



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

Pandemia da SARS-CoV-2 e salute psico-fisica della popolazione penitenziaria

Relatore:

Prof.ssa Laura Nota

Laureanda: Elena Baldi

Matricola: 1221120

Anno Accademico 2021-2022

INDICE

CAPITOLO UNO:

La gestione della pandemia all'interno degli istituti penitenziari 2

CAPITOLO DUE:

Effetti della pandemia sulla popolazione penitenziaria 7

2.1 Impatto psicologico delle politiche di emergenza adottate nelle carceri 7

2.2 Rivolte carcerarie 9

2.3 Violenza e relazioni interne all'istituzione penitenziaria 10

2.4 Il caso del carcere di Santa Maria Capua Vetere 12

CAPITOLO TRE:

Salute in carcere 13

3.1 Promozione e tutela della salute in carcere 13

3.2 Proposte operative e sviluppi futuri 17

Conclusione 19

Bibliografia 21

1. LA GESTIONE DELLA PANDEMIA ALL'INTERNO DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI:

L'emergenza sanitaria scoppiata a fine febbraio 2020, dovuta alla diffusione del virus SARS-CoV-2, ha coinvolto l'intera collettività, interessando da vicino anche il sistema penitenziario, all'interno del quale i primi casi di positività si sono registrati a partire da metà marzo. Se inizialmente l'isolamento relativo del carcere rispetto alla società ha avuto un effetto di protezione, con il propagarsi dei contagi il virus è entrato all'interno degli istituti di reclusione, innestandosi su condizioni pregresse di faticenza, sovraffollamento cronico, carenza di presidi e di personale sanitario. Alla fine di febbraio 2020, le carceri italiane ospitavano 61.230 detenuti a fronte di 50.931 posti disponibili: un tasso di affollamento del 120%, rispetto al quale la situazione appare ancora più critica se si considera che il primo segnale di avvertimento sul sovraffollamento di un centro di detenzione scatta quando la capienza raggiunge il 90%. Austin et al. (2001) affermano che non solo il sovraffollamento ha una profonda incidenza sui livelli di violenza carceraria, ma ostacola anche i tentativi di fornire ai detenuti supporti educativi, formativi, medici, psicologici o, più genericamente, di favorire il loro accesso ai servizi dell'area trattamentale. Nelle strutture correzionali, dove le persone vivono in ambienti sovraffollati e scarsamente ventilati, condividono bagni e docce, nonché aree comuni, la possibilità di contrarre malattie infettive risulta maggiore rispetto alla società esterna, dal momento che "quando il virus entra in luoghi sovraffollati e malsani come le nostre carceri fermarlo diventa molto complicato" (Scandurra, 2020). Considerate le dinamiche epidemiologiche del SARS-CoV-2, la pandemia presenta un tasso di gravità notevolmente più elevato tra i detenuti rispetto alla popolazione generale, portando a una maggiore ospedalizzazione con un più alto rischio di morte. La vulnerabilità della popolazione penitenziaria al Covid-19 è dovuta sia all'elevata incidenza tra i detenuti di malattie croniche, come ipertensione, asma, cancro, tubercolosi, epatite C, virus dell'immunodeficienza umana (HIV); sia alla presenza di persone di età superiore ai 55 anni, il cui tasso di incarcerazione è aumentato dal 1993 del 400%. Sulla

base dei dati analizzati e raccolti in 19 paesi durante un periodo di sei settimane tra aprile e maggio 2020, l'86,2% dei decessi correlati a COVID-19 è stato segnalato in pazienti di età superiore ai 65 anni, i quali hanno mostrato tassi di mortalità 7,7 volte superiori rispetto a quelli di età compresa tra 55 e 64 anni il cui tasso di mortalità è stato, invece, 8,1 volte più alto rispetto al resto della popolazione. Uno studio osservazionale condotto su tutti i pazienti ricoverati con COVID-19 tra il 10 marzo e il 10 maggio 2020 in due ospedali Henry Ford Health System del Michigan, ha confrontato il decorso dell'infezione da SARS-CoV-2 tra pazienti non detenuti e detenuti ospedalizzati, dimostrando come questi ultimi fossero più frequentemente sintomatici (febbre, tachipnea, ipossiemia) con tassi più elevati di ricoveri in terapia intensiva, necessità di vasopressori, intubazione, mortalità ospedaliera.

Il carcere è da sempre luogo privilegiato di contagio, di diffusione del morbo che, nelle diverse contingenze storiche, aggredisce i più vulnerabili: polmonite e scorbuto nelle prime galere, infezioni da HIV e il virus dell'epatite C nelle prigioni contemporanee, Covid-19 ai giorni nostri.

Con l'evolversi dell'emergenza sanitaria, durante la fine del mese di febbraio, l'amministrazione penitenziaria ha introdotto una serie di misure specifiche per la prevenzione del contagio, volte, in particolare, alla sospensione dei colloqui con i familiari, alla cessazione delle attività trattamentali e lavorative (sia interne che esterne), al blocco degli ingressi dei volontari; tuttavia, se dal un lato si perseguiva una linea di chiusura totale del carcere rispetto alla comunità esterna, dall'altro, il personale penitenziario che, entrando e uscendo dagli istituti di pena, poteva essere vettore di infezione, non veniva sottoposto a screening con tampone per SARS-CoV-2. I provvedimenti presi dal Governo, dal DAP e dalle magistrature di sorveglianza, che hanno sancito la restrizione dei movimenti all'interno delle strutture di reclusione, la cancellazione di attività ricreative e professionali, la sospensione della didattica a distanza -con un conseguente aumento del tasso di abbandono scolastico- l'interruzione della comunicazione con familiari e amici, sono stati applicati in senso restrittivo, oltre che preventivo, modificando la quotidianità della vita dei detenuti e, in alcuni casi, esacerbando le tensioni e i sentimenti di isolamento. Nello specifico, durante la prima fase di

gestione dell'emergenza sanitaria, a livello dipartimentale e governativo sono stati emanati una serie di importanti provvedimenti che rimarcavano la necessità di mantenere le istituzioni penitenziarie chiuse rispetto ai contatti con l'esterno al fine di garantire una buona tenuta della sicurezza sanitaria interna. Il D.P.C.M. 8 marzo 2020, n. 11 prevedeva che le articolazioni territoriali del Servizio Sanitario Nazionale assicurassero al Ministero della Giustizia idoneo supporto per il contenimento del contagio da Covid-19, soprattutto in relazione ai nuovi ingressi. Sanciva, inoltre, la necessità di isolare i casi sintomatici provenienti dall'esterno, introducendo la regola dello svolgimento dei colloqui a distanza e la partecipazione in videoconferenza alle udienze giudiziarie, raccomandando sia la possibilità di misure alternative di detenzione domiciliare sia la limitazione dei permessi premio e del regime di semilibertà fino al 31 maggio 2020, in modo da evitare l'uscita e il rientro dal carcere. In questo modo la tecnologia è entrata ufficialmente a far parte del mondo penitenziario per sopperire all'impossibilità di effettuare i colloqui in presenza; tuttavia, durante la prima fase emergenziale, le telefonate e le videochiamate sono state carenti e, solo in un secondo momento, sarebbero state aumentate, grazie anche ai fondi stanziati per l'acquisto di materiale informatico (Decreto Bilancio 19 maggio 2020). Si sono susseguiti, poi, tre importanti provvedimenti che hanno segnato ancora più marcatamente la linea di intervento sul fronte penitenziario: si tratta, in ordine cronologico, della circolare DAP del 13 marzo 2020, del decreto-legge n. 18 del 17 marzo (il c.d. Cura Italia) e della circolare DAP del 20 marzo. Con il decreto-legge Cura Italia (decreto-legge n. 18 del 17 marzo) sono stati introdotti degli strumenti deflativi, volti a ridurre il numero della popolazione detenuta; le misure introdotte, valide fino al 30 giugno 2020, ricalcavano l'esecuzione presso il domicilio delle pene detentive non superiori a diciotto mesi al fine di ridurre, almeno in parte, il sovraffollamento penitenziario. L'investimento su misure alternative al carcere, oltre a produrre un risparmio di almeno 500 milioni di euro, considerato che un detenuto costa in media 150 euro al giorno circa (costi che comprendono la retribuzione dello staff), mentre una persona in misura alternativa costa dieci volte di meno, avrebbe ritorni positivi per la sicurezza collettiva alla luce del fatto che coloro i quali usufruiscono del rilascio anticipato hanno un tasso di recidiva

tre volte inferiore a una persona che sconta per intero la pena in carcere. Risultava, tuttavia, importante che la concessione dei domiciliari non venisse subordinata all'attivazione dei braccialetti elettronici, disponibili in numero insufficienti ad affrontare per tempo le necessità di decongestionamento richieste dall'emergenza Covid-19 (al 20 maggio solo 975 braccialetti elettronici erano disponibili a fronte dei 5.000 previsti dal Decreto Cura-Italia). È stato dimostrato che la decarcerazione controllata ha ridotto il tasso di infezione di otto volte nelle carceri sovraffollate (l'uso di mascherine ha ridotto il tasso di infezione del 2,5%, mentre il divieto di visita dell'1,2%) e che l'incidenza del coronavirus è stata inferiore nei centri di reclusione nei quali vi era un numero adeguato di persone o in quelli nei quali i detenuti erano ospitati in unità a cella singola (Reinhart, et al., 2021; Leibowitz, et al., 2021). Il rilascio anticipato di alcuni prigionieri in uno stato di pandemia potrebbe però comportare dei rischi dovuti al fatto che si preclude la possibilità di un accompagnamento al reinserimento sociale: la comunità, infatti, secondo la regola europea n.60 del 2017, dovrebbe assumersi l'onere di promuovere la riparazione del conflitto che si è generato con l'infrazione della norma, nell'ottica di responsabilità condivisa e di prevenzione sia della recidiva sia di fenomeni di esclusione sociale rispetto agli autori di reato.

Per quanto riguarda le circolari, invece, si è intervenuti sul fronte della gestione interna dell'emergenza, mirando a una maggiore sensibilizzazione circa la conoscenza del fenomeno e al rispetto delle regole ormai consolidate. Sono stati, inoltre, definiti sia le procedure da adottare nei confronti dei nuovi detenuti giunti dalla libertà o da altro istituto e di quelli già presenti in struttura sia i protocolli operativi relativi ai trasferimenti per motivi di salute e per quelli dettati da situazioni di necessità. La circolare proseguiva poi con le disposizioni rivolte al personale di polizia, precisando come «nell'unica prospettiva di salvaguardare l'ordine e la sicurezza pubblica collettiva, (...) gli operatori di Polizia Penitenziaria in servizio presso le strutture penitenziarie, in quanto operatori pubblici essenziali, dovessero continuare a prestare servizio anche nel caso in cui avessero avuto contatti con persone contagiate». Tale indicazione si poneva, però, in netto contrasto con la linea operativa assunta a livello nazionale e internazionale, secondo cui chiunque entrasse a contatto con una persona

positiva al Covid-19 dovesse sottoporsi a un periodo di isolamento precauzionale. Interveniva poi, a distanza di una settimana, la circolare del 20 marzo 2020, nella quale si specificava come i tamponi nasofaringei e orofaringei, che si disponeva dovessero sempre essere effettuati in caso di trasferimento di detenuti in altro istituto, dovessero essere eseguiti solo a seguito di valutazioni del personale medico; la circolare prevedeva inoltre un'altra evidente discontinuità decisionale, relativa al fatto che anche gli agenti (come tutti i cittadini) dovessero sottostare alle regole di isolamento precauzionale qualora fossero stati esposti al rischio di contagio.

Secondo i dati pubblicati a fine marzo dal DAP, i detenuti presenti negli istituti di pena italiani erano 57.846, con una riduzione di circa 3.300 persone rispetto a inizio marzo (-5,5%); mentre i detenuti in semilibertà erano passati da 1.097 a 884 nonostante l'art. 124 del decreto Cura Italia paresse dover quasi azzerare la loro presenza, per evitare il loro reingresso quotidiano in carcere.

Secondo un articolo pubblicato sull'American Journal of Public Health, la politica di prevenzione all'interno del penitenziario avrebbe dovuto includere diverse misure, quali decarcerazione precoce per reati minori, miglioramento della ventilazione degli spazi e delle celle comuni, uso appropriato dei DPI, limitazione dei trasferimenti dei detenuti a strutture diverse, incoraggiamento dei servizi igienico-sanitari nelle carceri, miglioramento dell'assistenza sanitaria e psicologica.

Nonostante la razionalità preventiva, diretta alla chiusura totale delle carceri, su cui si sono fondati i provvedimenti emanati nel corso della "prima ondata" e in assenza di ulteriori raccomandazioni da parte dei governi statali per la gestione dell'epidemia nelle strutture di reclusione, diversi istituti penitenziari si sono trovati in drammatica difficoltà nel prevenire la diffusione del coronavirus, dimostrandosi ambienti inadatti a contenere il contagio. Molte criticità sono state riscontrate nella gestione dei nuovi ingressi, nella dislocazione interna di detenuti contagiati e nell'attuazione delle misure di isolamento preventivo e distanziamento sociale, il tutto acuito dalle carenze di personale penitenziario a causa dell'elevato grado di diffusione del virus.

Se da un lato la maggior parte dei Paesi ha riconosciuto che le carceri siano luoghi considerati ad alto tasso di trasmissibilità di COVID-19, solo una minoranza ha incluso la popolazione detenuta e il personale penitenziario all'interno dei programmi di priorità vaccinale. Ciò si colloca all'interno di un contesto di barriere politiche e culturali che, attraverso la stigmatizzazione delle persone coinvolte nella giustizia mediante l'attribuzione di responsabilità rispetto al loro stato di detenzione e la messa in discussione della loro meritevolezza morale, precludono a questa fascia di popolazione l'accesso alle risorse sanitarie.

In uno studio condotto da Brinkley-Rubinstein et al. è stata analizzata l'efficacia del vaccino nel ridurre focolai epidemici, morbilità e relativa mortalità all'interno dei centri di detenzione. Nello specifico, sono stati analizzati 2380 residenti all'interno del carcere (detenuti e personale) che avevano ricevuto almeno una dose di vaccino; di questi, solo 27 erano risultati positivi al SARS-CoV-2, a testimonianza dell'efficacia del vaccino per la prevenzione del COVID-19.

2. EFFETTI DELLA PANDEMIA SULLA POPOLAZIONE PENITENZIARIA

2.1 L'IMPATTO PSICOLOGICO DELLE POLITICHE DI EMERGENZA ADOTTATE NELLE CARCERI:

L'assenza di contatti sociali significativi, di stimoli ambientali e di impegno in attività mirate, come sostenuto da Stewart, Cossar e Stoové, aumenta la sensazione di isolamento, incrementando la probabilità di sperimentare un grave disagio psicologico, il quale può portare ad esiti avversi anche dopo il rilascio. A tal proposito, è stato dimostrato come i detenuti che, durante la fase pandemica, avessero usufruito del rilascio anticipato, fossero esposti a un maggior rischio di autolesionismo e overdose di droga (Fovet et al., 2020). In generale, all'interno delle strutture di pena, le persone dichiarano una salute mentale più povera rispetto al resto della popolazione; la letteratura prodotta sul tema mostra che il tasso di incidenza di alcuni disturbi psicopatologici sia più elevato all'interno delle carceri, in particolare un detenuto su sette soffre di depressione o di psicosi,

mentre i tassi di mortalità standardizzati stimati per suicidio sono dalle 3 alle 7 volte più alti rispetto ad altri gruppi sociali (Fazel, et al., 2011; Ministero della Giustizia del Regno Unito, 2017). Le ragioni di tali disparità includono sia caratteristiche dell'individuo sia fattori ambientali; in un contesto come quello penitenziario, i contatti con i familiari, il tempo libero trascorso fuori dalla cella, l'attività fisica, il lavoro e la partecipazione a programmi di formazione hanno importanti effetti positivi sulla salute mentale (White et al., 2016; Modini et al., 2016; Cooper, et al., 2001), portando, inoltre, sia a livelli di stress, ansia e depressione più bassi sia alla percezione di una migliore qualità della vita (Mannocci, et al., 2017). Con l'avvento della pandemia, la sospensione del tempo trascorso fuori dalle celle (un'ora al giorno) e delle attività ricreative ha esacerbato lo stress, la rabbia e la frustrazione tra le persone in carcere, agendo come fattore di spinta ulteriore per l'aumento dei casi di autolesionismo (Nurse, et al., 2003; Borrill, et al., 2005; Marzano, et al., 2011). Diversi studi, che si sono focalizzati sugli effetti dell'isolamento e della quarantena tra la popolazione generale, dimostrano come la separazione dai propri cari, la restrizione degli spostamenti, la paura del contagio, la noia, l'incertezza sul proprio stato di salute, la disinformazione circa l'eziologia, la patogenesi, la diagnosi e il trattamento del SARS-CoV-2 siano stati i maggiori predittori di disagio psicologico, esponendo i soggetti più vulnerabili anche al rischio di sviluppare un disturbo più grave (Brooks, et al., 2020). Rispetto alle persone private della libertà, tali fattori hanno assunto un carattere ancora più esasperante, portando all'adozione di strategie di coping disadattive, dovute non solo alla percezione di uno scarso supporto sociale, ma anche all'elevata prevalenza di condizioni pregresse di malattia mentale o fisica e di tossicodipendenza all'interno delle carceri (Hewson, et al., 2020; Liebrez, et al., 2020;). L'esposizione ripetuta a segnalazioni sulla crisi da coronavirus può intensificare l'ansia, oltre che essere correlata all'incertezza circa il proprio stato di salute; tale preoccupazione è associata a sintomi depressivi, stress e insonnia, che a loro volta aumentano il rischio di condotte suicide (Lieberman, et al., 2020; Ornell, et al., 2020). Esperienze stressanti come conoscere la diagnosi di COVID-19, la paura di infettare gli altri, i sintomi della malattia e il ricovero in ospedale possono portare allo sviluppo di disturbi

depressivi, d'ansia e da stress post-traumatico (Sher, 2019). Uno studio circa l'influenza del blocco imposto dalla pandemia sulle relazioni tra detenuti e familiari ha posto in rilievo come, in molti casi, le persone incarcerate si percepissero impotenti, in quanto la condizione di prigionia impediva loro di dare sostegno alla propria famiglia in un momento storico così difficili. È stato inoltre rilevato che, in alcune situazioni, l'interruzione dei colloqui avesse causato una rottura nella vita familiare, lacerando i rapporti interni. La maggior parte delle persone, tuttavia, ha riferito che le visite virtuali e le telefonate con amici o parenti avessero avuto effetti positivi sulla loro salute mentale, benché, in certe strutture correzionali, l'assenza di procedure igienico-sanitarie nell'uso del telefono avesse provocato tra la popolazione carceraria una certa riluttanza nell'accesso alle chiamate (Maycock, 2021; Khairat, et al., 2021).

2.2 RIVOLTE CARCERARIE:

Nei primi mesi del 2020, in particolare nelle giornate di inizio marzo, i livelli di conflittualità interna alla realtà penitenziaria italiana hanno raggiunto un picco di assoluta rilevanza storica. Circa un terzo degli istituti di pena sono stati a vario titolo coinvolti, divenendo scenario di differenti forme di protesta e ribellione con un alto tasso di distruttività. I danni strutturali provocati sono stati rilevanti, mentre il bilancio di 13 morti (per overdose di metadone, sottratto all'infermeria penitenziaria) e centinaia di feriti rende conto della drammaticità degli eventi. La descrizione, anche giornalistica, degli eventi ha fatto ampio ricorso a una terminologia fortemente connotante, ovvero "rivolte carcerarie", offrendo una declinazione peculiare dei conflitti, considerati sia come dato sintomatico della disperazione dei rivoltosi sia come atti destrutturati e irrazionali, nel senso che non si individuavano ragioni che potessero attivare meccanismi di mediazione. L'istituto penitenziario Sant'Anna di Modena, dal quale si è innescata l'ondata di proteste che ha coinvolto 49 case circondariali su tutto il territorio nazionale, è stato al centro delle cronache giornalistiche non solo per la portata della rivolta e per i danni arrecati alla struttura, resa in gran parte inagibile, ma soprattutto per il tragico epilogo: 9 detenuti morti. Il blocco dei colloqui con i familiari e dei contatti

con il mondo esterno, la paura del contagio (a livello nazionale si contavano già 119 contagiati tra i detenuti di cui 2 in ospedale e 162 tra il personale), la disinformazione circa le politiche d'emergenza adottate dall'Amministrazione penitenziaria, la richiesta di distanziamento sociale e di isolamento preventivo risultata irrealizzabile, uniti alla mancanza di dispositivi di sicurezza interna e all'inadeguata dotazione di disinfettanti e mascherine hanno alimentato le sensazioni di frustrazione e alienazione, divenendo il detonatore dell'avvio della rivolta (Scraton, McCulloch, 2009). Una volta ristabilito l'ordine, è stata immediatamente aperta un'indagine contro i partecipanti alle rivolte con le accuse di resistenza a pubblico ufficiale, lesioni, danneggiamento e tentata evasione; la maggior parte di loro è stata trasferita e privata della possibilità di usufruire delle misure alternative causa Covid-19. A fronte di una situazione già di per sé critica, molti detenuti hanno dichiarato, come si evince dalle lettere in possesso all'Agenzia Giornalistica Italiana, di aver subito pestaggi da parte di alcuni agenti di polizia penitenziaria e di non essere stati medicati e/o visitati prima dei trasferimenti. In questo caso si è registrato, però, la lentezza giudiziaria e, in alcuni casi, l'archiviazione dei procedimenti per l'accertamento delle morti e degli abusi denunciati compiuti dagli agenti dopo aver ripreso il controllo della struttura.

Le rivolte scoppiate in vari centri di reclusione italiani non sono state soltanto una dimostrazione delle crescenti tensioni tra il personale penitenziario e la popolazione detenuta, ma hanno anche rappresentato una chiara reazione psicologica e comportamentale relativa all'impatto negativo della pandemia e delle politiche di emergenza adottate dal Paese.

2.3 VIOLENZA E RELAZIONI INTERNE ALL'ISTITUZIONE PENITENZIARIA:

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la violenza come "uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o effettivo, contro sé stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità che risulta o ha un'alta probabilità di risultare in lesioni, morte, danni psicologici, sottosviluppo o privazione". Da tale definizione si evince come il costrutto di violenza sia un elemento connaturato al carcere che impregna i meccanismi di regolazione

informale dei rapporti interni all'istituzione tra la popolazione reclusa e il personale penitenziario, rimarcando sia lo sbilanciamento strutturale del potere tra sorveglianti-sorvegliati sia la dimensione ritorsiva della violenza penitenziaria. Tra le diverse forme di violenza individuate dall'OMS, quella indiretta o strutturale assume forte rilevanza all'interno dell'istituzione penitenziaria, in quanto rimanda ai modi sistematici e istituzionalizzati attraverso i quali le persone sono ostacolate nell'accesso alle risorse necessarie per soddisfare i propri bisogni fondamentali. Gli istituti carcerari si configurano, infatti, come luoghi di violenza strutturale, non solo a fronte delle inadeguate condizioni di detenzione (spazio vitale insufficiente, mancanza di privacy e intimità, sovraffollamento cronico) e della scarsa qualità della vita, ma soprattutto rispetto alla carenza di personale nell'area giuridico-pedagogica (il rapporto medio è di un educatore ogni 91,8 detenuti, mentre per gli agenti penitenziari è di un poliziotto ogni 1,6 detenuti; non a caso dei 3 miliardi di euro stanziati annualmente per il funzionamento delle carceri, il 68% è impiegato per la polizia penitenziaria) con conseguenti limitate opportunità di accesso sia a programmi trattamentali sia ad attività lavorative e ricreative (il 32% dei detenuti lavora, infatti, per l'Amministrazione penitenziaria, svolgendo attività poco professionalizzanti, mentre solo 3,2% dei carcerati lavora per datori esterni alla struttura detentiva).

L'avvento della pandemia ha posto ancora più in luce i nuclei di criticità che caratterizzano la realtà carceraria, configurando il sistema penitenziario come mezzo strutturalmente predisposto a produrre sofferenza. Come sostenuto da Philippe Bourgois, esiste, infatti, una relazione tra la sofferenza imposta strutturalmente e la produzione di soggettività violente e distruttive. Un'indagine circa i rapporti tra il personale di custodia e le persone incarcerate ha posto in rilievo come la situazione pandemica abbia portato a un incremento delle tensioni e dei conflitti interni, favorendo, in certi casi, un'escalation di violenza auto ed etero diretta, in quanto, come evidenziato da Foucault (1975), i meccanismi disciplinari si infiltrano più facilmente quando esiste la paura del contagio. La frustrazione, infatti, esasperata dall'isolamento obbligato e dal senso di impotenza, ha agito come fattore di spinta per l'aumento dei sentimenti di stress e di rabbia, con un conseguente incremento delle condotte aggressive. A

dimostrazione di tale tesi, nel 2020 si è registrato un aumento del tasso di suicidi (11 suicidi ogni 10.000 detenuti–61 suicidi) e di episodi di autolesionismo (11.315 casi).

2.4 IL CASO DEL CARCERE DI SANTA MARIA CAPUA VETERE:

L'istituto carcerario di Santa Maria Capua Vetere, in Campania, è stato al centro di un'inchiesta giudiziaria a seguito delle violenze compiute, nella giornata del 6 aprile 2020, da parte di una serie di agenti di polizia penitenziaria ai danni di alcuni detenuti. I fatti raccontano che, a seguito di una protesta pacifica (iniziata con la battitura delle sbarre delle celle e proseguita con il barricamento dietro una barriera di brande) avente l'obiettivo di chiedere un'adeguata distribuzione alla popolazione detenuta dei dispositivi di protezione individuale e maggior chiarezza circa le procedure di sicurezza adottate dall'Amministrazione Penitenziaria, diverse centinaia di agenti di polizia in tenuta antisommossa e coperti in volto ha fatto irruzione nel reparto "Nilo", da cui si era innescata la rivolta, per svolgere una perquisizione straordinaria. Secondo le versioni riportate dai poliziotti coinvolti, si trattava di un'operazione necessaria svolta nei limiti della legalità per disinnescare una situazione altamente pericolosa; dalle testimonianze dei detenuti, invece, emergono storie di pestaggi indiscriminati ai danni di persone inermi, minacciate, denudate e picchiate a colpi di manganelli, calci e pugni. A fronte di alcuni filmati video che confermavano la versione delle persone vittime di tali atti di ingiustificata violenza, la Procura ha aperto un'inchiesta che coinvolge un centinaio tra agenti di polizia, funzionari e dipendenti del DAP, sui quali gravano numerosi capi d'accusa, quali tortura, lesioni gravi, abuso d'autorità, depistaggio, favoreggiamento e il reato di cooperazione in omicidio colposo, relativo alla morte di un detenuto algerino, deceduto dopo essere stato tenuto per giorni in isolamento.

3. SALUTE IN CARCERE

3.1 PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE:

“In carcere tutto è sanitario”: molti teorici sostengono come all’interno delle strutture detentive, la promozione della salute avvenga in gran parte mediante il miglioramento delle condizioni sanitarie, creando, quindi, una sovrapposizione tra il costrutto di salute e il concetto di sanità. A sostegno di tale posizione, basti considerare come la prevenzione dei cosiddetti “eventi critici”, etichetta ministeriale che comprende le varie forme in cui la violenza si può manifestare all’interno delle mura carcerarie (autolesionismo, suicidi e tentati suicidi, scioperi della fame, rifiuto di assumere terapie, aggressioni), avvenga mediante la stesura di protocolli di prevenzione del rischio stipulati dall’amministrazione penitenziaria in accordo con le autorità sanitarie locali, senza predisporre alcun tipo di intervento sulle pratiche organizzative.

L’emergenza sanitaria ha, però, evidenziato come anche su un piano puramente sanitario, nel contesto penitenziario non sono state garantite adeguate condizioni per la prevenzione del contagio, la gestione dei casi vulnerabili, la cura e il trattamento delle positività. Per quanto riguarda la prevenzione, oltre all’impossibilità di attuare alcune delle misure di protezione promulgate dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, come distanziamento sociale, isolamento preventivo, igienizzazione degli spazi e dei corpi, non sono stati garantiti il controllo capillare della diffusione di informazioni sanitarie accurate, il diritto alla libera informazione, sancito dall’articolo 18 dell’Ordinamento Penitenziario, né l’accesso a percorsi formativi-informativi, amplificando sensazioni di panico e paura. Per quanto concerne, invece, il diritto alle cure e ai trattamenti, in letteratura è stato riportato come, in generale, l’accesso ai servizi sanitari sia reso difficoltoso tanto da barriere fisiche, quanto da procedure organizzative: in questo senso, infatti, il caso delle dipendenze è esemplificativo, poiché, sebbene i SerD siano tra i servizi sanitari attivi da più tempo all’interno degli istituti di pena, si rilevano talvolta mancanze nella disponibilità di terapie o farmaci. Spesso, inoltre, nella definizione delle terapie si tiene conto di variabili esterne alla dimensione sanitaria, come il fine pena, e si rilevano anche molteplici

difficoltà riguardanti la continuità delle cure in relazione agli elevati tassi di turnover della popolazione detenuta, dovuti agli ingressi, alle uscite e ai trasferimenti da un istituto a un altro.

Gli sforzi per mitigare la diffusione del virus che hanno seguito la linea di confinamento delle carceri hanno esasperato una situazione già di per sé critica, che è sfociata nell'interruzione dell'accesso alla fornitura di assistenza sanitaria e ad altri supporti sociali necessari al sostegno della salute mentale della popolazione penitenziaria. Diversi studi hanno raccolto, infatti, le testimonianze di alcuni detenuti che dichiaravano come durante la pandemia fossero stati sospesi i trattamenti del disturbo da uso di sostanze, le visite mediche non essenziali e i programmi terapeutici non orientati alla cura dell'infezione da coronavirus (Suhomlinova, et al., 2021; Sorge, et al., 2021; Gray, et al., 2021). L'analisi sui cambiamenti nella mortalità in periodo Covid-19 ha mostrato un aumento del tasso di morte per molteplici cause, dimostrando un calo dell'aspettativa di vita nel corso del 2020 rispetto a qualsiasi altro anno nel periodo di studio (2015-2019) (Marquez, et al., 2021; Nowotny, et al., 2020).

La situazione pandemica, oltre a evidenziare le conseguenze di un sistema socio-sanitario ridotto all'osso, segnato per anni sia da tagli di personale e di posti letto sia da contrazioni di prestazioni e di fondi, ha posto in rilievo il tema della disuguaglianza in termini di salute. Di fronte alla malattia, infatti, non tutti sono esposti allo stesso rischio di ammalarsi o hanno le medesime opportunità di curarsi. Tra i gruppi sociali maggiormente vulnerabili, i detenuti occupano una posizione di rilievo, in quanto, all'interno dei penitenziari, la probabilità di sviluppare malattie infettive, disturbi psicopatologici, dipendenza da sostanze psicotrope risulta più elevata rispetto all'incidenza delle medesime patologie tra la popolazione generale (Morrone, 2021).

Secondo un'indagine condotta in 57 istituti penitenziari dell'Italia centro-settentrionale (il 30% del totale nazionale) circa le condizioni di salute di 16000 persone ha dimostrato che il 40% del campione soffriva di una patologia psichica (in particolare ansia, disturbo nevrotico, disturbo dell'adattamento, depressione, disturbi di personalità), mentre il 24% presentasse una dipendenza

da sostanze stupefacenti. Da un punto di vista nazionale, nelle strutture di detenzione 1 persona su 4 intraprende una terapia psichiatrica, con una media del 27,6%. Nonostante l'elevato tasso di incidenza, i pazienti psichiatrici e tossicodipendenti riscontrano notevoli difficoltà nell'accesso alle cure necessarie, soprattutto per quanto riguarda la continuità diagnostico-terapeutica con psicologi e psichiatri, presenti rispettivamente circa 13,6 ore e 8,8 ore alla settimana per 100 detenuti. Il vigente ordinamento penitenziario, nello specifico il regolamento di esecuzione D.P.R 230/2000 agli art.111 e 112, prevede la possibilità di assegnare detenuti affetti da patologie psichiatriche a sezioni speciali, denominate "articolazioni per la salute mentale", volte a garantire servizi di assistenza terapeutica e riabilitativa continuativa e individualizzata al fine di rendere il regime carcerario compatibile con il disagio psichico. Tale approccio socio-sanitario, tuttavia, si limita al contenimento del detenuto per un periodo di circa 30 giorni e alla somministrazione della terapia farmacologica, dando così priorità alle ragioni di ordine e di sicurezza, mediante l'utilizzo di metodi punitivi, come dimostrano sia la mancanza di qualsiasi progetto trattamentale e risocializzante sia la presenza, in alcuni reparti, delle cosiddette celle lisce, prive di qualsiasi elemento di arredo, di finestre e di sanitari, il cui obiettivo principale è quello di isolare, contenere e controllare il detenuto, spesso in acuzie. Da ciò emerge come la tutela della salute mentale sia spesso in conflitto con il contesto detentivo e, in particolare, con le priorità che esso stesso stabilisce, volte a subordinare il diritto alla salute alle questioni di ordine e di sicurezza interna. Le strutture detentive divengono, in molti casi, ambienti punitivi, all'interno dei quali le persone vedono un peggioramento del proprio disagio psichico, che spesso sfocia in atti autolesionistici e suicidi, il cui tasso di incidenza è in continua crescita dall'avvento della pandemia.

Nella tutela del diritto alla salute delle persone detenute, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha adottato la definizione proposta dall'OMS, che definisce la salute come «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale; e non soltanto assenza di malattie o infermità». In particolare, la salute viene garantita attraverso la compatibilità delle condizioni di detenzione rispetto all'articolo 3 CEDU, che sancisce il divieto di tortura e pene o trattamenti inumani o

degradanti. Secondo quanto dichiarato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, deve considerarsi inumano un trattamento premeditato e perpetrato nel tempo che causa lesioni corporali o sofferenze intense sotto il profilo fisico e mentale; si considera degradante, invece, il trattamento che genera nella vittima un senso di paura, angoscia e inferiorità tali da umiliarla e piegarne la resistenza fisica o morale, inducendola ad agire contro la sua volontà o coscienza; la tortura, infine, è una forma aggravata di trattamento inumano o degradante che richiede la verifica dello scopo perseguito attraverso la tortura stessa.

La Corte europea si è inoltre espressa circa gli obblighi gravanti sullo Stato in tema di trattamento dei detenuti: le condizioni di detenzione devono essere compatibili con il rispetto della dignità umana; le modalità di esecuzione della misura non devono sottoporre il detenuto a sofferenze e angoscia di intensità tale da eccedere l'inevitabile livello di sofferenza insito nella detenzione; la sua salute e il suo benessere devono essere adeguatamente assicurati tramite la necessaria assistenza medica.

Per determinare le condotte che violano quanto sancito dall'art. 3 CEDU, è necessario che venga dimostrato il raggiungimento di una soglia minima di gravità, la cui verifica è, per natura, relativa, in quanto dipende da una serie di circostanze, quali la durata del trattamento, le sue conseguenze fisiche o mentali, l'esistenza di un particolare clima di tensione tale da condizionare l'operato delle autorità, la natura particolarmente violenta degli atti, il carattere sistematico dei trattamenti inflitti, il lasso di tempo in cui la vittima venga condotta in strutture sanitarie adeguate, la particolare vulnerabilità della persona e l'arbitrarietà della condotta lesiva. Oltre all'individuazione della soglia minima di gravità, un altro aspetto rilevante per l'accertamento delle violazioni dell'art. 3 CEDU si riferisce al criterio che viene adottato per la valutazione delle condotte lesive, le quali, per essere considerate tali, richiedono la «prova oltre ogni ragionevole dubbio», ovvero la coesistenza di elementi sufficientemente validi, chiari e concordanti, la cui dimostrazione grava sulla parte lesa. All'interno degli istituti penitenziari, tuttavia, l'eventuale deterioramento delle condizioni sanitarie del detenuto non comporta automaticamente la responsabilità dello Stato, nonostante la precarietà delle condizioni igienico-sanitarie delle carceri, l'alto rischio di diffusione di

malattie infettive, l'esiguità dello spazio personale a disposizione del detenuto, l'insufficiente accesso all'aria e alla luce naturali siano considerate, di per sé, condizione idonee ad integrare una violazione dell'articolo 3 CEDU. In più occasioni, infatti, i Giudici di Strasburgo hanno ribadito come l'inosservanza del divieto di pene o trattamenti degradanti sia perseguibile solo a fronte del mancato apprestamento di cure mediche adeguate e tempestive; ciò a riprova del fatto che la tutela e la promozione della salute, all'interno delle mura carcerarie, si limitino al miglioramento delle condizioni sanitarie, obiettivo che peraltro non risulta raggiunto, soprattutto a fronte di quanto finora riportato, con particolare riferimento alla gestione della situazione pandemica.

3.2 PROPOSTE OPERATIVE E SVILUPPI FUTURI

La Carta Costituzionale dei diversi Stati moderni sancisce il diritto delle persone private della libertà personale ad accedere a un'assistenza sanitaria adeguata. Secondo le European Prison Rules (1987), i servizi medici dei centri di reclusione dovrebbero essere organizzati in stretta relazione con l'amministrazione sanitaria della nazione nell'ottica di garantire l'equivalenza delle cure anche ai detenuti. Tale principio prevede l'adempimento di alcuni standard volti alla promozione della salute mentale, alla qualità dei trattamenti, all'accesso a una gamma completa di servizi e alla prevenzione del suicidio. I sistemi penitenziari, tuttavia, hanno dimostrato in più occasioni la propria incapacità di assicurare adeguati interventi socio-sanitari, con conseguenti alti tassi di comorbidità psichiatrica, di morbilità e di mortalità tra la popolazione detenuta (Leonard, 2004; Kaftarian, et al., 2019; Willmott, 1997). Spesso, infatti, l'enfasi sulla sicurezza posta dai regimi altamente restrittivi dell'istituzione carceraria ha limitato l'attenzione alla pratica medica.

L'introduzione di sistemi di telecomunicazione sempre più sofisticati sembra offrire l'opportunità di sopperire alle disuguaglianze strutturali e spaziali nell'accesso all'assistenza sanitaria, consentendo la diffusione di nuove modalità di erogazione dei servizi di cura (Rigby, et al. 2001; Norris, 2002). La telemedicina può infatti rappresentare una soluzione ad alcuni dei problemi che

caratterizzano i moderni sistemi sanitari, favorendo l'accesso equo a prestazioni mediche e la qualità di un ampio spettro di servizi per una popolazione difficile da raggiungere con i mezzi convenzionali (Lehoux, et al., 2002). Essa prevede l'utilizzo di dispositivi tecnologici dell'informazione e della comunicazione che consentono a medico e paziente di interagire a distanza mediante software di teleconferenza, facilitando la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio di differenti quadri clinici (Hill, et al., 2010). La telemedicina trae le sue origini dal campo psichiatrico, con un suo uso iniziale a partire dal 1959 presso il Nebraska Psychiatric Institute, all'interno del quale i medici iniziarono a usufruire della televisione interattiva bidirezionale al fine di trasmettere esami neurologici, consultazioni di casi psichiatrici difficili, seminari di ricerca e formazione agli studenti di medicina dell'Università del Nebraska College of Medicine (Benschoter, et al., 1967; Wittson, et al., 1972; Hyler, et al., 2002).

È stato dimostrato come, nei contesti penitenziari, l'implementazione dei programmi di telemedicina durante la fase pandemica abbia avuto risvolti positivi nell'esperienza dei detenuti, migliorando non solo l'accessibilità e la qualità dell'assistenza sanitaria, ma anche l'efficacia del servizio in termini di soddisfazione, alla luce del fatto che le persone si mostravano più inclini a creare un'alleanza terapeutica con professionisti esterni, svincolati dalle pressioni della cultura autoritaria del carcere. (Zaylor, et al., 2001; Kaftarian, et al., 2019; Khairat, et al., 2021). L'istituzione di un servizio di telepsichiatria all'interno dei centri di reclusione, in particolare, produrrebbe una serie di benefici, tra cui interventi efficaci e tempestivi di assistenza psichiatrica, migliore follow-up e valutazione della minaccia suicidaria, sulla base della quale possono essere stipulati contratti di sicurezza del paziente per la prevenzione dei casi di autolesionismo (Leonard, 2004; Jong, 2004). Verrebbe inoltre garantita la qualità e la continuità delle cure, superando alcuni degli ostacoli che si interpongono tra i servizi di salute mentale e la popolazione incarcerata, quali la distanza geografica, gli alti costi dei trattamenti, le difficoltà di trasporto e i limiti di tempo (Singh, et al., 2007; Mohr, 2009). L'investimento nello sviluppo di progetti di telemedicina all'interno delle strutture di pena produrrebbe una riduzione dei costi di fornitura di servizi psico-sanitari di circa il 40-70%; conducendo, inoltre, a una maggiore sicurezza

pubblica, in virtù del fatto che una popolazione detenuta più sana ha elevate probabilità di comportarsi in modo conforme alle norme del carcere e della società in generale, diminuendo anche il rischio di trasmissione di malattie. (Spaulding, et al., 2010; Doolittle, et al., 2011; Human Rights Watch, 2009). Nonostante i potenziali benefici e la maturità tecnica delle molteplici applicazioni della telemedicina nei centri detentivi, un'indagine condotta tra i penitenziari di 28 Stati europei ha registrato uno scarso utilizzo di tale modalità di erogazione delle cure (11 Paesi su 28), evidenziando, inoltre, l'esistenza di pochi progetti, attivati su piccola scala e non integrati nella routine del sistema sanitario nazionale. Secondo tale studio, le politiche europee erano dirette alla promozione e alla regolamentazione dei servizi di telemedicina designati per servire la popolazione generale, piuttosto che nel loro uso all'interno delle carceri (Gualano, et al., 2017). Le barriere più comuni osservate dai ricercatori rispetto all'implementazione della telemedicina negli istituti penitenziari riguardavano i costi della tecnologia, la resistenza del personale medico e le difficoltà di coordinamento tra i servizi, tutto ciò a discapito della salute dell'intera collettività.

CONCLUSIONE:

Il momento di ingresso all'interno delle strutture di detenzione rappresenta un evento traumatico che segna la rottura dei rapporti con il mondo esterno. L'individuo, consapevole della perdita della propria libertà, è chiamato a interiorizzare quell'insieme di norme che andranno a governare ogni aspetto della sua nuova vita, ma che spesso possono comportare un annichilimento della personalità e dei valori che la persona aveva prima della sua incarcerazione (Centonze, 2021). La precarietà delle relazioni affettive, la rigidità dell'ambiente carcerario, la carenza di supporti psico-sociali e l'esiguità di progetti riabilitativi privano la popolazione detenuta di quegli strumenti necessari per adattarsi e reagire al contesto penitenziario, determinando una sofferenza che il più delle volte rimane invisibile e confinata tra le mura della prigione.

I centri di reclusione, con il loro regime e le loro condizioni strutturali, rappresentano in certi casi un ambiente di privazione, incapace di porsi come

garante dei diritti e dei bisogni fondamentali delle persone in esso ristrette. Da ciò emerge, infatti, che la marginalità dell'istituzione penitenziaria e il carattere afflittivo della pena configurano il carcere come luogo di sottrazione del reo dallo spazio sociale, con il rischio, però, che il primato della punizione subordini altre priorità definite giuridicamente.

La promozione della salute all'interno delle strutture di pena è una questione di pubblico interesse, in quanto il carcere, mediante programmi di giustizia riparativa, può divenire strumento di riparazione del conflitto che si è generato con l'infrazione della norma, in un'ottica di responsabilità condivisa e di prevenzione sia della recidiva sia di fenomeni di esclusione sociale rispetto agli autori di reato. Sostenere il benessere psico-fisico dei detenuti rappresenta, infatti, un dovere civile, poiché la perdita della libertà personale non equivale alla rinuncia di quei diritti fondamentali dell'uomo su cui si fondano le moderne carte costituzionali.

BIBLIOGRAFIA:

Allegrì, Antonelli, et al. "OLTRE IL VIRUS." *XVII Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione* (2021).

Allegrì, Antonucci, et al. "IL CARCERE AL TEMPO DEL CORONAVIRUS." *XVI Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione* (2020).

Altibi, Ahmed M., et al. "Characteristics and comparative clinical outcomes of prisoner versus non-prisoner populations hospitalized with COVID-19." *Scientific reports* 11.1 (2021): 1-9.

Altopiedi, Ronco. "Insalubri. La salute incarcerata". *XV Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione* (2019).

Austin, James, et al. "The use of incarceration in the United States." *Critical Criminology* 10.1 (2001): 17-41.

Bourgeois, Philippe. "Sofferenza e vulnerabilità socialmente strutturate. Tossicodipendenti senz'atto negli Stati Uniti." *Antropologia (Rome, Italy)* 2008.9-10 (2008): 113.

Carvalho, Sérgio Garófalo de, Andreia Beatriz Silva dos Santos, and Ivete Maria Santos. "A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento." *Ciencia & saude coletiva* 25 (2020): 3493-3502.

Cecchini, Francesco. "La tutela del diritto alla salute in carcere nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo." *La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR* (2017).

Centonze. "Salute mentale in carcere, o della solitudine". *XVII Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione* (2021).

Chaimowitz, Gary Andrew, et al. "Stigmatization of psychiatric and justice-involved populations during the COVID-19 pandemic." *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 106 (2021): 110150.

Coman, Claudiu, et al. "THE ROLE OF ONLINE MEDIA CHANNELS IN PORTRAYING THE EFFECTS OF THE COVID-19 PANDEMIC ON VULNERABLE GROUPS." *Economic and Social Development: Book of Proceedings* (2021): 77-86.

Elbek, Osman. "COVID-19 pandemic threatening prison population." *Turkish Thoracic Journal* 21.6 (2020): 433.

Esposito, Massimiliano, et al. "The Risk of COVID-19 Infection in Prisons and Prevention Strategies: A Systematic Review and a New Strategic Protocol of Prevention." *Healthcare*. Vol. 10. No. 2. MDPI, 2022.

De Viggiani, Nick. "Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health." *Sociology of health & illness* 29.1 (2007): 115-135.

Deslich, Stacie, et al. "Telepsychiatry in the 21st century: transforming healthcare with technology." *Perspectives in Health Information Management/AHIMA, American Health Information Management Association* 10.Summer (2013).

Gualano, Maria R., et al. "Use of telemedicine in the European penitentiaries: current scenario and best practices." *The European Journal of Public Health* 27.1 (2017): 30-35.

Hamedl, Monina. "Monitoraggio della violenza nelle carceri - Un manuale per i meccanismi nazionali di prevenzione." *Ludwig Boltzmann Institute of Fundamental and Human Rights* (2021).

Ismail, Nasrul, et al. "COVID-19 vaccine for people who live and work in prisons worldwide: A scoping review." *medRxiv* (2022).

Jacobsen, Alan P., et al. "Care for incarcerated patients hospitalized with COVID-19." *Journal of general internal medicine* 36.7 (2021): 2094-2099.

Kaftarian, Edward. "Lessons learned in prison and jail-based telepsychiatry." *Current Psychiatry Reports* 21.3 (2019): 1-7.

Kim, Hannah, et al. "The health impacts of the COVID-19 pandemic on adults who experience imprisonment globally: A mixed methods systematic review." *Plos one* 17.5 (2022): e0268866.

Kinner, Stuart A., et al. "Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19." *The Lancet. Public Health* 5.4 (2020): e188.

LeMasters, Katherine, et al. "Carceral epidemiology: mass incarceration and structural racism during the COVID-19 pandemic." *The Lancet Public Health* 7.3 (2022): e287-e290.

Leonard, S. "The development and evaluation of a telepsychiatry service for prisoners." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11.4 (2004): 461-468.

Morrone. "Salute e Carcere. L'impatto della pandemia sul malato carcere." *XVII Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione* (2021).

Parlapani, Eleni, et al. "A review on the COVID-19-related psychological impact on older adults: vulnerable or not?." *Aging Clinical and Experimental Research* 33.6 (2021): 1729-1743.

Pedrosa, Ana Luisa, et al. "Emotional, behavioral, and psychological impact of the COVID-19 pandemic." *Frontiers in psychology* (2020): 2635.

Ronco, Sbraccia, Verdolini. "La Violenza Penale: Conflitti, abusi e resistenze nello spazio penitenziario." *ANTIGONE EDIZIONI* (2021).

Shepherd, Andrew, et al. "Equivalence, Justice, Injustice—Health and Social Care Decision Making in Relation to Prison Populations." *Frontiers in sociology* (2021): 144.

Sher, Leo. "The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates." *QJM: An International Journal of Medicine* 113.10 (2020): 707-712.

Sorge, Antonia, et al. "“Fear can hold you, hope can set you free”. Analysis of Italian prisoner narrative experience of the COVID-19 pandemic." *International Journal of Prisoner Health* (2021).

Stephenson, Thomas, et al. "Time out of cell and time in purposeful activity and adverse mental health outcomes amongst people in prison: a literature review." *International Journal of Prisoner Health* (2021).