essere inseriti in una di queste strutture era la pericolosità sociale dando così agli OPG una duplice funzione, quella di custodia e di difesa della società e di funzione terapeutica per il reinserimento del soggetto in società.

Il percorso che ha portato alla chiusura di queste strutture è iniziato con l'intervento del Consiglio d'Europa presso il Governo italiano nel 2008 dopo la visita del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti presso l'OPG di Anversa dove sono stati registrati casi di pessime condizioni igieniche, scarse dotazioni sia sanitarie che di vero e proprio mobilio per la struttura e inoltre sono stati segnalati disumani mezzi di costrizione e isolamento.

Con la legge 81 del 2014 si indirizzò la data di chiusura degli OPG al 31 marzo 2015 con conseguente successivo utilizzo delle nuove istituzioni REMS fondate sui principi di esclusiva gestione sanitaria e non più giudiziaria come in precedenza, viene stabilito un numero massimo di 20 pazienti interni per favorire piani terapeutici il più individuali possibile e infine viene definito il carattere transitorio della permanenza in queste strutture, infatti la permanenza non deve comunque superare il massimo della pena edittale, questo principio è stato redatto proprio per evitare il precedente fenomeno degli "ergastoli bianchi" estremamente comuni negli OPG.

Nella legge 81 del 2014 viene anche espressa la necessità di rendere le REMS l'ultima risorsa per pazienti socialmente pericolosi che appunto non potrebbero rimanere nella presa in carico di servizi territoriali, questo per evitare l'effetto "contenitore" a fine di rendere marginali tutti coloro che esplicitavano un qualsiasi disagio psichico all'interno degli istituti detentivi del territorio.

I dati aggiornati al 2023 dalla relazione annuale al Parlamento del Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale riportano come sul territorio italiano siano istituiti 31 REMS che contengono attualmente 632 persone in evidente stato di sovraffollamento mentre altre 675 restano in lista d'attesa, un altro dato interessante sottolinea come poco meno del 40% di queste persone risiedono

all'interno delle REMS sotto forma di misura di sicurezza provvisoria attendendo quindi secondo disposizioni del GIP di ottenere una perizia da parte dei periti riguardante la loro infermità di mente, riportando numeri simili a quelli degli “ergastoli bianchi” precedentemente registrati all'interno degli OPG.

Il documento “Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere” dichiara: “L'articolo 147 permette a chi si trova 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.” (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2019, p. 13)

La contraddizione tra la permanenza dell'articolo 147 riguardante il riferimento pena per incompatibilità con la detenzione, con la coesistenza dell'articolo 148 che dichiara il trasferimento in OPG, nonostante la loro attuale chiusura, riconduce alla poca chiarezza circa il disegno legislativo complessivo della cura delle persone imputabili e soggette poi a vulnerabilità psicologica durante la permanenza in istituto detentivo ma anche indirettamente sulle persone non imputabili, incapaci di intendere e di volere al momento del reato.

Per ovviare a questa serie di problematiche e per poter disporre di ottimali terapie per chi possa ritrovarsi durante il periodo detentivo in una qualche sofferenza psicologica si è sperimentata l'apertura, grazie al regolamento di esecuzione D.P.R 230/2000 agli articoli 111 e 112, dei cosiddetti “repartini”, sezioni specializzate per la salute mentale, anche questa iniziativa però sembra lacunosa, la permanenza all'interno di queste sezioni speciali non dovrebbe durare più di 30 giorni proprio perché lo scopo del reparto è quello di formulare una diagnosi e un protocollo terapeutico ed eventualmente farmacologico personalizzato che nel tempo ha dato modo però di ricadere in tempi di attesa molto lunghi con trattamenti inumani e degradanti.

Un esempio concreto è rappresentato da alcuni estratti di una relazione della associazione volontaria Antigone durante una ispezione filmata nella Casa circondariale “Lorusso e Cutugno” di Torino, nello specifico il reparto “Sestante”,

questo Istituto rappresenta il principale centro di riferimento per la cura dei detenuti in condizioni di salute mentale più gravi del territorio, anno 2019: “L’approccio terapeutico nelle sezioni di osservazione si limita al contenimento del detenuto, spesso in acuzie, e alla somministrazione della terapia farmacologica, dando priorità alle ragioni di ordine e sicurezza, come dimostrato dalla presenza in alcuni di questi reparti delle cosiddette “celle lisce” (...) Il reparto è suddiviso a sua volta in due sezioni: la Sezione VII, reparto osservazione, in cui vengono ristretti i soggetti in acuzie, sottoposti a videosorveglianza in maniera continuativa, e la Sezione VIII, reparto trattamento, per soggetti che vengono valutati idonei a intraprendere un percorso terapeutico. Come riportato dal rapporto del Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute e private della libertà personale, a seguito di una visita effettuata nel 2018, le criticità più evidenti vengono riscontrate soprattutto nella Sezione VII: nonostante nasca come luogo in cui debbano essere ristretti soggetti nella fase più acuta della malattia, dunque soggetti che avrebbero maggiore bisogno di cure, viene segnalata la totale mancanza di qualsiasi progetto terapeutico e l’esclusione di attività che consentano qualsiasi forma di socialità.” (Antigone, Centonze B., 2021)

Il Comitato Nazionale per la Bioetica, sulla base di quanto accaduto, descrive: “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. Ma le “articolazioni psichiatriche penitenziarie” presentano una serie di gravi problematiche: dalla mancanza di copertura giuridica adeguata e di indicazioni sulle caratteristiche strutturali; 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”). 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.” (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2019, p. 13)

Personale sanitario e professionisti della salute mentale negli istituti di detenzione

Attualmente il Servizio Sanitario Nazionale non è ancora completamente attivo e consapevole per quanto riguarda le difficoltà di salute psicologica riscontrate all'interno delle carceri sul territorio.

La scarsa ricerca epidemiologica è correlata a una scarsa programmazione degli interventi, la tutela della salute mentale in questi luoghi non è ancora parte organica dell'attività del Dipartimento della Salute Mentale mantenendo questi servizi isolati e poco chiari.

Il personale è spesso a “chiamata”, si presenta in caso di emergenze o di necessità sul momento, non c'è la continuità di presenza e programmazione di attività che invece sarebbero necessarie allo svilupparsi di terapie adatte e procedimenti consolidati per la prevenzione e la cura in caso di un qualsiasi disagio psicologico.

La mancata organizzazione dei servizi sanitari esterni al carcere comporta anche difficoltà di comunicazione tra Enti Sanitari e Magistratura, il non segnalare strutture idonee a finalità terapeutiche può condurre ad applicazioni estreme e restrittive da parte dei Giudici nei confronti di persone che necessiterebbero di un percorso, differente da quello contenitivo, a fini riabilitativi.

Nel rapporto dell'associazione Antigone “Tornano i manicomi (In carcere)?” del maggio del 2019 i partecipanti alle visite negli 85 istituti ispezionati dall'associazione dichiarano la necessità di un più alto numero di figure di riferimento nell'ambito sanitario della salute psicologica, quali educatori, psicologi, psicoterapeuti e psichiatri all'interno degli istituti penitenziari italiani, questo a fronte dei lunghissimi tempi di attesa rilevati per le visite specialistiche e le numerose terapie farmacologiche che però non trovano riscontro nell'esiguo controllo sanitario specializzato riguardo tali terapie, il 28,7% delle persone in regime detentivo rilevato dall'associazione Antigone assume farmaci sotto prescrizione medica per condizioni precarie di salute psicologica nonostante la media nazionale di presenza in ore per ogni 100 detenuti sia di sole 8,9 per quanto riguarda gli psichiatri e 13,5 per gli psicologi, la qualità dei servizi che verrebbero offerti a livello sanitario indurrebbe gli specialisti a trascorrere solo 5 minuti

a settimana in media per detenuto, per quanto riguarda gli psichiatri, 8 minuti per gli psicologi.

Capitolo 4

Eventi critici sulla salute psicologica nelle carceri italiane

Suicidio e autolesionismo

Precedentemente si è trattato della gestione da un punto di vista pratico e legislativo della salute mentale all'interno delle carceri, le carenze relative a tali sistemi hanno comportato dei risultati a dir poco critici riguardanti numerosi atti di suicidio e autolesionismo registrati nelle carceri italiane.

Considerando che solo nel 1990 si è iniziata la raccolta dei dati riguardante il numero di suicidi all'interno dei penitenziari italiani, nel 2022 viene registrato il più alto numero di suicidi, 84 persone in un anno, con una media quindi di una persona ogni quattro giorni e mezzo.

Paragonando l'indice di incidenza dei suicidi all'esterno delle mura carcerarie, pari a 0,71 suicidari ogni 10.000 persone, si noti come l'incidenza sulle persone in regime detentivo sia 20 volte più diffusa rispetto ai cittadini liberi.

Attualmente come trattato nel documento di Polis Lombardia, "Relazione salute mentale e carceri" di Sara Maiorino (2021) coesistono due modelli che fanno riferimento a fattori opposti per spiegare l'alto numero di suicidi presenti nella popolazione carceraria, il primo "Modello di privazione" (Clemmer, 1940; Goffman, 1961; Sykes, 1958) si fonda su fattori ambientali ed esogeni e cioè su fattori esterni all'individuo, il secondo "Modello di importazione" (Irwin e Cressey, 1962) verte su fattori individuali ed endogeni.

Successivamente a questi studi si è stabilito di dover prendere in considerazione un numero più ampio di fattori che riguardano un quadro molto più complesso e intricato rappresentativo dell'attuale situazione riguardante il fenomeno dei suicidi nelle carceri, questa constatazione ha portato alla nascita del "Modello combinato" (Dear, 2006).

Sono stati quindi stabiliti dei fattori di rischio riguardanti questi fenomeni e definiti da Farrington e Zara (2015) "Condizione individuale ed ambientali che aumentano il

rischio e la possibilità che un determinato comportamento si manifesti” (Zara, G & Farrington, 2015)

Questi fattori sono principalmente legati a caratteristiche della pena: la fascia temporale in cui il detenuto si trova durante il suo periodo detentivo è uno dei fattori in questione, la fase di ingresso e la fase di uscita sono critiche per quanto riguarda gli episodi di autolesionismo e gesti estremi, è stata registrata anche l'importanza della lunghezza del periodo detentivo, infatti sono principalmente i detenuti sottoposti a pene molto lunghe ad essere maggiormente a rischio e a necessitare di colloqui psicologici durante tutto l'arco della pena.

Anche fattori legati all'età del detenuto possono influenzare, è dimostrato che sono i giovani a essere ritenuti più vulnerabili all'interno del regime detentivo e perciò anche i più sorvegliati.

Il sovraffollamento resta uno dei principali problemi, basti pensare come questi atti estremi superino, rispetto ad altri istituti penitenziari, di 10 volte il numero dei casi quando ci si trova di fronte a carceri in grave stato di sovraffollamento.

Ancora una volta appare fondamentale il mantenimento di un contesto vitale il più sano possibile proprio perché i fattori legati alla struttura carceraria in quanto conformità rispetto alle leggi imposte riguardanti gli spazi comuni e personali, non risulti utile solo al mantenimento della salute fisica bensì principalmente al mantenimento della salute mentale della popolazione carceraria.

Nonostante questo, il Garante Nazionale per i diritti delle persone private della libertà personale nella relazione al Parlamento (2021) ha individuato nelle carceri italiane ben 14 tipologie di eventi critici: atti di aggressione sia da parte del personale che da parte della polizia penitenziaria nei confronti dei detenuti e ripetuti atti di autolesionismo, svariate tipologie di isolamento punitivo anche quando il detenuto si trova in condizioni psicologiche precarie, alto tasso di suicidi e anche di tentati suicidi.

Nel rapporto “Salute mentale in carcere, o “della solitudine”” di Benedetta Centonze, collaboratrice con l'associazione Antigone dal 2018 si fa riferimento alla storia di un detenuto anonimo presso il reparto di osservazione psichiatrica “il Sestante” che si trova all'interno della Casa circondariale di Torino, un familiare racconta la storia al

Difensore Civico dell'associazione Antigone proprio per dar voce ai preoccupanti accadimenti riguardo la scarsa cura nei riguardi della salute psicologica dei detenuti nonostante le raccomandazioni: dopo un tentativo di suicidio da parte del detenuto in questione avviene il trasferimento di quest'ultimo in una cosiddetta "cella liscia" e cioè priva di mobilio, letto e acqua corrente.

Il Regolamento Penitenziario vieta l'utilizzo di queste celle, nonostante ciò appare chiaro che la risposta a evidenti richieste d'aiuto e sofferenza psicologica non faccia intervenire con adeguate terapie e colloqui e l'eventuale inserimento in luoghi più consoni per verificare lo stato di salute mentale ma si proceda preferibilmente con misure drastiche di contenimento ambientale che nel caso di questo detenuto anonimo hanno portato a disidratazione e a iniezioni intramuscolari per rendere inerme il soggetto.

Nonostante il peggioramento del detenuto, si è proceduto con l'isolamento ambientale per i successivi 9 mesi in tali condizioni nel reparto di osservazione psichiatrica, anche se, sempre per le leggi trattate nei capitoli precedenti, il tempo massimo deve essere di 30 giorni al fine di erogare una terapia efficace il prima possibile.

Viene poi denunciato il mancato adempimento dei protocolli per la verifica della salute mentale con l'utilizzo di test clinici adeguati.

Nonostante le torture a scapito dei detenuti siano un fenomeno presente da tempo nei penitenziari italiani, solo nel 15 gennaio 2021 avviene la prima condanna per il reato di tortura che viene inserita nel Codice Penale nel luglio 2017.

L'associazione Antigone ha partecipato attivamente al processo riguardante il caso di pestaggio avvenuto nella Casa di reclusione San Gimignano, fatto condannato per reato di tortura nel Tribunale di Siena il 17 febbraio 2021 dove l'associazione si è costituita parte civile, vengono condannati 10 agenti e un medico del carcere per aver rifiutato di visitare la vittima dopo il fatto accaduto.

Eventi critici e mancato supporto psicologico

Quando si parla di eventi critici si fa riferimento a tentativi di suicidio o a numerose tipologie di autolesionismo che la persona in regime detentivo, in situazioni di sofferenza estrema, decide di infliggersi.

Dal 2016 ad oggi l'associazione Antigone riscontra un aumento degli eventi critici, ogni 100 persone in regime detentivo viene registrata una media di 23,86 casi di autolesionismo, in alcuni istituti viene registrato fino a un tasso quasi tre volte maggiore, la Casa circondariale di Cassino infatti riporta il 60,98 di casi medi su 100 facendo riferimento ai detenuti della struttura interna.

È difficile parlare di una correlazione diretta tra fenomeni visto l'ampio spettro di considerazioni e di elementi da prendere sotto esame, anche se risulta facile poter verificare come negli istituti con un maggior tasso di sovraffollamento e carenza di personale adeguato al monitoraggio della salute psicologica della popolazione detentiva vengano registrati il più alto numero di eventi critici, ad esempio nelle Case circondariali di Cassino, Pisa e Venezia si riscontra un tasso di sovraffollamento superiore al 155% ai limiti imposti dalla legge e a un monte ore pari a solo 17 per gli psicologi e a 9 per gli psichiatri distribuite per ogni 100 detenuti.

Capitolo 5

Conclusioni legate alla tutela della salute psicologica nei luoghi di detenzione

Attraverso un percorso che ha delineato il concetto più ampio di salute individuando una visione riconosciuta dalla Legge italiana e dalla Costituzione come non solo diritto inderogabile a tutti i cittadini nel territorio ma anche complesso insieme di caratteristiche fisiche, mentali e ambientali che l'individuo necessita per essere considerato in buona salute, prendendo in considerazione la difficile coesistenza tra la necessità di tutelare la salute dell'individuo e la salute collettiva della società, elaborando attraverso documenti riconosciuti a livello europeo la difficoltà di delineazione di un percorso chiaro ed esplicito alla tutela della salute psicologica all'interno dei luoghi di detenzione in Italia, si riscontra come il sistema debba ulteriormente promuovere la collaborazione tra istituzione penale e sanitaria ai fini di migliorare le condizioni di salute della popolazione detenuta nelle carceri italiane.

Assicurare forme umane di detenzione ai fini dello svolgimento della pena a scopi rieducativi e senza infliggere ulteriori sofferenze che portino il detenuto ad atti estremi e peggioramento della salute psicologica è un obiettivo base per la prospettiva di risocializzazione e reinserimento sociale di coloro che entrano a far parte, nel loro percorso di vita, di un periodo di privazione della libertà.

In un momento di particolare difficoltà come negli ultimi anni negli istituti penitenziari, comprovato dagli alti tassi di suicidio e di sovraffollamento, un elevato numero di presenza di patologie carcerarie legate a scarse condizioni di salute psicologica dovute al mancato adempimento del mantenimento di un ambiente salubre sono fattori che inducono ad auspicare cambiamenti sia dal punto di vista giudiziario che penale e sanitario per collocare al primo posto la necessità di reinserire la persona in regime detentivo, in modo efficace, all'interno della società e per fare questo è necessario che questa mantenga e migliori la sua salute psicologica utilizzando gli strumenti che, ad oggi, non sono garantiti quali: personale specializzato in sede e la possibilità di curarsi al di fuori del carcere con l'ausilio di terapie tempestive.

Secondo i diversi pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica viene espressa più volte la necessità di unire più risorse da parte dello Stato facendole tutte convogliare

verso l'unico obiettivo di migliorare la situazione attuale, per fare ciò però è necessario lavorare anche sulla cultura collettiva che ancora si arresta di fronte allo stigma che individua il malato psicologico come pericoloso socialmente, la concezione di pena stessa porta su di sé le diverse sfumature di significato appartenenti a periodi storici differenti, tra queste certamente la concezione di derivazione biblica, derivante dalla "Teoria Retributiva" che vuole giustificare l'infliggere un castigo come punizione pari al male commesso.

Dopo aver preso visione di un quadro complessivo della situazione riguardante la salute generale e più precisamente della salute psicologica all'interno degli istituti è bene fare riferimento alla pena a fini preventivi e riformativi, con scopo di utilità sociale, promuovendo nell'ottica generale la necessità di porre come priorità la salute psicologica anche nei luoghi di detenzione.

Bibliografia

Bartolini M. (s.d.) La questione psichiatrica all'interno degli istituti di pena. Psichiatria e carcere. Ristretti.

<http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/bartolini/capitolo6.htm>

Comitato Nazionale per la Bioetica. (27 settembre 2013) La salute "dentro le mura". Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Comitato Nazionale per la Bioetica. (22 marzo 2019) Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere. Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Dolcini E. & Gatta G. L. (2023), Codice penale e norme complementari VIII edizione. Giuffrè.

Il carcere secondo la Costituzione - XV rapporto di Antigone sullo stato di detenzione. (27 giugno 2019). Suicidi ed eventi critici.

[Suicidi ed eventi critici - XV rapporto sulle condizioni di detenzione \(antigone.it\)](#)

Il carcere secondo la Costituzione - XV rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione. (maggio 2019). Tornano i manicomi (in carcere)?

Il carcere secondo la Costituzione - XVII rapporto di Antigone sullo stato di detenzione. (4 maggio 2021). Salute mentale in carcere o della solitudine.

<https://www.rapportoantigone.it/diciassettesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/salute-mentale-in-carcere-o-della-solitudine/>

La Costituzione - Senato della Repubblica. (s.d.).

Laura Fadda M. (2013). La tutela del diritto alla salute dei detenuti. Percorsi di carcere e giustizia - Dignitas.

http://www.antonicasella.eu/archica/Fadda_salute_gen2013.htm

Maiorino, S. (settembre 2021) Relazione salute mentale e carceri. Polis Lombardia.

Ministero della giustizia - Diritti dei detenuti. (s.d.).

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_0_7.page

Santella, G. (24 novembre 2019) Tra carcere e REMS: la salute mentale dietro le sbarre. Mar dei Sargassi.

<https://www.mardeisargassi.it/tra-carcere-e-rems-la-salute-mentale-dietro-le-sbarre/>

