



# *Riforma della sanità penitenziaria*

**Evoluzione della tutela della salute in carcere**

***Formazione***

***Ricerca***

***Valutazione***

***Innovazione***

*Ministero della Giustizia*  
Dipartimento dell'Amministrazione  
Penitenziaria



# **Quaderni ISSP**

**Numero 11**

## ***Riforma della sanità penitenziaria***

**Evoluzione della tutela della salute in carcere**

**Istituto Superiore di Studi Penitenziari**

Dicembre 2012

Il contenuto del presente volume é consultabile e scaricabile alla pagina internet  
<http://issp.bibliotechedap.it/quaderni.aspx>

## **INDICE**

<i>Massimo DE PASCALIS</i> “Presentazione” .....	5
1. <i>Carmelo CANTONE</i> “La riforma della sanità penitenziaria: Problemi e percorsi possibili” .....	7
2. <i>Fabio GUI</i> “Il Forum nazionale per il diritto alla salute delle persone private della libertà personale” .....	35
3. <i>Francesca ACERRA</i> “Problematiche relative alla gestione dei soggetti sottoposti alle misure di sicurezza detentive” .....	43
4. <i>Antonietta DE ANGELIS</i> “Il disagio mentale in ambiente penitenziario: strategie e competenze della polizia penitenziaria” .....	59
5. <i>Febea FIORI</i> “I minorati psichici nel sistema penitenziario italiano, profili di gestione e compatibilità con l’esecuzione penale” .....	75
6. <i>Stefania GRANO</i> “Prospettive future degli OPG e gestione degli internati tra cura e detenzione: il ruolo della polizia penitenziaria” .....	95
7. <i>Domenico MONTAURO</i> “Studio comparativo sugli effetti della organizzazione/gestione dopo la riforma sanitaria” .....	109
8. <i>Grazia SALERNO</i> “Il ruolo della Polizia Penitenziaria nella gestione del detenuto affetto da disturbi mentali.” .....	123
9. <i>Maria Luisa TATTOLI</i> “Il diritto alla salute del detenuto: interazione e collaborazione tra l’Ordinamento sanitario e l’Ordinamento penitenziario.” .....	139
10. <i>Domenico SCHIATTONE</i> “Postfazione” .....	153
Ringraziamenti .....	159



---

## ***Presentazione***

*a cura di Massimo De Pascalis – Direttore dell'Istituto Superiore di Studi Penitenziari*

### **UNA RIFORMA IN CERCA DI SE STESSA**

Il Tema trattato con questa nuova pubblicazione, seppure riguarda una Riforma oramai datata, è ancora attualissimo per una doppia ragione. La prima, perché, a distanza di cinque anni esatti dal D.P.C.M. 1 aprile 2008, è ancora una Riforma incompiuta e, la seconda, perché oggi il Sistema giudiziario e penitenziario italiano stanno per essere attraversati da una nuova, epocale riforma che con la legge... ci porterà al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Entrambe hanno in comune la tutela della salute quale diritto fondamentale della persona, riconoscendone la prevalenza su ogni altro interesse pubblico e, quindi, anche nell'ambito dell'esecuzione penale. Per tale ragione, nel 2008, il legislatore, pur non modificando il fondamento di quel diritto, avendolo riconosciuto come tale già con lo stesso Ordinamento penitenziario, ha fatto una scelta dirompente rispetto all'organizzazione sanitaria precedente, posta alle dipendenze dell'Amministrazione penitenziaria, con l'obiettivo di restituire piena autonomia all'esercizio della professione sanitaria troppo spesso chiamata a confrontarsi e ad agire in una dimensione organizzativa in cui entrano in gioco altri interessi pubblici. Tale scelta, frutto di un lungo e controverso percorso iniziato con il d.lgs. 230/99, ha liberato il campo da ogni possibile distorsione di quel diritto fondamentale, ribadendo la supremazia della tutela della salute anche quando debba essere assicurata in carcere. Dunque, una scelta radicale che ribaltava il sistema precedente mettendo l'organizzazione penitenziaria al servizio funzionale delle finalità di tutela della salute della persona, curato dal Sistema sanitario pubblico. Un'affermazione di principio ben chiara ma, considerato il tempo trascorso, di non facile e, soprattutto, rapida realizzabilità. Entrambi i Sistemi, nonostante il lunghissimo iter delle procedure, accompagnato da numerosi Convegni, non erano ancora pronti ad accogliere un cambiamento così risolutivo rispetto alle prassi che nel corso degli anni si erano consolidate nell'operare quotidiano. Da una parte un'Amministrazione, quella penitenziaria, orientata prevalentemente a gestire ogni fatto, atto, evento o bisogno riconducendolo alle esigenze di sicurezza, dall'altra un'Amministrazione, quella sanitaria, inconsapevole del cambiamento che da quella scelta ne avrebbe dovuto conseguire, sia a livello organizzativo che di gestione. La repentinità della scelta fatta alla conclusione anticipata della legi-

---

slatura, ha trovato gli Attori ancora impreparati ad esercitare le rispettive funzioni che richiedono, innanzitutto, di sapersi mettere funzionalmente e reciprocamente al servizio l'uno dell'altro con l'obiettivo condiviso, senza alcun condizionamento, di garantire l'esercizio del diritto fondamentale della persona di tutela della salute. A dire il vero, le maggiori difficoltà sono conseguite dall'inconsapevolezza del Sistema sanitario pubblico che, anziché rafforzare le strutture esterne per rispondere ai bisogni di assistenza sanitaria specialistica, si è invece orientato a confermare il modello organizzativo già esistente, pur tentando in alcuni casi di migliorarlo. Insomma, il modello guida di molte ASL è stato di continuare a garantire all'interno degli Istituti la tutela della salute, generica e specialistica, ricorrendo alle strutture esterne solo in casi straordinari, peraltro rinviando alle esigenze di sicurezza su cui l'Amministrazione penitenziaria ha mantenuto immutata la sua funzione. Come dire, pur cambiando la titolarità e la conseguente responsabilità del relativo processo di assistenza e di cura della salute, la quotidianità penitenziaria continua a muoversi lungo il percorso già tracciato precedentemente dalla prassi.

Ancora una volta, così com'è accaduto con l'introduzione dell'Ordinamento penitenziario, la Riforma tarda ad avere piena ed incondizionata applicazione, quando organizzazione, istituzione dei servizi e gestione degli stessi abbiano come unico punto di riferimento il diritto di tutela della salute. Tale diritto deve essere riconosciuto conciliabile e non contraddittorio con le esigenze di sicurezza.

Dopo cinque anni dal decreto di organizzazione, i due Sistemi stanno ancora cercando un equilibrio che metta al riparo la Riforma da ipotesi di nuovi cambiamenti che potrebbero vanificare la strada comunque percorsa, opportunamente consolidata dalla nuova e illuminata Riforma introdotta con legge n. 9 del 17 febbraio 2012 di conversione del D.L. n.211 del 22 dicembre 2011. Tuttavia, tale ultima riforma, che ha lo stesso comune denominatore della prima nel diritto di tutela della salute, ancora una volta, per inconsapevolezza del Sistema sanitario nazionale e regionale, in questi giorni è stata prorogata di un anno con decisione del Consiglio dei Ministri.

E' in questa dimensione, di irragionevole incertezza, che si possono collocare gli autorevoli interventi del dr. Carmelo Cantone, del dr. Fabio Gui e di alcuni dei Funzionari di Polizia Penitenziaria che hanno partecipato al 2<sup>a</sup> Corso di formazione RDO. A tutti loro un ringraziamento particolare per aver saputo testimoniare la supremazia della tutela della salute su ogni altro interesse pubblico.

---

## ***La riforma della sanità penitenziaria: Problemi e percorsi possibili***

*a cura di Carmelo Cantone - Provveditore regionale della Toscana*

### **IL DETENUTO, LA MALATTIA, IL CARCERE**

Il carcere evoca molte zone “di frontiera”, già in sé costituisce zona di frontiera, ma la vicenda della cura della salute in carcere, e del rapporto tra carcere e malattia, è oggi probabilmente il problema in assoluto emergente e più delicato nel dibattito sull’istituzione penitenziaria.

In questi ultimi anni si è sempre più sviluppata una discussione sul carcere dei diritti, quale modello più avanzato rispetto ad un carcere della “premiabilità”.

Si è così concentrata l’attenzione sull’emersione e sulla consistenza di diritti essenziali della persona che il cittadino detenuto mantiene intatti durante la detenzione, o che comunque possono subire minimi affievolimenti.

Non poteva a questo punto non essere sempre più centrale il tema della salute in carcere se è vero come è vero, che anche nella società civile libera si afferma sempre di più il bisogno di acquisire il miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria nelle sue varie forme e quindi, si aspira a migliorare la corretta dislocazione dei servizi sul territorio, ad incrementare la qualità dell’intervento diagnostico e di cura e a far evolvere il rapporto fiduciario medico-paziente.

Tutti questi elementi, ed altro ancora vengono restituiti intatti quando si tratta della gestione dell’assistenza sanitaria nei luoghi di detenzione.

Si aggiungono una serie di variabili fondamentali.

#### *La condizione*

Il detenuto è una persona costretta a vivere, per un periodo della sua vita, in un ambiente di comunità collettiva chiusa; una parte non indifferente delle sue necessità quotidiane passa attraverso il filtro, obbligato e condizionato, degli operatori penitenziari di vario profilo, in particolare della Polizia Penitenziaria.

Obblighi e condizioni inevitabilmente contribuiscono a “conformare” la vita delle persone in modo particolare e diverso rispetto alle persone libere.



---

## *I luoghi*

Il luogo carcere (che molti si ostinano a qualificare come “non-luogo”, e quindi privo di una sua forza identitaria) con il richiamo alla sua consistenza fisica inserisce diversi elementi di riflessione. Per quanto felicemente provocatoria è ancora oggi efficace l’immagine di Gonin<sup>1</sup> quando paragona il carcere nei suoi percorsi ad un enorme tubo digerente che ingloba le persone.

Nei suoi spazi, storicamente, il luogo carcere marca una serie di problemi importanti: il frequente divario tra l’ampiezza e il vuoto degli spazi di transito (atrii, corridoi) e gli ambienti dove vive il detenuto per una buona parte della giornata. Nel caso dei vecchi istituti questa cattiva gestione degli spazi è conseguente alla funzione che la pena detentiva ha svolto nel nostro paese dall’unità d’Italia in poi; nel caso di alcuni nuovi complessi è conseguente a scelte sbagliate ed alla mancanza di una “cultura” penitenziaria soprattutto nelle progettazioni immediatamente successive ai cc.dd. “anni di piombo”, quando le istanze securitarie non sono state armonizzate con un ragionamento calibrato su quello che l’istituzione penitenziaria si è sforzata di essere negli ultimi decenni<sup>2</sup>.

La “fisicità” del luogo (porte, cancelli, finestre, sbarre, corridoi, cortili, docce, cucine, sale colloqui) è connessa ad una serie di trasformazioni e di adattamenti che insistono sul corpo del detenuto, sui suoi sensi già dai primi momenti di detenzione: senso di vertigine, anestesia dell’olfatto, limitazione dello sguardo, riduzione della vista<sup>3</sup>

## *Le relazioni*

La relazione che si crea tra detenuti e tra detenuti e operatori necessita di un’analisi dedicata. Più che in qualsiasi altra comunità collettiva emerge il dato della costrizione, o meglio dell’essere costretti a relazionarsi con altre persone con cui non si confidava di trascorrere le proprie giornate. Chi è detenuto non ha scelto i compagni di stanza, e non considera un privilegio aver conosciuto direttori penitenziari, poliziotti penitenziari ed educatori.

La salute delle persone passa ovviamente anche attraverso tutte queste relazioni che incidono per mezzo dei picchi di conflittualità, delle frustrazioni, dell’incapacità di dialogare delle parti, della problematicità dello sviluppo di una buona relazione di aiuto a chi quell’aiuto chiede o di cui comunque ha bisogno.

---

<sup>1</sup> D. Gonin, *Il Corpo incarcerato*, Torino 1994

<sup>2</sup> *Ultima aggiornata riflessione su questo tema in “Il corpo e lo spazio della pena”; a cura di Anastasia S., Corleone F., Zevi L., Roma 2011*

<sup>3</sup> V. Gonin *cit.*, ma anche Gallo R., Ruggiero V., *Il carcere immateriale*, Torino 1989

### *Vivere in carcere, curare una malattia in carcere*

I piani di riflessione in realtà non sono così netti. Nella vita libera si tende a definire un confine convenzionale tra salute e malattia, in quanto la malattia viene definita come deviazione dalla norma, un deficit rispetto ad una complessiva efficienza dell'organizzazione. La normatività di queste efficienze viene misurata attraverso una serie di parametri frutto anch'essi in parte di convenzioni: sopravvivenza, adattabilità, funzionalità ecc..

La malattia è stata definita “ uno stato di diminuita efficienza ancora compatibile con la vita”<sup>4</sup>.

Si stabilisce pertanto che parlare di salute e malattia comporta l'interazione di quei parametri: rispetto ad una complessiva situazione fisiologica e psichica si ritiene di essere nella “normalità”, ciò che è fuori viene definito come patologia.

Può funzionare questa architettura convenzionale in carcere? No, prima di tutto perché tutti gli elementi connotanti del carcere, come abbiamo prima accennato, mettono in discussione la presunta normalità del vivere in libertà. Corpo e mente sono chiamati sin dal primo momento a continue sollecitazioni emergenziali, fattori di stress: angosce, paure, limitazioni nell'agire e la conseguente adattabilità del proprio corpo ad un ambiente con il quale armonizzarsi. Scommessa difficile da vincere.

Fin qui una qualsiasi rappresentazione del trauma dei primi momenti e dei primi giorni di vita in carcere. Ma mesi ed anni di detenzione possono poi permettere di distinguere con pienezza il rapporto salute/malattia?

Basti pensare all'incidenza che ha nella sanità in carcere l'esame e la cura delle patologie psicosomatiche e a come più avanza il grado di conoscenza e la qualità della ricerca scientifica, più il carcere si afferma come il regno delle psico-somatosi.

Se salta il rapporto convenzionale salute/malattia vuol dire che per il sistema sanitario che vigila questo ambito si pone, innanzitutto, la necessità di studiare la reazione ai fattori perturbanti che si creano con l'insorgere della malattia in ambito penitenziario, poiché tali reazioni spesso non sono così standardizzate nei singoli processi morbosi.

Ma c'è di più.

Quello che Foucault definiva “lo strano carattere dello sguardo medico”<sup>5</sup> viene sovvertito dalla presenza ingombrante del contesto carcere nella relazione che esiste tra medico e paziente detenuto.

Il medico affronta il caso in una situazione spazio-temporale che, se si

---

<sup>4</sup> Voce Salute/malattia di Giorgio Prodi, in *Enciclopedia Einaudi*, Torino 1981

<sup>5</sup> Foucault M., *Nascita della clinica*, p. 22, Torino 1975

---

vuole, in modo artificioso viene dopo l'ambiente in cui normalmente vive una persona ed in quell'ambiente la persona "dopo" tornerà. La stessa eventuale ospedalizzazione costituisce un'interruzione tra un prima e un dopo, dove il medico celebra il rito della malattia da curare. Ma se già lo stesso ospedale è un "luogo artificiale in cui la malattia trapiantata rischia di perdere il suo volto essenziale"<sup>6</sup>, immaginiamo quante variabili aggiunge il carcere per spezzare quest'artificio. Perché si deve convenire con Foucault che il luogo naturale della malattia è il luogo naturale della vita-la famiglia. "Dolcezza delle cure spontanee, testimonianza di affetto, desiderio comune di guarigione, tutto concorre ad aiutare la natura che lotta contro il male e a far giungere il male stesso alla sua verità"<sup>7</sup>.

Quando il medico visita il paziente detenuto il contesto carcere non si ferma "prima" e non riprende "dopo", e sarà per primo il paziente a portare con sé questa "dote" nel dialogo con il medico.

Questo può aiutarci a capire maggiormente come ad una medicina che studia le specie patologiche, in carcere si deve affiancare una medicina dello spazio sociale perché mai come in questo contesto è necessario capire alcuni aspetti:

- E' necessaria una lettura di tutti i fattori ambientali quali il sovraffollamento, la carenza di risorse, le già richiamate relazioni tra soggetti.
- Le caratteristiche specifiche di quel contesto: un carcere con la maggioranza di detenuti appartenenti a quel territorio va letto in modo diverso rispetto ad un istituto con una maggioranza di detenuti stranieri, così come il clima in una casa di reclusione rispetto al classico istituto "giudiziario" cittadino sarà comunque diverso.

Coltivare una medicina dello spazio sociale significa anche fare i conti con una realtà dove molte volte il sintomo è già di per sé la malattia, con conseguenze immediate e ben conosciute da chi lavora nei reparti detentivi. In un carcere un mal di denti, una colica, un'emicrania per il detenuto diventano *il* mal di denti, *la* colica, *l'*emicrania, perché c'è un cancello, una porta e poi uno o più operatori che devono consentire l'attuazione della visita medica ( si pensi soprattutto alle ore notturne). Qui è chiaro che la differenza sostanziale sta nella mancanza di autonomia, ma aggiungerei anche come criticità la sensazione che il sanitario è fisicamente vicino ma potenzialmente lontano da lui (ci sono mille detenuti con un solo medico... se è già impegnato con altri?).

Non si può comprendere appieno la delicatezza della gestione della sanità

---

<sup>6</sup> V. Foucault, *Nascita della clinica*, cit., p. 30

<sup>7</sup> Foucault, cit., p. 31

in carcere se non si tiene altresì conto di come possono incidere le conflittualità nel rapporto tra paziente-detenuto e operatore. Innanzitutto perché il paziente-detenuto viene qualificato prima come detenuto; a volte il contatto con i medici non giustifica e non fa emergere uno status di paziente, ma non per questo diventa meno importante la creazione di una relazione tra medico e detenuto, proprio perché una medicina dello spazio sociale deve sempre parlare un linguaggio accogliente, autorevole. Che altro può essere altrimenti lo spettro di azioni di tutto ciò che chiamiamo medicina preventiva?

Ma la conflittualità emerge soprattutto quando si attuano o si temono pratiche simulative da parte del detenuto; la diffidenza e le preoccupazioni del medico che deve fronteggiare questo rischio in questi casi sono sempre comprensibilmente trasmesse ad altri operatori, che siano il poliziotto penitenziario o il Direttore, perché un'eventuale simulazione in carcere non deve, non può passare; comprometterebbe la legittimazione del medico, andrebbe a ledere il rapporto di fiducia che gli altri operatori mantengono con il medico.

Il tema della simulazione è di una drammaticità assoluta e non fa altro che avvilire la qualità dell'assistenza sanitaria. Diffidenza e preoccupazione possono spingere il medico ad adottare "tattiche" di attesa o di rinvio, anche attraverso ulteriori richieste di accertamenti specialistici, evitando di pervenire a diagnosi conclusive anche quando scienza e buon senso lo richiederebbero.

Le condizioni ambientali e umane, di cui cerchiamo di dare conto, ci dicono che all'interno degli istituti penitenziari l'obiettivo di una sanità efficace ed efficiente ha componenti parzialmente ma significativamente diverse da quelle in uso nella società libera. L'aver voluto sottolineare che parliamo non solo di pazienti, ma di pazienti-detenuti e soprattutto di detenuti sottolinea e non smentisce un percorso della sanità nel mondo libero: la centralità della persona. Una buona medicina dello spazio sociale non parla solo di patologie ma anche di prevenzione, di analisi del disagio nelle sue varie espressioni e di qualità delle relazioni. Nella mia prima esperienza di direzione di istituti penitenziari notavo come giornalmente c'era un numero giornaliero elevatissimo di detenuti richiedenti visita medica, un dato in proporzione molto più alto rispetto alle richieste di colloquio con altri operatori.

Accadeva che un modo intelligente e sensibile di affrontare quel tipo di utente, faceva del settore sanitario una dead-line efficace per far passare una serie di comunicazioni e di problemi importanti anche nella vita quotidiana del carcere.

Se in quel caso il settore sanitario svolge un ruolo suppletivo, o peggio

---

ancora sostitutivo, rispetto ad altri settori carenti o poco efficaci la sopracitata dead-line rischierà di crollare, ma se questo approccio accogliente si inserisce in un sistema complesso e ricco di relazioni interprofessionali quel modo di fare “buona sanità” diventa un modello di intervento.

### *Perché il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale?*

Quando parliamo della tutela della salute in carcere come zona di “frontiera” vogliamo sottolineare che tale zona va poi messa in relazione con tutte le altre criticità del carcere. Può bastare anche un’esperienza operativa di pochi mesi in istituto penitenziario, anche con diversi profili di responsabilità, per comprendere che trattando di salute si va dalla tutela dei diritti essenziali alla qualità della vita della persona, e da qui alla qualità della vita di tutta la comunità, se poi si lavora sull’analisi dei bisogni e sul contributo che il detenuto può dare al miglioramento dell’offerta assistenziale si arriva a toccare il grande tema della partecipazione attiva dell’utente alla valorizzazione dell’attività di tutti gli operatori e di tutte le professionalità. Queste prime considerazioni, anche se può apparire paradossale, hanno fatto parte negli ultimi decenni degli argomenti a sostegno delle due grandi ipotesi di intervento: totale separazione del servizio sanitario penitenziario da quello nazionale oppure riconduzione del primo nel grande alveo del secondo.

Chi negli scorsi decenni sosteneva la legittimità di un sistema sanitario penitenziario alle dipendenze dell’Amministrazione Penitenziaria voleva ribadire l’esistenza di una “specificità” della sanità penitenziaria che insisteva su diversi aspetti.

Innanzitutto sulla specificità professionale del medico penitenziario e sulla validità, pertanto, di una medicina penitenziaria che richiedeva studi di settore, un rapporto stretto con il mondo della ricerca criminologica ed in particolare della psicopatologia forense. Ma di più si è insistito su un’expertise del medico penitenziario che solo attraverso anni di lavoro all’interno del carcere può legittimarsi come interlocutore autorevole<sup>8</sup>.

Questo era l’impianto certificato in particolare dalla L. n. 740/1970 che, non a caso, era intitolata “Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell’Amministrazione Penitenziaria”, ed avvalorato da scelte che l’istituzione penitenziaria ha fatto negli anni ’90, con due passaggi che ritengo molto significativi.

Il primo è dato dalla circolare del DAP n. 3337-5787 del 7.2.1992 (costitu-

---

<sup>8</sup> A.M.A.P.I. e S.I.M.S.P.E, *le due più importanti associazioni di categorie dei medici penitenziari per anni hanno ragionato e difeso la specificità della medicina penitenziaria.*

zione e funzionamento delle aree) che nello sviluppo di una sorta di decalogo dell'area sanitaria disegna un servizio sanitario che sulla linea delle responsabilità guarda e riferisce direttamente al Direttore dell'istituto, ma meglio ancora all'istituzione penitenziaria quale suo datore di lavoro.

Non è casuale che in questa circolare, accanto al richiamo alle esigenze di tutela della salute della persona, si enfatizzino esigenze di carattere custodialistico<sup>9</sup>.

Il secondo dalla previsione nell'art. 6 della Legge 296/1993 della compatibilità degli incarichi nel settore sanitario penitenziario con tutti i rapporti professionali instaurati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Questa previsione era in controtendenza con la legislazione che si stava affermando in quel decennio sulla esclusività del rapporto professionale del medico o dell'infermiere con la struttura pubblica, ma la scelta era dettata, già in sede governativa con il decreto-legge c.d. "Conso" che prevedeva una serie di misure urgenti sulle carceri, dall'accoglimento delle istanze che venivano dalle associazioni di categoria e dalla preoccupazione che non creando quel regime in deroga, l'Amministrazione Penitenziaria avrebbe perso buona parte delle professionalità sanitarie che agivano al suo interno.

Non bisogna infatti sottacere che nei passati decenni ad eccezione del personale sanitario inquadrato all'interno del Comparto Ministeri (tecnici di radiologia, infermieri di ruolo), quasi tutto il restante personale sanitario collaborava con l'Amministrazione Penitenziaria ma aveva la sua attività professionale principale extra moenia.

D'altra parte se il legislatore, ancora all'art. 11 c. 10 L. n. 354/1975, affermava che l'Amministrazione Penitenziaria *può* avvalersi della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali, non si faceva altro che continuare a ribadire un modello di gestione separata della sanità penitenziaria. Un modello nel tempo difeso dai governi che si sono succeduti e dai vertici dell'Amministrazione Penitenziaria.

Ma nessuno poteva prescindere dal fatto che si trattava di una gestione ad iso-risorse e per questo con scarso appeal per la massa degli operatori del settore potenzialmente avvicinati al carcere. Né era di poco conto che alla debolezza inevitabile di una direzione sanitaria locale si cercasse di porre rimedio con una forte centralizzazione nazionale da parte dell'Amministrazione Penitenziaria con la creazione di modelli operativi e

---

<sup>9</sup> "Il massimo della attenzione, dello scrupolo e della aderenza alle esigenze e risultanze sanitarie, per evitare che il soggetto sia esposto a rischi per la sua salute, ma per evitare anche che la sua eventuale allegazione o simulazione di stati morbosi inesistenti o enfatizzati lo sottragga al regolare corso della giustizia o alla esecuzione di un provvedimento dell'Amministrazione Penitenziaria" Il rischio delle simulazioni viene evocato almeno in tre distinti momenti della circolare.

---

di direttive di carattere tecnico e amministrativo molto dettagliati.

La scelta, fortemente “politica”, di passare al SSN la competenza primaria sull’assistenza sanitaria in carcere con il d. lgs. n. 230/1999 interviene in un panorama critico e certamente con forti contraddizioni, poiché è vero che a macchia di leopardo in giro per l’Italia esistevano buone prassi di eccellenti responsabili sanitari, sostenuti dalle loro direzioni, che avevano agito bene, soprattutto nella misura in cui nel loro territorio erano presenti delle direzioni di ASL attente e referenziali, ma era altrettanto evidente l’accelerazione che tutte le emergenze penitenziarie davano alla necessità di definire un nuovo modello assistenziale che vedeva il suo centro di riferimento a livello di politica sanitaria oltre che nazionale, anche regionale e locale. Le nuove emergenze (stranieri, le patologie infettive, centuplicazione della presenza di tossicodipendenti, il disagio psichico, il sovraffollamento e altro ancora) e la crescita delle fonti di scambio carcere-territorio hanno evidenziato più che in altri luoghi l’impossibilità di far proseguire un modello penitenziario-centrico.

Tra il d. lgs. n. 230/1999 e il D.P.C.M. dell’1.4.2008 scorrono anni di confronto anche aspro tra chi non credeva nella transizione, soprattutto tra gli operatori penitenziari, e chi non è riuscito a far decollare i principi espressi dal d. lgs. n. 230.

A voler vedere il bicchiere mezzo pieno nell’ultimo decennio, si può sostenere che almeno il passaggio, realizzato dal gennaio del 2000, della competenza primaria del SSN nel settore delle tossicodipendenze, ha avviato un primo percorso importante di presa in carico dei percorsi della salute in carcere.

Questo passaggio era fondamentale, ma interveniva dopo che tra gli anni ’80 e gli anni ’90 le unità sanitarie locali avevano stipulato (non dappertutto in verità) gli accordi previsti prima dalle intese Stato-Regioni e poi dall’art. 96 c. 3 T.U. n. 309/1990. Ciò che si è evoluto nell’ultimo decennio è il completamento della presa in carico terapeutica, poiché il SERT viene chiamato anche alla gestione primaria della cura del paziente tossicodipendente<sup>10</sup>.

Altrettanto importante è stato il passaggio delle competenze nel campo della prevenzione (artt. 1-3 d. lgs. n. 230/1999), che in molte realtà era di fatto già acquisita dalle Unità Sanitarie Locali, nella misura in cui veniva attivamente interpretata la competenza “di stimolo” ex art. 11 pen. ed ultimo comma O.P.

Prevenzione, trattamento tossicodipendenze ed alla fine “trasferimento al

---

<sup>10</sup> *Non pochi problemi sono sorti nella definizione degli accordi locali sulla suddivisione dei compiti tra medici dell’istituto e medici delle tossicodipendenze.*

Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria” (art. 1 D.P.C.M. 1.4.2008). Alla fine la Legge n. 244 del 24.12.2007 (art. 2 c. 283) ed il citato D.P.C.M. hanno consegnato la macchina della sanità penitenziaria al SSN.

Era necessario questo passaggio? Sì, anche se, proseguendo nella metafora, non basta cambiare macchina e pilota per andare più veloce, se corri in un circuito a rischio.

Si è arrivati a questo passaggio quasi per sfinimento, un po’ anche per caso, se si tiene a mente lo scollamento che si è registrato, almeno nella prima fase, in buona parte delle regioni, tra il livello politico delle regioni ed il livello dei tecnici.

Il caso della Regione Lazio è esemplare per il disagio vissuto da ASL con deficit di bilancio macroscopici e commissariamenti che hanno coinvolto anche il livello dell’assessorato regionale.

A distanza di tre anni dal completo trasferimento del personale e delle risorse finanziarie permangono perplessità e scetticismi all’interno delle varie componenti del mondo penitenziario; c’è da chiedersi però quale deve essere il punto di partenza di un ragionamento serio sulla questione.

Proviamo in sintesi a raccogliere i principi costituzionali e quelli delle Regole Penitenziarie Europee<sup>11</sup>.

Se ne ricava il seguente quadro:

La salute è un diritto fondamentale di *ogni* individuo e di *tutta* la collettività, lo status di detenuto o internato non rileva a tal fine.

- I servizi medici offerti nel carcere devono essere integrati con quelli offerti nella società libera. Si richiede integrazione, compatibilità e nessuna discriminazione
- L’assistenza sanitaria al detenuto si differenzia solo nella misura in cui è necessaria una serie di adeguamenti per garantire l’eguaglianza di trattamento con il cittadino libero

Garantire questo impianto affidando la competenza primaria all’Amministrazione Penitenziaria sarebbe antistorico. Viviamo una fase nell’evoluzione del paese in cui le Amministrazioni Statali, anche con le loro articolazioni periferiche, si sganciano dalle attività di erogazione di servizi e dove il decentramento e la sussidiarietà alle funzioni pubbliche passano attraverso il filtro delle Regioni (v. la modifica all’art. 117 Cost., intervenuta con l’art. 3 L. Cost. 18.10.2001 n. 3).

---

<sup>11</sup> Art. 32 Cost., *Regole Penitenziarie Europee, Raccomandazione n. R (2006) 2 del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa, 11.1.2006, paragraf. 39-48*



---

Accade, in sostanza, che i principi a tutela, validi su tutto il territorio nazionale, devono essere poi tradotti nella concreta realtà del singolo territorio, attraverso il coordinamento regionale. Con questa realtà l'Amministrazione Penitenziaria dialoga e concerta ma non "governa" la politica sanitaria.

### *Noi e loro*

"Noi" siamo l'Amministrazione Penitenziaria in tutte le sue articolazioni, "loro" sono innanzitutto i nuovi responsabili della sanità in carcere.

Non vogliamo, di certo, creare un gioco di ruoli ma è necessario fermare l'attenzione sull'importanza che ha avuto, in questi ultimi tre anni e nel momento attuale, una serie di figure professionali sui due versanti.

Da coloro che avevano avanzato riserve negli anni passati sul trasferimento della sanità penitenziaria<sup>12</sup> era stato evocato il rischio di una conflittualità permanente tra i responsabili delle AA.SS.LL., che avrebbero espresso una nuova governance sanitaria e i referenti dell'Amministrazione Penitenziaria, soprattutto a livello periferico. Si sosteneva che sganciare la macchina sanitaria penitenziaria dal rapporto gerarchico con il direttore dell'istituto avrebbe messo in risalto le arretratezze che il sistema penitenziario scontava e dalle quali il settore sanitario avrebbe dovuto smarcarsi per rispondere agli standard prescritti dal SSN.

Contemporaneamente si sviluppavano le riserve sul riferimento alla sanità nazionale quale modello di intervento idoneo ad assorbire la questione dell'innalzamento della qualità della risposta sanitaria negli istituti di pena<sup>13</sup>.

L'analisi nel momento attuale, dopo un percorso di appena tre anni, deve, a mio avviso, tenere conto dei condizionamenti collegati alle suddette riserve, che sono espresse da "noi" e da "loro".

E' necessario innanzitutto tenere un punto ben preciso. Non si ha un approccio serio ed utile se si definiscono degli steccati con due enunciati opposti:

- La sanità penitenziaria doveva rimanere separata dal SSN perché in rapporto alle esperienze maturate ed alla capacità di mantenere costi più bassi rispetto alla sanità pubblica, si riusciva a garantire una dignitosa qualità dell'assistenza sanitaria.
- La tutela della salute del cittadino, in termini di offerta, non può subire distinzioni o discriminazioni. Il fatto stesso che la gestione della salute in carcere viene ricondotta alla singola Azienda Sanitaria Locale comporterà un aumento delle garanzie per il cittadino detenuto.

---

<sup>12</sup> V. Andreano R., *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri. Profili normativi e sociologici*, in [www.altrodiritto.unifi.it](http://www.altrodiritto.unifi.it)

<sup>13</sup> V. Andreano *cit.*, in particolare nella parte riservata a come gli operatori vedono la riforma.

Entrambe le enunciazioni contengono una parte di verità. E' vero che in termini di rapporto costi/risultati prodotti il servizio sanitario dell'Amministrazione Penitenziaria è stato più efficiente rispetto al Servizio Sanitario Nazionale, ma questo definisce un merito e nello stesso anche un limite: si adottano basse tariffe per i compensi dei consulenti specialisti, ci si avvale di personale "aggregato" (condiviso, come si diceva sopra, con altri servizi pubblici) e poi facendo i conti con le progressive riduzioni finanziarie negli anni ci si accorge che non è possibile migliorare le attrezzature in tutti gli istituti, non è possibile impostare seri programmi di formazione e diventa impossibile, proprio quando aumenta la qualità della domanda di assistenza sanitaria in carcere, aumentare la copertura dei servizi della medicina SIAS (o guardia medica che dir si voglia).

Un modello di intervento di questo tipo doveva essere superato poiché una inversione di rotta ed una crescita della qualità dei servizi erano possibili solo con la fusione con i servizi del territorio.

Il secondo enunciato parla di una sanità pubblica "accogliente" che si indirizza verso tutti i cittadini, liberi o detenuti, anche quando sono stranieri illegalmente presenti sul territorio italiano (cioè la maggioranza dei detenuti stranieri). Ma quando la sanità pubblica vive una fase storica di grande difficoltà quale è quella attuale, l'utente detenuto comincia ad interrogarsi su quali sono i fattori di cambiamento positivi.

In realtà credo che in questa fase si stia scontando il fatto che il cambio di governance sanitaria ha portato anche alla modificazione degli standard di riferimento per la valutazione dell'assistenza sanitaria in carcere. E', cioè, cambiato il modo di valutare l'organizzazione e la gestione; questo si ravvisa nelle procedure di diagnostica specialistica, ma anche nella predisposizione delle apparecchiature e degli ambienti di lavoro. Il panorama sta mutando e non è detto che in questo passaggio l'utente detenuto abbia già una percezione più positiva del servizio sanitario.

Se, quindi, questa lenta mutazione dal punto di vista tecnico va accettata e rispettata, la possibile conflittualità tra "noi" e "loro" si concentra sull'ipotetico contrasto tra due priorità. L'Amministrazione Penitenziaria, soprattutto attraverso i direttori degli istituti e l'area sicurezza guarda al detenuto, anche riconoscendolo come detenuto paziente, l'operatore sanitario incardinato nel SSN ha la priorità dell'approccio al paziente, e quindi alla sua salute.

Può accadere quotidianamente che le istanze securitarie entrino in contrasto con la cura della persona, né su questo l'impianto normativo della L. n. 354/1975 (art. 11 in part.) combinata con il regolamento di esecuzione (art. 17) può essere sufficiente a creare una sintesi delle due esigenze.

Credo che ci troviamo ad operare all'interno di una cornice dove, paradoss-

salmente, per garantire più sicurezza, ma anche più trattamento, è necessario aumentare la qualità e quantità dell'offerta sanitaria, e solo attraverso un continuo scambio di informazioni, anche con lo strumento dell'equipe integrata, si potrà avere una gestione del paziente attenta e puntuale.

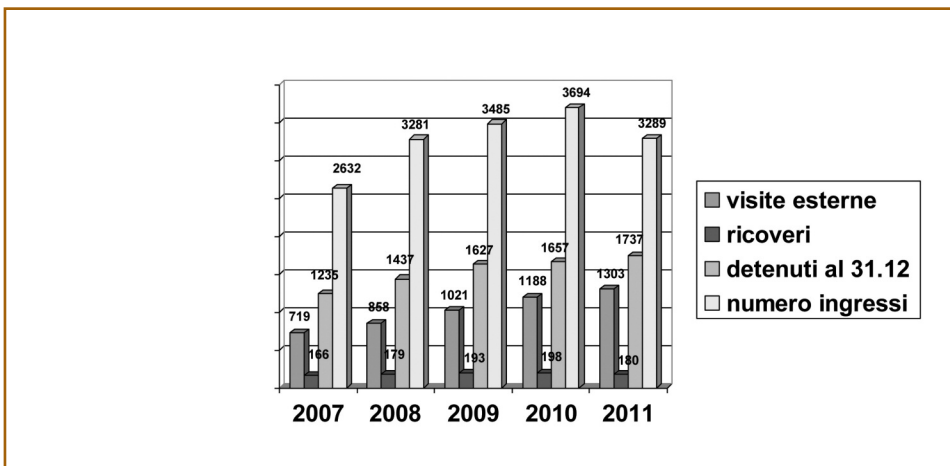
A volte nelle verifiche con il personale medico accade che il contrasto sul rapporto sicurezza/sanità richiama il rischio della perdita della vita o di menomazione permanente, quasi che solo tali rischi costituiscano il punto di sintesi che elimina ogni conflitto tra tutela della salute e sicurezza. Ma emerge con altissima frequenza l'esigenza da parte delle direzioni e dell'area sicurezza di "confutare" la bontà delle scelte mediche. Non è un caso che prima dell'avvio della riforma venivano manifestate preoccupazioni dal versante penitenziario proprio sul rischio che una sanità chiamata a rispondere non all'autorità istituzionale penitenziaria ma ad un più alto livello di responsabilità sanitaria, sarebbe stata più incline ad aumentare le attività di indagine medica e, di conseguenza, a richiedere più visite specialistiche esterne e più ricoveri ospedalieri.

Si materializza così il pericolo della c.d. "medicina difensiva".

Cerchiamo di analizzare questo specifico aspetto, utilizzando i dati di un macro aggregato quale è la Casa Circondariale Rebibbia Nuovo Complesso, che può quantomeno aiutare a comprendere l'andamento in questi ultimi anni del "fare sanità" in carcere.

Abbiamo raccolto nella sottostante tabella i dati degli ultimi cinque anni relativi a ricoveri ospedalieri, visite esterne, presenze dei detenuti alla fine di ogni anno e numero degli ingressi in istituto.

Tav. 1



La raccolta dati parte dal 2007, e cioè almeno un anno prima del trasferimento della sanità penitenziaria, per una comparazione tra il prima ed il dopo, tenendo conto che la gestione ASL solo a partire dal 2009 si affranca definitivamente.

Dal 2007 ad oggi, pur aumentando progressivamente la presenza dei detenuti, rimane costante il numero di ricoveri ospedalieri. Sappiamo che il numero dei ricoveri in luoghi esterni di cura rispetto alle presenze costituisce una variabile indipendente, ma il numero stabile, anno dopo anno dei ricoveri, pur con aumento costante delle presenze (uno scarto del 40% tra il 2007 ed il 2011) ci dice che cambiando gestione della sanità l'ospedalizzazione non è aumentata, né con i ricoveri urgenti, né con quelli programmati. Non è quindi su questo fronte che può sussistere conflittualità.

Invece le visite ambulatoriali esterne aumentano costantemente di anno in anno. Il loro aumento dal 2007 al 2008 (più 139) può essere collegato al progressivo aumento di detenuti (più 202) ma non necessariamente ai flussi di ingresso durante l'anno 2008 (più 649); infatti negli anni successivi alle maggiori presenze, corrispondono flussi di ingresso costanti, ma le visite ospedaliere continuano ad aumentare.

Nell'ultimo anno di gestione "penitenziaria" prima della sanità si registra un aumento delle visite simile a quello degli anni 2009-2011. I numeri assoluti dicono 1303 visite esterne nel 2011 a fronte di 719 nel 2007, ma come non si può tener conto del citato aumento del 40% delle presenze?

Nell'immaginario collettivo (degli operatori penitenziari) incidono senz'altro anche una quota di visite esterne che in questi ultimi anni sono state necessitate dalla fase di adattamento degli ambulatori interni che non riuscivano a rispondere a tutte le richieste di accertamenti in sede, ma nonostante ciò, come si vede, l'aumento annuale delle visite esterne è stato costante sia con la vecchia che con la nuova gestione.

Sarebbe interessante, anche a livello nazionale, rilevare come altre emergenze, quali in particolare la carenza di personale di polizia penitenziaria, portano in sofferenza la gestione dell'istituto, invece un elemento di novità esterno, ma variabile indipendente, come la visita ospedaliera che richiede una scorta, viene visto quale causa anziché effetto di un altro disagio<sup>14</sup>.

Nel gioco dei ruoli l'uso improprio di scelte sanitarie mette in crisi la sicurezza, ma dall'altra parte le necessità terapeutiche sono penalizzate dalla carenza di personale di polizia penitenziaria. A questo punto si rischia di confondere ruoli e competenze, soprattutto quando i comportamenti degli

---

<sup>14</sup> Possono intervenire altre variabili particolari. Si nota un aumento anomalo delle visite nelle settimane e nei giorni successivi a notizie di stampa su presunti casi di "malasanità" accaduti nell'istituto.

---

“altri” vengono assunti come alibi per la criticità della propria organizzazione.

Ci troviamo, in sostanza, ad affrontare un passaggio fondamentale per tutta l'organizzazione penitenziaria. E' stato osservato che le organizzazioni, pubbliche in particolar modo, hanno due scopi fondamentali: il conseguimento del compito primario e la difesa dei loro membri dalle cc.dd. “ansie originarie di base”<sup>15</sup>. Questo secondo aspetto emerge prepotentemente quando gli operatori fanno un uso difensivo dell'organizzazione stessa affinché non si ripresentino le esperienze dolorose evocate per esempio, dall' ansia persecutoria, sensazione di essere soffocati da eventi che ci impediscono di sviluppare la nostra capacità, dall'ansia depressiva, sentimento di colpa e di inadeguatezza per aver fallito il proprio compito, l'aver tradito la fiducia che la struttura organizzativa aveva riposto in loro. Come fa un'organizzazione, troppo spesso purtroppo, ad annullare o limitare le ansie? Facendo annullare l'angoscia dei propri operatori dalla paura dell' *altro* .

Per il direttore o per il poliziotto penitenziario l'*altro* potrà essere il medico che richiede *troppi* accertamenti, per gli operatori sanitari sarà invece un'amministrazione penitenziaria disposta a sacrificare le esigenze di salute del paziente.

Il risultato è che abbiamo così due organizzazioni, con un compito primario comune, e quel che è più grave è che la “mancanza”<sup>16</sup> di ciascuna si traduce nel meccanismo difensivo dell'istituzionalizzazione, dove si creano delle no man's land comuni basate sulla difesa dei ruoli e sulle rinunce ad investire invece su una piattaforma importante, che non può che essere quella della relazionalità.

Bisognerà comprendere a mio avviso, prima o poi, che all'esistenza giuridica di due organizzazioni si deve sovrapporre, un sistema penitenziario che si arricchisce e non si deprime grazie alla multiprofessionalità, che ha la capacità di guardare al bene dell'individuo all'interno di un quadro complesso dove sono in gioco altri fattori come il trattamento penitenziario, la sicurezza e l'immagine che di sé trasmettono le istituzioni alla comunità esterna. Su questa criticità il mondo penitenziario è in compagnia delle altre istituzioni pubbliche<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Fonti D., Varchetta G., *L'approccio psicosocioanalitico allo sviluppo delle organizzazioni*, Milano 2001, pag. 67 e ss.

<sup>16</sup> V. Forti D., Varchetta G., *ct.*, pag. 72 e ss, con una serie di suggestioni, la mancanza esprime l'incompletezza, e come tale l'incapacità da parte dell'uomo di garantirsi la sopravvivenza senza interventi supportivi esterni. L'organizzazione risponde a questa incompletezza.

<sup>17</sup> Il dramma di Stefano Cucchi, morto nel reparto di degenza ospedaliero per detenuti dell'Ospedale Sandro Pertini in Roma, tra i tanti aspetti dibattuti metteva in risalto che una dozzina di contatti qualificati della persona con le istituzioni non avevano consentito di impedire la morte.

### Organizzazione e gestione. La prevenzione

La direzione giusta per tracciare un buon modello di intervento deve prendere origine dalle scelte normative che sono state fatte. Non si può prescindere da questo approccio che permette di definire:

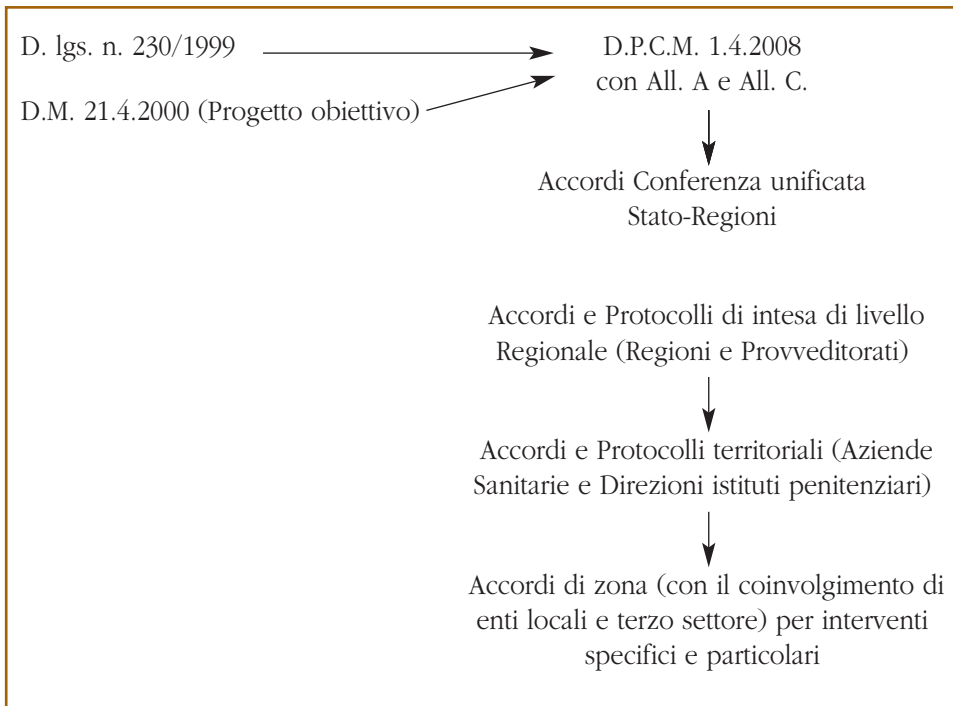
- Quali scelte si devono fare in termini di politica sanitaria
- Quali attori devono essere messi in campo
- Quali competenze si vogliono fare interagire

Sul piano normativo vi è un collegamento armonico tra il modello disegnato dal “Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario”<sup>18</sup> e l'allegato A) del D.P.C.M. 1.4.2008 che definisce le “Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”.

In sostanza l'impianto che si voleva definire con la riforma del d. lgs. 230/99 viene confermato, ribadito e proseguito.

La mappa delle fonti da tenere come riferimento è oggi la seguente

Tav. 2



<sup>18</sup> D.M. 21.04.2000, emanato in attuazione dell'art.5 D.Lgs. n. 230/1999.

---

Le fonti normative alla base di tutte le fonti pattizie di cui alla tav. 2 danno per presupposto il principio del diritto dei detenuti e degli internati, al pari dei cittadini in libertà, all'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie previste nei "livelli essenziali e uniformi di assistenza", i cc. dd. LEA.

Si tratta, allora, in accordo con il Piano sanitario nazionale, di partire dai LEA e dagli obiettivi di salute, i quali richiamano fortemente il piano della prevenzione ancor più che quello della diagnosi e cura della malattia.

Si avverte la comprensione che nel luogo carcere si deve operare innanzitutto su due grandi assi

- Promozione dello "stare bene", attraverso i programmi di prevenzione, e quindi la buona informazione, ma anche attraverso le azioni mirate alla salubrità degli ambienti e ai progetti specifici per categorie di persone (anziani, tossicodipendenti, sieropositivi etc.).
- Prevenzione da rischi specifici. Il rischio suicidario in particolare, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio.

Si rileva, l'attenzione all'ambiente detentivo come macrocomunità, oltre che come struttura che deve erogare servizi a singoli individui, ed ancora una volta emerge la necessità di una lettura complessa ed interdisciplinare dei fenomeni.

Infatti le analisi sulla salubrità degli ambienti e sull'idoneità dei vitti somministrati alla popolazione detenuta, per citare solo alcuni items, costituiscono oggetto di azione congiunta dei due soggetti istituzionali; spesso gli standard indicati dagli organi sanitari si scontrano con i deficit strutturali degli istituti penitenziari, ma anche con norme e archetipi che l'Amministrazione Penitenziaria si è data da anni.

Un esempio valga per tutti. La costruzione dei menù per i pasti giornalieri dei detenuti dovrebbe essere realizzata insieme al competente settore dell'azienda sanitaria, ma ciò mal si concilia con la strutturazione dei capitoli di appalto per il vitto detenuti. Questi definiscono bisogni generalizzati, generi vittuari e loro qualità, dovendo fare letteralmente i conti con diarie giornalieri estremamente basse, gli operatori sanitari invece concentrano la loro attenzione esclusivamente sui valori nutrizionali e sulla possibile elasticità dei menù.

In un ambito ancora circoscritto ma così importante della vita quotidiana di un carcere si può quindi creare un nuovo modello di intervento, fornendo ai sanitari che si occupano dei vitti per l'azienda sanitaria tutti gli elementi "culturali" del carcere, all'Amministrazione Penitenziaria spetterà il compito di darsi, tra l'altro, strumenti giornalieri più flessibili e nuovi processi operativi nel confezionamento e nella distribuzione del vitto. Per es. ha ancora un senso stabilire l'obbligo di erogazione di almeno 2400 Kilocalorie al giorno per detenuto?

Lo sviluppo delle azioni di prevenzione dovrà andare di pari passo con l'incentivazione dei meccanismi di partecipazione. Attraverso momenti di formazione, attività di gruppo, seminari, ma anche conferenze periodiche si devono creare contatti qualificati soprattutto con la massa dei detenuti a media o lunga permanenza, perché così si crea la cultura di una partecipazione che serve a mettersi in una migliore relazione di aiuto e nello stesso tempo a leggere periodicamente i bisogni che il macro-aggregato esprime. Non è un caso, infatti, che fino ad oggi si fatica ad avere delle analisi affidabili sui bisogni che la massa dei detenuti vive all'interno del penitenziario in tema di salute.

### *Organizzazione e gestione. La cura*

C'è una scelta normativa ben precisa di pensare all'organizzazione degli interventi sanitari finalizzati alla cura delle persone detenute sviluppando quattro settori, molto corposi, di intervento

- Valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi (la c.d. accoglienza) e monitoraggio e vigilanza di tutte le situazioni a rischio in particolare nell'ambito del disagio psichico, o emergenziali
- Qualità di tutte le prestazioni specialistiche
- Cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche
- Tutela della salute di categorie specifiche (donne, immigrati, minori)

Su questa traiettoria non è un caso che si registri una sostanziale condivisione da parte della categoria medica<sup>19</sup>.

Cerchiamo di sviluppare alcune considerazioni sui due primi settori.

#### • Accoglienza

Si è sviluppata sempre di più in questi ultimi anni la comprensione che per erogare i livelli essenziali di assistenza è necessario creare attenzione e posizionare risorse sul momento del primo ingresso in istituto. Qui emergono due bisogni: la necessità di conoscenza della persona per avviare un percorso di assistenza sanitaria; la necessità di intercettare subito le situazioni a rischio<sup>20</sup>.

Per questo è importante superare la vecchia divisione tra valutazione medica e valutazione psicologica, che pur se negata in linea di principio, si ricrea nel momento in cui l'organizzazione dell'accoglienza è affidata quasi

<sup>19</sup> V. in proposito la ricerca di Marina Marchisio, basata su questionari somministrati a Dirigenti sanitari e Medici degli istituti penitenziari, *C'era una volta la salute*, p. 84 e ss, in *Antigone in carcere, terzo rapporto sulle condizioni di detenzione*, Roma 2002.

<sup>20</sup> Sul rischio suicidario e sulla gestione degli eventi critici V., da ultimo, *La prevenzione dei suicidi in carcere*, in *quaderni ISSP n.8; in particolare sui percorsi che ha sviluppato in questi anni l'Amministrazione Penitenziaria V. Buffa P.*, *ivi*, p.7 e ss.



---

esclusivamente all'Amministrazione Penitenziaria con un presidio psicologico che agisce da consulente della direzione dell'istituto.

Il modello di intervento più corretto oggi deve prevedere l'immediata presa in carico dell'azienda sanitaria sia sulla valutazione più strettamente medica che su quella psicologica.

Da lì si parte per costruire il percorso di cura, o quantomeno di periodico controllo della persona, e sempre da lì si avvia l'accompagnamento dei casi a rischio durante la permanenza in carcere.

- Qualità delle prestazioni specialistiche

E' evidente che una buona parte delle risposte alla domanda di qualità sanitaria è affidata all'efficienza del sistema di prestazioni specialistiche.

L'indicazione data dal citato all. A del D.P.C.M. dell'1.4.2008 in proposito insiste sul fatto che "le prestazioni specialistiche devono essere realizzate su richiesta del medico responsabile o di altro specialista, da erogarsi all'interno dell'istituto di pena ovvero nel rispetto delle esigenze di sicurezza, presso gli ambulatori territoriali o ospedalieri".

Vi è una ragionevole sintesi tra tutela della salute e sicurezza, ancora una volta a confronto, laddove si parte da ambulatori interni capaci di rispondere con prontezza alle richieste mediche, ma si tiene conto ovviamente di alcuni standard che possono essere soddisfatti solo presso le strutture esterne.

In questo senso l'Accordo della Conferenza Unificata del 26.11.2009<sup>21</sup> sottolinea che "l'evento patologico acuto non può essere trattato all'interno delle strutture detentive, se non di lieve entità..... in particolare la terapia chirurgica in regime ordinario non è attuabile all'interno del sistema penitenziario, soprattutto in relazione alle procedure anestesologiche in narcosi o assimilabili". Ma si prevede anche che "devono piuttosto essere potenziate le possibilità di chirurgia ambulatoriale e di day-surgery..... le patologie c.d. "croniche" devono trovare adeguato spazio di cura anche in ambito detentivo".

In questa direzione una buona medicina penitenziaria si potrà sviluppare anche utilizzando modalità nuove e originali quali l'assistenza sanitaria non necessariamente interna, ma di "prossimità": TAC mobile o l'odontoambulanza, che comportano dei costi di investimento, ma che se pensate come servizi che l'azienda sanitaria garantisce in alcuni giorni della settimana o del mese, non solo al carcere ma anche alla collettività del territorio circostante meno garantita (anziani, portatori di handicap), allora possono con-

---

<sup>21</sup> *Publicato in G.U. del 04.01.2010.*

tribuire a disegnare un intervento medico complesso sul territorio che avvicina e rende compatibili i bisogni di tutta la comunità, dentro e fuori dell'istituto penitenziario.

### *Le competenze*

Avendo abbandonato un modello dove le competenze ed i ruoli erano tassativamente definiti dall'Ordinamento Penitenziario, si avverte qualche fatica nella corretta comprensione della situazione attuale.

Con la delegificazione della materia, ad opera della L. n. 244/2007, si è registrato un ulteriore passaggio che ha portato alla centralità degli accordi ad opera della Conferenza Unificata Stato-Regioni. Ad essa l'art. 7 del citato D.P.C.M. affida il compito di definire le forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e i rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario.

Ma la delegificazione non poteva non portare, come ultima stazione, agli accordi territoriali, che acquistano importanza nella misura in cui le due parti intendono intervenire insieme sulla modifica e sull'accelerazione dei processi operativi.

L'accordo 20.11.2008, attuativo del citato art. 7 D.P.C.M. non fa altro che rimandare al livello territoriale e non si è detto tutto quando si è affermato in linea di principio che "l'organizzazione dei servizi sanitari deve tenere presenti le esigenze di sicurezza legate alle diverse tipologie detentive". Infatti gli accordi tra Azienda Sanitaria e Direzione dell'istituto dovranno poi trovare le "interazioni tra le attività complessive, comprese quelle che coinvolgono operatori non appartenenti all'Amministrazione Penitenziaria"<sup>22</sup>.

In sostanza la riforma ha valorizzato il momento del confronto e delle intese tra le due parti.

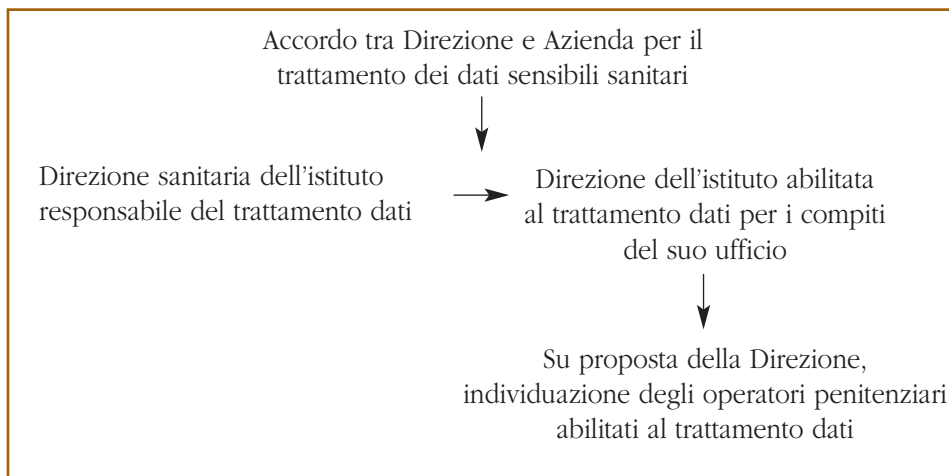
Una ricaduta fondamentale di questa nuova direzione si ravvisa nella gestione dei dati sanitari, dei flussi informativi e quindi della cartella clinica anche informatizzata.

In materia si dovrebbe pervenire ad un processo di questo tipo

---

<sup>22</sup> V. p. 3 dell'Accordo Stato-Regioni citato

Tav. 3



Questo schema porta a modificare le procedure relative all'accesso ai documenti (chi autorizza, come garantire l'accesso e a quali condizioni)<sup>23</sup>.

Pertanto si potranno avere gestioni del tutto diverse secondo il territorio, pur in presenza di una cartella informatizzata con un sistema informativo nazionale, di cui, per la verità, fino ad oggi non si ha traccia.

L'accordo della Conferenza Unificata in materia non dice però come raggiungere un assetto di competenze chiaro nel momento in cui Direzione e Azienda non trovano un'intesa.

Dallo scambio di informazioni con molte altre realtà si avverte una resistenza diffusa degli interlocutori sanitari ad ammettere che una serie di operatori penitenziari possano essere ammessi al trattamento dei dati, se non addirittura alla loro custodia; si dovrebbe invece sviluppare un accordo più complesso con cui costruire un percorso teso a disciplinare l'interrelazionalità non solo verso i dati sanitari, ma, da parte degli operatori sanitari, verso i dati della sicurezza. Non bisogna dimenticare infatti che il canale di diffusione dei dati sanitari dei detenuti alle Autorità Giudiziarie e Amministrative è quello della Direzione dell'istituto, né, soprattutto che esiste un concetto molto ampio di "sicurezza e rispetto delle regole" ex art. 2 D.P.R. n. 230/2000, che vede nel Direttore dell'istituto il responsabile del suo mantenimento.

---

<sup>23</sup> V. *Accordo Conferenza unificata Stato-Regioni del 26.11.2009 sui dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata.*

Ma questi micro-conflitti, così come tutto lo sviluppo della collaborazione interistituzionale a livello locale, devono trovare il loro interlocutore più efficace nell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, costituito a livello regionale<sup>24</sup>.

Non si vuole certo disconoscere l'importanza del Tavolo di consultazione permanente nazionale, ma il livello di confronto regionale appare essere quello che più immediatamente può incidere sull'eliminazione dei nodi critici del territorio e sul rafforzamento delle buone prassi.

### *Nei territori della sanità penitenziaria. Alcune "isole critiche" nei rapporti interistituzionali*

Muovendoci verso il futuro presentiamo una serie di riflessioni in alcune "isole" di rapporti interistituzionali di particolare delicatezza.

- Il disagio psichico

Dietro il termine "disagio psichico" insiste una massa di criticità, di rimandi, di nodi mai risolti. Ma andiamo con ordine.

Possiamo dividere in due questioni il tema del disagio psichico. Da una parte visto all'interno del carcere come condizione di disagio del soggetto detenuto, dall'altro sul versante della pericolosità sociale, attribuita a soggetti sottoposti alla misura di sicurezza detentiva.

Sul primo versante registriamo la sempre più elevata, ed ingombrante, presenza in carcere di detenuti con patologie psichiatriche.

Ma per chi vive in carcere il disagio psichico può avere una cifra meno marcata, border-line e comunque espressione di disturbi di personalità che condizionano fortemente lo stato detentivo.

Sotto questo aspetto dal 1999<sup>25</sup> in poi l'Amministrazione Penitenziaria aveva scelto di potenziare il servizio di psichiatria negli istituti, facendolo caratterizzare negli istituti medio-grandi con l'intervento giornaliero e non più settimanale. Vi è stata una virata a favore di un apporto del consulente psichiatra all'équipe dell'osservazione, perché il disturbo comportamentale, ma più genericamente il disagio psichico, veniva visto non solo come necessitante di una terapia medica, ma anche come un elemento di ostacolo al percorso di rielaborazione del condannato.

Non credo che in questi anni, anche con il trasferimento del servizio sanitario penitenziario, si sia intrapresa con decisione la strada che vede protagonista il servizio psichiatrico nello smantellamento delle dipendenze da far-

---

<sup>24</sup> V. *Accordo Conferenza unificata Stato-Regioni del 20.11.2008, in attuazione dell'art. 7 D.P.C.M. dell'01.04.2008, sulle forme di collaborazione.*

<sup>25</sup> V. *lett.circ. del D.A.P. n. 577373 del 03.06.1999*

---

maci psichiatriche e nella costruzione di percorsi terapeutici che siano da stimolo anche alla costruzione di un carcere più caratterizzato dalla cultura della “costruzione del benessere”. Allo psichiatra si chiede in questo senso di “tallonare” l’istituzione e non di “tranquillizzarla”. Non può sfuggire, infatti, come troppe volte il consulente psichiatra sia chiamato a sedare pazienti di difficile gestione o comunque a mettere la sua tecnicità al servizio di una presa in carico burocratica dei soggetti a rischio.

Allo stato dell’arte non sembra neanche molto incoraggiante l’esperienza finora realizzata nelle sezioni di osservazione psichiatrica ex art. 112 D.P.R. n. 230 del 2000, in attuazione del PEA “Indirizzi e modalità per l’attuazione dei programmi esecutivi d’azione. Realizzazione reparti per osservazione psichiatrica di cui all’art. 112 D.P.R. 230/2000 in ogni Provveditorato”.

E’ bene che con questi reparti ci si sia indirizzati verso la territorializzazione anche per quei detenuti che devono essere sottoposti ai 30 giorni di osservazione psichiatrica, e ancor di più questa scelta ha un senso perchè confermata dal D.P.C.M. dell’1.4.2008 All. c, con la c.d. “prima fase” delle azioni a tutela della salute mentale, che prevede addirittura una presenza più capillare all’interno di ogni regione di sezioni detentive per l’accertamento delle infermità psichiche. Purtroppo si continuano a nutrire delle perplessità su alcuni possibili usi dello strumento del periodo di osservazione. Addirittura nello stesso documento illustrativo del sopracitato PEA, quando si precisa che l’osservazione si deve concludere nel più breve tempo possibile e “questo è necessario in quanto il trasferimento .....viene richiesto non solo quando il recluso manifesta reali segni di patologia psichica, *ma anche in caso di tensioni od insofferenze all’interno del carcere*”, si presta il fianco ad una lettura poco trasparente dell’istituto ex art. 112 D.P.R. n. 230 del 2000, quasi ad affiancarlo come strumento al regime di sorveglianza particolare ex art. 14 bis O.P.

Mentre scriviamo queste righe il Parlamento ha approvato la conversione in legge del D.L. n. 211 del 2011 che in tema di Ospedali Psichiatrici Giudiziari ha previsto entro il 31 marzo 2013 la loro definitiva chiusura, con una scelta ancora più forte rispetto a quella prevista nella c.d. “terza fase” dell’All. C. del D.P.C.M. 1.4.2008, dove strutture OPG “con livelli diversificati di vigilanza” venivano considerate soluzioni possibili.

Il futuro della persona considerata socialmente pericolosa, e pertanto necessitante di cure psichiatriche, è destinato ad essere la struttura ospedaliera diretta dal SSN, presente in ogni Regione, con la sorveglianza esclusivamente esterna della Polizia Penitenziaria.

Non sarà facile concepire strutture con queste caratteristiche, ma, già da oggi, la norma in questione viene attaccata da due fronti opposti. Il primo non ritiene corretto superare il “contenitore” OPG per i soggetti classificati

come socialmente psichici, il secondo, capitanato dai protagonisti dell'an-tipsichiatria italiana<sup>26</sup>, contesta che in questo modo si smantella l'O.P.G. per ricreare tanti piccoli manicomi più puliti e più umani.

In questa direzione la dicotomia non dovrebbe essere tra OPG e strutture sanitarie comunque chiuse, ma tra sussistenza della pericolosità sociale o meno<sup>27</sup>; si è pericolosi socialmente perché si delinque, non perché si è disturbati<sup>28</sup>.

A distanza di anni si ripropongono le contraddizioni che emersero quando, a fronte dell'entrata in vigore della L. n. 180/1978, che aboliva il manicomio civile vi era un sistema penale che prevedeva la misura di sicurezza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, poiché "a ogni istituzione corrisponde la propria ideologia di competenza (medica, custodialistica, punitiva, pedagogica etc.) e il proprio contesto (malati, internati, carcerati, scolari etc.)", con la conseguenza che la specificità per cui l'individuo viene istituzionalizzato viene trasferita in una realtà artificiale<sup>29</sup>.

Chissà se nelle strutture sanitarie che si occuperanno di questi soggetti dal 30 marzo 2013 si riproporranno crudamente le due soluzioni possibili che aveva la vecchia istituzione manicomiale: la riabilitazione forzata o l'abitudine al luogo che dovrà essere la loro casa<sup>30</sup>, a dispetto degli obiettivi che oggi si è dato il legislatore.

### *I reparti di degenza ospedaliera riservati ai detenuti*

Diverse Regioni sono ormai dotate dei reparti ospedalieri riservati a detenuti in sintonia con quanto previsto dall'art. 7 L. n. 296 del 1993, dove, per la verità, si prevedeva la creazione di questi reparti in ciascun capoluogo di provincia.

L'esperienza maturata con le strutture attualmente operanti dice, in realtà, che l'esistenza di uno o due reparti per Regione con un congruo numero di posti letto, soddisfa la previsione legislativa, ma soprattutto le reali esigenze di cure ospedaliere degli istituti penitenziari della Regione.

Queste strutture sono state negli anni scorsi l'avamposto di sperimentazione della collaborazione ravvicinata tra le due istituzioni, anche sul versante

<sup>26</sup> V. su l'Unità del 13.02.2012 a cura di Toni Jop le interviste a Franco Rotelli, padre insieme con Franco Basaglia della L. n. 180/1978 per l'abolizione dei manicomi, e le controdeduzioni di Ignazio Marino, Presidente della Commissione di inchiesta sulla sanità nazionale che si era battuto per la chiusura degli O.P.G.

<sup>27</sup> V. Rotelli F., cit. "Tutti fuori allora? Un momento non è ciò che vogliamo. Chi ha commesso un reato punibile col carcere deve scontare le sue pene, matto o non matto.... Ma se il crimine non meritava allora che il cittadino sia semplicemente affidato alla rete di assistenza territoriale".

<sup>28</sup> V. ancora Rotelli F. cit. e Giannichedda M.G. – Il Manifesto 17.02.2012.

<sup>29</sup> V. la prefazione di Franco Basaglia a Goffman E., *il Comportamento in pubblico*, Torino 1971.

<sup>30</sup> Su questo V. Pirella A., *La gestione scientifica dei problemi, sta in "L'istituzione negata"*, Torino 1980.

---

del rapporto salute-sicurezza. Riconfermata la loro validità anche nell'All. A. del D.P.C.M. dell'1.4.2008, la sede della Conferenza Unificata Stato-Regioni appare essere quella più idonea per precisare un corretto modello di collaborazione tra l'ente ospitante che eroga le prestazioni sanitarie e l'ente ospitato che è responsabile della sicurezza, lasciando all'Accordo regionale e territoriale il compito di dettagliare tutte le attività.

Si pone, in particolare, l'esigenza di integrare l'assistenza sanitaria con gli interventi trattamentali che il carcere può e deve erogare, ma che in strutture ospedaliere diventano di difficile realizzazione (sostegno psicologico, mediazione linguistica e culturale etc.). I futuri accordi dovranno lavorare in quella direzione.

L'esperienza dei reparti ospedalieri dedicati ai detenuti si è dimostrata vincente sia per il rafforzamento che dà alla gestione della sicurezza (abbattimento del numero di personale per i servizi di piantonamento), sia per l'innalzamento della qualità e quantità delle cure ospedaliere.

E' tangibile che i reparti ospedalieri riservati ai detenuti costituiscono un valore aggiunto rispetto agli obiettivi sopra citati; sono esemplari in questa direzione i dati della tav. 4, relativi al raffronto per la Casa Circondariale Rebibbia Nuovo Complesso tra il primo ed il secondo semestre del 2005, poiché il 26 luglio dello stesso anno veniva attivato presso l'Ospedale Pertini di Roma il reparto dedicato.

Tav. 4

	Tempo di attesa dalla data di richiesta di ricovero	Ricoveri programmati effettuati
1° Semestre 2005	mesi due	16
2° Semestre 2005	15 giorni	35

Emerge subito come l'esistenza di questo tipo di reparto favorisca una migliore risposta ai tempi di attesa di ricovero e soddisfi le esigenze di cura (più che raddoppiati i ricoveri programmati). Un ulteriore fattore positivo (e qui c'è un ritorno sulla sicurezza) appare dai ricoveri urgenti, poiché dopo il passaggio in Pronto Soccorso sarà naturale la destinazione al reparto per detenuti.

Da alcuni è stata paventata la possibilità<sup>31</sup> che in questo tipo di struttura si possa ricreare un approccio più marcatamente securitario, con il corrispondente sacrificio delle esigenze di cura, poiché la gestione degli spazi da parte della Polizia Penitenziaria condizionerebbe, anche in modo latente, l'attività medica, anche nel rapporto con il paziente detenuto.

Riserve di questo tipo possono e devono essere superate solo a condizione che nella valutazione si tenga conto, facendo un raffronto con l'attività dei reparti ospedalieri ordinari, di una serie di indicatori di performance.

Ne suggeriamo alcuni:

- Qualità professionale dei medici e paramedici esclusivamente dedicati a quel tipo di personale
- Analisi dei successi diagnostici e delle dimissioni in totale guarigione
- Qualità percepita dai pazienti detenuti
- Standard di igiene e di vivibilità del reparto
- Analisi del livello di collaborazione tra personale sanitario e Polizia Penitenziaria

Per la cura di quest'ultimo indicatore bisogna coltivare l'uso di periodici momenti di formazione congiunta<sup>32</sup>

### *Il rifiuto delle cure*

Lo sciopero della fame, come manifestazione pacifica di protesta negli ultimi trenta anni è stato sempre più tenuto sotto osservazione sia da chi fa amministrazione attiva che dall'Autorità Giudiziaria, e periodicamente sollecita dibattiti sia all'interno del mondo politico che della società civile.

A questa forma di protesta si deve affiancare l'uso del proprio corpo che viene fatto rifiutando le cure mediche.

Il rifiuto delle cure rispetto allo sciopero della fame, può portare con maggiore velocità a conseguenze nefaste; basta immaginare il rifiuto del ricovero ospedaliero da chi ha un sospetto infarto o valori di pressione arteriosa ad estremo rischio o altre svariate patologie che comportano ora e subito il pericolo di perdita della vita.

Ogni qualvolta il detenuto sano o malato decide di utilizzare il proprio corpo per "contrattare" o rivendicare i suoi diritti si apre lo scenario delle possibili risposte giuridiche al problema.

---

<sup>31</sup> Riserve furono manifestate sulla stampa nazionale, soprattutto nel novembre 2009, dopo il decesso di Stefano Cucchi all'interno del reparto ospedaliero per detenuti presso l'Ospedale Pertini di Roma.

<sup>32</sup> Di particolare interesse sono le esperienze di formazione congiunta svolta dagli operatori dei reparti "Pertini" di Roma e "Belcolle" di Viterbo.



---

Non è un caso che lo sforzo di analisi della dottrina sulla materia non ha portato a risultati risolutivi<sup>33</sup>.

Si tratta di prendere atto che la normativa vigente non è sufficiente a “estrarre il coniglio dal cilindro”; semmai si rileva come norme di eguale e diverso rango si muovono su traiettorie diverse e spesso contrastanti.

Ci troviamo innanzitutto a discutere del grande tema dell’attuabilità dei trattamenti sanitari obbligatori, e quindi da portare avanti anche senza il consenso del detenuto scioperante della fame o che rifiuta le cure.

Il dato costituzionale (art. 32 c. 2) impone che “nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario se non per disposizione di legge”. Quindi il diritto all’autodeterminazione del singolo in ordine alla sua salute può essere sacrificato solo se attraverso lo strumento della legge si riconosce un superiore interesse della collettività o di terzi.

Sta proprio qui il nodo irrisolto: il rifiuto del detenuto quale superiore interesse sta violando? E quale norma entifica tale interesse?

Su questo sono state sviluppate due possibili letture in combinato disposto di norme che possono condurre ad ammettere la sottoposizione della persona a trattamento sanitario di nutrizione, anche coattivo<sup>34</sup>. La prima, come è noto, è basata sull’applicazione del trattamento coattivo a carico di soggetti incapaci di intendere e volere ex art. 34 L. n. 833 del 1978, la seconda su un reticolo di norme con le quali vengono messi in risalto l’obbligo giuridico di impedire il cagionarsi di un evento (art. 40 c. 2 cod. pen.) e l’uso della forza fisica e di mezzi di coercizione da parte dell’Amministrazione Penitenziaria (art. 41 Ord. Pen.).

Questa seconda tesi mostra il suo limite nel configurare un superiore dovere della Pubblica Amministrazione di tutelare la vita della persona reclusa, che contrasta con il diritto costituzionale all’autodeterminazione da parte del cittadino tanto che il legislatore non ha mai esplicitato la sussistenza di un superiore interesse della collettività.

Ma anche l’applicazione della prima lettura risulta assai carente, poiché insiste sul momento fatidico in cui la persona perderebbe la capacità di intendere e di volere.

L’interessato potrebbe aver messo in atto la protesta già in accertato stato di

---

<sup>33</sup> V., tra gli altri, Pulitanò, *Sullo sciopero della fame di imputati in custodia preventiva*, in *Questioni giuridiche*, 1982; ONIDA, *Dignità delle persone e diritto di essere ammalati in Questioni giuridiche*, 1982; Fiandaca, *“Sullo sciopero della fame nelle carceri, Fono Italino 1983, II, p.235, Fiorio, Libertà personale e diritto alla salute, Padova 2002; Ruotolo, -diritti dei detenuti e Costituzione, Torino 2002, p. 154 e ss; Maffei, Lo sciopero della fame delle persone detenute, in rassegna penitenziaria e criminologia, n. 3, 2003.*

<sup>34</sup> *In proposito v. il resoconto di Maffei, cit., la sentenza del Tribunale di Milano, 3<sup>a</sup> Sez. penale del 10.04.1989, a seguito del decesso di un detenuto scioperante della fame della Casa Circondariale di Milano S.Vittore e la sentenza Corte Cost. n. 218 del 1994*

incapacità, e pertanto in questo caso si potrà pervenire all'applicazione del T.S.O., ma il presupposto è che l'accertamento avvenga caso per caso, senza che apoditticamente si possa affermare che “dopo un certo tempo di digiuno un soggetto non sia più capace di intendere e di volere ma che tale capacità debba essere dimostrata caso per caso”<sup>35</sup>.

Queste brevi considerazioni, unitamente a tutto il dibattito sulla materia, aiutano a comprendere come mai più di un progetto di legge<sup>36</sup>, che prevedeva l'applicazione dell'alimentazione forzata al detenuto digiunante *in imminente pericolo di vita*, sia caduto nel nulla. Ad evidenti profili di incostituzionalità per violazione del principio di uguaglianza (un detenuto e un cittadino libero in imminente pericolo di vita verrebbero trattati in modo diverso) si aggiunge la difficile circuitazione del concetto di imminente pericolo di vita.

Osservando la realtà penitenziaria complessiva, avvertiamo che oggi ci si muove nei vari distretti a macchia di leopardo: in alcune sedi è invalso l'uso della prima lettura da noi presentata piuttosto che la seconda. In altri contesti è stato fortemente richiamato l'art. 53 del codice di deontologia medica, laddove si legittima il rifiuto volontario di nutrirsi ed il divieto per il medico di assumere iniziative costringenti<sup>37</sup>.

Nella fase attuale non incide ormai la circolare dell'allora Direzione Generale II.PP. n.3024/5474 del 24.02.1984 che prevedeva l'utilizzo dell'istituto ex art. 34 L. n. 833/1978 per gli scioperanti della fame, circolare peraltro mai abrogata, ma è più viva che mai l'esigenza per le direzioni degli istituti e per le direzioni sanitarie di trovare una linea congiunta di azione.

A mio avviso, nella normativa vigente non esiste “la soluzione fine di mondo”, sono troppi i piani di valutazione che si scontrano tra di loro.

Vi è invece spazio per un cruscotto di interventi che vede insieme le due istituzioni nel gestire a monte le cause di certe forme di disagio; ciò non toglie che quando ci si trovi davanti alla specifica forma di protesta si debba lavorare insieme per una strategia di moral suasion, di supporto psicologico, con una serie di passaggi certificati, come contatti con le famiglie e le Autorità Giudiziarie, sostegno medico continuo.

Ho voluto sottolineare l'attenzione su questa particolare frontiera, perché un carcere sovraffollato sottoposto a continue sollecitazioni emergenziali in

<sup>35</sup> V. Sent. Tribunale di Milano, cit.te, in rassegna penitenziaria e criminologia, n. 3, 2003.

<sup>36</sup> V. Dis. di legge 15.01.1982 n. 1709, l'alimentazione forzata deve essere disposta con provvedimento del Ministro di Grazia e Giustizia.

<sup>37</sup> Il Comitato Nazionale per la bioetica con parere del 24.10.2008 pur sottolineando che è necessario che il medico svolga “un'attenta analisi delle competenze e attendibilità della espressione di volontà” del paziente, riconosce il diritto all'autodeterminazione del paziente con il rifiuto consapevole.

---

un'ipotetica "lista della spesa" deve considerare il contrasto al rifiuto delle cure come una delle priorità.

### *Conclusioni*

Auspici e preoccupazioni si assumono in questa fase. Si poteva fare di più con la definitiva riforma del 2008? Certamente sì, ma si deve fare di più in futuro per recuperare sulle non poche zone della materia che reclamano la capacità delle due istituzioni di lavorare insieme.

Secondo noi la suddivisione dei livelli di competenza, così come sopra accennati, deve vedere la valorizzazione degli accordi territoriali, in particolare tra Direzioni degli istituti e azienda sanitaria di riferimento, ma ciò presuppone che nei livelli superiori di interlocuzione siano fissate linee di intervento essenziali e definite.

Deve sussistere un linguaggio istituzionale comune o, se si vuole, un terreno comune costituito dalla fissazione degli obiettivi di salute.

Allo stesso modo fare investimenti sulla sanità penitenziaria (combinati con quelli sulla sanità nel territorio) è una priorità che si affianca alle altre che insistono sull'istituzione penitenziaria.

Su tutto questo non ci possiamo permettere né arretramenti, né distrazioni.

---

## ***Il Forum nazionale per il diritto alla salute delle persone private della libertà personale***

*a cura di Fabio Gui – Segretario Generale del Forum Nazionale Salute in Carcere*

### *La storia del Forum nazionale*

Il Forum nazionale per il diritto alla salute delle persone private della libertà personale - Onlus si è costituito a Roma , a dicembre 2008 su iniziativa di diversi soci fondatori: Centro Franco Basaglia di Arezzo, Fondazione Michelucci, Lega delle Autonomie Locali, Garante dei Detenuti della Regione Lazio, Ass. " A Roma Insieme", Comunità di S. Egidio - Acap - onlus, Granello di senape Padova - onlus , Cecilia - società cooperativa sociale - onlus, Parsec Consortium - Società cooperativa sociale a r.l., Associazione Gruppo Abele - onlus , Comune di Montelupo Fiorentino.

La storia del Forum affonda però le sue radici nel 1999, all'indomani dell'approvazione del decreto legislativo del 22 giugno 1999, n. 230 avente ad oggetto il "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419".

In quell'occasione si riunirono a Roma presso la Sala Convegni dell'Ospedale Santo Spirito oltre 700 persone - operatori della sanità pubblica, della giustizia, del terzo settore, volontari, sindacalisti - in una grande assemblea pubblica convocata dalla Lega delle Autonomie locali.

Sin da subito operatori e volontari - che ben conoscevano la condizione di salute dei detenuti - diedero convinto sostegno alla riforma, tanto da costituire un gruppo di lavoro.

Nonostante le difficoltà e le comprensibili resistenze delle varie lobbies, quel gruppo, oltre a denunciare il peggioramento delle condizioni di salute, ha organizzato eventi, convegni, confronti per contribuire a tenere alta l'attenzione sulla riforma, informare i detenuti e le loro famiglie, offrire concrete proposte di applicazione alla Riforma stessa.

Nella primavera del 2005 i volontari, le associazioni del terzo settore, i sindacalisti che, a vario titolo, avevano sostenuto i principi della riforma del Dlgs 230/99 fondarono il "Forum Nazionale per il diritto alla salute delle persone detenute" in un'assemblea pubblica che si tenne presso la Sala delle Colonne della Camera dei Deputati. L'assemblea designò all'unanimità l'On. Leda Colombini Presidente del Forum.

---

In questo arco di tempo altre associazioni, alcune Regioni (Toscana e Lazio) e la consulta penitenziaria del Comune di Roma si unirono in questo cammino.

In quello stesso anno 2005, il Forum ha trovato una sede e funzionari presso l'ufficio del Garante per i Detenuti della Regione Lazio. Per una realtà costituita essenzialmente da volontari che gratuitamente operavano con i detenuti o da operatori del terzo settore, avere un riferimento Istituzionale è stato un punto importante per iniziare ad avere una continuità e costanza maggiori.

Obiettivo primario del Forum è stato sin da subito quello di tenere alta l'attenzione sulla sanità penitenziaria, ricordando sempre che "in carcere ci si ammala".

I luoghi di pena infatti sono sempre di più un "contenitore" di molte delle fragilità della nostra società, nel quale vengono ristretti senza fissa dimora, stranieri, tossicodipendenti, soggetti con disagio psichico, malati, anziani, bambini e, più in generale, tutti coloro che a vario titolo vivono nella povertà e nella marginalità.

Nella convinzione che solo la piena applicazione del Decreto legislativo potesse garantire un effettivo miglioramento di questa condizione, il Forum, nonostante le forze limitate, ha organizzato convegni e iniziative nazionali anche per tenere alta l'attenzione sul tema.

Vanno segnalati soprattutto i convegni tenuti sulla tossicodipendenza a Roma, presso la sede della Giunta Regionale della Regione Lazio (27/01/2006); sugli Ospedali psichiatrici giudiziari, tenuto il 26/09/2006 presso l'OPG di Montelupo Fiorentino.

In particolare in quest'ultimo convegno il Forum - dopo anni di silenzio - ha proposto una regionalizzazione dell'assistenza sanitaria ai detenuti internati e una "territorializzazione" nella esecuzione delle pene, per un progressivo e graduale superamento degli OPG.

Un importante riconoscimento al Forum Nazionale venne poi dai Ministeri della Giustizia e della Salute, i quali indicarono in Bruno Benigni uno dei tecnici del gruppo interministeriale per approntare il decreto che sarebbe stato emanato nell'aprile 2008.

Il 14 aprile 2007, a Roma, in occasione del convegno "Diritto alla salute in carcere: ora basta - riforma subito!" i sottosegretari alla Giustizia e alla Salute compresero e condivisero la necessità di accelerare l'iter della riforma.

E' giusto ricordare quel convegno, perché pubblicamente - e per la prima volta - rappresentanti del governo assunsero l'impegno di rendere irreversibile la riforma; impegno rispettato il successivo 1° aprile 2008 con l'approvazione del DPCM attuativo della riforma.

Nella stessa occasione il Forum propose l'adozione di un "crono – programma" per realizzare tutti gli adempimenti previsti dal DLGS 230/99.

A seguito dell'approvazione del DPCM 1 aprile 2008 i modelli organizzativi, gli obiettivi di salute, l'utilizzo delle risorse e delle strutture, la gestione del personale e, più in generale, tutte le competenze e responsabilità sono passate alle ASL su cui insistono le strutture penitenziarie. Le Regioni diventano quindi l'interlocutore principale del Forum nazionale.

Da qui la decisione di articolarsi in Forum regionali per contribuire ancora di più - nel contesto specifico - all'attuazione e al monitoraggio della riforma.

Attualmente sono costituiti i Forum regionali per il diritto alla salute delle persone private della libertà personale in Piemonte, Veneto, Toscana, Umbria, Lazio, Campania.

I singoli Forum regionali - nei rispettivi territori - monitorano, sostengono, condividono e se necessario denunciano all'opinione pubblica il percorso intrapreso nelle Regioni.

A ciò si aggiunga il costante impegno nel tentativo di raggiungere in ambito regionale gli obiettivi di salute contenuti negli allegati del DPCM, contribuendo alla realizzazione di modelli organizzativi efficaci, per rispondere alla domanda di salute della popolazione detenuta, dei loro familiari e di tutti gli operatori che vivono e lavorano in questi ambiti così delicati e complessi.

Nel luglio del 2011 il Forum Nazionale ha nominato Presidente Nazionale il Sen. Roberto Di Giovan Paolo.

Il Forum è consapevole che una riforma così innovativa ha il bisogno della "leale collaborazione" di tutte le Istituzioni competenti soprattutto in un momento di crisi economica e sociale.

Per sostenere la Riforma, il Forum Nazionale ha sottoscritto un protocollo di collaborazione con l' "Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà"(INMP) di Roma, al fine di formare e informare il personale medico chiamato ad operare in un contesto complesso e delicato come l'istituzione penitenziaria.

Questo perché vi è la profonda convinzione che la riforma – oltre che un passaggio tecnico di competenze – è anche un'occasione di progresso culturale e scientifico che tende sempre di più all'universalità delle prestazioni sanitarie, a prescindere dalla condizione soggettiva di chi le riceve, sia esso libero o detenuto, italiano o straniero.

---

### *Lo stato dell'attuazione della riforma*

Leda Colombini in convegni o momenti pubblici, davanti agli interlocutori Istituzionali, affermava “che per far fallire una riforma basta non applicarla”. Sotto questo profilo, particolarmente sensibili sono i temi della ricaduta del passaggio di competenze sulla popolazione detenuta, sui livelli di assistenza, sul diritto ad esigere le cure in maniera efficace, sull'omogeneità dei servizi erogati all'interno delle Aziende sanitarie, sull'effettiva presa in carico della persona, sui progetti di prevenzione.

Dobbiamo dire che a tutt'oggi il sistema non è recepito da tutte le Regioni, perché la Regione Sicilia non ha ancora assunto le competenze in materia di sanità penitenziaria.

Le altre Regioni a statuto speciale - oltre che ovviamente quelle a Statuto Ordinario - hanno invece lentamente recepito le direttive.

Ad oggi - quindi - esiste ancora di fatto un doppio binario per quanto riguarda la medicina penitenziaria.

Non c'è dubbio che un primo obiettivo - purtroppo ancora non raggiunto - della riforma era quello di evitare una applicazione a “macchia di leopardo”, con sensibili differenze negli standard sanitari da regione a regione.

A ciò si aggiunga il difficile momento economico, sociale e politico che vive il paese e che costringe le diverse amministrazioni a contenere le spese e a ridurre complessivamente i budget destinati alle politiche sanitarie e penitenziarie.

Il tutto in un contesto - come quello della sanità penitenziaria - che ha costretto le Regioni subentrate allo Stato centrale ad effettuare pesanti investimenti infrastrutturali.

Da quando si è cominciato a parlare di possibile applicazione della riforma, infatti, lo Stato centrale ha di fatto sospeso ogni tipo di intervento, anche in vista dell'imminente passaggio di competenze.

Ciò ha costretto, subito dopo l'approvazione del DPCM 1 aprile 2008 le Regioni a sostituire apparecchiature non più a norma e ad affrontare l'ormai indifferibile tema della riorganizzazione dei rapporti di lavoro esistenti nell'ambito della oramai disciolta medicina penitenziaria.

A ciò si aggiunga che - per i tempi tecnici necessari al trasferimento delle somme dallo Stato centrale agli enti locali - le Regioni hanno dovuto anticipare con le loro casse le competenze economiche dei lavoratori impegnati nella sanità penitenziaria e quelle per le prestazioni sanitarie alla popolazione detenuta.

Tutte queste difficoltà - tuttavia - non devono far pensare che il passaggio di competenze sia stata in realtà la causa di un possibile peggioramento della qualità del servizio sanitario.

Basti pensare che nell'unico settore “sanitario” non transitato alle regioni,

l'assistenza psicologica ai detenuti non tossicodipendenti, il Ministero negli ultimi anni ha tagliato le ore di attività svolta in carcere di oltre il 50%.

Per recepire una riforma culturale così complessa e innovativa ci vogliono anni di "leale collaborazione".

In questo senso, dall'osservatorio privilegiato che rappresenta il Forum nazionale, dobbiamo registrare che diverse Asl hanno investito sul carcere, hanno portato servizi, professionalità, metodologie del territorio; certo il SSN sconta criticità enormi: il blocco del turnover, piante organiche ridotte al minimo (nei SERT e nel DSM ormai inaccettabili), il taglio dei posti letto e il commissariamento di diverse Regioni, il sovraffollamento che rende complicato qualsiasi discorso in materia di prevenzione, diagnosi e cura.

Ma queste difficoltà non sono "separate" dal territorio. In altri termini il carcere non può essere immune dalle difficoltà in cui versa in generale la sanità.

Obiettivo centrale della riforma è soprattutto quello di superare la separazione del carcere dal territorio: abbattere quel muro tra chi sta dentro, anche per lavoro e fuori; fare in modo che il tempo del carcere, della detenzione possa essere impiegato anche in prevenzione, diagnosi e cura e trasformarlo in tempo di progetti terapeutici e di organizzazione di percorsi individualizzati.

Questa dovrebbe essere in fondo la funzione primaria della pena, quale occasione per consentire l'avvio di un percorso di graduale reinserimento di ogni individuo nella normalità della vita comune, nella quale occorre prestare attenzione ai propri comportamenti, ma anche alla propria salute e alla propria persona.

In questo senso quella separazione tra carcere e territorio è quanto di più deleterio possa esserci: se si considera il carcere luogo diverso dalla società non si riuscirà mai a preparare a dovere le persone ad un loro ritorno alla libertà.

Come tutte le Riforme, anche quella della medicina penitenziaria è esigente. Il rischio "di cambiare tutto per non cambiare niente" c'è.

In questi anni molto si è pensato alle Unità Operative Complesse o Semplici, ai Dipartimenti, ai ruoli o incarichi aziendali e meno ai livelli delle prestazioni offerte. Il rischio di una certa "autoreferenzialità" c'è ed è inutile negarlo.

Anche un certo silenzio sulla Riforma (sia dei media che della politica) indica una difficoltà a governare un sistema complesso come la salute in carcere. La riforma è vissuta come un carico in più; carico oneroso su un sistema già in difficoltà come quello sanitario.

Affrontare questi argomenti non significa però rimpiangere il vecchio, ma lavorare per essere aderenti a quel DCPM, a quegli allegati (penso all'alle-



---

gato A) che ancora non sono conosciuti da molti addetti ai lavori.  
“Un carcere sano fa bene a tutti”, semplice affermazione che richiede però un lavoro quotidiano spesso faticoso.

### *Prospettive*

Nell'anno trascorso abbiamo provato a tenere alta l'attenzione della riforma e il tema della salute in carcere, promuovendo iniziative pubbliche che mettessero insieme i vari attori Istituzionali.

A Firenze nell'aprile 2012 in occasione del convegno nazionale “Le città e l'Istituzione penitenziaria” abbiamo voluto sottolineare il legame tra il carcere e il territorio. Durante l'iniziativa, il presidente di Legautonomie e sindaco di Pisa, Marco Filippeschi, propose tra l'altro:

- la realizzazione di un Coordinamento nazionale delle città sede di carcere, stabile e efficace, e un percorso di lavoro, rivolto al Parlamento e al Governo;
- rivedere l'utilizzazione delle risorse a disposizione della Cassa per le ammende, destinandole esclusivamente a finanziare le misure alternative al carcere e i programmi per il reinserimento sociale;
- riconoscere anche ai Sindaci il diritto di visitare le strutture penitenziarie presenti nel territorio comunale alle stesse condizioni oggi riconosciute ai consiglieri regionali e ai parlamentari, modificando l'art. 67 dell'Ordinamento penitenziario;

Alla presenza del Ministro della Salute, Prof. Balduzzi (che nel suo intervento puntualizzò “l'irreversibilità della riforma e la necessità di applicare gli allegati del DPCM”), del capo del DAP, dott. Tamburino, di fronte ad amministratori locali, sindaci, volontari, il Presidente del Forum, Senatore Di Giovan Paolo suggerì di organizzare una conferenza nazionale degli assessori alla salute delle regioni per il monitoraggio e la verifica dello stato di attuazione della riforma della sanità penitenziaria.

Da sempre il Forum si sta impegnando affinché la politica e le Istituzioni preposte e direttamente responsabili, affrontino in tempi certi il tema del governo della Riforma della medicina penitenziaria.

Secondo il Forum serve una “cabina di regia” nazionale per assicurare la piena attuazione della Riforma; un crono programma attuativo per ogni Regione con l'esplicitazione dei programmi regionali per la sanità in carcere, per i progetti di prevenzione diagnosi e cura specifici per la popolazione detenuta e per gli operatori; protocolli regionali tra Prap e Regione per l'effettivo monitoraggio dei dati e delle procedure messe in atto dalle aziende sanitarie; scrivere e attivare le carte dei servizi con l'indicazione degli specialisti presenti, degli orari, dei percorsi esistenti dei Ser.T e dei DSM.

Con queste finalità Il Forum - su iniziativa del Sen Di Giovan Paolo – favo-

riva l'approvazione di un emendamento al decreto-legge 22 dicembre 2011, n. °221 recante "interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento nelle carceri", in forza del quale "qualora la persona in stato di arresto o di fermo necessiti di assistenza medica o psichiatrica la presa in carico del soggetto spetta al SSN".

In questo quadro, già complesso, si inserisce il faticoso passaggio previsto dall'allegato C del DPCM 1 aprile 2008, che prevede il superamento degli OPG.

La posizione del Forum Nazionale da sempre è stata quella del "graduale ma irreversibile superamento", senza "se" e senza "ma". Per fare questo è però indispensabile che le ASL diano avvio ad un complesso programma specifico per ogni internato in OPG, che consenta di elaborare un progetto terapeutico individuale, al fine di favorire la definitiva presa in carico del paziente. Ad oltre 4 anni dall'approvazione del DPCM e del relativo allegato C non è più accettabile che vi siano ancora oggi pazienti sottoposti a misura di sicurezza provvisoria non tanto per la persistente loro pericolosità sociale, quanto piuttosto per l'assenza di soluzioni idonee nei territori.

Bisogna comunque sottolineare che grazie alle pressioni della politica, al forte messaggio del Capo dello Stato, della commissione straordinaria del Senato sugli errori sanitari, l'opinione pubblica ha avuto modo di conoscere il drammatico mondo degli internati e dei malati in OPG.

Se una campagna analoga si facesse per la questione della sanità in carcere, non vi è dubbio che l'opinione pubblica - rendendosi conto della drammaticità in cui versa la sanità penitenziaria - darebbe un forte stimolo alla rapida attuazione della riforma.

E' oggi quanto mai urgente per le Regioni, per le Aziende Sanitarie, per gli operatori tutti, condividere un modello di medicina, che si incentri sulla presa in carico della persona e sui trattamenti sanitari individualizzati. Percorso difficile, per i motivi esposti ed anche per una certa tendenza dei detenuti ad usare in maniera strumentale il tema della salute, al fine di ottenere benefici penitenziari.

L'efficacia e l'efficienza del trattamento sanitario si misurano infatti anche dalla maturazione del rapporto tra detenuto e sanità: un'adesione convinta al programma sanitario proposto è sintomo di un servizio sanitario che funziona e che convince anche il fruitore della sua oggettiva utilità, al di là di possibili vantaggi collaterali legati ad un migliore trattamento penitenziario. Anche questo consentirebbe di passare da una logica del carcere incentrata tutta sul tema della "sicurezza" alle "buone prassi sanitarie" in cui l'aspetto sia general che special preventivo è solo uno degli elementi del trattamento penitenziario.

Con questo spirito abbiamo in questi mesi informato e formato il personale e i detenuti di 9 Istituti Penitenziari d'Italia su alcuni temi della "Riforma".

---

Grazie ad un progetto finanziato con fondi FEI, con le competenze proprie dell'Istituto Nazionale per le Malattie della Povertà (INMP), il Forum ha favorito una maggiore conoscenza dei temi della salute e della prevenzione tra i detenuti immigrati presenti nelle carceri del Nord (Torino, Milano, Firenze) del Centro (Bologna, S.Maria Capua Vetere, Teramo) e del Sud (Bari, Palermo, Cagliari).

Per gli aderenti al Forum sostenere la Riforma significa lavorare per avere un sistema sanitario omogeneo e uniforme in tutti gli Istituti Penitenziari e una programmazione ed obiettivi regionali adeguati agli allegati del DPCM. La Riforma avrà successo anche se si favorirà la “partecipazione” attiva dei detenuti. Abbiamo per questo organizzato diverse riunioni – franche e partecipate - con i detenuti, operatori della sanità e del trattamento nelle Regioni dove siamo presenti (Spoleto, Regina Coeli, Rebibbia NC, Padova, Napoli, sono state tappe di questo cammino).

Tutto questo abbiamo fatto seguendo la testimonianza di Leda Colombini secondo cui “La Riforma cammina con le gambe che trova, quindi anche con le nostre”.

La salute delle persone detenute e degli operatori non deve restare un tema per gli addetti ai lavori, destinato ad assumere rilevanza generale solo quando si parla di eventi tragici.

Come Forum Nazionale da anni combattiamo una battaglia sul territorio per far sì che questo tema esca dagli uffici di pochi tecnici di settore e diventi patrimonio comune di tutta la società civile. Solo così potremmo ottenere in tempi brevi quei risultati che fino ad oggi hanno richiesto battaglie di anni. Le condizioni dei detenuti e delle carceri non consentono più di aspettare altro tempo: la riforma è quanto mai urgente se non vogliamo correre il rischio di trasformare il carcere ancora di più in quella discarica sociale che nessuno vuole e se non vogliamo continuare a registrare altri gravi casi di malasanità in carcere. In questo senso dobbiamo continuare a combattere affinché in carcere vi siano solo soggetti effettivamente pericolosi e consentire a chi invece oggi vi resta per mancanza di valide alternative sociali e sanitarie sul territorio, di uscire dalle strutture penitenziarie (si pensi ai tossicodipendenti o ai soggetti affetti da patologie psichiatriche).

In questo senso questa pubblicazione - come le altre di analogo tenore - è essenziale per favorire la diffusione di un tema tanto delicato ed importante, specie se si considera il fatto che coinvolge persone sottoposte contro la loro volontà alle cure e alle attenzioni dello Stato.

Proprio per questo - forse più che per un comune cittadino - carenze ed inefficienze appaiono ancora più inaccettabili, perché rivolte verso soggetti che non hanno la possibilità di scegliere a chi rivolgersi.

---

## ***Problematiche relative alla gestione dei soggetti sottoposti alle misure di sicurezza detentive***

*a cura di Francesca Acerra – vicecommissario di polizia penitenziaria*

### *abstract*

*L'autrice prende in esame le misure di sicurezza detentive, con riguardo, non solo, agli aspetti prettamente normativi, attraverso una disamina delle disposizioni che disciplinano la materia, ma anche, ad una panoramica sugli Istituti, le Case di Lavoro, le Colonie Agricole e gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in cui tali misure vengono eseguite.*

*Vengono approfondite inoltre le problematiche relative alla particolare tipologia dei soggetti, gli internati, al trattamento penitenziario ad essi riservato e alle conseguenti condizioni di vita in cui essi vengono a trovarsi. L'indeterminatezza della misura, il pericolo di una sua proroga, la carenza di attività lavorative, l'assenza, molto spesso di validi legami familiari ed affettivi, la presenza di disagi legati a stati di tossicodipendenza e alcol dipendenza, costituiscono ulteriori fattori che determinano un livello di criticità maggiore concernenti una corretta gestione.*

*Prendendo atto di un recente diffuso interesse della Magistratura, di esponenti della politica e dell'opinione pubblica in generale su quello che è stato definito da tempo, "ergastolo bianco", sono contemplate le critiche che da più parti sono state mosse sia relativamente all'attuale assetto normativo, definito "anacronistico", che per le concrete modalità di esecuzione delle misure. Sono poi esposte e valutate le proposte di modifica della normativa attuale, fino ad un eventuale e definitivo superamento della stessa, mediante abrogazione.*

\* \* \*

### *Quadro normativo*

Il legislatore del 1930, sanando lo storico conflitto tra Scuola Classica e Scuola Positiva in ordine alla natura e funzione della pena, introdusse nel Codice Penale Rocco il sistema del c.d. "doppio binario", affiancando alla sanzione penale tradizionale la misura di sicurezza, destinata a neutralizzare la pericolosità sociale di determinate categorie di soggetti, così antepo-

---

nendo la tutela della collettività alla garanzia dei diritti del singolo, e assecondando l'autoritarismo repressivo dello Stato fascista.

Alla pena viene, così, assegnata una funzione di retribuzione e di prevenzione generale; alla misura di sicurezza una funzione di prevenzione speciale, tendente alla neutralizzazione, alla cura ed alla rieducazione del reo socialmente pericoloso, onde modificarne i fattori predisponenti all'atto criminale.

Nel raffronto tra pena e misura di sicurezza, è possibile distinguere il fondamento dei due istituti: mentre la pena è la conseguenza di un giudizio di riprovazione per la violazione di un comando, la misura di sicurezza scaturisce da un giudizio di pericolosità, non di responsabilità, e di probabilità di futura recidiva.

Da ciò discendono due corollari: in primo luogo, mentre la pena è determinata in proporzione alla gravità del fatto, la durata della misura di sicurezza è logicamente indeterminata perché rapportata alla prognosi di pericolosità, sicché la misura cessa al venir meno della pericolosità stessa, da qui la denominazione di "ergastolo bianco". Inoltre se la pena ha come destinatari soggetti imputabili e semi imputabili, la misura di sicurezza è applicabile anche ai soggetti non imputabili se pericolosi. Alle prime due categorie le misure di sicurezza si applicano cumulativamente alla pena, dando vita al sistema del doppio binario, alla categoria dei non imputabili, si applicano in via esclusiva.

L'applicazione della misura di sicurezza richiede due presupposti: uno oggettivo, consistente nella commissione di un fatto previsto dalla legge come reato, salvo i casi dei cd "quasi reato", e l'altro soggettivo consistente nell'accertamento della pericolosità sociale del soggetto, intesa quale probabilità di commissione di nuovi reati.

A seguito di interventi della Corte Costituzionale, prima, e del legislatore, poi, la sussistenza della pericolosità sociale deve formare oggetto di un accertamento concreto ed attuale.

Nel tempo si è, però, sviluppata una riflessione critica sul ruolo della misura di sicurezza, ciò, soprattutto con riguardo al riconoscimento costituzionale del finalismo rieducativo della pena, sancito all'art. 27, c.3 della Costituzione. Proprio perché tendente alla rieducazione del condannato, si osserva, che la stessa pena dovrebbe farsi carico di attenuare la pericolosità del reo e di prevenire il rischio di ricadute criminali, perseguendo gli scopi tipici della misura di sicurezza. Partendo dal dato costituzionale fornito dall'art. 27, comma 3, della Cost., la dottrina più avveduta si interroga sulla legittimità della sopravvivenza delle misure di sicurezza in un diritto penale costituzionalmente orientato.

*Case di lavoro e colonie agricole.*

Passando, poi, all'esame delle concrete modalità di esecuzione delle misure di sicurezza detentive oggetto del presente lavoro, e partendo dall'assegnazione alla colonia agricola o casa di lavoro, si osserva che l'unica casa di lavoro presente in Italia è quella di Saliceta San Giuliano in Emilia Romagna, (attualmente chiusa a seguito dei danni cagionati alla struttura dal terremoto in Emilia Romagna nel 2012), vi sono poi sezioni di casa di lavoro in Sicilia, presso la casa di reclusione di Favignana, in Abruzzo, presso la casa di reclusione di Sulmona, in Emilia Romagna, presso la casa di reclusione di Castelfranco Emilia; ed una colonia agricola ad Isili in Sardegna. Sebbene tali dislocazioni rispettino il dettato normativo di cui all' 62 c.3 L.354/75, parte della dottrina denuncia il fatto che, non essendovi istituti autonomi per l'espiazione della misura di sicurezza in esame, si rischia una totale omologazione del trattamento previsto per gli internati a quello dei condannati a pena detentiva, anche in considerazione del fatto che lo stesso ordinamento penitenziario ed il regolamento di esecuzione non contemplano particolari distinzioni. Si osserva, che non può, di certo, ritenersi sufficiente il fatto che si tratti di "sezioni" autonome all'interno di uno stabilimento carcerario, perché è poi ben difficile che, in pratica, la sezione si caratterizzi in maniera tanto specifica da assumere natura fondamentalmente diversa da quella dello stabilimento che le ospita.

Il rischio dell'omologazione di un trattamento sostanzialmente identico per i soggetti sottoposti a misura di sicurezza e quelli in espiazione di pena risulta meno evidente in strutture che hanno in carico un non elevato numero di detenuti, ed hanno a disposizione spazi ove possono essere effettuate agevolmente attività lavorative e socio riabilitative.

Risulta, invece, estremamente più gravoso in istituti di maggiore dimensione (vedasi Sulmona), ove la presenza di più circuiti penitenziari, la mancanza di idonei spazi ove poter svolgere indispensabili attività trattamentali, rischiano di omologare effettivamente il trattamento degli internati a quello di coloro che sono in espiazione di pena, usufruendo dello stesso ridotto numero di ore d'aria e di socialità.

*Tipologie di internati e problematiche concernenti la gestione.*

I soggetti assegnati alle sezioni di case di lavoro o colonie agricole sono, attualmente, 374, di questi, alcuni sono associati ad organizzazioni criminali quali mafia, camorra, 'ndrangheta; altri vantano, ugualmente, una lunga carriera delinquenziale, ma riconducibile a problemi psichici presenti sin dall'infanzia, o come retaggio di problematiche familiari di deprivazione. Questi ultimi sono soggetti dallo scarso equilibrio personale, tossicodipendenti, barboni, alcolisti, ecc, che, nonostante si ripropongano di non delin-

---

quere, non riescono a controllare la propria impulsività; soli ed abbandonati a se stessi non riescono a trovare accoglienza all'esterno.

Per questi soggetti è difficile trovare soluzioni di reinserimento nell'ambiente libero, per cui, generalmente, nei loro confronti viene reiterata l'applicazione della misura di sicurezza detentiva.

Le problematiche di gestione da affrontare nelle case di lavoro e nelle colonie agricole variano proprio in base all'appartenenza degli internati presenti all'una o all'altra delle categorie richiamate, ma, in generale le maggiori difficoltà discendono dal fatto che tutti non accettano la misura poiché la ritengono incostituzionale e contraria ad ogni principio di diritto penale internazionale, in quanto completamente avulsa dalla commissione di un fatto penalmente sanzionato. Gli internati appartenenti alla prima categoria, di solito, sono sempre attenti a partecipare a tutte le attività trattamentali organizzate negli istituti che li ospitano, preferendo attività culturali a quelle strettamente lavorative, poiché, di regola, non versano in condizioni di disagio economico. Tale spirito di partecipazione discende anche dal fatto che essi utilizzano ogni occasione utile per conoscere più da vicino gli operatori interni, compresa la Magistratura di Sorveglianza, e quelli della comunità esterna, autorizzati all'ingresso in istituto ex art. 17 O.P.

Gli internati rientranti nella seconda categoria, invece, possono a loro volta essere distinti in due diverse tipologie: i soggetti più integri fisicamente appaiono molto più interessati al lavoro, e restano indifferenti, se non addirittura pressati, dalle attività culturali; i rimanenti, invece, preferiscono trascorrere le giornate nelle stanze di pernottamento, nella quasi inattività, a volte accuditi da un piantone.

Il personale operante nelle sezioni adibite a case di lavoro o colonie agricole si trova, dunque, sovente, a dover gestire eventi critici quali sciopero della fame, autolesionismo, tentativi di suicidio. Queste criticità sono tutte legate allo stato di tensione, ansia, incertezza circa il proprio destino e il proprio futuro, che è una caratteristica comune a tutti gli internati.

L'indeterminatezza della misura, il pericolo di una sua proroga, la mancanza di un'attività lavorativa, l'assenza, molto spesso di validi legami familiari ed affettivi, l'insufficienza di fondi disponibili per l'acquisto di generi non sempre definibili secondari, la presenza di disagi legati a stati di tossicodipendenza e alcol dipendenza, o ancora a disturbi psichici, costituiscono fattori che determinano, negli istituti che ospitano le case di lavoro, un livello di criticità maggiore di quello presente negli altri istituti penitenziari.

L'attività che deve, pertanto, essere svolta da tutti gli operatori del trattamento, ed anche dal personale di Polizia Penitenziaria, deve tendere ad individuare immediatamente i soggetti che hanno maggiormente bisogno di attività di sostegno.



La sola segnalazione agli educatori o agli esperti, a volte, da sola non basta, anche in considerazione del ridotto numero di ore che agli esperti ex art. 80, sono assegnate, ormai, negli istituti penitenziari.

### *Il ruolo del lavoro.*

Nell'opera di recupero sociale di questi soggetti ruolo essenziale ha, o dovrebbe avere, il lavoro, per loro obbligatoriamente previsto dallo stesso art. 15 O.P., ma purtroppo le opportunità lavorative offerte non sono sempre sufficienti a raggiungere gli obiettivi previsti. Comunque nello svolgimento delle attività lavorative l'apporto del personale di Polizia Penitenziaria risulta assolutamente prezioso. Le attività lavorative organizzate negli istituti penitenziari che ospitano case di reclusione e case di lavoro non sono, però, in grado, nella quasi totalità dei casi, di consentire che tutti i detenuti ed internati possano essere adibiti alle stesse.

In realtà non vi sono, infatti, né gli spazi idonei a consentire l'effettuazione di lavorazioni in grado di consentire l'assorbimento di un così consistente numero di soggetti, né tantomeno sono disponibili i fondi per consentire un'adeguata retribuzione, ciò, nonostante il dettato normativo sia ben chiaro circa l'obbligatorietà dell'attività.

Sorge, allora, sempre più, negli istituti, il problema di una scelta delle persone da avviare all'attività lavorativa, in considerazione che sia i detenuti che gli internati rivendicano un loro "diritto al lavoro".

Le direzioni degli istituti, al fine di evitare evidenti discriminazioni, ed al fine di consentire ad un numero maggiore di soggetti di essere avviati al lavoro, sono costrette, allora, a ridurre proporzionalmente il numero delle ore di lavoro individuali giornaliere e mensili.

Tale soluzione adottata nella quasi totalità delle sedi, risulta, però, estremamente penalizzante, specie per i soggetti internati. E' bene evidenziare, infatti, che a differenza di quanto accade nella fase dell'espiazione della pena, ove l'attività lavorativa non rappresenta che uno dei fattori di recupero dell'individuo, nella misura di sicurezza detentiva il lavoro costituisce esso stesso nucleo essenziale della rieducazione, così come individuata dal legislatore, quale strumento infettibile di maturazione e riabilitazione del soggetto socialmente pericoloso.

L'assenza del lavoro o una esplicazione di esso a livelli di mera formalità, non solo snatura l'essenza medesima della misura, in ciò vanificando le finalità di prevenzione e difesa sociale, ad essa assegnata dall'ordinamento giuridico, ma mortifica ad un tempo stesso lo spirito della norma e la personalità dell'internato nella difficilissima e delicata opera di "ricostruzione". La misura di sicurezza dell'assegnazione ad una casa di lavoro colpisce, invero, soggetti appartenenti, per lo più a fasce deboli ed esposte, che



---

dopo la condanna non sono riuscite ad inserirsi validamente in un contesto sociale. Il periodo trascorso nella casa di lavoro, svolgendo un'attività lavorativa, dovrebbe consentire a questi soggetti un programmato e valido avvio di un'attività lavorativa che possa consentire anche al Magistrato di Sorveglianza di poter valutare la reale intenzione del soggetto di voler trarre, in futuro, esclusivamente dall'attività lavorativa, sostentamento per le proprie esigenze personali e familiari e, quindi, di aver effettuato un reale percorso di cambiamento del proprio stile di vita, che porti alla previsione di non ricadere più nella commissione di ulteriori reati.

L'amministrazione penitenziaria si è trovata, dunque, a gestire la necessità di organizzare le attività lavorative per un numero sempre maggiore di soggetti internati: il numero degli internati nelle case di lavoro è stato, infatti, ridotto sino all'approvazione dell'indulto.

E' dalla fine del 2008 che il numero degli internati nelle case di lavoro e colonie agricole è andato progressivamente aumentando e ha raggiunto, complessivamente, le 374 unità<sup>1</sup>, così come chiarito in altra parte del presente lavoro.

Le attività lavorative maggiormente espletate nelle case di lavoro sono quelle agricole; vengono, infatti, svolte tali attività in tutte le sedi, sia nell'istituto di Castelfranco Emilia, che negli istituti di Saliceta, Favignana e Sulmona. Coltivazioni agricole sono svolte, naturalmente nell'unica colonia agricola di Isili.

Nell'istituto di Sulmona, ove come abbiamo già detto, il numero degli internati è più alto, sono state sviluppate anche lavorazioni di falegnameria, serigrafia, calzoleria e sartoria. Nella falegnameria vengono prodotti, in particolare, arredi per le camere detentive, nella serigrafia è avviata una produzione di bandiere, nella calzoleria vengono realizzate scarpe per i detenuti, e nel laboratorio di sartoria camici per detenuti e personale medico ed infermieristico<sup>2</sup>.

Per lo svolgimento di tutte queste attività, assolutamente preziosa risulta l'attività svolta dal personale tecnico, purtroppo solo raramente presente, ma soprattutto da appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria che, con grande entusiasmo e generosità, pongono le loro conoscenze, acquisite anche al di fuori dell'attività istituzionale, a favore di soggetti che, spesso si riscontra, non hanno effettuato mai attività lavorative, e sono, quindi, privi

---

<sup>1</sup> VDAI; Dati rilevazione presenze internati, febbraio 2011.

<sup>2</sup> Nel laboratorio di calzoleria e nel laboratorio di sartoria vengono, inoltre, confezionate le scarpe e gli abiti che vengono utilizzati dai figuranti per l'importante "Giostra Cavalleresca", che si svolge ogni anno a luglio nella città di Sulmona, con la partecipazione anche di scuole equestri di altre nazioni europee.

di ogni qualsivoglia conoscenza tecnica di produzione. E', pertanto, anche in questa attività che si può cogliere l'insostituibile contributo di partecipazione all'attività di rieducazione e reinserimento svolto dagli operatori di Polizia Penitenziaria, unitamente a tutti gli altri operatori del trattamento, ciò in perfetta attuazione dei compiti istituzionali assegnati al Corpo dalla L.395/1990.

La trasmissione delle conoscenze, del proprio sapere, delle proprie capacità, è il migliore aiuto, il più alto contributo che un uomo, un operatore penitenziario, possa offrire a favore di soggetti che siano realmente desiderosi di uscire da una condizione di disadattamento e devianza.

In tutti gli istituti, poi, vengono svolti dagli internati i consueti lavori domestici.

Laddove le case di lavoro sono istituite quali sezioni di case di reclusione, è chiaro che le attività lavorative non possono essere in alcun modo attribuite in via esclusiva agli internati; l'assegnazione di questi ultimi al lavoro deve essere temperata anche con le esigenze degli altri soggetti condannati che hanno un diritto/obbligo di svolgere un'attività lavorativa.

Le attività lavorative risultano, pertanto, svolte sia dagli internati che dai condannati.

L'assegnazione in via esclusiva agli internati delle attività lavorative, potrebbe, peraltro, comportare in alcuni periodi dell'anno, ed in particolari circostanze, allorché gli internati usufruiscono dei benefici di cui si dirà, un'interruzione delle attività che, specie quelle c.d. "domestiche", ma anche quelle di produzione, non sempre possono essere completamente interrotte in un istituto penitenziario.

L'amministrazione penitenziaria è protesa, comunque, ad assicurare, per quanto possibile, a tutti gli internati lo svolgimento di attività lavorativa.

E' per questo scopo che l'amministrazione centrale ha chiesto a tutti gli istituti, specie quelli sede di case di lavoro, di avanzare proposte per l'incremento delle attività lavorative, anche ricorrendo, come già detto precedentemente, non solo alle agevolazioni della legge c.d. Smuraglia, pur in presenza di una riduzione di fondi per tale scopo, ma anche a progetti finanziabili direttamente dall'Amministrazione Penitenziaria attraverso la Cassa delle Ammende.

### *Proposta di abrogazione.*

Per lungo tempo la misura di sicurezza in oggetto non è stata particolarmente applicata, l'odierno suo maggiore utilizzo da parte di alcuni Tribunali di Sorveglianza, specie quelli Campani, ha fatto emergere la necessità di un'attenta riflessione su tale istituto giuridico. Da più parti si sostiene, infatti, che , la misura di sicurezza dell'assegnazione ad una colonia agricola o a

---

casa lavoro si configura come una variante solo nominalistica della pena, senza vederne poi rispettate le garanzie proprie di essa. La distinzione tra le due differenti tipologie di sanzioni dovrebbe fondarsi su una diversità di contenuti; può, infatti, legittimarsi la presenza di misure di sicurezza detentive solo , e soltanto se, le stesse abbiano contenuti specifici e diversi, ma nella pratica, l'attuazione e l'assegnazione ad una casa lavoro all'interno degli istituti di pena italiani non si differenzia dalla detenzione, costituendone, anzi, un doppio riferito a persone che hanno già espiato con la 'galea' la loro condanna.

Per questi motivi si auspica una modifica del dettato normativo, e l'Assemblea legislativa dell'Emilia Romagna ha presentato una proposta alle Camere di abrogazione delle norme del codice penale concernenti la misura di sicurezza in oggetto.

*Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: il trattamento punitivo dei "rei folli" e "folli rei".*

Passando all'esame dell'altra misura di sicurezza oggetto del presente lavoro, occorre ricordare che il ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, già denominato manicomio criminale, costituisce misura di sicurezza detentiva destinata ai soggetti non imputabili a causa di infermità psichica, intossicazione cronica da sostanza stupefacenti, sordomutismo, che siano socialmente pericolosi, ad eccezione dei minori. Essa si applica, altresì, ai sottoposti ad altra misura di sicurezza detentiva colpiti da un'infermità psichica. Da sempre ha rappresentato un problema il trattamento punitivo da prevedere per i soggetti con disturbi psichiatrici che commettano un reato.

Né l'istituzione penitenziaria, né il c.d. "manicomio" risultavano adeguati ad accoglierli: la prima perché concepita solo per coloro che violavano le norme penali colpevolmente; il secondo perché, avendo finalità soprattutto terapeutiche, non era idoneo a controllare la pericolosità sociale di tali soggetti.

Per questo motivo, già nel secolo scorso, molti studiosi cercarono di offrire una soluzione al problema, ipotizzando una diversa tipologia di custodia, in un luogo ove curare la follia.

Nacque, così, il "manicomio criminale", in seguito denominato "manicomio giudiziario" ed, infine, "ospedale psichiatrico giudiziario", traendo le sue origini dalla fusione delle due istituzioni totali che la società moderna utilizzava per correggere le forme più gravi di devianza: il carcere ed il manicomio.

Il manicomio criminale, antenato dell'ospedale psichiatrico giudiziario, nacque in Inghilterra alla fine del settecento con il nome di Criminal's Asylums, e soltanto successivamente si affermò nel resto d'Europa.

In Italia i manicomi giudiziari nacquero come risposta all'esigenza di creare una struttura atta a contenere i detenuti impazziti in carcere, detti "rei folli", e per i malati di mente che avevano commesso un reato, detti "folli rei". Negli anni successivi alla promulgazione del Codice Rocco, il manicomio giudiziario fu utilizzato soprattutto come strumento di difesa sociale e la sua struttura rimase invariata fino al dopoguerra. In quegli anni, la necessità di una riforma della legislazione manicomiale cominciò a farsi pressante.

Le prime innovazioni rilevanti furono quelle introdotte dalla L. 431/1968, che introdusse la possibilità di ricovero volontario in manicomio civile su richiesta del malato (art. 4), e l'abolizione dell'obbligo di annotazione sul casellario giudiziale dei provvedimenti del ricovero definitivo disposti dal magistrato.

Tali innovazioni si rilevarono, tuttavia, di limitato valore pratico; il principale merito di tale legge fu quello di restituire potenzialmente l'infermo di mente alla medicina, limitando la funzione custodiale del manicomio, ed esaltando, al contrario, il fine terapeutico. Maggiori conseguenze a livello di gestione dei manicomi giudiziari ha avuto la legge sulla riforma penitenziaria del 26 luglio del 1975 n. 354, che, pur riguardando le istituzioni penitenziarie in generale, ha introdotto precise prescrizioni nell'applicazione delle attività trattamentali e disciplinari, determinando una riforma dell'intero sistema penitenziario che si sono riflesse positivamente, benché indirettamente, anche sugli istituti psichiatrici giudiziari, in particolar modo in riferimento alle misure alternative ed al ruolo del magistrato di sorveglianza.

### *La riforma dell'ordinamento penitenziario: dai manicomi giudiziari agli ospedali psichiatrici giudiziari.*

La legge del 1975 che si inserisce in anni non facili per quanto riguarda la gestione degli O.P.G.<sup>3</sup>, ha modificato la dicitura "manicomio giudiziario" in "ospedale psichiatrico giudiziario" (art. 62).

Il nuovo ordinamento penitenziario, se da un lato, infatti, non contiene sostanziali modifiche normative dell'istituzione manicomio giudiziale, eccetto quella relativa al già menzionato cambiamento della denominazione e quella relativa all'introduzione di limitate prescrizioni nell'applicazione delle attività trattamentali e degli aspetti disciplinari previsti dal Regolamento, dall'altro ha, comunque, introdotto una sostanziale riforma

---

<sup>3</sup> In quegli anni occorre la tragedia di ANTONIETTA BERARDINI, che morì bruciata viva in un letto di contenzione a Pozzuoli; ALFREDO BONAZZI che con il libro "Ergastolo azzurro", prima, e "Squalificati a vita", poi, raccontò cosa succedeva in riformatori, carceri e manicomi criminali; inoltre lo stesso BONAZZI denunciò di essere rimasto per sessantotto giorni consecutivi in un letto di contenzione.

---

del sistema penitenziario che si è riflessa indirettamente e positivamente anche nell'ambito degli O.P.G.

Il miglioramento delle condizioni di vita all'interno delle carceri, infatti, ha reso possibile lo sfoltimento della popolazione degli O.P.G., soprattutto evitando che soggetti assolutamente sani di mente potessero simulare disturbi psichici al solo fine di abbreviare o alleviare il periodo detentivo.

Con la riforma penitenziaria del 1975, dunque, l'ospedale psichiatrico giudiziario deve essere soprattutto un luogo di trattamento, essendo affermato il diritto dell'internato di usufruire di opportunità trattamentali finalizzate al reinserimento sociale; in tal modo si fa sì che la pena detentiva acquisti il carattere di trattamento-riabilitazione.

Una delle innovazioni più significative apportate dalla legge, infatti, riguarda la previsione della possibilità per l'internato in O.P.G. di trascorrere parte del giorno fuori dall'istituto per partecipare alle attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale (art. 48 O.P.).

Occorre, comunque, precisare che, nonostante tale previsione, l'effettivo godimento della semilibertà, è rimasto per molti internati solo un'utopia, anche vista la dislocazione degli O.P.G. in Italia, e le difficoltà di percorrere molti chilometri per raggiungere le proprie abitazioni, potendo uscire la mattina e dovendo rientrare la sera.

Ulteriore innovazione della legge è contenuta nell'art. 11, comma 1, in cui si dispone che ogni istituto carcerario, oltre ad un servizio medico generale, possa contare sull'opera di almeno uno specialista in psichiatria: tale previsione ha prodotto sull'O.P.G. l'effetto di un notevole sfoltimento della popolazione di detenuti inviati in osservazione psichiatrica<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> DI GENNARO, BONOMO, BREDA, *Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione*, 2° ed., Giuffrè, Milano, 1980, pp. 309 e ss., dove si osserva inoltre che le innovazioni introdotte nell'Ordinamento Penitenziario più rilevanti per gli O.P.G. sono senza dubbio quelle contenute nel Capo II del Titolo II della Legge, agli art. 68 e ss., dedicato alla Magistratura di Sorveglianza". Fin dal 1931, le funzioni in materia di misure di sicurezza erano state assegnate al giudice di sorveglianza, ma la riforma del 1975 ha apportato importanti innovazioni: il vecchio "Giudice di Sorveglianza" ha acquistato il nome di "Magistrato", ma soprattutto ha acquistato nuove forme, nuove competenze ed è stato liberato da qualsiasi funzione diversa da quelle, appunto di "sorveglianza". In particolare, il Magistrato di Sorveglianza ha assunto il compito di ispezione e vigilanza sulle condizioni ambientali degli istituti di sua competenza, e di assicurare l'attuazione della legge penitenziaria; ciò implica che il suo controllo può riguardare tutto ciò che concerne, non solo, l'organizzazione, ma anche la gestione degli istituti, compresi, appunto, gli O.P.G.

*Abolizione dei manicomi civili: gli effetti sugli O.P.G.*

Fin dagli inizi degli anni Sessanta il movimento culturale cosiddetto “antipsichiatrico”<sup>5</sup>, capeggiato da Franco Basaglia<sup>6</sup> iniziò un percorso di rinnovamento che, passando per la costituzione della prima comunità terapeutica, si pose l’obiettivo di scardinare l’istituzione psichiatrica, intesa come scienza medica, ma soprattutto come strumento di controllo sociale, e sfociò con la Legge 180 del 1978.

La Legge 180, di fatto, modificò completamente la situazione precedente riconoscendo il diritto alla libertà del cittadino nei confronti del trattamento sanitario, quale deriva dall’art. 32 della Costituzione, sostituendo il concetto di “pericolosità” con quello di “tutela della salute pubblica” ai fini della legittimazione dell’obbligatorietà del trattamento stesso. La legge stessa tendeva, inoltre, alla progressiva eliminazione degli ospedali psichiatrici, indicati dalle nuove concezioni come “luoghi di esclusione e sofferenza”, lasciando, al contrario, in funzione gli O.P.G., che, in quanto non menzionati nella riforma, rimanevano soggetti alla normativa fino ad allora in vigore.

Il varo della L. 180/1978, relativa agli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, riguardante solo i manicomi civili e non quelli giudiziari, rappresentò un momento veramente innovativo, stabilendo il diritto del cittadino con disturbi psichici ad essere curato, e che il progetto terapeutico dovesse trovare attuazione a livello territoriale, nell’ambiente d’origine del malato.

La c.d. legge Basaglia ha cambiato la definizione di folle, che non è più “chi è pericoloso a sé o agli altri o è di pubblico scandalo”, come nella precedente legge del 1904, ma ora la definizione di disturbo psichico è una definizione solo di carattere medico, non facendo più riferimento al concetto di pericolosità.

La L. del 1978 puntava all’abolizione dei manicomi civili ed alla creazione di Servizi di diagnosi e cura, ma anche di appartamenti protetti, ed altre strut-

<sup>5</sup> Sostanzialmente l’ideologia antipsichiatrica si basava sui seguenti principi:

1. Abrogazione della legge psichiatrica del 1904 e disconoscimento della pericolosità quale connotato proprio della malattia mentale da equipararsi ad ogni altra malattia che possa colpire l’uomo;
2. Abolizione degli ospedali psichiatrici esistenti e di ogni altra possibile istituzione psichiatrica
3. Un concetto di cura connotato dai caratteri della volontarietà e della territorialità, intendendosi con questo ultimo termine che la terapia deve essere instaurata nell’ambiente di origine del malato, senza ricovero ospedaliero;
4. Istituzione per legge regionale di dipartimenti di salute mentale, ove si svolgano le funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale;
5. Limitazione dei trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale in condizioni di degenza ospedaliera;
6. Esecuzione dei trattamenti in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura all’interno degli ospedali generali e dotati di un numero limitato di posti letto.

<sup>6</sup> BASAGLIA, *L’istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968, p. 6 e ss.

---

ture di appoggio per ex degenti manicomiali o per nuovi utenti dei servizi psichiatrici.

Osteggiata in mille modi, e mai sufficientemente finanziata, la legge è stata applicata, con esiti alterni, solo in alcune zone d'Italia. In realtà si è dovuto attendere il 1994, anno del varo della legge finanziaria n. 724, che ha previsto la chiusura di tutti i presidi manicomiali ancora presenti sul territorio entro il 31/12/1996, perché la finalità della legge 180 potesse dirsi compiuta.

Per quanto riguarda gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, le riforme legislative in campo penitenziario li hanno riguardati solo marginalmente, lasciandoli sostanzialmente immutati.

Impedendo il ricovero coatto in manicomio, in assenza di una riforma degli O.P.G., la Legge n. 180 ha avuto l'effetto paradossale, e non voluto, di incrementare l'ingresso negli ospedali psichiatrici giudiziari di individui imputati o condannati per reati anche particolarmente lievi, e per vicende che, palesemente, non ineriscono alle turbe psichiche.

Con la riforma del 1978, tuttavia, gli O.P.G. e la loro conduzione persero progressivamente una parte del rigore della custodia per aprirsi a veri e propri interventi di terapia riabilitativa, gestita, a livello amministrativo dai direttori degli istituti e dal personale interno, attraverso una ristrutturazione dei luoghi e delle terapie mediche, ma anche e, soprattutto, attraverso iniziative come la terapia occupazionale, l'arte-terapia, e attività di gruppo.

In conclusione, dopo la Legge 180 la contraddizione fra nome di istituto terapeutico e sostanza di istituto meramente carcerario non si è spenta, ma, al contrario, si è esaltata con la presenza in O.P.G. di un numero elevato di prosciolti, molti dei quali bisognosi di interventi socio assistenziali, e di un numero non molto elevato di detenuti sani e di elevata pericolosità.

### *Il DPCM 1 aprile 2008: passaggio della funzione sanitaria dal Ministero della Giustizia a quello della Salute.*

Il DPCM 1 aprile 2008, che ha sancito il passaggio, in tutti gli istituti penitenziari, dell'assistenza sanitaria dal Ministero della Giustizia a quello della Salute, ha comportato per gli OPG, tra l'altro, l'importante innovazione del passaggio della direzione degli istituti dai direttori provenienti dai ruoli sanitari ai dirigenti penitenziari: quanto innanzi in considerazione che anche i direttori medici sono transitati dai ruoli del Ministero della Giustizia ai ruoli delle ASL.

I soggetti attualmente sottoposti alla misura di sicurezza in oggetto sono 1448 (1356 uomini e 90 donne) distribuiti negli OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, Secondigliano, Aversa, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia e Castiglione delle Stiviere, ove sono ospitate tutte le 90 donne. Oltre a sensi-

bili diversità sul piano dell'organizzazione strutturale, i sei istituti divergono anche sul piano dell'organizzazione funzionale.

Gli istituti a gestione diretta del Ministero della Giustizia sono condotti con larga prevalenza da personale della Polizia Penitenziaria, mentre l'istituto di Castiglione delle Stiviere è caratterizzato dall'esclusiva presenza di personale sanitario, inquadrato secondo i profili professionali e gli accordi collettivi nazionali di lavoro delle Aziende Sanitarie.

### *Gli internati in OPG e le problematiche di gestione.*

Tra i dati concernenti l'identikit della popolazione ristretta negli OPG il più rilevante risulta quello relativo alla mancanza di una correlazione tra la permanenza in OPG e la gravità del reato commesso. Quello che sempre più spesso, da più parti, si denuncia è che l'elevato numero di proroghe nell'applicazione della misura di sicurezza discende non dal perdurare dello stato di pericolosità sociale ma dal fatto che, da un lato, gli ammalati sono rifiutati dai loro stessi familiari che, o temono aggressioni discendenti dai disturbi psichici da cui gli interessati sono affetti, o dal non essere in grado di gestire le malattie stesse, dall'altro, che i Servizi di Salute Mentale presenti sul territorio non sono in grado di occuparsi di queste persone.

Gli OPG, allora, divengono, agli occhi dei Magistrati di Sorveglianza, la sola risposta disponibile, anche se non l'unica possibile, e, di certo, non la più adeguata.

Sempre più spesso, si denuncia il fatto che molti internati, che hanno commesso reati minori, senza il giudizio di non imputabilità, sarebbero stati sottoposti ad una carcerazione, di certo, molto più breve.

Le problematiche con cui ci si trova a confrontare all'interno degli OPG risultano particolarmente numerose in considerazione del fatto che essi costituiscono un punto di collegamento tra sistema giuridico e sistema sanitario.

In primo luogo, notevoli difficoltà si incontrano, ovviamente, nella gestione della tipologia di soggetti presenti in tali strutture, affetti da differenti patologie psichiatriche e pericolosi socialmente.

Come negli istituti penitenziari ordinari, inoltre, anche negli OPG, il personale che vi opera appartiene a categorie eterogenee. La specificità della struttura, che ha quali scopi istituzionali, da un lato, quello di custodia, dall'altro, quello di cura e preparazione al ritorno nella società, determina, ancora di più, l'effetto di mettere insieme professionalità che attingono a riferimenti culturali di difficile armonizzazione: quella sanitaria, tendente al trattamento ed al recupero, e quella penitenziaria che nella custodia e nel rigido controllo trova i suoi principi fondanti.

Appare necessario che tutto il personale operante negli OPG, specie quello



---

appartenente ai ruoli maggiormente operativi, sanitario, infermieristico e Polizia Penitenziaria, acquisisca ulteriori strumenti culturali, più raffinate conoscenze riguardo ai propri compiti nel contesto operativo di appartenenza, consapevolezza del ruolo proprio, ma anche e soprattutto quello altrui, con maggiore fluidità nelle comunicazioni. Occorre, cioè, lavorare in “équipe” ponendo ciascuno il proprio lavoro in raccordo con le altre figure professionali coinvolte nella gestione e trattamento dei pazienti.

Per quanto specificamente attiene al personale di Polizia Penitenziaria operante negli OPG, data la particolare tipologia di soggetti ivi ristretti, sarebbe auspicabile la predisposizione di un’apposita specializzazione, riconosciuta dall’ordinamento del Corpo, in analogia a quanto previsto, ad esempio, per gli operatori di Polizia Penitenziaria addetti alle strutture per minori. Occorre, in particolare che si sviluppino le capacità per meglio comprendere cosa significhi “patologia psichiatrica” e le peculiarità del rapporto con il paziente psichiatrico, per gestire l’impatto emotivo suscitato dal rapporto con il malato mentale grave, acquisire la capacità di porre in essere comportamenti, atteggiamenti, posture, capaci di sopire, allentare, disinnescare ingorghi emozionali, accessi deliro-allucinatori, eruzioni aggressive presenti in un’utenza così particolare.

### *Definitivo superamento degli OPG?*

Le condizioni di vita degli internati negli OPG, difficili da sempre, sono state portate, recentemente all’attenzione dell’opinione pubblica dalla Commissione d’Inchiesta presieduta dal Senatore Marino, che ha effettuato dei sopralluoghi in tutti gli OPG presenti sul territorio nazionale.

Nelle relazioni dei sopralluoghi effettuati si denuncia il degrado derivante dalle pessime condizioni strutturali ed igienico sanitarie : “evidenti macchie di umidità, muffe, presenza di sporcizia ovunque, presenza di letti metallici con spigoli vivi, vernice scrostata, pavimenti danneggiati, coperte e lenzuola strappate, sporche ed insufficienti, lezzo nauseabondo, per la presumibile presenza di urine sui pavimenti e sugli effetti lettereschi, e, nell’OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, un letto di contenzione con foro sul materasso e sulla rete per lasciar scivolare gli escrementi”.

Si denuncia, ancora, la presenza in molte stanze di letti a castello fuori legge, ed, in violazione di quanto stabilito dalla Commissione Europea per la prevenzione antitortura, il fatto che lo spazio a disposizione di ciascun internato nelle stanze è di soli tre metri quadrati.

Alla luce di quanto riscontrato la Commissione d’inchiesta si è prefissa, nel più breve periodo possibile, di far in modo da responsabilizzare gli assessori alla sanità di tutte le Regioni ed i Magistrati di Sorveglianza, affinché tutti gli internati non più pericolosi vengano presi in carico dalle ASL competen-

ti. Prendendo atto del fatto che le performance delle ASL variano da Regione a Regione si chiede a quelle dotate di situazioni sanitarie più solide e virtuose di prestare assistenza a quelle in difficoltà.

La Commissione si propone, inoltre, di far disporre la chiusura di almeno tre strutture, quella di Barcellona Pozzo di Gotto, Aversa e Montelupo Fiorentino e di realizzarne di nuove che presentino caratteristiche analoghe a quella di Castiglione delle Stiviere.

Si è, comunque, consapevoli che tale ultimo obiettivo non potrà essere raggiunto in tempi brevi, ciò in quanto le strutture esistenti, ospitando soggetti pericolosi che non possono essere immediatamente trasferiti altrove, non possono essere immediatamente chiuse, e la realizzazione delle nuove richiede dei necessari tempi tecnici.

Sia i politici che la Magistratura di Sorveglianza e l'Amministrazione Penitenziaria ritengono, comunque, che le condizioni di vita degli internati non potranno migliorare se non verrà ridotto il numero dei sottoposti alla misura e se non saranno impegnate maggiori e, più consistenti risorse economiche ed umane per l'assistenza dei ricoverati. Il maggior sforzo dovrà essere operato dalle ASL che, da un lato, dovranno accogliere, in strutture esterne, i soggetti per i quali venga revocata la misura per il venir meno della pericolosità sociale e, dall'altro, dovranno incrementare il numero dei sanitari, degli infermieri e degli assistenti socio sanitari operanti negli OPG. I ricoverati, infatti, necessitano di un'assistenza, non solo sanitaria, maggiore rispetto ai comuni detenuti ristretti negli istituti penitenziari.



---

## ***Il disagio mentale in ambiente penitenziario: strategie e competenze della polizia penitenziaria***

*a cura di De Angelis – vicecommissario di polizia penitenziaria*

### *abstract*

*Gli istituti di pena continuano ad essere luoghi dove convogliare emarginati, tossicodipendenti, malati mentali che si trovano spesso a scontare una doppia pena, quella della privazione della libertà come conseguenza del reato e quella della loro dipendenza/malattia, che mal si adatta all'istituzione penitenziaria. L'Amministrazione deputata a contenerli, per assolvere al suo mandato, deve coniugare necessariamente gli aspetti legati alla esecuzione penale con le esigenze terapeutico-riabilitative di cui i detenuti con problemi mentali necessitano. Il problema della salute mentale non può essere affrontato senza la creazione di una forte rete sociale che coinvolga il territorio: non è un caso che la riforma della medicina penitenziaria, in un'ottica di cooperazione interistituzionale, muova proprio da tali premesse.*

*Conseguentemente, la promozione e la tutela della salute mentale negli Istituti Penitenziari devono essere considerati obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale, non solo ai fini sanitari, ma anche ai fini della sicurezza degli istituti. Non vi è dubbio che il miglioramento del servizio reso nel settore della salute mentale può avere un ruolo decisivo nella prevenzione dei fenomeni di autolesionismo e della protesta che il disagio sostiene, con indiscutibili effetti positivi anche su una proficua gestione.*

*Appare determinante l'individuazione di strategie e di progettualità che, in stretto collegamento con i dipartimenti di salute mentale, coinvolgano tutti gli attori istituzionali a vario titolo chiamati a provvedere alle esigenze delle persone detenute: polizia penitenziaria, educatori, medici, infermieri, psicologi, psichiatri. Il loro impegno all'interno del carcere dovrebbe essere rivolto alla individuazione di un progetto integrato che punti a valorizzare la persona umana, perseguendo l'obiettivo di rendere più significativa e intensa la giornata del malato psichico, attraverso proposte trattamentali adeguate e strumenti quali l'arte, il teatro, lo sport, come già sperimentato in alcuni istituti, potrebbero essere parte di un processo di cura mirato, da realizzare in ogni carcere.*

---

La presenza di detenuti con patologie psichiatriche ha sempre rappresentato un problema sia per l'istituzione penitenziaria che ha difficoltà a gestirli in ambiente ordinario detentivo, sia per le persone stesse il cui stato psichico è indubbiamente aggravato dalla condizione di restrizione.

I soggetti con disturbi psichici, infatti, entrano più facilmente e rapidamente in conflitto con gli altri detenuti e sono solitamente emarginati o addirittura maltrattati; la loro particolare condizione mentale li rende soggetti a rischio di gesti auto e/o etero aggressivi, specie in situazioni di sovraffollamento. A ciò si aggiunga, che la significativa presenza di detenuti con disturbi di personalità crea non poche difficoltà d'intervento da parte degli operatori a causa della possibile frequenza dei loro comportamenti aggressivi, polemici, ricattatori, o comunque volti ad ottenere una continua, pretesa assistenza<sup>1</sup>.

Analizzando le ragioni giuridico-sociali per le quali si registra una significativa presenza di detenuti con patologie mentali, tanto da poter ritenere che gli istituti penitenziari, oggi, stiano vivendo una vera e propria "emergenza psichiatrica", è ben possibile circoscriverle in tre filoni fondamentali:

la difficoltà del giudice nella sua qualità di *peritus peritorum* di stabilire quando una patologia (compreso il disturbo di personalità) abbia rilevanza tale da escludere o grandemente scemare la capacità di intendere e di volere del reo, dovendo egli confrontarsi, molto spesso, con valutazioni di infermità piuttosto sfuggenti e difficilmente percepibili<sup>2</sup>;

Il problema dell'accertamento della pericolosità sociale, prodromico all'applicazione delle misure di sicurezza, che è un concetto per sua natura non scientifico e di conseguenza non desumibile dalla sola presenza della malattia mentale, bensì da più elementi di competenza non tanto psichiatrica quanto criminologica;

Le istanze di difesa e di prevenzione sociale che, proprio in tema di compatibilità tra infermità e stato di detenzione, molto spesso finiscono per scontrarsi con l'altrettanto fondamentale diritto alla salute del detenuto. La pena, in particolare detentiva, viene, infatti, concepita come un sistema che realizza (provvisoriamente o definitivamente) una condizione in cui il reo non può minacciare (ancora) la società<sup>3</sup>. La sanzione penale viene spesso considerata come l'espressione del controllo sociale sulle condotte devianti, ma parlare di devianza significa anche aprire le porte al disturbo menta-

---

<sup>1</sup> DE FERRARI F. ROMANO C. A., *Sistema penale e tutela della salute*, Giuffrè Editore, 2003.

<sup>2</sup> AMATO G., *Un'estensione del concetto di infermità vincolata ai riscontri su causa ed effetto*, in *Guida al Diritto*, n. 17 del 30 aprile 2005.

<sup>3</sup> CONCATO G, RAGIONE S., *Per non morire di carcere*, Franco Angeli, Milano, 2005.

le ed all'indesiderabilità sociale. Il controllo sociale diviene così un "border control", un controllo di confini, il cui scopo non è l'integrazione dei devianti, ma la loro esclusione. Una volta tracciato il confine dell'esclusione, la pena può assumere una forma qualsiasi, purchè non sia finalizzata ad immettere nuovamente nel "gioco" coloro che ne sono usciti<sup>4</sup>.

In questa sede appare opportuno sottolineare che anche a livello europeo la constatazione del forte aumento della popolazione detenuta con patologie psichiatriche ha trovato una serie di importanti conferme. Una prima valutazione del fenomeno si ritrova, infatti, nella "Dichiarazione" e nel "Piano di azione sulla salute mentale per l'Europa" (Helsinki, 2005) nei quali si sottolinea con insistenza la necessità di "offrire attività efficaci per la promozione mentale dei gruppi a rischio" e di "offrire servizi alle persone con bisogni di salute mentale che si trovano in contesti non specialistici quali ad esempio, ospedali generali o carceri".

Rispetto al tema specifico, entra, però, maggiormente nel merito la successiva "Risoluzione del Parlamento europeo sul miglioramento della salute mentale della Popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea" (Bruxelles 2005), la quale mette prima in evidenza che: "circa il 40% di tutti i detenuti soffre di disturbi mentali; che, rispetto alle persone che vivono in comunità, i detenuti sono fino a sette volte più esposti al rischio di commettere suicidio e che, se inadeguata, la detenzione può aggravare i disturbi e pregiudicare la riabilitazione"; per, poi, affermare successivamente che il Parlamento Europeo: "ritiene che il carcere non sia un ambiente adeguato per quanti soffrono di malattie mentali e che occorra proporre delle alternative"<sup>5</sup>.

Nonostante la mancanza di dati univoci con riferimento alla realtà del disagio mentale in carcere, può dirsi che negli istituti di pena italiani v'è una cospicua parte di detenuti affetti da disturbi mentali, stimata intorno al 16%<sup>6</sup>. Secondo i dati forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, relativi al periodo 2004-2005, il 10,25% dei detenuti è affetto da depressione, mentre il 6,04% da patologie psichiatriche diverse. A questi dati vanno aggiunti quelli delle malattie neurologiche pari al 3% e quelli relativi a detenuti colpiti da deterioramento psichico, che si attesta intorno allo 0,8%. Analogamente, il disagio psichico negli istituti penitenziari costituisce un fenomeno rilevante, la cui emergenza, sia dal punto di vista sanitario, che delle opportunità di trattamento e reinserimento sociale, richiede

---

<sup>4</sup> RE L., *Carcere e globalizzazione. Il boom penitenziario negli Stati Uniti e in Europa*, La Terza 2006.

<sup>5</sup> MOTTO D., CARRONI S. ecc., *Scarcerando. La salute mentale tra carcere e territorio*, Franco Angeli, Milano, 2008.

<sup>6</sup> Percentuale destinata a salire se teniamo conto del numero elevato di detenuti i con "doppia diagnosi" (intesa come contemporanea presenza di un disturbo psichico e di una dipendenza da sostanze).

---

un importante sforzo congiunto dell'amministrazione penitenziaria e delle istituzioni territoriali, non solo sanitarie. A tali disturbi si deve associare la frequenza dei comportamenti aggressivi che richiedono trattamento e che rendono più complessa, in genere, la gestione degli ambiti carcerari.

L'Amministrazione penitenziaria, nel preciso intento di tutelare la salute mentale della popolazione detenuta, ha dovuto tener presente che il problema delle malattie psichiatriche dei soggetti ristretti nelle strutture penitenziarie riguarda:

Soggetti che, nonostante siano affetti da una malattia mentale, sono stati riconosciuti imputabili ed espiano una condanna definitiva a pena detentiva;

Soggetti che presentano disturbi mentali nei cui confronti non si è ancora concluso l'iter processuale e che sono sottoposti alla misura cautelare della custodia cautelare in carcere, anziché di quella di cui all'articolo 286 c.p.p.- custodia cautelare in luogo di cura;

Soggetti che presentano patologie psichiatriche insorte dopo il fatto reato e/o dopo l'inizio della esecuzione della pena.

A tali categorie di ristretti bisogna, peraltro, aggiungere:

I soggetti autori di reato riconosciuti non imputabili per vizio totale di mente, ma considerati socialmente pericolosi e, pertanto, internati negli ospedali psichiatrici giudiziari;

I soggetti autori di reato riconosciuti affetti da vizio parziale di mente che scontano prima la pena in istituti di pena ordinari e, successivamente, vengono internati per l'esecuzione della misura di sicurezza.<sup>7</sup>

L'emergenza del problema riferibile alla presenza della patologia mentale in carcere era già ben chiara al Legislatore della legge 354/75 che, oltre a dettare disposizioni specifiche per gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, nell'articolo 11, dedicato al servizio sanitario in generale, stabilisce, diversamente dalle altre branche specialistiche, che *ogni istituto penitenziario*, e quindi non solo gli O.P.G., *deve avvalersi dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria*.

Questo elemento sottolinea la grande importanza che viene riconosciuta alla presenza dell'effetto patogeno della struttura penitenziaria sulla condizione psichica della persona detenuta; pertanto, l'obbligo di disporre di uno specialista in psichiatria, disciplinato dall'articolo 11, appare conseguenza della necessità di individuare precocemente i disturbi psichici e le condizioni di rischio, attuando gli interventi necessari, in applicazione

---

<sup>7</sup> DAP, Ministero Giustizia, 18 gennaio 2006, Commissione igiene e sanità del Senato della Repubblica. Assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive. Relazione, Roma.

delle Raccomandazioni dell' Organizzazione Mondiale della Sanità e del Consiglio d'Europa.

Una simile disposizione ha, pertanto, imposto all'Amministrazione penitenziaria, sempre nell'ottica di assicurare una risposta sanitaria efficace, di organizzare all'interno degli istituti penitenziari, un servizio psichiatrico intramurario in grado di assicurare quella continuità terapeutica necessaria, sia alla gestione delle reazioni-ansioso depressive generate dall'arresto e dalla incarcerazione, sia al trattamento di forme psicopatologiche più gravi, spesso già in carico ai servizi territoriali, che deve essere proseguito ed adattato in istituto.

Gli istituti possono, così, avvalersi di un gruppo di professionisti, da considerarsi parte integrante di tutta l'istituzione penitenziaria, che collaborando con gli altri operatori, sia attraverso l'instaurazione di un vero e proprio rapporto terapeutico con il paziente, sia attraverso il monitoraggio continuo delle situazioni di disagio psichico direttamente all'interno delle sezioni, contribuiscono al successivo reinserimento sociale del ristretto<sup>8</sup>.

La svolta decisiva in tale ambito è, comunque, derivata dall'entrata in vigore del "*Progetto Obiettivo per la Salute Mentale in ambito penitenziario*", emanato in attuazione della riforma della medicina penitenziaria<sup>9</sup>, che sposta l'attenzione sull'evidenza secondo la quale, per parlare di servizio psichiatrico negli istituti di pena, è fondamentale mantenere una prospettiva di costante collaborazione con il territorio, che trova nei Dipartimenti di salute mentale la naturale rappresentazione.

Tali obiettivi, però, trovano una risposta normativa adeguata solo in tempi piuttosto recenti con l'approvazione del D.P.C.M. del 1° aprile 2008 il quale sancisce il definitivo passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, fermo restando che le funzioni legate alla sicurezza degli istituti permangono in capo all'Amministrazione penitenziaria.

In ogni caso, con il provvedimento in parola, si sottolinea ancora una volta la necessità di attivare forme di collaborazione con il territorio per affrontare i problemi della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con disturbi mentali, analogamente a quanto aveva previsto, per la psichiatria civile, la legge "180", così come recepita dalla legge n. 833 del 12 dicembre 1978.<sup>10</sup>

In tal senso, viene promossa l'attività di individuazione precoce dei disturbi

---

<sup>8</sup> BRUNETTI C., ZICCONI M., *Diritto Penitenziario*, Edizioni Simone, 2010.

<sup>9</sup> Si veda in proposito il d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230.

<sup>10</sup> CALOGERO A., *Superamento degli OPG- Attuazione del D.P.C.M. 1 aprile 2008*, in *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, Anno I° - n° 1- Aprile 2009.



---

mentali in ambito penitenziario i cui sintomi, nella maggior parte dei casi, si manifestano nel corso della misura detentiva ed, in misura percentualmente limitata, riguardano soggetti già affetti da patologia mentale al momento del compimento del reato.

Viene, altresì, ribadita l'esigenza di curare la formazione e l'aggiornamento del personale coinvolto nella gestione di tali particolari reclusi, tramite la predisposizione di moduli formativi che tengano conto della specificità della materia.

Ai servizi di salute mentale competenti per territorio è, invece, attribuita la responsabilità degli interventi all'interno degli istituti di pena oltretutto il difficile compito di coordinare la propria azione con i servizi del territorio di residenza del ristretto, in modo da agevolare il reinserimento nel tessuto sociale, una volta tornato in libertà.

Un altro degli obiettivi che il provvedimento si prefigge è quello di stimolare forme di collaborazione tra l'area sanitaria e l'area trattamentale, in modo tale da coordinare i rispettivi interventi in funzione della tutela e della promozione della salute mentale e della sicurezza sociale, lungo tutto l'arco del periodo di detenzione.

In considerazione della specificità e della complessità degli interventi in favore dei detenuti con disturbi mentali è, altresì, prevista l'istituzione di sezioni o reparti a custodia attenuata, in prossimità dell'infermeria, da destinare ai trattamenti terapeutico-riabilitativi, e all'osservazione ed accertamento delle infermità psichiche; in essi dovranno essere destinati gli imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva, che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in O.P.G. o in case di cura o custodia<sup>11</sup>.

L'assegnazione dei detenuti presso le predette sezioni, che dovrebbero accogliere anche i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente al momento della commissione del fatto, si inserisce, pertanto, in un percorso evolutivo rivolto a delimitare i ricoveri in O.P.G.<sup>12</sup> ai soli casi

---

<sup>11</sup> *Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.*

<sup>12</sup> *Nel corso degli ultimi anni, infatti, gli Ospedali psichiatrici giudiziari, sebbene siano stati oggetto di progressivi interventi giurisprudenziali da parte della Consulta (sentenze della Corte Costituzionale n. 253 del 2003 e n. 367 del 2004 che ne hanno messo in discussione l'ispirazione originaria, auspicandone la riorganizzazione e, soprattutto, il loro superamento in prospettiva futura), sono stati utilizzati, con il preciso intento di alleggerire la condizione delle carceri le quali versano da tempo in situazione estremamente difficoltose a causa del sovraffollamento. Ciò significa che la misura di sicurezza del ricovero in O.P.G., che avrebbe dovuto costituire l'extrema ratio alla quale ricorrere per accogliere e curare i soli prosciolti non imputabili autori di reati gravi e con patologie importanti, sia divenuto in realtà la soluzione per circoscrivere nel medesimo ambiente problematiche sanitarie eterogenee, il cui complesso risulta di difficile approccio e trattamento, sia dal punto di vista terapeutico che da quello rieducativo e risocializzante.*

di totale incapacità di intendere e di volere.

Per quanto riguarda le prospettive di riforma degli Ospedali psichiatrici giudiziari, la proposta di riorganizzazione accolta nel provvedimento del 2008 è fondata sul principio della regionalizzazione del sistema di assegnazione degli internati agli ospedali psichiatrici giudiziari. Ciò in considerazione del fatto che nel territorio è possibile garantire maggiore interazione degli internati con i familiari, le istituzioni locali, ed i rappresentanti del volontariato, i cui interventi appaiono essenziali per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone, da garantire attraverso la cura che ne è il fondamentale presupposto.

Il decentramento delle strutture così previsto nelle linee di indirizzo in argomento è stato, pertanto, articolato in tre fasi di progressiva attuazione necessarie al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Nella prima fase è stato previsto lo snellimento di tali strutture attraverso la creazione “*di sezioni di cura e riabilitazione, all'interno delle carceri*” alle quali destinare i detenuti nei cui confronti è stato emesso il provvedimento di cui all' art.148 c.p. (per sopraggiunta infermità mentale) nonché i detenuti in osservazione psichiatrica ai sensi dell'articolo 112 del D.P.R. 230/2000. Una volta attivate tali sezioni, i Dipartimenti di Salute mentale che insistono nei rispettivi ambiti territoriali, di concerto con l'Amministrazione Penitenziaria, avranno il compito di articolare la dimissione degli internati che hanno concluso l'applicazione della misura di sicurezza, prevedendo progetti specifici per il loro *re-inserimento* nei territori di provenienza.

Nella fase successiva il provvedimento ha previsto la distribuzione degli attuali pazienti giudiziari delle regioni limitrofe tra le sei strutture dislocate sul territorio, al fine di attuare una prima assegnazione degli internati per provenienza geografica, senza, peraltro, modificare in modo sostanziale la capienza e la consistenza degli stessi OPG.

L'ultima fase prevede, invece “la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza”, dando così piena attuazione al disposto dell'art. 115 c. 1 D.P.R. 230/2000 a mente del quale: “Le soluzioni possibili, compatibilmente con le risorse finanziarie, vanno dalle strutture OPG con livelli diversificati di vigilanza, a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di salute mentale della Azienda sanitaria

---

dove la struttura o il servizio è ubicato<sup>13</sup>.”

Sempre nell’ottica di definire in via prioritaria delle forme di cooperazione interistituzionale tra le Amministrazioni interessate dalla riforma della medicina penitenziaria, mirate a garantire la tutela della salute ed il recupero sociale dei detenuti e degli internati, in sede di Conferenza Unificata, sono stati definiti i criteri di collegamento tra l’ordinamento sanitario e l’ordinamento penitenziario i cui tratti essenziali, per esigenza di economicità di esposizione, sono di seguito sinteticamente riportati.

In particolare l’accordo *de quo*<sup>14</sup>, in tema di sicurezza ha previsto la stipula di protocolli di intesa sottoscritti a livello regionale e territoriale nonché la predisposizione di programmi di zona od accordi di programma, rivolti a definire interventi specifici che necessitano il coinvolgimento del terzo settore, quali gli enti locali, le cooperative sociali e le associazioni di volontariato.

Le Amministrazioni interessate, tenendo conto delle specifiche esigenze e della tipologia delle persone in stato di restrizione presenti nelle singole sedi, avranno, quindi, il compito di stipulare delle intese in cui dovrà essere precisato che il personale sanitario, fermo restando l’autonomia professionale posseduta, è tenuto all’osservanza dell’Ordinamento penitenziario, del Regolamento di esecuzione, nonché delle disposizioni impartite dall’Amministrazione penitenziaria e dal dirigente penitenziario dell’istituto di riferimento.

Per quanto concerne l’organizzazione dei servizi sanitari all’interno degli istituti è ribadito che essi debbano rispettare gli standard di sicurezza relativi alle diverse tipologie detentive e che di tali parametri dovranno tener conto, altresì, i centri clinici di pertinenza del servizio Sanitario Nazionale, la cui dislocazione dovrà essere stabilita secondo i criteri individuati in un piano di azione da approvare in sede di Conferenza Unificata.

Nell’ambito delle aree di collaborazione individuate va evidenziata la promozione di una condivisione dei dati sanitari finalizzata a consentire la col-

---

<sup>13</sup> Per quanto concerne i modelli organizzativi da adottare il provvedimento chiarisce:

*che nell’ambito del Dipartimento di Salute mentale, sul cui territorio sono presenti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, sia istituita, idonea struttura avente autonomia organizzativa che, coordinandosi con gli altri servizi sanitari della Azienda sanitaria e con i servizi sociali, abbia funzioni di raccordo nei confronti delle Aziende sanitarie (regionali ed extraregionali) di provenienza dei singoli internati ospitati presso gli O.P.G.. Una simile struttura avrebbe il compito di concordare ed attuare piani individualizzati di trattamento per il reinserimento dei pazienti nel territorio entro i tempi previsti dalla misura di sicurezza comminata e favorire la continuità terapeutica.*

*Che in ogni Regione dove è ubicato un OPG deve essere realizzato uno specifico Accordo tra l’Amministrazione penitenziaria e la Regione, da raggiungere in sede di Conferenza Permanente Stato, Regioni e Province autonome, con il quale sono definite, nella gestione della struttura, le funzioni proprie del Responsabile sanitario e quello della sicurezza. In detto accordo, sono stabiliti gli ambiti delle funzioni di sicurezza in base alle esigenze dei singoli OPG, sono definite le modalità di intervento in casi di necessità ed urgenza, con la raccomandazione di istituire presidi di sicurezza e vigilanza, preferibilmente, perimetrali o esterni ai reparti.*

<sup>14</sup> Diffuso con la lettera circolare prot. n. 3614/6064 del 08.01.2009.

locazione ed il trattamento dei soggetti nuovi giunti, soprattutto con riferimento alla malattia mentale e al rischio di suicidio<sup>15</sup>.

Da ultimo, va sottolineato l'impegno delle parti per consentire la continuità dei percorsi<sup>16</sup> di cura e per proseguire nell'individuazione negli Istituti penitenziari di reparti a custodia attenuata, per il trattamento terapeutico riabilitativo dei soggetti con disturbi mentali.

I programmi di lavoro<sup>17</sup>, predisposti in sede di Conferenza Unificata, di attuazione delle Linee di indirizzo individuate dal più volte citato D.P.C.M. del 2008, hanno finito con il ridisegnare l'organizzazione dei reparti per minorati psichici e dei centri di osservazione psichiatrica, con il preciso intento di consentire l'esecuzione della pena o della custodia cautelare in regime intramurario ai detenuti e agli imputati affetti da patologie di lieve e media entità.

Per quanto riguarda le sezioni per minorati psichici è prevista la ricollocazione di tali reparti nell'ambito degli istituti penitenziari non più, quindi, all'interno degli O.P.G. e della sola Casa di Reclusione di Roma Rebibbia.

Si è di fatto inteso rafforzare la previsione normativa di cui all'art. 65 O.P. che prevede infatti l'assegnazione dei detenuti nelle sezioni in argomento, allorquando "per le loro condizioni" non possano trovare una risposta sanitaria adeguata ai loro bisogni negli istituti di pena ordinari<sup>18</sup>.

Attualmente, la loro assegnazione è disposta dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, su segnalazione delle direzioni corredata dalla proposta sanitaria, per un tempo determinato, di regola tre mesi o sei mesi, al termine dei quali tale assegnazione può essere revocata se il

---

<sup>15</sup> *Con Accordo approvato in sede di Conferenza Unificata in data 26 novembre 2009, a tal proposito si è condiviso il principio di rendere accessibili i dati sanitari del detenuto. In particolare alle Regioni ed alla A.S.L. di riferimento sono state messe a disposizione le cartelle cliniche già inserite nel sistema informativo Siat/Afis. Per quanto riguarda le attività di competenza relative ai trasferimenti dei detenuti per motivi di salute, del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e dei Provveditorati Regionali, è stato condiviso il principio della comunicabilità dei dati sanitari nominativi. A tal fine le direzioni dell'Istituto dovranno stipulare appositi protocolli con le A.S.L. per accedere a tutte le informazioni indispensabili alle proprie finalità istituzionali.*

<sup>16</sup> *Cfr. Lettera Circolare D.A.P. Direzione Generale dei detenuti e del trattamento, prot. N. 0129813-2010 del 24.03.2010, ove si legge testualmente: "L'attuazione della riforma della medicina penitenziaria, non a caso, richiede la condivisione da parte di tutte le istituzioni coinvolte di ogni progettualità sulla materia in argomento ai livelli nazionale, regionale e locale. A tale scopo in sede di Conferenza Unificata sono state costituite due specifiche articolazioni che svolgono attività istruttorie da sottoporre all'esame della Conferenza Unificata. In particolare sono stati Istituiti il tavolo di consultazione permanente con l'obiettivo di garantire l'uniformità sull'intero territorio nazionale degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e il Comitato paritetico Interistituzionale relativamente al tema degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e delle Case di cura e custodia."*

<sup>17</sup> *Accordo 20 Novembre 2008 citato; Accordo del 26 novembre 2009, approvato con atto n. 81- CU, relativo a: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano"; Accordo approvato in pari data, approvato con atto n. 83- CU, recante: "dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata".*

<sup>18</sup> *GREVI V., GIOSTRA G., DELLA CASA F. Ordinamento penitenziario-Commento articolo per articolo, CEDAM, Padova, 2006.*

---

detenuto non necessita più di particolari cure<sup>19</sup>.

Per quanto concerne, infine, i centri di osservazione psichiatrica occorre precisare che già dal 2004, in virtù di un progetto di intervento elaborato dall'Amministrazione penitenziaria<sup>20</sup>, sono operativi alcuni reparti di osservazione psichiatrica presso gli istituti penitenziari ordinari, che hanno consentito tanto di migliorare l'assistenza sanitaria nei confronti dei malati mentali, rendendola più aderente al dettato costituzionale, quanto di armonizzare il principio della tutela della salute con quello della territorialità della pena, evitando, sia pur brevi, allontanamenti del detenuto dal proprio nucleo familiare che, in momenti di fragilità psichica, potrebbero risultare ancora più destabilizzanti.

Con l'attuale riforma della medicina penitenziaria e considerate le lunghe liste di attesa presso i reparti a tal uopo individuati, si è, oggi, convenuto con le Regioni di favorire l'implementazione dei servizi psichiatrici nelle strutture penitenziarie, affinché si possa procedere direttamente nel medesimo istituto in cui il detenuto si trova, allorché l'accertamento della condizione psichica sia disposto dall'Autorità Giudiziaria competente.

Nel solco delle iniziative intraprese dall'Amministrazione centrale per la gestione dei soggetti multiproblematici in quanto categoria fortemente a rischio di gesti auto ed etero aggressivi si inserisce, altresì, la sostanziale riorganizzazione del Servizio Nuovi Giunti<sup>21</sup> che nel 2007 è sostituito dal Servizio di Accoglienza per le persone provenienti dalla libertà, con una impostazione meno specialistica/psichiatrizzante<sup>22</sup>. Le linee operative deli-

---

<sup>19</sup> BRUNETTI C., ZICCONI M., *Diritto Penitenziario*, Edizioni Simone, 2010.

<sup>20</sup> Denominato "Realizzazione di reparti per osservazione psichiatrica di cui all'art.112 D.P.R. 2000 in ogni Provveditorato". La progettualità in argomento, ha consentito di dare effettività alle previsioni di cui all'art.112 del D.P.R. 230/2000, a mente del quale "l'accertamento delle infermità psichiche, disposte dall'Autorità Giudiziaria per quanto riguarda gli imputati e dal Magistrato di Sorveglianza per i condannati e gli internati, debba essere effettuato nel medesimo istituto in cui si trova o, in caso di insufficienza del servizio diagnostico locale, presso altra struttura della medesima categoria".

<sup>21</sup> Con la Circolare prot. n. 3233/5689, nel 1987 si istituì il "Servizio Nuovi Giunti" composto da esperti ex art. 80 o.p., che avevano ed hanno il compito di effettuare un colloquio con il nuovo giunto, finalizzato ad accertare il rischio che il soggetto possa subire violenze da parte di altri ristretti o compiere atti di autolesionismo sino a tentare il suicidio. Cioché, sin dall'inizio, il servizio in questione sembrò di estrema importanza in quanto, dovendo valutare i rischi di autolesionismo e di suicidio del detenuto Nuovo Giunto, era in grado di segnalare ad altre figure professionali situazioni estremamente critiche permettendo, così, l'adozione di misure precauzionali (Grandi Sorveglianze e Sorveglianze a vista) atte a scongiurare tali scelte estreme. I nuovi giunti diagnosticati a rischio erano, infatti, destinati ad un reparto specifico solitamente posto nelle vicinanze dell'infermeria.

<sup>22</sup> Circolare prot n. GDAP-101045 del 06 giugno 2007. Una delle principali novità introdotte dalla circolare in parola è l'Istituzione del Servizio di accoglienza in tutti gli istituti di pena, non unicamente negli istituti ad alto flusso di ingresso, come avvenuto per il Servizio Nuovi Giunti. La circolare prosegue, specificando che negli istituti a minor flusso, il servizio può essere organizzato con forme più flessibili, compatibilmente con gli spazi ed il personale disponibile. Diversamente da questi ultimi, negli istituti con elevato numero di ingressi, deve essere necessariamente istituita una sezione di prima accoglienza, nella quale i detenuti non potranno permanere per più di una settimana.

neate chiedono agli operatori di incentivare la padronanza del soggetto rispetto alla nuova situazione, cercando di ridimensionare i vissuti di disorientamento e di impotenza dovuti alla detenzione. In questa direzione vanno le indicazioni di:

segnalare immediatamente ai detenuti la possibilità di avere operatori con cui instaurare un dialogo;

informare le persone sulle regole che scandiscono la vita detentiva;

accertare e trattare con tempestività stati di disagio psicologico, di malattia psichiatrica, di malattia fisica;

istituire dei “centri di ascolto” con operatori di diverse aree compresi quelli di Polizia Penitenziaria, col compito di intervenire ed offrire loro sostegno psicologico oltre che per assisterli nei bisogni di prima necessità.

La maggiore sensibilità manifestata dall'Amministrazione penitenziaria si è, pertanto, concretizzata nell'istituzione di uno staff multidisciplinare di prima accoglienza, integrato da operatori del terzo settore<sup>23</sup>, il quale ha il compito di individuare dei protocolli di intervento, in collaborazione con i servizi sanitari del territorio. Tale staff multidisciplinare deve altresì, effettuare delle riunioni periodiche per la definizione di interventi operativi o fattori utili ad un eventuale e successivo trattamento, a maggior ragione nei confronti dei detenuti il cui quadro personologico richiede un'attenzione particolare.

Con riguardo ai detenuti con patologia psichiatrica, sul presupposto che gli elementi di rischio si accrescono nei casi di soggetti affetti da simili patologie, la circolare sollecita l'attivazione di tutte le procedure indispensabili alla presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali competenti, prevedendo, qualora necessario, l'individuazione di strutture esterne di accoglienza.

Di recente, con l'aggravarsi del disagio nelle carceri e l'aumento dei suicidi, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha di nuovo fornito indicazioni per rafforzare l'osservazione e l'ascolto dei detenuti, sia estendendo il servizio di accoglienza a qualsiasi altro detenuto o internato a rischio auto-eterolesivo o suicidiario<sup>24</sup>, sia impegnando maggiormente nell'attività di ascolto il personale di Polizia penitenziaria, accanto a quello dell'area educativa e ai volontari, sia favorendo una maggiore presenza dei volontari e dei rappresentanti della comunità esterna anche in orari pomeridiani e serali. E' ribadito l'invito ad assicurare nel concreto l'esercizio di alcuni diritti come quello dei colloqui con i difensori ed a prestare attenzione ai

---

<sup>23</sup> *Lo staff si compone direttore che lo coordina, del medico incaricato o del medico Sias, dall'infermiere, dello psicologo, dello psichiatra, del responsabile dell'area educativa o un suo delegato, dal Comandante di Reparto od un suo delegato.*

<sup>24</sup> *Lettera Circolare prot. n. GDAP-0434312 del 18.12.2009.*

---

momenti di affettività fra i detenuti ed i loro congiunti e familiari<sup>25</sup>.

In riferimento allo Staff multidisciplinare si è voluto rimarcare che l'efficacia dello stesso è subordinata alla presa in carico soltanto dei soggetti ritenuti più problematici attraverso uno scrupoloso screening, abbandonando, di conseguenza la tendenza ad incrementare, senza esaustive motivazioni, i soggetti in carico allo staff, appiattendone l'intervento e riducendone l'efficacia.

Ciò che si è inteso perseguire, in ragione di alcuni nodi critici che riguardano l'intero sistema, quali la riduzione delle risorse finanziarie a disposizione, o ancora, le problematiche correlate al completamento del difficile transito della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, è, dunque, l'individuazione di *“una nuova organizzazione del lavoro”*, che si radichi sul lavoro di gruppo per obiettivi in chiave progettuale e multidisciplinare, quale condizione indispensabile per *“migliorare il senso professionale e di responsabilità dei singoli operatori”*; condizione, questa, fondamentale al conseguimento degli obiettivi istituzionali, imperniati sulla sicurezza e sulla garanzia di idonei livelli di trattamento<sup>26</sup>.

Come peraltro già rilevato, nella predetta organizzazione del lavoro, un ruolo fondamentale è svolto dagli appartenenti al Corpo di Polizia penitenziaria in quanto operatori che per mandato istituzionale hanno maggiori possibilità di verificare e sondare l'insorgenza di situazioni di crisi (ancor più se legate a problematiche connesse al disagio mentale) e di attivare tempestivamente gli interventi idonei.

Preso atto, che la costante presenza del personale di polizia all'interno delle sezioni detentive rappresenta, una risorsa utilmente spendibile<sup>27</sup> e tale da assicurare ogni intervento di sostegno diretto ed immediato, la circolare *de quo* ha, infatti, inteso attribuire agli appartenenti al corpo l'ulteriore compito di soccorrere il detenuto in situazioni di imminente criticità, attraverso l'attivazione di dinamiche comunicative finalizzate alla individuazione delle problematiche specifiche e delle necessarie misure di urgenza da adottare. Tutto ciò nella consapevolezza che la creazione di un modello di carcere il più aderente possibile al dettato costituzionale, è condizionata dall'instaurazione di una

---

<sup>25</sup> Circolare D.A.P. prot. n. GDAP-0177644 del 26.04.2010, *Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire fenomeni autoaggressivi*.

<sup>26</sup> Circolare D.A.P. prot. n. 3620/6070 del 06.07.2009, *Avvento della stagione estiva e conseguenti difficoltà derivanti dalla condizione di generale sovraffollamento del sistema penitenziario. Tutela della salute e della vita delle persone detenute o internate*.

<sup>27</sup> In assenza delle figure professionali istituzionalmente deputate all'assistenza psicologica del detenuto, che nelle ore pomeridiane, serali e notturne sono per lo più assenti o, comunque non prontamente reperibili. Cfr. Circolare D.A.P. prot. n. GDAP-0032296-2010 del 25.01.2010, *Emergenza suicidi- Istituzione unità di ascolto di polizia penitenziaria*.



comunicazione significativa con i ristretti, in termini di “umana accoglienza”, che eviti la stigmatizzazione dei problemi e consenta di attivare le misure ritenute più idonee, secondo un principio di gradualità e di competenza<sup>28</sup>.

Ovviamente appare oltremodo necessaria l’acquisizione da parte del personale interessato di conoscenze e competenze specifiche nell’ambito di idonei percorsi formativi, finalizzati all’acquisizione di metodologie di lavoro, in chiave comunitaria, che portino alla diminuzione delle recidive per quanto riguarda il comportamento violento etero ed auto diretto e, nel contempo, migliorino la qualità della vita dei detenuti affetti da disturbo psichico.

In tale considerazione, gli interventi formativi, devono essere principalmente rivolti:

alla comprensione delle complesse dinamiche che concorrono alla manifestazione del comportamento aggressivo;

all’acquisizione di cognizioni di base sul disagio psichico, sulle sue implicazioni criminologiche e sui relativi interventi terapeutici da intraprendere, nel contesto della ricerca di un linguaggio comune e condiviso da tutte le professionalità.

A tal uopo, anche l’analisi e lo studio di casi pratici e dei canali comunicativi più appropriati da instaurare con tali soggetti, consentirebbero di migliorare l’osservazione consapevole e di sfruttare ai fini trattamentali le informazioni che la relazione che si instaura tra agente e detenuto può facilitare<sup>29</sup>.

Gli agenti così formati verrebbero messi nelle condizioni di cogliere i comportamenti al limite della normalità dei detenuti e, successivamente, partecipare con la propria professionalità ad orientare un miglior percorso trattamentale all’interno del Gruppo di osservazione e trattamento.

---

<sup>28</sup> In realtà, l’importanza del ruolo e delle funzioni della Polizia Penitenziaria nella gestione e nel contenimento del rischio in argomento erano già emerse nelle citate circolari relative all’istituzione del Servizio Nuovi Giunti, ora Servizio di Accoglienza, nelle quali sono individuate le modalità operative da seguire all’esito della visita medica di primo ingresso e del colloquio con l’esperto ex art. 80 o.p.

*L’individuazione precoce o il sospetto di malattie psichiche possono essere rilevate, infatti, già all’esito di tali adempimenti. In tal caso il medico assume una funzione “di filtro”, allo scopo di richiedere, ove necessario, l’intervento dello specialista psichiatra. Qualora, a seguito del colloquio compiuto dagli esperti ex art. 80 O.P. o dal sanitario venga rilevato il rischio che il nuovo giunto possa compiere gesti di autolesionismo o addirittura togliersi la vita, ancor più se tale rischio è correlato alla patologia mentale, sarà indispensabile disporre una sorveglianza che tenga conto delle esigenze di prevenzione di tali fenomeni. Ciò non toglie, che tali modalità custodiali possano essere attivate nel corso della detenzione, in conseguenza della individuazione di sintomi o situazioni di particolare rischio. A tale scopo è importante che gli agenti in servizio nelle sezioni compiano una osservazione “attenta” del comportamento anomalo dei ristretti, “per una corretta gestione intramuraria dei fenomeni di pericolosità attiva/passiva, nelle more dell’eventuale chiamata in causa dello staff multidisciplinare”.*

<sup>29</sup> PAJARDI D., *Oltre a sorvegliare e punire- Esperienze e riflessioni di operatori su trattamento e cura in carcere*, Giuffrè Editore, Milano, 2008.



---

### *Osservazioni Conclusive*

Con il presente elaborato si è inteso fornire al lettore uno spaccato di vita quotidiana nel complesso ed eterogeneo mondo penitenziario, affrontando uno degli aspetti di maggiore criticità gestionale. Un mondo dove si concentrano due istanze fondamentali apparentemente antitetiche, ma in realtà complementari tra loro: la sicurezza sociale da un lato ed il reinserimento del reo dall'altro. E' impensabile, infatti, che il carcere possa garantire sicurezza sociale se non si riesce a restituire alla società una persona risocializzata che, durante il tempo trascorso in carcere, abbia avviato un serio percorso di revisione critica del proprio vissuto.

Intanto questa istanza può acquisire un senso, se solo si riesca a comprendere che il carcere, oggi, non può più essere considerato "il contenitore del disagio", ove il gran numero di gesti autolesionistici ed il suicidio costituiscono solo un aspetto di quella più ampia e complessa crisi di identità che il carcere determina.

Tant'è che forse, come da più parti è stato già rimarcato, la via più netta e radicale per eliminare tutti questi disagi sarebbe quella di un ripensamento complessivo della funzione della pena e al suo interno, del ruolo del carcere.

Purtroppo, però, a normativa invariata, gli istituti di pena continuano ad essere il luogo ove convogliare emarginati, tossicodipendenti, malati mentali che si trovano a scontare una doppia prigionia, quella della privazione della libertà come conseguenza del reato e quella della loro dipendenza/malattia, che mal si adatta all'istituzione penitenziaria.

Ciò significa che l'Amministrazione deputata a contenerli, nell'assolvere al suo mandato, deve coniugare necessariamente gli aspetti legati alla esecuzione penale con le esigenze terapeutico-riabilitative di cui i detenuti con problemi mentali necessitano.

Per fare questo, però, è inconcepibile che il problema della salute mentale possa essere affrontato senza la creazione di una forte rete sociale che coinvolga il territorio: non è un caso, dunque, che la riforma della medicina penitenziaria, in un'ottica di cooperazione interistituzionale, come già rimarcato, muova proprio da tali premesse.

Conseguentemente, la promozione e la tutela della salute mentale negli Istituti Penitenziari devono essere considerati obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale, non solo ai fini sanitari, ma anche ai fini della sicurezza degli istituti.

Del resto, la garanzia di un maggior benessere psicofisico, più consona alla domanda che i detenuti formulano, non potrà che ridurre lo stillicidio delle piccole e grandi emergenze che soffocano la vita dell'istituto penitenziario e che danno luogo ad un incessante disordine operativo. Non vi è dubbio,

infatti, che il miglioramento del servizio reso nel settore della salute mentale può avere un ruolo decisivo nella prevenzione dei fenomeni di autolesionismo e della protesta che il disagio sostiene, con indiscutibili effetti positivi anche sulla custodia.

Appare, altresì, determinante l'individuazione di strategie e di progettualità che, in stretto collegamento con i dipartimenti di salute mentale, coinvolgano tutti gli attori istituzionali a vario titolo chiamati a provvedere alle esigenze delle persone detenute: polizia penitenziaria, educatori, medici, infermieri, psicologi, psichiatri.

Il loro impegno all'interno del carcere dovrebbe essere rivolto alla individuazione di un progetto integrato che punti a valorizzare la persona umana, perseguendo l'obiettivo di rendere più significativa e intensa la giornata del malato psichico, attraverso proposte trattamentali adeguate alle loro problematiche.

Strumenti quali l'arte, il teatro, lo sport, come già sperimentato in alcuni istituti, potrebbero essere parte di un processo di cura mirato, da realizzare in ogni carcere. Occorrerebbe, inoltre, avviare dei percorsi di inserimento/reinserimento sociale e lavorativo attraverso la previsione di sistemi di lavoro *ad hoc*, che evitino il carattere prevalentemente episodico e discontinuo degli attuali programmi di trattamento.

In tale contesto, l'adozione di modelli organizzativi che investano la coscienza sociale sembra indispensabile ad un avanzamento significativo nella direzione della restituzione ai detenuti dei diritti costituzionalmente sanciti, fra i quali quello a veder rimossi gli ostacoli alla loro costruttiva partecipazione sociale in una "società guarita" dal pregiudizio che ogni variante nelle diversità umane possa essere attribuita al circuito penale. Una società in cui alle persone detenute, anche quelle i cui comportamenti siano stati definiti attraverso un processo diagnostico psichiatrico, venga restituito in pieno il ruolo di attori sociali, come tali responsabili della propria vita, e venga loro offerta l'opportunità di sottrarsi a quei processi di tipizzazione dell'identità in grado di ostacolare qualsiasi tentativo di modificare la propria carriera personale e di migliorare la propria occupabilità lavorativa.

Si tratta di una vera e propria sfida, di non facile realizzazione, che deve investire necessariamente tutti: l'Amministrazione Penitenziaria, i Dipartimenti di salute mentale, il Volontariato, gli Enti Locali, ed infine, i nuclei familiari deputati ad accogliere il detenuto una volta in libertà.



---

## ***I minorati psichici nel sistema penitenziario italiano, profili di gestione e compatibilità con l'esecuzione penale***

*a cura di Febea Fiori – vicecommissario di polizia penitenziaria*

### *abstract*

*L'autrice prende in esame la categoria dei così detti minorati psichici, ristretti che vanno distinti dagli internati in quanto considerati a tutti gli effetti detenuti che scontano la loro pena in sezioni ad essi riservate, generalmente presso gli ospedali psichiatrici giudiziari.*

*E' facile riscontrare il segno del doppio stigma della delinquenza e della malattia mentale che perpetua significative, quanto pericolose correlazioni tra diagnosi di malattia mentale e sistemi di attenuazioni di responsabilità, sia da parte del detenuto che delle istituzioni che hanno il dovere di prendere in carico questi soggetti. Fa un resoconto dei provvedimenti messi in atto dall'Amministrazione penitenziaria, a partire dagli anni ottanta, per fronteggiare l'esigenza della tutela della vita fisica e psichica dei detenuti e degli internati.*

*Si sofferma sugli strumenti di gestione del detenuto minorato fisico che, data la peculiare condizione, è sottoposto ad un regime di detenzione diverso, meno rigido, che favorisce la partecipazione attiva alle attività offerte dall'istituto penitenziario. Uno degli obiettivi fondamentali dell'operato integrato degli operatori penitenziari è quello di riuscire ad arginare la sequenza "sanzione – sofferenza – aggressività". L'autrice approfondisce poi l'aspetto dell'autolesionismo e dei comportamenti aggressivi. A volte la preoccupazione che tali soggetti abbiano comportamenti impropri e la scarsa specificità delle competenze degli operatori per lavorare con persone con malattia mentale, costituiscono fattori che portano al sostanziale abbandono di tali detenuti, che alla fine sono trattati sostanzialmente con psicofarmaci. Altro aspetto trattato è poi quello relativo all'uso dei mezzi di contenzione, consentito come extrema ratio, come forma di contenimento momentaneo, inserito in un trattamento terapeutico, non già un'iniziativa fine a se stessa, bensì premessa di interventi propriamente sanitari immediatamente successivi. In conclusione viene poi auspicata un'adeguata specifica formazione per il personale di Polizia Penitenziaria che opera a contatto con i minorati psichici, affinché possa partecipare attivamente all'opera di rieducazione del soggetto.*

---

## *Premessa*

L'istituzione carcere, quale luogo di emarginazione, si presenta come uno spazio assolutamente ristretto di movimenti e di comunicazione, il quale diviene contenitore di un tempo estesissimo e monotono, quello della durata della pena e della ritualità temporale propria dell'istituzione totale. Anche nell'immaginario collettivo il carcere è una istituzione totale restrittiva e patogena che mal si presta alla cura della persona reclusa. L'Amministrazione Penitenziaria, che ha il dovere di gestire l'esecuzione penale, ha anche il dovere, attraverso l'attività di tutela della dignità e dunque anche della salute della popolazione detenuta, di garantire il rispetto di quella dimensione umana e personale senza la quale il carcere diverrebbe esclusivamente luogo di contenimento.

Questa esigenza è tanto più sentita nella situazione attuale, dove si assiste a fenomeni come il sovraffollamento, ed inoltre, a fenomeni quali la promiscuità, il mutamento etnico, la tossicodipendenza e non ultimo il disagio mentale. In particolare, quest'ultimo non sempre è causato dal luogo di reclusione, ma talvolta preesiste. Anzi, può portare al reato, ponendosi come concausa di questo e creando oltre alla emarginazione della reclusione anche un etichettamento negativo come folle.

Nello specifico ci si occuperà della categoria dei cd. minorati psichici (art. 111 del DPR n. 230/2000), ristretti che vanno distinti dagli internati in quanto considerati a tutti gli effetti detenuti che scontano la loro pena in sezioni ad essi riservate, generalmente in ospedali psichiatrici giudiziari<sup>1</sup>, salvo l'eccezione costituita dalla Casa di Reclusione di Roma Rebibbia.

## *Le sezioni per minorati psichici*

Come emerge dalla relazione del 2006 del Dap<sup>2</sup>, il problema delle malattie psichiatriche dei soggetti ristretti riguarda una serie di soggetti, tra cui gli autori di reato riconosciuti non imputabili per vizio totale di mente, ma considerati socialmente pericolosi e pertanto internati negli ospedali psichiatrici

---

<sup>1</sup> *I minorati psichici, costituiscono una delle categorie giuridiche di pazienti – rei presenti nel sistema penitenziario italiano, oltre a quelle rappresentate dagli internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 c.p. e segg.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.), dai detenuti assegnati alla casa di cura e custodia previo accertamento della pericolosità sociale (219 c.p.), dalle persone sottoposte alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario, dai detenuti imputati soggetti a custodia preventiva sottoposti a perizia psichiatrica, dagli internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia, dai detenuti condannati con sopravvenuta infermità di mente ed infine dai detenuti a cui deve essere accertata l'infermità psichica qualora non sia possibile sottoporli ad osservazione presso l'istituto penitenziario (art. 112 DPR 230/2000).*

<sup>2</sup> *Commissione igiene e sanità del Senato della Repubblica. Assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive. Relazione del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria 2006, Ardita S.*

ci giudiziari, i soggetti autori di reato riconosciuti affetti da vizio parziale di mente che scontano prima la pena in istituti ordinari e successivamente vengono internati per l'esecuzione della misura di sicurezza, coloro che nonostante siano affetti da una malattia mentale essendo riconosciuti imputabili espiano una condanna definitiva a pena detentiva, ed ancora i soggetti che presentano disturbi mentali nei cui confronti non sia ancora concluso l'iter processuale e che sono sottoposti alla misura cautelare della custodia cautelare in carcere, anziché della custodia cautelare in luogo di cura<sup>3</sup> ed infine i soggetti che presentano patologie psichiatriche insorte dopo il fatto costituente reato o dopo l'inizio dell'esecuzione della pena.

Quindi, ragionando in termini di posizione giuridica, questi si possono distinguere in internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.), detenuti assegnati alla casa di cura e custodia previo accertamento della pericolosità sociale (art. 219 c.p.), persone sottoposte alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 206 c.p.), detenuti minorati psichici (art. 111 D.P.R. 230/2000), detenuti imputati soggetti a custodia preventiva sottoposti a perizia psichiatrica, internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (art. 212 c.p.), detenuti condannati con sopravvenuta infermità di mente (art. 148 c.p.), detenuti cui deve essere accertata l'infermità psichica qualora non sia possibile sottoporli ad osservazione presso l'istituto penitenziario in cui si trovano od in altro istituto della medesima categoria (art. 112 D.P.R. 230 del 2000).

La regola penitenziaria europea n. 47 in materia di salute mentale, stabilisce che devono essere disponibili degli istituti specializzati o delle sezioni specializzate, posti sotto il controllo medico, per l'osservazione e la cura di detenuti affetti da disturbi o anormalità mentali tali da non essere incompatibili con la detenzione in carcere, proseguendo poi, con lo specificare che le cure psichiatriche devono essere assicurate a tutti coloro che hanno la necessità di esse, anche al fine di porre attenzione alla prevenzione dei suicidi.

L'ordinamento penitenziario italiano ha previsto la creazione di istituti o sezioni speciali per infermi e minorati psichici, dove vengono assegnati gli imputati ed i condannati, ai quali nel corso della misura detentiva sopravviene una infermità psichica che non comporti, rispettivamente, l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine del ricovero in OPG o in case di cura e custodia<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> *Ai sensi dell'art. 286 c.p.p.*

<sup>4</sup> *Art. 111, comma 5 e 7, del D.P.R. n. 230 del 2000.*

---

nonché, per l'esecuzione della pena, i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente, quando le loro condizioni siano incompatibili con la permanenza negli istituti ordinari. Questi ultimi, tuttavia, quando le situazioni patologiche risultino superate o migliorate in modo significativo, sono nuovamente assegnati agli istituti ordinari, previo eventuale periodo di prova nei medesimi.

Difatti, secondo l'art. 65 della legge sull'ordinamento penitenziario, rubricato "Istituti per infermi e minorati", i soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento. A tali istituti o sezioni sono assegnati i soggetti che, a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari.

Normalmente sono i dirigenti sanitari presenti negli istituti penitenziari a richiedere all'Autorità giudiziaria, o direttamente all'Amministrazione Penitenziaria, il trasferimento del detenuto in una struttura adeguata. Si tratta di una richiesta che può essere avanzata sia con riguardo ai detenuti che evidenziano sintomi di disturbi mentali appena entrati in carcere e rilevati in sede di colloquio di primo ingresso, sia con riguardo a coloro che si trovano già a scontare la loro pena.

Le sezioni per minorati psichici sono state organizzate generalmente all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, data l'ampia offerta psichiatrica che essi erano in grado di fornire, con l'eccezione della sezione presente presso la Casa di Reclusione di Roma Rebibbia. Non v'è chi non veda, comunque, come in queste sezioni, è facile riscontrare il segno del doppio stigma della delinquenza e della malattia mentale che perpetua significative, quanto pericolose correlazioni tra diagnosi di malattia mentale e sistemi di attenuazioni di responsabilità, sia da parte del detenuto che delle istituzioni che hanno il dovere di prendere in carico questi soggetti.

### *I provvedimenti dell'Amministrazione Penitenziaria*

A questo punto è bene porre l'attenzione alle circolari ministeriali adottate dall'Amministrazione Penitenziaria a partire dagli anni Ottanta per fronteggiare l'esigenza di tutela della vita fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Del resto, anche a livello comunitario la regola penitenziaria europea n. 39<sup>5</sup> stabilisce che le autorità penitenziarie devono salvaguardare la salute dei detenuti affidati alla loro custodia, a questo fine pertanto, l'Amministrazione Penitenziaria dovrebbe sforzarsi di ridurre al minimo la portata delle conseguenze della detenzione sull'equilibrio mentale dei detenuti.

---

<sup>5</sup> Regole penitenziarie europee adottate dal Consiglio d'Europa nel 1987.

In particolare, occorre ben considerare la circolare della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena del 1986<sup>6</sup>, relativa alla tutela della vita e della salute delle persone detenute, dove si richiamano esplicitamente gli operatori penitenziari a prestare la massima cura, attenzione e sensibilità, al fine di alleviare la sofferenza ed il disagio e per prevenire o impedire effetti negativi, nei confronti di quei detenuti che si dimostrano più deboli e fragili, con particolare riguardo quindi ai tossicodipendenti, ai malati di mente, ai giovanissimi, agli anziani, ovvero a coloro la cui salute fisica o psichica è esposta a particolare rischio o per i quali, alla privazione della libertà, sono inevitabilmente connesse conseguenze di maggiore sofferenza o particolarmente traumatiche o che sono più esposti ad eventuali intimidazioni, ricatti, prevaricazioni da parte di altri detenuti.

Di notevole importanza è anche la circolare della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena del 1988<sup>7</sup>, sempre relativa alla tutela della vita e della salute dei detenuti e degli internati, in cui emerge quale principio cardine e dovere primario e fondamentale dell'Amministrazione Penitenziaria quello di preservare e garantire la vita e la salute dei ristretti. Essa specifica che nell'ambito e nella attuazione puntuale della normativa vigente, il direttore e tutto il personale che opera negli istituti, in particolare i medici, gli psichiatri, gli esperti, gli infermieri, debbono impegnarsi con ogni scrupolo, attenzione e sollecitudine e con ogni mezzo possibile e consentito, per tutelare la vita e la salute dei detenuti e degli internati, sia sul piano della prevenzione, sia sul piano della cura. Ciò al fine di prevenire ed impedire atti di autolesionismo o di autoaggressione, così come qualunque tentativo di strumentalizzazione da parte degli stessi detenuti o internati, attraverso la simulazione di patologie fisiche o psichiche inesistenti o l'aggravamento di forme preesistenti, al fine di ottenere provvedimenti, benefici o comunque determinazioni non corrispondenti ai presupposti realmente dati.

Attenzione va rivolta poi alla circolare del 1990<sup>8</sup> "Indirizzi e direttive per l'assistenza sanitaria penitenziaria", nella quale si afferma che il diritto alla salute deve essere ugualmente garantito ad ogni persona, sia essa in stato di libertà o di detenzione o comunque sottoposta a misura restrittiva della libertà personale, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione, precisando di seguito che l'esercizio di tale diritto assume particolare rilievo in ambito penitenziario in quanto trattasi di condizione ad alto rischio di salute. Viene

---

<sup>6</sup> Circolare Dap n. 3182/5632 del 21 luglio 1986.

<sup>7</sup> Circolare Dap n. 3258/5708 del 28 dicembre 1988.

<sup>8</sup> Circolare Dap n. 643295/12 del 24 Novembre 1990.



---

anche chiarito che la tutela della salute psico-fisica del detenuto si realizza attraverso lo sviluppo di adeguati interventi volti alla prevenzione, cura e riabilitazione integrati con altri interventi attinenti le altre aree in cui si esprime la condizione esistenziale della persona, come il lavoro, l'istruzione, la cultura.

Importanza fondamentale assume la tutela della salute mentale dei ristretti per le caratteristiche proprie della condizione penitenziaria, da considerarsi ad alto rischio di salute fisica, psichica e sociale, che all'interno degli istituti penitenziari è attualmente affidata al Servizio sanitario nazionale.

A tal riguardo è intervenuta nel 1999 un'altra circolare<sup>9</sup>, "Intervento psichiatrico negli istituti penitenziari – convenzioni professionali", la quale poneva l'esigenza di realizzare un servizio sanitario specialistico strutturato con caratteristiche di sufficiente autonomia rispetto al servizio medico generico, in grado di conoscere direttamente la popolazione detenuta, individuando le situazioni che richiedono l'intervento psichiatrico ed attuandolo con continuità, anche instaurando forme di collaborazione continua con i Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) cui possa fare riferimento la persona detenuta. Difatti, nell'ambiente penitenziario è spesso difficile rilevare situazioni di disagio psichico, ed anche manifeste espressioni di disturbo del comportamento o della personalità talvolta non sono diagnosticate come patologie psichiatriche, pertanto, il Dipartimento ha ritenuto utile ed opportuno che il medico psichiatra avesse la possibilità di contatti diretti con la popolazione detenuta, accedendo alle sezioni per avere l'occasione di una diretta osservazione delle eventuali manifestazioni di sofferenza. Di conseguenza, nella circolare viene specificato che questo modo di procedere, in rapporto diretto con i potenziali utenti del servizio medico psichiatrico, viene reso possibile tramite azioni coordinate del personale dell'area sanitaria, della area trattamentale e dell'area della sicurezza, che rendano più agevole la continuità dell'intervento del servizio psichiatrico nel contesto ambientale.

Per quanto attiene invece, il delicato momento dell'ingresso in istituto della persona imputata, condannata od internata, vista la sua portata traumatizzante, è importante tener conto e riportare le circolari, relative all'organizzazione e all'istituzione del Servizio nuovi giunti<sup>10</sup>. Si tratta, più precisamente, di un particolare servizio consistente in un presidio psicologico che si affianca, senza comunque sostituirli, alla prima visita medica generale<sup>11</sup> e al

---

<sup>9</sup> Circolare Dap n. 577373 del 3 Giugno 1999.

<sup>10</sup> Circolari Dap. n. 3233/5683 del 30 dicembre 1987, n. 3245/5695 del 16 maggio 1988 e n. 3256/5706 del 10 ottobre 1988.

<sup>11</sup> In forza dell'art. 11, comma 3, della legge n. 354 del 1975.

colloquio di primo ingresso<sup>12</sup>, affidato agli esperti ex art. 80 dell'ordinamento penitenziario e consistente, preliminarmente, in un colloquio con il nuovo giunto, da effettuarsi nello stesso giorno dell'ingresso, subito dopo la prima visita medica e comunque prima dell'assegnazione in sezione, diretto ad accertare, sulla base di parametri prestabiliti, il rischio che il soggetto possa compiere violenza su sé stesso o subire violenza da parte di altri detenuti.

Infine, con circolare del 2000<sup>13</sup> il Dipartimento per tentare di arginare il perdurante fenomeno degli atti di autolesionismo ed i numerosi casi di suicidio, ha dettato delle linee operative per incentivare ogni sforzo possibile delle istituzioni e di tutti gli operatori al fine di ragionevolmente ridurre le condizioni di disagio e di difficile vivibilità che incidono sulla salute psico-fisica dei ristretti. In particolare, ha cura di sollecitare l'operatività del servizio specialistico di psichiatria, in merito al controllo di quei soggetti che, per situazioni oggettive o per intrinseca fragilità, possono classificarsi a rischio con una loro effettiva presa in carico sia da parte del personale di Polizia Penitenziaria, sia da parte degli altri operatori penitenziari.

## **PROFILI DI GESTIONE E OPERATIVITA'**

### *Il detenuto psichiatrico*

Nell'istituzione carceraria la sofferenza mentale si ritrova su più livelli, essa può essere già presente nella storia individuale della persona in quanto disagio preesistente, che, come già detto, può aver dato luogo, quale causa, alla commissione del fatto di reato, come pure può riscontrarsi quale elemento che accompagna il percorso detentivo, considerata la patogenia del carcere anche dovuta al sovraffollamento ed alla inadeguatezza delle strutture, tanto per insufficienza di spazi, che per carenti condizioni igieniche.

Ad ogni modo, il ristretto con disagio mentale struttura la sua identità di detenuto che soffre anche lo stigma della malattia mentale e dunque dell'etichettamento negativo che ne deriva. Si tratta allora, pur sempre di una identità negativa. Secondo la criminologia, difatti, per essi si pone il problema di gestire il rapporto tra il loro comportamento criminoso ed il riconoscimento del sé, ma non v'è chi non veda che il carcere, quale reazione

---

<sup>12</sup> Colloquio previsto dall'art. 23, comma 5, del D.Lgs n. 230 del 2000.

<sup>13</sup> Circolare Dap. N. 3524/5974 del 12 maggio 2000, "Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri".

---

sociale, ed in quanto istituzione totalizzante<sup>14</sup>, finisce con la sua forza repressiva per attribuire l'identità deviante alla persona che così avrà ridotte possibilità di emanciparsi dallo stereotipo di detenuto – malato di mente, anche in ragione della sua maggiore vulnerabilità e carenza di risorse interne.

L'inserimento di tali soggetti in un ambiente difficile qual è quello carcerario può, in alcuni casi, costituire di per sé motivo di nuovi e più gravi scompensi, non sempre facilmente risolvibili all'interno delle mura carcerarie proprio per l'effetto negativo prodotto dal contesto ambientale.

La funzione del servizio psichiatrico allora, deve essere quella di promuovere e tutelare fattivamente la salute mentale, con il coinvolgimento di tutte le professionalità chiamate a rispondere alle esigenze di cura e di trattamento delle persone recluse, a partire anche dal personale di Polizia Penitenziaria, dal personale sanitario, medici, infermieri, psicologi, in un progetto di comune e diversificata presa in carico in stretta connessione con il territorio e le sue strutture sia sanitarie che sociali, affinché la frammentarietà della rete di aiuto non contribuisca all'aggravarsi della malattia.

Le persone in carcere che manifestano i sintomi della malattia mentale, hanno una vita quotidiana fortemente condizionata con comportamenti disturbanti e pericolosi per loro stessi e per gli altri. Si tratta di comportamenti non congruenti con le regole dell'istituzione o non compatibili con la convivenza nelle celle, che prima ancora che costituire segnali della malattia mentale o del disagio in generale, sono spesse volte motivo di rapporti disciplinari.

Non si può poi, trascurare la possibilità che la malattia venga usata come mezzo per ottenere indebiti benefici e che possa essere provocata o simulata a questo fine, eventualità che risulta più probabile nell'ambito della patologia psichiatrica.

È importante in questo caso, nell'ottica della gestione interna, che vi sia una circolarità di informazioni tra tutti gli operatori penitenziari, a partire dal personale di Polizia Penitenziaria che presta servizio più a stretto contatto con i ristretti, affinché la situazione problematica generatasi possa arrivare a conoscenza del personale sanitario interno. In tal senso, sarà dovere del Comandante di Reparto sollecitare il proprio personale affinché operi secondo questa linea. Difatti, una segnalazione tempestiva sarà garanzia di un intervento mirato per una effettiva presa in carico del soggetto.

---

<sup>14</sup> *Un'istituzione totale può essere definita, secondo Goffman, come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che, tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo, si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato. All'interno dell'istituzione si verificano delle vere e proprie "esposizione contaminanti" dovute alla soppressione della privacy ed all'imposizione di condizioni ambientali sfavorevoli e fonti di malessere.*

### *L'ingresso in istituto*

Affrontare il problema della tutela della salute mentale in carcere ed individuare modalità operative per le varie situazioni è uno dei principali doveri istituzionali in ambito penitenziario.

Un primo momento di tale percorso è segnato dal colloquio al Servizio di accoglienza nuovi giunti: è qui, infatti che il detenuto può essere identificato come paziente psichiatrico, magari già in carico ai servizi territoriali, con vulnerabilità o debolezze che possano far pensare ad esso come un soggetto pericoloso per sé e per gli altri e a rischio di atti auto – aggressivi.

È in riguardo di tali soggetti che la circolare del 2007<sup>15</sup> del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ribadisce l'importanza dei collegamenti con il territorio, specificatamente con i Dipartimenti di salute mentale, per attivare le idonee risorse e favorire la presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali fino alla dimissione, prevedendo per chi ne necessita, l'individuazione delle strutture esterne di accoglienza. Per queste ragioni, ritiene indispensabile l'implementazione di accordi e di protocolli di intesa con le aziende sanitarie locali territorialmente competenti per garantire contatti e presa in carico del detenuto – malato, nonché continuità del trattamento terapeutico.

L'esperto psichiatra ex art. 80 o.p., che procede alla visita, ove lo ritenga opportuno dovrà formulare specifiche indicazioni relative alla sistemazione del detenuto in infermeria, in camera singola o in compagnia, oppure con assistenza particolare. Egli formulerà inoltre, indicazioni circa il trattamento terapeutico, ed eventualmente proprio per esigenze connesse al trattamento terapeutico potrà essere anche disposta da parte delle autorità competenti la sottoposizione a visto di controllo<sup>16</sup> della corrispondenza. Lo psichiatra in questa sede potrà anche disporre la cd. grande sorveglianza o sorveglianza a vista<sup>17</sup>.

Gli altri momenti, sono il colloquio di primo ingresso, svolto dal direttore<sup>18</sup> e la visita medica, che insieme al colloquio con l'esperto psichiatra devono essere strettamente coordinati e se possibile svolti in un unico contesto. In particolare, la visita di primo ingresso, di cui all'art. 11 O.P. assume la funzione di filtro, allo scopo di individuare precocemente la necessità degli interventi specialistici, nel caso in esame dello psichiatra, il quale provvede-

<sup>15</sup> Circolare Dap. N. 181045 del 6 giugno 2007.

<sup>16</sup> Ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.P.R. n. 230 del 2000 viene previsto che "La sottoposizione a visto di controllo della corrispondenza dei detenuti e degli internati infermi o seminfermi di mente può essere proposta, oltre che nei casi previsti dall'art. 38, anche per esigenze connesse al trattamento terapeutico, accertate dal sanitario".

<sup>17</sup> Circolare Dap n. 3524/5974 del 12 maggio 2000.

<sup>18</sup> Ai sensi dell'art. 23, comma 5, della legge 354 del 1975.

---

rà a sottoporre il soggetto a test di screening.

Gli esiti di tutti i succitati interventi, colloquio di primo ingresso, visita medica e colloquio con l'esperto psichiatra, devono essere valutati unitariamente, in quanto suggeriscono, impongono o condizionano decisioni o iniziative di competenza ed interesse, sia dell'area del trattamento, sia dell'area sanitaria, sia dell'area sicurezza, a partire dalla fondamentale e preliminare, delicatissima decisione della assegnazione del detenuto, in questo caso ad una determinata stanza della sezione per minorati psichici<sup>19</sup>.

Gli esiti di questi primi interventi sono annotati nella cartella personale e comunicati prontamente al Comandante di Reparto il quale appronterà le misure di sicurezza del caso e provvederà alla più corretta ubicazione del detenuto sollecitando altresì il personale ad avere una maggiore attenzione per questi soggetti.

### *Strumenti di gestione del detenuto minorato psichico*

I minorati psichici, data la loro peculiare condizione, sono sottoposti ad un regime di detenzione diverso, meno rigido, che favorisce la partecipazione alle attività trattamentali offerte dall'istituto penitenziario.

Come noto, schemi di rigidità possono contrastare con le ragioni della cura, e quindi ripercuotersi negativamente nella gestione ordinaria. Deve essere prestata, comunque, una maggiore attenzione e un più alto grado di delicatezza negli interventi. Riuscire ad arginare la sequenza "sanzione – sofferenza – aggressività" sarà, allora, uno degli obiettivi fondamentali dell'operato integrato degli operatori penitenziari, e che il Comandante di Reparto deve porre come linea guida del suo mandato.

Non si vede altra soluzione, oltre alla necessità di un controllo continuo e flessibile, se non quella di garantire ampi ed effettivi spazi terapeutici. Questo tipo di controllo passa, come già accennato nel paragrafo precedente, attraverso la grande sorveglianza a cui sono sottoposti tutti i minorati psichici. Essa consiste, e si concretizza, nell'adozione di misure attive di controllo del detenuto e comporta un'attività di vigilanza ed osservazione sul ristretto che, sebbene discreta, deve essere attenta ed intensa.

Il tipo di attenzione ed il livello di intensità variano a seconda della gravità del caso e dell'obiettivo che tale misura si prefigge. In particolare, il livello di intensità della grande sorveglianza deve essere ovviamente commisurato al fattore di rischio, per questo motivo si suole distinguere tra grande e grandissima sorveglianza. Tramite questi strumenti l'area sicurezza attua tutti i provvedimenti precauzionali utili e necessari per evitare qualsiasi atto

---

<sup>19</sup> Circolare Dap n. 3357/5787 del 7 febbraio 1992.

autolesionistico ed etero aggressivo, a tutela sia del soggetto minorato, sia degli altri detenuti, sia infine di tutti gli altri operatori penitenziari<sup>20</sup>.

A seconda della gravità del caso, il medico psichiatra può optare per la misura estrema della sorveglianza a vista che si pone solo come *extrema ratio*. In ogni caso, il Comandante di Reparto avrà cura di sollecitare il personale affinché svolga le sorveglianze differenziate con modalità discrete, per quanto possibile e compatibilmente con le esigenze di servizio, per evitare che possano incidere sul soggetto minorato psichico provocandogli meccanismi psicologici negativi o addirittura effetti opposti a quelli desiderati.

Particolare cura va prestata nell'eseguire le perquisizioni, in particolare quelle sulla persona, la cui previsione, ai sensi dell'art. 34 dell'ordinamento penitenziario, fa parte del legittimo regime carcerario. Esse sono effettuate per motivi di sicurezza, nel rispetto della personalità dei detenuti, al fine di garantire che i ristretti non si sottraggano all'espiazione della pena e che quest'ultima sia espiata in condizioni tali da garantire altresì la sicurezza ed incolumità personale degli stessi reclusi<sup>21</sup>.

Ebbene, un tale strumento nei confronti dei minorati psichici deve essere usato con estrema delicatezza sempre in considerazione delle loro condizioni mentali e maggiore fragilità emotiva. Parimenti deve avvenire nel caso delle perquisizioni locali, introdotte dall'art. 74, comma 3, del D.P.R. n. 230 del 2000, per evitare che oggetti e sostanze vietate siano custodite nelle stanze detentive. Alla perquisizione locale fa riferimento anche il D.P.R. del 1999 n. 82 che attribuisce al personale di Polizia Penitenziaria il potere di procedere alla perquisizione nelle camere dei detenuti e degli internati, nonché negli altri locali della sezione qualora sia necessaria per motivi di ordine e sicurezza. La perquisizione effettuata nelle stanze detentive a differenza di quella personale non richiede alcuna formalità, se non il rispetto, in fase di esecuzione, dei principi costituzionali che tutelano la dignità per-

---

<sup>20</sup> Circolare Dap n. 3524/5974 del 12 maggio 2000, "Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri." Al fine di garantire le migliori condizioni di operatività del personale, ed affinché esso abbia piena consapevolezza di ogni singolo caso e delle problematiche connesse essa ha previsto l'istituzione di un apposito registro in cui siano indicati giornalmente i detenuti sottoposti a questa misura di controllo.

<sup>21</sup> Art. 34 della legge 354 del 1975 Perquisizione personale.. Cfr. ex multis Sezione Sorveglianza Vercelli, 17 aprile 2003 secondo cui "Le perquisizioni ammesse negli istituti penitenziari sono disciplinate dagli art. 34 l. 354 del 1975 e 74 d.P.R. 230 del 2000 e possono essere effettuate "per motivi di sicurezza" e devono essere svolte "nel pieno rispetto della personalità"; fanno dunque parte integrante del regime o trattamento penitenziario, e costituiscono le modalità concrete attraverso le quali si esplica il compito assegnato all'Amministrazione Penitenziaria di garantire che i detenuti non si sottraggano all'espiazione della pena e che quest'ultima sia espiata in condizioni tali da garantire altresì la sicurezza ed incolumità personale degli stessi reclusi.

---

sonale ed il patrimonio dei reclusi.

L'appropriata gestione dei reclusi minorati psichici riduce il rischio di gravi crisi, atti autolesionistici e tentativi di suicidio. In particolare, risulta arduo arginare la pericolosità del malato di mente che soggetto a fenomeni di acuzie e non avendo coscienza, non collabora e rifiuta le cure<sup>22</sup>.

### *Autolesionismo e rischio suicidio*

Il gesto autodistruttivo è dettato da diverse motivazioni coscienti ed inconscie ed è condizionato sia da fattori estrinseci legati all'ambiente, sia da fattori endogeni legati all'individualità del soggetto. Tali evenienze devono essere sempre presenti negli operatori penitenziari che assistono il detenuto. È di facile comprensione il fatto che una inadeguata detenzione può aggravare i disturbi mentali di cui i detenuti soffrono, comportando ciò, oltre ad un pregiudizio della riabilitazione del soggetto, anche un aumento del rischio di commettere suicidio e atti autolesionistici, che è notevolmente maggiore rispetto al tasso presente tra i cittadini liberi, soprattutto ove si consideri anche l'incidenza di disturbi mentali, sebbene non possa affermarsi una stretta correlazione tra i due fattori.

Autolesionismo<sup>23</sup> e suicidio sono due fattori che costituiscono una spia, un sintomo molto preciso del disagio che il detenuto vive quotidianamente e di fronte ai quali gli operatori penitenziari devono porsi in ascolto e con atteggiamento di comprensione. Esiste a riguardo una forte correlazione tra propensione al suicidio e sovraffollamento, parola quest'ultima foriera di tanti mali del sistema carcerario, quali strutture fatiscenti, difficoltà di interazione tra Amministrazioni dello Stato, carenze di personale, come educatori, poliziotti penitenziari, psicologi, ed ancora di personale medico – sanitario e non ultimo, la promiscuità e la difficoltà di vivibilità che ne conseguono.

Gli atti autolesionistici possono essere espressione di una crisi ansioso – depressiva legata alla condizione detentiva, di aggressività canalizzata contro sé stessi, per senso di colpa, inadeguatezza o frustrazione legata alla detenzione, di slatentizzazione di turbe psicosociali, ma può anche deriva-

---

<sup>22</sup> *A tal proposito, va detto che con la legge di riforma psichiatrica n. 180 del 1978, che ebbe come fine principale la tutela della dignità del malato di mente ed il rispetto del suo diritto alla salute, scomparve definitivamente il ricovero del malato di mente che era stabilito sulla base di un unico certificato medico attestante la pericolosità dell'infermo ed attuato grazie all'intervento dell'Autorità di Pubblica Sicurezza, per far spazio al trattamento sanitario obbligatorio, gestito dalla sanità. Questo, giusta la citata normativa, si rende attuabile solo in casi eccezionali, allorché esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici che non vengano accettati dall'infermo e soltanto nel caso non vi siano le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.*

<sup>23</sup> *Gli atti di autolesionismo non vanno sottovalutati in quanto sono suscettibili di trasformarsi in tentativi di suicidio, anche il rifiuto delle cure o dell'alimentazione da parte del detenuto può rientrare tra le condotte auto – lesionistiche.*

re dall'influenza della subcultura carceraria che tocca anche i minorati psichici, in cui la dimostrazione del disprezzo del dolore può contribuire alla conquista di un ruolo di leader nella sezione<sup>24</sup>.

Anche il tentativo di suicidio è considerato sintomo di malattia psichica<sup>25</sup>, lesivo della salute mentale del detenuto, quindi, tutte le volte in cui si verifica, viene disposta la visita psichiatrica urgente, come pure la visita con lo psicologo e l'educatore, che valgono quale supporto psicologico. Nel momento in cui si dovesse verificare una condotta auto lesiva, l'Amministrazione pone in atto due interventi, quello teso a garantire che sia prestata un'adeguata assistenza medica, e contestualmente quello teso ad intervenire coercitivamente, applicando i principi generali dell'ordinamento giuridico, ponendo fine alla condotta auto lesiva, con le forme e i modi previsti e consentiti dall'ordinamento penitenziario ai sensi dell'art. 41 O.P. allo scopo di ripristinare le condizioni di ordinaria convivenza nel seno della popolazione detenuta, e comunque secondo un prudente rapporto di mezzi a fine, e sempre sotto il controllo delle competenti autorità.

Tra i fattori di protezione vi è sicuramente oltre al Servizio di accoglienza nuovi giunti che opera da filtro, soprattutto la presa in carico del detenuto da parte dello psicologo.

L'Amministrazione Penitenziaria ha il compito di impedire che la sanzione detentiva assuma un'afflittività ulteriore rispetto alla strutturale limitazione della libertà personale del soggetto ristretto, dovendo inoltre garantire l'incolumità del soggetto ristretto prevenendo le possibili condotte non solo etero, ma anche auto – aggressive. Interventi a tal riguardo hanno interessato il miglioramento delle strutture, degli spazi, dell'alimentazione e dell'assistenza sanitaria, con la previsione della presenza dello psichiatra, dello psicologo, dell'educatore, e di un team di figure professionali di cui fa parte anche la Polizia Penitenziaria, con l'intento di mantenere un minimo confort per il paziente non disgiunto da una chiara necessità di sorveglianza e custodia mirate.

---

<sup>24</sup> *Gli atti auto lesivi possono essere determinati anche da causa emotiva, come risposta di protesta nei confronti dell'operatore penitenziario, o più in generale nei confronti del sistema, oppure si può trattare di gesti legati al desiderio di ottenere dei benefici.*

<sup>25</sup> *Una particolare modalità di suicidio, e tentativo di suicidio, è costituita dall'uso di plastic bag ed inalazione di gas tramite la bomboletta fornita dall'Amministrazione Penitenziaria. Non v'è chi non veda che si tratta di una modalità almeno in parte eliminabile tramite la dotazione di piastre elettriche in luogo delle bombolette del gas.*



---

### *Strumenti di trattamento*

Nel detenuto malato di mente si cumulano ben due mancanze, il disturbo mentale quale sottrazione al concetto di normalità e lo stato di privato della libertà. Questa delicata condizione impone un adeguato trattamento impostato sui bisogni del detenuto.

In particolare, quando la posizione giuridica è definitiva, avviati i contatti con i servizi psichiatrici territoriali che hanno il compito di condurre a programmi di futuro reinserimento all'esterno del paziente, è possibile l'avvio di un intervento di riabilitazione più approfondito ed articolato, magari attraverso, oltre ad attività svolte all'interno, anche attraverso la previsione di un programma di sperimentazione esterna con licenze orarie e partecipazione a gruppi di riabilitazione esterni.

L'articolo 20 del D.P.R. n. 230 del 2000, a tal riguardo, prevede che nei confronti dei detenuti e degli internati infermi o seminfermi di mente, devono essere attuati interventi che favoriscano la loro partecipazione a tutte le attività trattamentali e in particolare a quelle che consentano, in quanto possibile, di mantenere, migliorare o ristabilire le loro relazioni con la famiglia e l'ambiente sociale, anche attraverso lo svolgimento di colloqui fuori dei limiti stabiliti dall'art. 37 O.P.<sup>26</sup>.

Strumenti di operatività in tal senso, sono sicuramente un'impostazione del lavoro di tipo multidisciplinare tra psichiatra, psicologo, psicoterapeuta, assistente sociale e personale sanitario e di Polizia Penitenziaria, laddove in quest'équipe è da considerarsi indispensabile l'integrazione della guardia medica, ma fondamentale è anche la formulazione di progetti di trattamento individuali, la continuità del trattamento psichiatrico e soprattutto, la presa in carico personalizzata del caso, in luogo della risposta limitata all'urgenza, e non ultima la circolarità delle informazioni tra tutti gli operatori penitenziari.

In particolare, l'équipe multidisciplinare deve seguire il detenuto – malato di mente nella complessità della sua situazione e deve fondare il suo lavoro sulla continuità nel tempo e nella relazione. Essa potrà, così, proporre progetti terapeutici – riabilitativi individualizzati la cui durata sarà legata al tempo sufficiente per ottenere un buon compenso psicopatologico. Si deve cercare di evitare la routinarietà e la cronicizzazione di dinamiche di mera assistenza e custodia del minorato psichico.

Generalmente, invece, la preoccupazione che tali soggetti diano luogo a

---

<sup>26</sup> Si ricorda a questo punto che la norma prosegue, come si è avuto modo di dire in precedenza, specificando che il servizio sanitario pubblico, territorialmente competente, accede all'istituto per rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari l'individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico da parte del servizio pubblico e per il loro successivo reinserimento sociale.

comportamenti impropri e la scarsa specificità delle competenze degli operatori per lavorare con persone con malattia mentale, costituiscono fattori che portano al sostanziale abbandono di tali detenuti, che alla fine sono trattati sostanzialmente con psicofarmaci.

Occorre quindi, operare attraverso una sapiente lettura dei bisogni dei detenuti con malattia mentale per poter individuare progetti educativi capaci di attivare le risorse interne di questi soggetti, che sappiamo essere molto vulnerabili e fragili, magari muovendosi nell'ambito della loro quotidianità, intervenendo per migliorarla e renderla più significativa e gratificante. Gli interventi debbono essere caratterizzati da alcuni principi di base, innanzitutto devono essere selezionate le persone che dovranno partecipare al programma riabilitativo scegliendole tra quelle a basso rischio di atti violenti, deve trattarsi poi di persone motivate, ed infine il programma deve adattarsi, come già detto, ai bisogni delle persone. Di conseguenza, va formato il personale di sezione affinché sia in grado di partecipare al lavoro secondo un approccio comunitario<sup>27</sup> finalizzato alla risocializzazione del minorato psichico.

È chiaro, quindi, che gli strumenti da adottare devono andare ben oltre l'uso del farmaco, infatti, è insufficiente, in casi di crisi o emergenza, la risposta del solo consulente psichiatra che interpellato sull'urgenza interviene somministrando lo psico – farmaco<sup>28</sup>, lasciando poi agli altri operatori, come quelli appartenenti all'area trattamento e sicurezza, il compito di seguire il soggetto.

Non va dimenticato che il ricorso all'uso dei mezzi di contenzione<sup>29</sup> in ipotesi di soggetto vittima di comportamenti scompensati dal punto di vista neuropsichiatrico è consentito come *extrema ratio*, quando vi sia un concreto pericolo per l'incolumità personale sia del detenuto che delle altre persone

---

<sup>27</sup> Per approccio comunitario si intende una operatività centrata sia sulla riduzione degli effetti passivizzanti dell'istituzione carceraria sia sulla costruzione di un clima favorente la socializzazione ed il trattamento della malattia psichica.

<sup>28</sup> Si tratta di farmaci capaci di interferire con le funzioni più elevate del sistema nervoso, aumentandone o deprimendone alcune, alterandone altre. Essi possono essere suddivisi in tre gruppi, neurolettici, aventi funzione di tranquillanti maggiori, ansiolitici che sono invece tranquillanti minori, quali le benzodiazepine, ed infine gli antidepressivi come il litio efficaci nelle forme ciclotimiche.

<sup>29</sup> L'art. 60 del regolamento manicomiali del 1909 disponeva che "Nei manicomi devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione. L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria da E. 12.000 a E. 40.000 senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal codice penale. L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private. Chi contravviene a tale disposizione è soggetto alla stessa pena stabilita dal comma precedente." Questa norma, insieme ad altre analoghe relative all'organizzazione dei manicomi, è stata abolita con la riforma psichiatrica del 1978, così che attualmente nel nostro ordinamento non c'è nessuna disposizione di legge che implicitamente o esplicitamente autorizzi l'uso di mezzi di contenzione.

---

che vengono in contatto con lui e sempre nel rispetto della persona umana. Deve trattarsi però, soltanto di una forma di contenimento momentaneo, inserita in un trattamento terapeutico, non già un'iniziativa fine a sé stessa, bensì la premessa di interventi propriamente sanitari immediatamente successivi.

Da un punto di vista giuridico questa forma di coercizione, che in astratto potrebbe dar luogo a reati, può essere giustificata dall'art. 54 c.p., che disciplina lo stato di necessità<sup>30</sup>. Nel caso in cui il paziente abbia tenuto comportamenti etero-aggressivi potrà valere anche la scriminante della legittima difesa. In genere, ma non necessariamente, questi interventi coercitivi sul paziente avvengono nell'ambito del trattamento sanitario obbligatorio.

Ovviamente, non possono essere trascurati i progressi della farmacologia, ma non vanno ignorati gli esiti della ricerca in ambito psicoterapeutico. Anche la terapia occupazionale e l'inserimento nel mondo del lavoro sono da valutare con attenzione, essendo un ambito in cui le possibilità offerte al malato fanno la differenza. Di particolare pregio è la psicoterapia, tanto individuale che di gruppo, tuttavia, va detto che alcuni detenuti possono servirsene per dimostrare di essere cambiati, di essere meno pericolosi, per ottenere dei benefici.

Importante per alleviare il disagio mentale in carcere, è favorire e dare opportunità concrete di uscita e di futuro, a partire da elementi trattamentali quali il lavoro fino ad arrivare a possibilità di accoglienza esterna, in strutture idonee. Per questo motivo è fondamentale lavorare su alcuni principi come l'introduzione di servizi esterni, sulla modifica della cultura assistenziale, e sullo sforzo per aprire spazi per la condivisione di progetti sui detenuti.

Comunque, può affermarsi che anche se il disturbo mentale coinvolge anche il sociale, con la presenza di varie associazioni che si fanno promotrici di progetti educativi, esso resta un problema essenzialmente sanitario, e come tale è importante non "massificare l'offerta sanitaria, ma ritenere che ogni malato ha bisogno di un progetto di cura elaborato in base alle sue specifiche esigenze, allo scopo di introdurre dei cambiamenti nella sfera

---

<sup>30</sup> *Frequentemente, peraltro, la contenzione è stata ritenuta scriminata per stato di necessità (art. 54 c.p.) o in forza della causa di giustificazione atipica dell'esercizio della professione medica. L'art. 54 c.p., vale a scriminare quelle forme di contenimento fisico del paziente strettamente necessarie per contrastare una situazione di crisi improvvisa ed acuta, quando vi sia la necessità di salvare "sé od altri" (e perciò ovviamente anche il paziente stesso) da un danno grave alla persona, quando il pericolo non sia altrimenti evitabile e "sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo" e conseguentemente non può essere utilizzato per scriminare l'uso di letti di contenzione o di altri mezzi atti limitare in modo persistente la libertà di movimento della persona.*

cognitiva e sociale del detenuto tali da ridurre il rischio di recidivare in comportamenti violenti.

L'obiettivo finale è quello di attivare le risorse personali che consentano un più facile reinserimento lavorativo delle persone al fine di costruire una rete sociale positiva che li protegga dall'essere utilizzati da gruppi di criminali per compiere reati profittando della fragilità psicologica delle persone affette da disagio psichico, dando loro stimoli e strumenti e accompagnandoli nel percorso verso il momento del fine pena. Quest'ultimo in particolare, può talvolta essere vissuto come un momento difficile e di disorientamento che può portare a difficoltà di gestione dello scarcerando – malato di mente che non vuole affrontare l'uscita dal carcere.

La persona con disagio psichiatrico ha diritto di godere degli spazi comuni e mantenere la possibilità di frequentare corsi scolastici ed essere ammessa al lavoro<sup>31</sup>, compatibilmente con le proprie capacità.

### *L'attività della Polizia Penitenziaria*

Vista la particolarità dei soggetti reclusi nelle sezioni per minorati psichici, occorre disporre di un personale qualificato, di strutture adeguate e moderne, nonché di un supporto medico costante.

Agli operatori, dunque, sono richieste abilità e capacità di adattamento che a volte sono dotazioni innate, ma che nella maggior parte dei casi sono frutto di acquisizioni nel corso dell'esperienza e della messa a confronto con situazioni molto lontane da quelle con cui gli operatori hanno familiarità.

Un modo per contribuire al successo delle varie iniziative, e per prevenire disagi e problemi di varia natura è sicuramente quello di valorizzare attraverso una adeguata formazione le risorse umane che più vengono a contatto con i minorati psichici, primi fra tutti gli appartenenti alla Polizia Penitenziaria, facendo in modo che gli stessi possano con competenza svolgere il compito istituzionale della partecipazione all'opera di rieducazione del soggetto. In effetti, il personale del Corpo di Polizia Penitenziaria si trova a venire in contatto con detenuti con disturbi psichici di diversa natura, tanto negli istituti penitenziari che negli OPG. Tanto dovrebbe far riflettere sulla necessità di provvedere ad una speciale formazione per metterlo in condizioni di comunicare adeguatamente con tali soggetti ed al fine di creare una specializzazione. Molto spesso difatti, il personale di Polizia Penitenziaria, non riesce ad intercettare il disagio.

---

<sup>31</sup> *In base al disposto dell'art. 20, comma 4, del D.P.R. n. 230 del 2000 "I detenuti e gli internati infermi o seminfermi di mente che, a giudizio dei sanitari, sono in grado di svolgere un lavoro produttivo o un servizio utile sono ammessi al lavoro e godono di tutti i diritti relativi."*

---

In tale ambito la formazione deve porsi quale strumento di supporto degli interventi di inclusione sociale del detenuto, ma soprattutto quale mezzo per favorire la diffusione di una cultura e di un linguaggio condivisi da parte di tutti gli operatori impegnati con tali soggetti. Difatti, in ogni istituto la prevenzione passa da un buon ascolto e comunicazione e da una buona osservazione, per tale motivo, non c'è dubbio che le figure che sono più a stretto contatto con i detenuti, come la Polizia Penitenziaria, hanno maggiore possibilità di verificare l'insorgenza di situazioni di crisi e di attivare tempestivamente gli interventi idonei, ma a tal fine essi devono acquisire gli strumenti adatti.

Il nodo della questione, di cui il Comandante di Reparto per le proprie competenze deve tener conto, è quello di richiamare l'attenzione non sull'accudire la persona detenuta e semplicemente tenerla in custodia, bensì richiamare ciascuno all'esercizio attivo della propria parte in termini di ruoli, compiti e responsabilità specifici, per costruire una omogeneità di stili lavorativi e per sviluppare capacità di intervento adeguate.

Considerando che l'osservazione scientifica della personalità è diretta all'accertamento dei bisogni di ciascun soggetto connessi alle eventuali carenze fisiopsichiche, affettive, educative e sociali che sono state di pregiudizio all'instaurazione di una normale vita di relazione (art. 27, comma 1, D.P.R. 230 del 2000), è chiaro che il personale di Polizia Penitenziaria, essendo più vicino ed in contatto con il detenuto, può aiutare a rilevare tali bisogni ed esigenze contribuendo all'osservazione scientifica che viene svolta dal gruppo di osservazione composto da vari operatori quali, gli educatori, eventualmente da professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica (art. 80, comma 4, O.P.), da personale incaricato giornaliero (art. 80, comma 2, O.P.), nonché dagli assistenti sociali per quanto attiene alle valutazioni di collegamento con l'ambiente esterno, i quali nel loro complesso adottano il programma di trattamento e le sue eventuali variazioni.

Tuttavia, questo specifico compito della Polizia Penitenziaria, viene svolto dal personale senza che esso abbia a disposizione degli strumenti culturali ed operativi che possano fungere da ausilio all'espletamento puntuale e corretto dello stesso. Sarà cura del Comandante di Reparto quindi, incentivare il personale ad una sempre più attenta competenza nell'ambito dell'osservazione per non disperdere il fondamentale contributo di conoscenze derivante dal quotidiano contatto con la popolazione carceraria. È infatti, illusorio contenere il problema della gestione dei detenuti minorati psichici con il solo impegno degli specialisti, senza un coinvolgimento di tutti gli operatori che può definirsi ambientale.

Sarebbe importante che a prestare il servizio di sezione fosse lo stesso per-

sonale, anche per instaurare un rapporto di dialogo e reciproca conoscenza. Nell'ambito di questo servizio il poliziotto penitenziario deve porre ad oggetto della sua osservazione ad esempio, oltre alla assunzione della terapia, la cura della persona e dei propri spazi, la presenza di problematiche di tipo relazionale, la tenuta di comportamenti eccessivi rispetto alla situazione ed anche la partecipazione a gruppi ed il rifiuto di attivarsi.

Alla luce di tutto ciò, il Comandante di Reparto ha il dovere di canalizzare queste informazioni ed usarle per puntualizzare i processi di lavoro, ma anche per ricalibrare gli obiettivi, nonché per formulare le giuste direttive, magari facendosi promotore di progettualità tese oltre che alla migliore gestione interna, anche al reinserimento dei detenuti con disturbi mentali.

### *Conclusioni*

Il disagio che le persone vivono in carcere, necessita in prima istanza di attenzioni umane e sociali, più ancora che di saperi tecnici e professionali. Dunque, il carcere non può porsi come luogo della separatezza e per questo occorre favorire una osmosi tra l'istituto penitenziario ed il mondo esterno. Per questa ragione, tutti gli operatori penitenziari sono chiamati a progettare un collegamento con l'esterno, prima fra tutte la Polizia Penitenziaria, la quale entra in contatto quotidiano con gli ultimi fra gli ultimi.

Questo percorso si compie attraverso la restituzione della centralità alla persona ed alla sua dignità. Ad ogni modo il carcere deve farci riflettere e pensare contemporaneamente a cosa fare dentro e fuori da esso per ripartire con la legalità e affinché esso possa restituire sicurezza.



---

## ***Prospettive future degli OPG e gestione degli internati tra cura e detenzione: il ruolo della polizia penitenziaria***

*a cura di Stefania Grano – vicecommissario di polizia penitenziaria*

### *abstract*

*L'autrice affronta la tematica degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari con una breve storia della loro istituzione, a partire dalla fine dell'ottocento, e delle varie tipologie di detenuti e internati che ospitano. Ciò che emerge è la problematica della doppia funzione dell'OPG: sebbene diversificati nelle varie realtà sociali e regionali in cui sono situati, trovano serie difficoltà a trovare un equilibrio tra le apparentemente inconciliabili nature di ospedale e carcere.*

*Diventa necessario affrontare le esigenze primarie che emergono in queste realtà: la custodia dell'internato, ritenuto pericoloso socialmente, ma allo stesso tempo il trattamento teso a risolvere la condizione clinica psichiatrica che ha generato la condotta antisociale. Ciò vuol dire che è necessario organizzare e strutturare un vero e proprio servizio centrato sulla patologia quindi sulla persona e sulle sue esigenze di trattamento che giustifica il provvedimento di applicazione della misura di sicurezza. I progressi della ricerca scientifica e delle opportunità terapeutiche della psichiatria e della farmacologia, consentono di verificare che in determinate condizioni si possono manifestare patologie mentali per curare le quali non si deve ricorrere solo alla strategia terapeutica del farmaco, ma occorre far recuperare ai soggetti malati le proprie relazioni con se stessi e con gli altri. In riferimento al ruolo giocato dal personale di polizia penitenziaria viene evocata la formazione specifica del personale operante negli OPG oggetto del progetto REVAN (Rinnovare Esperienze Valorizzando Attività Negate) promosso e realizzato dall'ISSP nel 2005 e sviluppato nel secondo quaderno della collana Quaderni ISSP.*

*L'ultima parte del contributo è dedicata alla tematica attuale del "superamento degli OPG" che, investendo peculiari aspetti di natura legislativa, correlandosi a problemi non solo terapeutici e socio-riabilitativi ma anche di tutela dell'ordine e sicurezza pubblica, si configura oltremodo complessa ed articolata.*



---

### *Premessa*

La psichiatria forense e il manicomio giudiziario nascono all'inizio del secolo XIX. In Italia il primo manicomio criminale nacque in ambito penitenziario presso la Casa Penale per invalidi della "Sezione per maniaci" ad Aversa (NA) nel 1876 e si caratterizzò per la sua funzione sussidiaria al carcere, seguita pochi anni dopo dagli istituti di Montelupo Fiorentino e di Reggio Emilia. Le altre tre strutture ora operanti in Italia (Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto, Castiglione delle Stiviere) furono invece attivate nel corso del '900.

Fu il R.D. n.260 del 12.02.1891 a regolamentare tale struttura, includendo tra gli stabilimenti di pena speciali i Manicomi Giudiziari e in questo Decreto per la prima volta viene utilizzato tale termine. Il codice Rocco (1930), con l'introduzione del sistema del doppio binario (pene e misure di sicurezza), diede una definitiva collocazione ai Manicomi Giudiziari e tale normativa è tuttora vigente. L'Ospedale psichiatrico giudiziario (L. 354/1975) nel nostro ordinamento svolge la funzione di internamento dei soggetti che si rendono responsabili di reati in uno stato di incapacità di intendere e volere, determinato da infermità di mente, che causa il difetto di imputabilità: a causa di tale condizione, secondo il Codice penale, non si può essere condannati a pena detentiva.

In tali casi quindi il reo è prosciolto dal reato, ma se considerato socialmente pericoloso, viene disposta una misura di sicurezza da scontare in uno specifico Istituto penitenziario denominato Ospedale psichiatrico giudiziario (art. 62 dell'Ordinamento penitenziario legge 354/75).

Di fatto, sulla base della normativa vigente gli OPG accolgono:

- gli internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.);
- persone sottoposte alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 206 c.p.);
- detenuti minorati psichici (art. 111 D.P.R. 230/2000 - Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario);
- internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (art. 212 c.p.);
- detenuti condannati con sopravvenuta infermità di mente (art. 148 c.p.);
- detenuti cui deve essere accertata l'infermità psichica qualora non sia possibile sottoporli ad osservazione presso l'istituto penitenziario in cui si trovano od in altro istituto della medesima categoria (art. 112 c.2 D.P.R. 230/2000 - Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).
- La durata della misura in questione (art. 222 c.p.) è determinata col criterio della gravità del reato ed è così articolata:

- 10 anni, se per il reato commesso la legge stabilisce la pena dell'ergastolo;
- 5 anni se per il reato commesso la legge stabilisce la pena della reclusione non inferiore nel minimo a 10 anni;
- 2 anni, negli altri casi.

Tale misura, al pari delle altre, è sottoposta alla giurisdizione del Magistrato di Sorveglianza che può disporre al riguardo: (artt.207-208 c.p.):

la revoca anticipata, dichiarando cessata la pericolosità, nel caso di eventuale riesame prima della scadenza fissata;

- la revoca al termine della scadenza, data del riesame obbligatorio;
- la proroga se viene confermata la permanenza della pericolosità<sup>1</sup>.

Tali strutture, dipendenti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, svolgono non solo una funzione di custodia, ma anche una funzione specifica di trattamento e cura, funzione prevista dall'art. 32 della Costituzione, che sancisce il diritto di ricevere adeguata cura per ogni persona e dall'art. 27, secondo cui le pene devono "tendere alla rieducazione" dei condannati, ma anche da numerose pronunce degli organismi giurisprudenziali. Le sentenze n. 253 del 2003 e la n. 367 del 2004 della Corte Costituzionale ribadiscono il principio in base al quale le misure di sicurezza devono essere limitate a casi di effettiva pericolosità che richiedono di fatto una misura di internamento in una struttura penitenziaria, ma che esse devono essere sostituite da differenti misure di sicurezza di cura e di controllo, quando in grado di assicurare la sicurezza sociale, e qualora l'internamento in strutture penitenziarie, quali gli OPG, possa determinare danni alla persona.

Da un modello di struttura meramente custodiale, è in atto un processo teso ad affermare la necessità di organizzare un modello che preveda cure effettive e proiezione verso la realtà territoriale locale, considerato che la dimissione dei pazienti deve realizzarsi con la presa in carico e la conseguente assistenza e cura da parte dei servizi psichiatrici (*vedi Accordo del 26 novembre 2009 a seguito di Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 "Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato - città ed autonomie locali", concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008. G.U. Serie Generale n. 2 del 4 gennaio 2010*).

---

<sup>1</sup> Cfr. pagina web [http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_2\\_3\\_5\\_4.wp](http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_5_4.wp)

---

### *Problematiche operative e gestionali.*

Attualmente le problematiche che affliggono gli OPG rimangono numerose, legate in parte alla particolare tipologia dei pazienti, in parte ad una fisiologica difficoltà nella ristrutturazione di una tipologia di istituto che per lungo tempo ha costituito un *trait d'union* tra sistema giuridico e sistema manicomiale sanitario. Le stesse strutture che ospitano gli OPG erano destinate a conventi, caserme, carcere e dunque andrebbe valutata la loro rispondenza in termini di efficacia ed efficienza agli scopi istituzionali assegnati.

Ma ciò che emerge immediatamente è la problematica della doppia funzione degli OPG: l'attuale struttura, sebbene diversificata nelle varie realtà sociali e regionali in cui tali Istituti sono situati, trova serie difficoltà a trovare un equilibrio tra le apparentemente inconciliabili nature di ospedale e carcere: le sue principali componenti sono rappresentate, da un lato, da quella sanitaria tendente, per sua formazione culturale, al trattamento sanitario ed al recupero, dall'altro, da quella penitenziaria il cui compito principale è quello di custodire, controllare, in altre parole limitare la libertà personale, al fine di offrire idonea protezione sociale e ciò inevitabilmente ostacola il tentativo di recuperare e di ripristinare le alterate capacità psichiche e comportamentali dei soggetti ricoverati.

A tale attanagliante dilemma non ci si può sottrarre in quanto è necessario raccogliere le esigenze primarie che emergono nella realtà: la custodia dell'internato, ritenuto pericoloso socialmente, ma anche il trattamento teso a risolvere la condizione clinica psichiatrica che ha generato la condotta antisociale e riabilitazione della persona. Ciò vuol dire che è necessario organizzare e strutturare un vero e proprio servizio centrato sulla patologia quindi sulla persona e sulle sue esigenze di trattamento che giustifica il provvedimento di applicazione della misura di sicurezza.

E per quanto riguarda la Polizia Penitenziaria non dobbiamo dimenticare che l'art. 5 2° comma della L. 395/90 recita appunto: *“Il Corpo di Polizia Penitenziaria attende ad assicurare l'esecuzione dei provvedimenti restrittivi della libertà personale; garantisce l'ordine all'interno degli Istituti... e ne tutela la sicurezza; partecipa, anche nell'ambito di gruppi di lavoro, alle attività di osservazione e di trattamento dei detenuti e degli internati; espleta il servizio di traduzione dei detenuti e internati ed il servizio di piantonamento dei detenuti ed internati ricoverati in luoghi esterni di cura...”*. Dunque non solo custodia e vigilanza, da cui peraltro non è immaginabile prescindere, ma partecipazione attiva ed attenta a qualcosa di diverso: il *trattamento*.

Fu il Presidente Margara che nel 1997, periodo in cui ricoprì il ruolo di Direttore generale del DAP (oggi Capo del Dipartimento), privilegiò l'aspetto trattamentale, rieducativo, risocializzante e soprattutto quello terapeutico negli O.P.G. rispetto a quello custodiale e di mera vigilanza; invitò i diretto-

ri dei vari istituti penitenziari ad incentivare tutti gli interventi psicologici e psichiatrici per evitare il ricorso al ricovero in O.P.G., tendendo a realizzare una forma di cooperazione e interazione più solida fra il servizio sanitario intramurale e quello esistente a livello di Servizio Sanitario Nazionale; prospettò un unico sistema di organizzazione composto da un servizio psichiatrico, un servizio psicologico e un servizio trattamentale, che come équipe fosse in grado di valutare il soggetto all'ingresso in carcere, di coglierne l'eventuale disagio, di seguirlo e di intervenire, di svolgere le funzioni proprie di osservazione e trattamento nei confronti di tutti i detenuti; di procedere all'osservazione psichiatrica del detenuto all'interno dell'istituto in cui il soggetto si trova. Insomma si procedeva verso quella "sanitarizzazione", di cui tanto si parla, nel senso di far prevalere l'aspetto della cura, rispetto alla custodia pura e semplice. Le modifiche evolutive della ricerca scientifica e delle opportunità terapeutiche della psichiatria e della farmacologia, maturate negli ultimi anni, consentirono di verificare che in determinate condizioni si possono manifestare patologie mentali per curare le quali non si deve ricorrere solo alla strategia terapeutica del farmaco, ma occorre far recuperare ai soggetti malati le proprie relazioni con se stessi e con gli altri. Per questo motivo, gli OPG hanno progressivamente impostato e organizzato una serie di iniziative trattamentali quali ad esempio:

- trattamenti psicoterapeutici individuali e di gruppo;
- interventi di riabilitazione psicosociale, sia in laboratori che in attività lavorative;
- orientamento al lavoro e formazione professionale;
- attività sportiva.

A tale proposito l'art. 20, comma 4 e 5, del Regolamento penitenziario, sancisce:

*"I detenuti e gli internati infermi o seminfermi di mente che, a giudizio del sanitario, sono in grado di svolgere un lavoro produttivo o un servizio utile sono ammessi al lavoro e godono di tutti i diritti relativi".*

*"Coloro che non sono in grado di svolgere un lavoro produttivo o un servizio utile possono essere assegnati, secondo le indicazioni sanitarie, ad attività ergoterapiche e ad essi viene corrisposto un sussidio nella misura stabilita con decreto ministeriale".*

L'attività lavorativa anche per gli internati in OPG è uno strumento rieducativo efficace ed irrinunciabile, e per il sostentamento economico che produce e per il progetto di recupero di un ruolo sociale e di una dignità personale che sono il primo passo fondamentale per la risocializzazione.

E ancora il Regolamento di attuazione dell'Ordinamento Penitenziario (DPR 230/2000 art.1, 1° e 2° comma) afferma che "il trattamento dei soggetti sottoposti a misure privative della libertà deve consistere nell'offerta di interventi diretti a sostenere gli interessi umani, culturali e professionali e che il trattamento rieducativo dei condanna-

---

*ti e degli internati deve essere finalizzato a promuovere un processo di modificazione delle condizioni e degli atteggiamenti personali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo a una costruttiva partecipazione sociale”.*

L'art 1, 6° comma della L.354/1975 recita: *“Nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi. ...secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti”.*

L'art 3 della L.354/1975 stabilisce la parità di condizioni di vita fra detenuti e internati. Ma per avviare un lavoro organico con le persone già internate e con quelle che potenzialmente potrebbero esservi inviate è indispensabile:

- il coinvolgimento integrato delle Regioni, delle Aziende Sanitarie Locali, dei Dipartimenti di Salute Mentale, dei Magistrati di Sorveglianza, degli Istituti Penitenziari, del Ministero della Salute e del Ministero della Giustizia;
- l'integrazione professionale tra gli stessi operatori che lavorano negli OPG (Polizia Penitenziaria, personale sanitario di ruolo e a convenzione, volontari ecc).

Come disse qualcuno, quando si parlò di superamento degli OPG, «Non è il caso di abbattere i muri perché poi ne trovi un altro e poi un altro ancora. Cominciamo, invece, a costruire porte e finestre che permettano la permeabilità fra l'interno e l'esterno in modo che le persone fuori sappiano che qui dentro non ci sono mostri e che le persone che sono qui non abbiano paura di un esterno che, molto spesso, si rifiuta fortemente di accoglierle».

L'art. 20, comma 1, del Regolamento di esecuzione penitenziaria recita: *“Nei confronti dei detenuti e degli internati infermi o seminfermi di mente...devono essere attuati interventi che favoriscano la loro partecipazione a tutte le attività trattamentali e in particolare a quelle che consentano, in quanto possibile, di mantenere, migliorare o ristabilire le loro relazioni con la famiglia e l'ambiente sociale, anche attraverso lo svolgimento di colloqui fuori dei limiti stabiliti dall'articolo 37. Il servizio sanitario pubblico, territorialmente competente, accede all'istituto per rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari l'individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico da parte del servizio pubblico e per il loro successivo reinserimento sociale”.*

A norma dell'art. 4 del suddetto regolamento, *“alle attività di trattamento svolte negli istituti e dai centri di servizio sociale devono partecipare tutti gli operatori penitenziari, secondo le rispettive competenze. Gli interventi di ciascun operatore professionale o volontario devono contribuire alla realizzazione di una positiva atmosfera di relazioni umane e svolgersi in una prospettiva di integrazione e collaborazione (1°co). “A tal fine, gli istituti penitenziari e i centri di servizio sociale, dislocati in ciascun ambito regionale, devono costituire un complesso operativo unitario, i cui programmi devono essere organizzati e svolti con riferimento alle risorse della comunità locale” (2°co). “Il Dipartimento*

*dell'amministrazione penitenziaria ed i provveditori regionali devono adottare le opportune iniziative per promuovere il coordinamento operativo rispettivamente a livello nazionale e regionale" (3°co.)*

A norma dell'art. 113 rubricato Convenzioni con i servizi psichiatrici pubblici: *" Nel rispetto della normativa vigente l'Amministrazione penitenziaria, al fine di agevolare la cura delle infermità ed il reinserimento sociale dei soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, organizza le strutture di accoglienza tenendo conto delle più avanzate acquisizioni terapeutiche anche attraverso protocolli di trattamento psichiatrico convenuti con altri servizi psichiatrici territoriali pubblici."*

Per quanto riguarda, invece, la strutturazione di un progetto trattamentale esterno, questo è possibile solo per gli internati definitivi, cioè per gli internati prosciolti e seminfermi con posizione giuridica definitiva e di detenuti in art. 148 c.p., per infermità psichica sopravvenuta alla condanna. Purtroppo l' OPG ospita tutte quelle varie tipologie già sopra enunciate rendendo più complicata a livello organizzativo la loro gestione. L' OPG dovrebbe essere riservato alle sole persone sottoposte a misura di sicurezza definitiva. Per i soggetti in attesa di giudizio, vanno bene le apposite sezioni create negli istituti di pena, sotto la responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale, come peraltro già avviene per le sezioni di osservazione psichiatrica, dove vengono inviate le persone che necessitano di una diagnosi. Infine, ultima non per importanza, altra problematica irrisolta riguarda la formazione del personale operante negli OPG. Le profonde trasformazioni dello stile gestionale degli OPG, teso ad assicurare appunto la realizzazione del mandato istituzionale fanno sentire forte l'esigenza di un incremento del proprio patrimonio professionale.

### *Polizia Penitenziaria e Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Progetto REVAN.*

Una interessante analisi e ricerca è stata fatta nell'ambito del progetto REVAN (Rinnovare Esperienze Valorizzando Attività Negate)<sup>2</sup> promosso e realizzato dall'Istituto Superiore di Studi Penitenziari nel 2005.

Esso nasceva dall'esigenza fortemente sentita dal personale di Polizia Penitenziaria e non solo, di una *formazione specifica* nel campo del trattamento dei soggetti malati di mente autori di reato, esigenza che derivava dalla difficoltà di conciliare l'azione terapeutica e riabilitativa nei confronti della malattia mentale con quella più specificamente indirizzata al contenimento della pericolosità sociale e spesso ignorata nell'ambito dei piani generali di formazione dell'Amministrazione.

<sup>2</sup> Quaderni ISSP, numero 2 "Verso un O.P.G. diverso o migliore? ricerca-intervento sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e sui bisogni formativi degli operatori" Roma, 2005.

---

L'impatto emotivo con gli internati è troppo alto e le competenze richieste sono sostanzialmente diverse da quelle che occorrono per il normale circuito penitenziario.

In una prima fase del Progetto si è cercato di conoscere più approfonditamente tutte le realtà degli OPG, con riguardo agli aspetti organizzativi, gestionali, formativi prima attraverso un Questionario ISSP e poi attraverso l'analisi di alcune aree d'indagine (Area della Motivazione, Area della Organizzazione, Area della Formazione) identificate a seguito dei dati emersi dal Questionario suddetto. Successivamente si è passati alla elaborazione e condivisione, prima con i direttori e poi con il personale delle varie strutture locali, delle numerose informazioni emerse durante la ricerca ed infine alla formulazione di *linee guida* per lo sviluppo di progetti di formazione.

Con particolare riferimento alla Polizia Penitenziaria, dalla ricerca sono emersi dati sintomatici di una situazione difficile. E' emerso, infatti, nell'ambito dell'*Area Motivazionale* che la maggior parte del personale dichiarava di lavorare in OPG in quanto era il luogo più vicino alla propria famiglia, quindi si deduce scarsa motivazione.

Nell'ambito dell'*Area Organizzativa* la presenza di personale con status ricadente in almeno tre comparti (sicurezza, ministeri, sanità) e con trattamento giuridico ed economico molto articolato (medici incaricati e a convenzione, personale di ruolo e a convenzione...) rende più difficoltosa un'armonizzazione gestionale che va ad influire inevitabilmente sull'organizzazione e sulla qualità del servizio nel suo complesso.

A tutto ciò si aggiunga, in particolare, come non trova adeguata corrispondenza effettiva quanto previsto dall'Ordinamento Penitenziario nella parte in cui richiede che gli operatori professionali e volontari che svolgono le loro attività nelle strutture psichiatriche siano selezionati e qualificati.

Ed infine, nell'ambito dell'*Area Formativa* i maggiori elementi di criticità sono la poca formazione, le carenze organizzative e, anche se meno rilevante, la poca integrazione tra le figure professionali. In particolare i fabbisogni formativi segnalati prevalentemente dal personale di Polizia Penitenziaria riguardano la necessità di possedere un sapere di base sulla malattia psichiatrica, sulle manifestazioni comportamentali, le implicazioni criminologiche, gli interventi terapeutici.

La specificità della struttura OPG mette insieme, rendendo il contesto particolarmente complesso, professionalità che attingono a riferimenti culturali che difficilmente si armonizzano. Tuttavia l'esperienza dimostra che, ove si opera nello spirito richiesto dall'Ordinamento Penitenziario, cioè nella prospettiva *della integrazione e collaborazione*, è possibile condividere obiettivi, metodologie di lavoro e prassi operative coerenti con le finalità istituzionali degli OPG. In questo senso un ruolo decisivo gioca la formazione integra-



ta e interprofessionale come luogo di sperimentazione e di crescita delle competenze richieste per gestire un contesto umano e organizzativo ad alto indice di problematicità.

Potrebbe, ad esempio, essere prevista una apposita specializzazione, riconosciuta dall'Ordinamento del Corpo in analogia a quanto previsto, ad esempio, per gli operatori di Polizia Penitenziaria addetti alle strutture penitenziarie in ambito minorile.

Si è, inoltre, sottolineata l'importanza di sviluppare, migliorare le competenze più adeguate a prendere in carico e curare il paziente, piuttosto che a contenerlo con misure coercitive, soprattutto se applicate senza una vera consapevolezza degli esiti; di acquisire le conoscenze tecniche relative alle principali patologie/sintomatologie psichiatriche.

Significativo e forse rivelatore di un profondo retaggio del passato (non è immaginabile nella coscienza collettiva il recupero del folle soprattutto se si è reso responsabile di un reato) è il fatto che risulti sottovalutata la necessità di sviluppare, per esempio, la capacità di responsabilizzare il paziente favorendo la conoscenza di se stesso attraverso un percorso di riabilitazione.

In conclusione il personale rappresenta la necessità di ulteriori strumenti culturali, maggiori competenze atte anche a promuovere chiarezza riguardo ai propri compiti nel contesto operativo, nonché reciproca consapevolezza del proprio ruolo e di quello altrui; capacità di comunicare, di raccordarsi con le altre figure professionali coinvolte nella gestione e nel trattamento dei pazienti ossia capacità di "operare in équipe" che è la base di ogni strategia volta alla riabilitazione e al reinserimento dell'internato/detenuto ristretto in OPG, senza trascurare l'importanza di prevenire fenomeni di burn-out negli operatori del settore.

### *Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.*

Fino alla riforma psichiatrica avviata con la legge n. 180 del 1978, i sistemi dei manicomi civili (legge manicomiale del 1904) e dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario istituito quale misura di sicurezza dal Codice Rocco del 1930, avevano proceduto parallelamente, ispirandosi a principi terapeutici e socio-riabilitativi ma anche a quelli della difesa sociale e della prevenzione delle condotte devianti. Se è vero comunque che l'abolizione del manicomio, sulla scorta delle nuove concezioni e conquiste della psichiatria moderna, ha affermato quale irrinunciabile, pregnante e prioritaria l'esigenza del momento terapeutico e riabilitativo nei confronti del malato di mente ed il suo diritto ad essere non custodito ma curato e seguito dal territorio, è pur vero che per lo stesso Codice Rocco il trattamento curativo non costituiva una vera e propria pena e che nell'esecuzione della misura doveva esse-



---

re esclusa la finalità afflittiva tipica della pena detentiva. Sulla scorta di tali principi, già contemplati nella stessa normativa penale e delle linee innovatrici introdotte dalla citata riforma del 1978, l'obiettivo da conseguire è dunque quello di un riallineamento, per quanto possibile armonico ed interattivo, di due sistemi che, come prima precisato, hanno a lungo marciato in sostanziale parallelismo.

La tematica del superamento dell'OPG, investendo peculiari aspetti di natura legislativa correlandosi a problemi non solo di natura terapeutica e socio-riabilitativa ma anche di tutela dell'ordine e sicurezza pubblica, si configura comunque oltremodo complessa ed articolata.

La Legge 419/98, relativa al riordino della medicina penitenziaria ha rappresentato la prima tappa fondamentale nel percorso di riforma per costruire un sistema penitenziario che coniugasse sicurezza, diritti individuali e recupero sociale dei detenuti. Essa affida quindi l'erogazione delle prestazioni sanitarie alla ASL, cui spetta la gestione ed il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari, mentre alle Regioni sono demandate le competenze relative all'organizzazione e alla programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari ed al controllo sul funzionamento dei servizi medesimi (art.2, comma 3 e art.3, comma 2, D.Lgs. 230/1999). La legge rinvia, inoltre, ad un apposito Progetto la definizione del ruolo delle Regioni, volto a garantire gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati al fine di conseguire un "miglioramento continuo dell'assistenza negli istituti penitenziari" (art. 5, comma 3, lett. a del suddetto decreto). La tutela delle esigenze di sicurezza è istituzionalmente demandata all'Amministrazione Penitenziaria.

La concezione del disturbo mentale e le modalità di cura e di riabilitazione che derivano dalla legge 180 hanno giustificato il dubbio di costituzionalità, non solo dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, ma soprattutto degli automatismi giuridico-psichiatrici che definiscono l'infermità di mente, l'incapacità di intendere e di volere, con l'inaccettabile conseguenza della negazione della persona stessa e dei suoi diritti.

La legge in sostanza nega ogni associazione tra malattia mentale e pericolosità sociale e soprattutto esclude qualsiasi funzione di difesa sociale dei trattamenti sanitari, cui restituisce piena ed esclusiva funzione terapeutica. Questa, sul piano teorico, è forse la novità più interessante della riforma.

La condizione di infermità psichica non autorizza alcuna presunzione di pericolosità sociale e non è ragione sufficiente per l'adozione di provvedimenti di custodia che erano chiaramente dettati dal prevalere di esigenze di difesa sociale.

L'approvazione della legge del 1978 avrebbe dovuto portare a una immediata revisione dell'intera disciplina delle misure di sicurezza, al fine di ade-

guare gli interventi penali alle novità introdotte sul piano sanitario e terapeutico. Negli anni molte delle disposizioni penali e processuali che contrastavano in maniera evidente con le disposizioni costituzionali e con le novità introdotte dalla riforma sanitaria sono cadute per opera della Corte costituzionale o del legislatore ordinario.

Ma si è trattato di interventi settoriali che non hanno modificato l'impostazione di fondo del sistema, nel quale permangono contraddizioni ed incertezze tra istanze di difesa sociale ed esigenze terapeutiche, ma soprattutto permane, a dispetto della scelta radicale della legge n. 180, l'istituzione manicomiale, oggi denominata Ospedale psichiatrico giudiziario, come prevalente risposta penale all'infermità di mente. In verità con la legge n. 180 del 1978 è caduto definitivamente ogni alibi di una pretesa finalità curativa e terapeutica delle misure manicomiali pertanto la situazione normativa appare francamente insostenibile. L'esigenza di una riforma del sistema delle misure di sicurezza è ampiamente condivisa sia dai giuristi che dagli operatori del settore.

Le correzioni operate dalla Corte, pur condivisibili, risolvono solo parzialmente le contraddizioni rilevabili nel sistema delle misure di sicurezza. Ai fini dell'applicazione delle misure di sicurezza personale nei confronti dell'infermo di mente che abbia commesso un reato, afferma in sintesi la Corte, è condizione necessaria la attuale e persistente pericolosità sociale dell'autore, ma anche condizione sufficiente (ed è qui il limite degli interventi della Corte). E quindi la pericolosità sociale della persona ne consente il ricovero in ospedale psichiatrico indipendentemente dalla gravità del reato commesso, essendo sufficiente la commissione di un reato punito con la pena della reclusione superiore nel massimo a due anni; e indipendentemente dalla gravità dei reati che si presume la persona potrebbe commettere. E senza limiti di tempo e quindi in ipotesi anche per un tempo superiore al massimo edittale previsto dalla legge per il reato commesso.

Da molti anni sono evidenti le difficoltà nell'attuare qualunque modifica legislativa riguardante l'imputabilità ed il vizio di mente nel sistema penale italiano ed il sistema istituzionale deputato all'applicazione delle misure di sicurezza, in caso di ritenuta pericolosità derivante da infermità. È anche ragionevole pensare che in un settore così delicato un'eventuale modifica legislativa può diventare controproducente se non è preceduta e sostenuta da significativi cambiamenti nelle culture e nelle pratiche.

Pur tuttavia è noto che ormai vi sono esperienze consolidate che riguardano la possibilità di evitare l'invio in OPG di persone inferme di mente che hanno commesso reati.

Prescindendo dalle questioni normative, è evidente che in alcuni casi è possibile affrontare in modo diverso il problema, più consoni alla cultura ed al

---

rispetto dei diritti fondamentali sia della persona che della società. Diventa quindi necessario cercare di agire in modo concreto, razionale, programmato e coordinato su tutte le questioni nodali sulle quali vi è già da tempo l'evidenza che è possibile intervenire efficacemente sia per prevenire l'applicazione della misura di sicurezza sia per ridurre la durata, indipendentemente da qualunque possibile modificazione legislativa.

*Proposte di Legge.*

Al fine di superare l'inadeguatezza dei precedenti normativi, il 2 agosto del 1995, viene presentato alla Presidenza il disegno di legge n. 2038, di iniziativa del senatore Riz, avente ad oggetto alcune modifiche al libro primo del codice penale.

Per quanto riguarda il ricovero in Ospedale psichiatrico giudiziario, il progetto prevede che tali strutture siano dislocate nelle diverse regioni italiane, e che accolgano solo i soggetti provenienti da quel territorio: questo tipo di misura, a cui sarebbero soggette soltanto le persone dichiarate totalmente incapaci di intendere e di volere, riconosciute socialmente pericolose e responsabili di reati per cui la legge prevede una pena superiore nel massimo a dieci anni di reclusione, dovrebbe essere applicata negli omonimi istituti, con l'assistenza dei servizi sociali e sanitari pubblici non giudiziari del territorio di residenza o di domicilio del detenuto, al fine di evitare la lesione dei legami tra il soggetto e il suo territorio di appartenenza, in modo da eliminare i frequenti fenomeni di emarginazione, e per rendere possibile il reinserimento del soggetto nel suo contesto sociale, al termine dell'esecuzione della misura di sicurezza.

Sostanzialmente non mira ad eliminare definitivamente gli Ospedali psichiatrici giudiziari, ma offre una soluzione di tipo intermedio, non impossibile da realizzare: questa avrebbe il vantaggio di evitare lo sradicamento dell'internato dal suo luogo geografico di origine o comunque di appartenenza; le amministrazioni e gli enti locali sarebbero costantemente e direttamente coinvolte nella risoluzione delle problematiche concernenti l'internamento dei cittadini; infine, durante il corso della misura di sicurezza, diverrebbe possibile instaurare un regolare rapporto tra internati e servizi sociali o sanitari territorialmente competenti.

Nel 1996, su iniziativa del deputato Franco Corleone, è stata presentata una proposta di legge (proposta di legge n. 151/1996, "Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato").

I punti salienti della proposta Corleone sono: a) l'abolizione dell'istituto della non imputabilità; b) il riconoscimento al malato di mente autore di un reato della piena imputabilità e passibilità di pena prevista dal codice pena-

le secondo la tipologia del reato commesso; c) l'abolizione delle misure di sicurezza; d) la cura e la tutela della salute del malato di mente assicurate all'interno del carcere, in speciali sezioni organizzate appositamente nell'istituto penitenziario stesso; e) la collaborazione con i servizi psichiatrici territoriali che devono assicurare l'assistenza medico-psichiatrica nelle strutture carcerarie e formulare i programmi di riabilitazione. Secondo l'On. Corleone, il proscioglimento dal reato conseguente alla non imputabilità per infermità psichica negherebbe al malato di mente di accedere a quei benefici e facilitazioni al reinserimento sociale che possono invece essere usufruiti dai soggetti sani di mente condannati a pena detentiva, creando una vera e propria disparità di trattamento costituzionalmente inaccettabile. Sostanzialmente, secondo la proposta Corleone, la malattia mentale non deve più ritenersi idonea ad esimere dalla responsabilità soggettiva per il fatto commesso; l'autore deve avere la garanzia di stare in giudizio; in caso di condanna, la pena deve essere espiata in apposite speciali sezioni all'interno degli Istituti e attrezzate per la costituzione del gruppo terapeutico, nelle quali si esegue uno specifico piano di cura e di assistenza medico-psichiatrica in rapporto costante e programmato con i servizi di salute mentale di quel territorio.

Per iniziativa della Regione Toscana e dell'Emilia Romagna è stata elaborata una proposta legislativa nel corso degli anni 1996 e 1997, (sostenuta anche dal direttore del DAP, Alessandro Margara). Essa propone due tipi di misura di sicurezza:

- . l'assegnazione ad un istituto in cui oltre al trattamento psichiatrico garantisce la custodia (misura che viene applicata alle persone che abbiano commesso un reato per il quale la pena massima non è inferiore a dieci anni) ;
- . l'affidamento al Servizio Sociale, (misura che si applica alle persone che abbiano commesso un reato per il quale la pena massima è inferiore a dieci anni, e che, qualora non risulti adeguata, può esser convertita, dal giudice, nella prima). Diversamente da quelle previste dal codice vigente, per le nuove misure non si prevede una durata minima; si prevede solo un riesame periodico della pericolosità del soggetto: ogni anno per la misura chiusa, ogni sei mesi per quella aperta; non è prevista neppure una durata massima.

Le strutture per il trattamento psichiatrico custodito verrebbero create in ogni regione e per un numero di pazienti non superiore a trenta unità; sarebbero, inoltre, cogestite dal Servizio Sanitario Nazionale, per ciò che riguarda le attività sanitarie e dall'Amministrazione Penitenziaria, per le responsabilità dell'efficienza del servizio e per l'organizzazione delle attività custodiali. Il personale di Polizia Penitenziaria interverrebbe all'interno dell'istituto a richiesta del responsabile del servizio sanitario. Il progetto

---

prevede inoltre l'abolizione dell'applicazione provvisoria della misura di sicurezza dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, prima della sentenza (art. 206 c.p.): l'alternativa, secondo il progetto, deve essere ricercata all'interno del sistema carcerario, e altrettanto deve avvenire anche per i soggetti cui sopravvenga una malattia di mente dopo la commissione del reato, in particolare durante l'espiazione della pena. Il carcere dovrà essere riorganizzato per rispondere correttamente a tali esigenze, adibendo adeguatamente alcune strutture interne e organizzando un'area psichiatrica, che nel progetto è detta "centro psichiatrico di diagnosi e cura carceraria". Nel caso particolare in cui per un soggetto si presentino eccezionali esigenze di sicurezza, la cui presenza negli istituti a cui sono assegnati i prosciolti, creerebbe problemi gestionali tali da ostacolare il normale lavoro di cura e di riabilitazione nei confronti di tutti, con procedure giurisdizionalizzate e con adeguate garanzie di difesa, il soggetto dovrebbe essere assegnato a un centro psichiatrico carcerario. La realizzazione di un O.P.G. per regione porterebbe ad una migliore distribuzione sul territorio del totale complessivo di folli-rei, con un vantaggio anche dal punto di vista sanitario e di presa in carico delle rispettive ASL di appartenenza. Inoltre, il basso numero di internati per OPG che si verrebbe a creare, permetterebbe un maggiore sviluppo delle potenzialità terapeutico-trattamentali. Infine, le relazioni affettive, fondamentali nel progetto terapeutico, verrebbero favorite e potenziate e tutto ciò permetterebbe agli OPG di diventare veramente alti centri di specializzazione psichiatrica, da utilizzare anche come luoghi di studi e di ricerca. Questa proposta non tocca le questioni che fondano il rapporto psichiatria-giustizia, non affronta la questione dell'infermità mentale e della incapacità, lasciando inalterato il concetto della non imputabilità e, in definitiva, non altera la geometria del "doppio binario", ovvero di una giustizia penale speciale per le persone affette da disturbo mentale. Dunque si occupa, e bene, dell'esecuzione della misura di sicurezza, ma non discute le ragioni per le quali infermità, irresponsabilità, pericolosità, assenza di responsabilità soggettiva costruiscono il sistema penale speciale; in concreto, lascia inalterati gli articoli 88 e 89 del codice penale del 1930, relativi appunto alla infermità, semi-infermità e imputabilità.

---

## ***Studio comparativo sugli effetti della organizzazione/ gestione dopo la riforma sanitaria***

*a cura di Domenico Montauro – vicecommissario di polizia penitenziaria*

### *abstract*

*L'autore accenna al percorso che nel tempo ha avuto la tutela della salute penitenziaria. In Italia la riforma, con il D.P.C.M. 1 aprile 2008, costituisce un punto di arrivo di un iter normativo complesso che mira principalmente a considerare un'unica tutela della salute, senza alcuna distinzione tra il cittadino libero e il cittadino detenuto. La riforma sanitaria sancisce il passaggio della Medicina Penitenziaria dalle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria al Sistema Sanitario Nazionale.*

*Questo passaggio è approfondito negli aspetti operativi con un approccio di tipo giornalistico realizzando una sorta di intervista con il dirigente sanitario dell'Istituto di Regina Coeli, testimone privilegiato di questo passaggio storico di competenze.*

*Altri interventi riportati sono poi quelli del direttore del Centro per la salute in carcere della Regione Toscana e dell'allora Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria che esprimono plauso, ma anche dubbi e perplessità, per l'attuazione della riforma, attuata in modo disomogeneo a seconda delle attenzioni e delle risorse destinate dalle singole regioni.*

\* \* \*

### *Carcere e salute fino al D.P.C.M. 1 aprile del 2008.*

*“La sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità.*

*Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate.”<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> *Definizione di sanità ad opera dell' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), a seguito delle direttive fondamentali stabilite dalla Conferenza internazionale della Sanità del 1946 a New York*

---

La sanità consiste, dunque, nell'efficienza psico-fisica dell'individuo quale presupposto indispensabile per una completa espressione della sua personalità e socialità. La tutela della salute si esprime nell'azione dello Stato diretta a prevenire e reprimere quelle situazioni che, causando la malattia, impediscono al soggetto una vita piena e dignitosa.

Fedor Dostoevskij affermava che il grado di civilizzazione di una città si misura dalle sue prigioni. Nello studiare l'evoluzione storica della disciplina della salute in ambito penitenziario sono arrivato a ritenere che il grado di civilizzazione all'interno delle prigioni è strettamente legato alla corrispondente tutela della salute.

Nel cominciare questo lavoro effettuo un percorso inverso rispetto a quello che avrebbe scelto uno sceneggiatore di film gialli, parto dal finale.

Oggi si può affermare con tranquillità che la tutela della salute rivesta un ruolo di primaria importanza all'interno della società. Infatti, anche grazie alle organizzazioni sovranazionali, sono tutelate molte situazioni che in un recente passato costituivano palesi violazioni dei diritti umani fondamentali<sup>2</sup>. Ma l'evoluzione storica è stata lenta.

Il carcere è, infatti, luogo di sofferenza in cui vengono espriate delle pene che della sofferenza quasi rappresentano il simbolo.

Mi interessa molto accennare al percorso che nella storia ha avuto la tutela della salute penitenziaria, poiché in Italia la riforma penitenziaria del D.P.C.M. 1 aprile 2008, che io tratto in questa dissertazione, costituisce un punto di arrivo di un tragitto normativo che mira principalmente a considerare un'unica tutela della salute, senza alcuna distinzione tra il cittadino libero e il cittadino detenuto. Non è sempre stato così.

Spesso, in passato, si è puntato alla privazione della salute quale strumento sanzionatorio. Si passa, a livello concettuale, dalla privazione della salute del detenuto intesa quasi come scopo, alla parità di tutela del diritto alla salute con la Riforma Sanitaria.

Già il termine "carcere", che il nostro Ordinamento Penitenziario non contempla più, ha probabile derivazione dal latino *coercio*, che ha come significato il costringere con la forza e ci indica un luogo di afflizione e privazione della salute.

Per molti secoli, e la cultura romana e greca ne costituiscono due esempi tra i più autorevoli, il carcere avrebbe costituito un luogo di afflizione col solo scopo di contenere gli uomini e non di punirli. Sarà la cultura cristiana a vedere per prima nelle carceri luoghi di espiazione delle pene.

---

<sup>2</sup> Solo il 10 dicembre 1984 l'assemblea generale dell'ONU ha adottato la *Convenzione contro la tortura ed altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti* (RS 0.105). Ratificata dalla Svizzera il 2 dicembre 1986, è entrata in vigore il 26 giugno 1987.

Nel medioevo molto spesso all'idea di carcere come luogo di espiazione della pena si affiancherà con essa l'idea della privazione della salute come punizione ideale dei detenuti tramite maltrattamenti e torture.

Sarà ancora la cultura cristiana nel XVI secolo a cercare di attenuare lo sviluppo in Italia di questa tendenza promuovendo un trattamento ispirato al senso di pietà per i detenuti. Nel resto d'Europa, intanto, ancor più che in Italia, i trattamenti penitenziari erano attuati con ferocia e crudeltà<sup>3</sup>.

In Europa nel XVIII e XIX secolo il vento dell'Illuminismo riuscirà a favorire numerose riforme del sistema penale che portarono al superamento di castighi ferocemente corporali.

Un supporto a tale evoluzione è stato dato dallo svilupparsi dell'ideologia del contratto sociale: il criminale che infrange la legge non commette più un affronto alla figura simbolica del re, ma al popolo e non può più averne la solidarietà perché ha rotto le regole comuni di convivenza. Ma il senso della punizione non sarebbe più dato dall'infierire sulla salute del detenuto. Da tutto ciò la necessità di eliminare i supplizi, di mostrare umanità.

Due fra tutti i progetti dei 'riformatori' possono essere portati ad esempio di questo momento storico di cambiamento: *Dei delitti e delle pene* (1764), di Cesare Beccaria e il *Panopticon* (1786), di Jeremy Bentham.

In entrambi il superamento delle pene crudeli viene orientato dalla razionalità e dalla moderazione, che devono essere proprie dell'età moderna. Il primo attraverso un programma giuridico di addolcimento delle pene, il secondo con uno studiato impianto architettonico: entrambi dimostrano come sia utile abbandonare l'intervento diretto e violento sui corpi. A questa che viene chiamata 'umanizzazione' si accompagna quindi l'intento deterrente della pena: non è tanto efficace, per dissuadere il popolo dal crimine, "il terribile ma passeggero spettacolo della morte di uno scellerato", quanto "il lungo e stentato esempio di un uomo privo di libertà"<sup>4</sup>. In questa maniera, e solo da quest'epoca, la detenzione diventa la pena per eccellenza: trasparente rispetto alle leggi, misurabile (la sua lunghezza dipende dalla gravità del crimine commesso), correttiva, deterrente, individualizzata; allo scopo di riqualificare il soggetto che è caduto fuori dal patto sociale.

Beccaria e Bentham costituiscono due tra i letterati più alti del periodo, e lo si evidenzia dalle loro opere in materia penitenziaria, ma la sanità penitenziaria, anche dopo il loro intervento rimaneva pur sempre un aspetto dalle ampie criticità.

Dall'illuminismo in poi era stato minore l'impatto della pena sulla salute dei

---

<sup>3</sup> Soprattutto in Francia i trattamenti risultavano più cruenti nei confronti dei detenuti.

<sup>4</sup> Cesare Beccaria, *Dei delitti e delle pene*.



---

detenuti, ma i problemi in tal senso restavano.

La Riforma Sanitaria attuata con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile del 2008 si svilupperà attraverso un lungo processo storico che vede numerose tappe normative accompagnare lentamente il passaggio della Medicina Penitenziaria che passa dalle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria a dipendere dal Sistema Sanitario Nazionale.

Certamente l'impulso decisivo verrà dato dal D. Lgvo 230/99. Con tale provvedimento legislativo era partito il trasferimento dal Ministero della Giustizia alle Asl di tutto il territorio nazionale delle funzioni relative alla prevenzione generale e alla diagnosi e terapia delle tossicodipendenze.

Dal 14 giugno 2008 sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia, eccezion fatta per alcuni argomenti di particolare rilevanza per l'Amministrazione penitenziaria quali le mansioni relative al personale di Polizia penitenziaria (relazioni sanitarie per le trattenute in busta paga, idoneità a specifiche mansioni, pareri circa l'invio del personale di Polizia Penitenziaria presso le Commissioni mediche ospedaliere); la valutazione sui trasferimenti per motivi di salute di detenuti sottoposti a particolari misure di sicurezza (41 bis); il parere tecnico sugli interventi posti in essere dalle Asl negli Istituti.

Nella riforma penitenziaria non sono attualmente previste le regioni a statuto speciale.

### *Il diritto alla salute costituzionalmente garantito anche in relazione alla Riforma Sanitaria.*

La Costituzione italiana ha collocato la salute nel dettato costituzionale, in primis con riferimento all'art. 32, in cui viene definita come "fondamentale diritto dell'individuo" e come "interesse della collettività". In tale connotazione "diritto" ed "interesse" non sono contrapposti ma reciprocamente integrati: lo stato di salute non riguarda esclusivamente il singolo individuo ma si riflette sulla collettività stessa.

Da questa configurazione discende una duplicità di piani di tutela: difesa della persona dalla malattia e difesa della collettività da tutti quegli elementi, ambientali o individuali che possono ostacolare un pieno godimento del diritto.

Nemmeno le condizioni economiche del singolo possono, in tale direzione, costituire un ostacolo alla realizzazione di una piena tutela.

E, in effetti, la seconda parte del primo comma dell'art. 32 prevede, in forza dei principi di solidarietà e di partecipazione, la gratuità delle prestazioni

sanitarie a favore di chi versi in stato di indigenza.

Il secondo comma dell'art. 32 contiene, poi, due rilevanti disposizioni che, a difesa della dignità umana, garantiscono il fondamentale diritto di libertà individuale sotto l'aspetto della salute: "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge", legge che "non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Stabilendo una riserva, la prima parte della disposizione pone un preciso vincolo alla Pubblica amministrazione nel consentire determinati trattamenti in vista di superiori interessi pubblici, che soli possono giustificare la compressione del diritto di libertà individuale e la seconda, diretta allo stesso legislatore, impone, in ogni caso, il rispetto della persona.

La tutela della salute, nelle sue implicazioni costituzionali, non si esaurisce in questi soli profili. Il diritto alla salute, si è detto, non si riduce solo nella difesa dello stato biologico e psichico, ma abbraccia l'individuo nel suo bisogno di personalità e socialità. L'art. 32 pone un obbligo di valutazione in rapporto agli artt. 2 e 3 della Costituzione, dal cui combinato disposto si possono articolare una serie di principi:

- il diritto alla salute come fondamentale diritto *erga omnes*. E tale connotazione ha consentito l'estensione del diritto alla salute sino alla configurazione di un diritto alla salubrità dell'ambiente in cui opera l'individuo;
- la salute come fondamentale diritto verso lo Stato chiamato non solo a predisporre strutture e mezzi idonei ad assicurare una condizione ottimale di sanità individuale ma anche ad attuare una politica efficace di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di intervento sulle possibili cause di turbativa dell'equilibrio psico-fisico della popolazione.
- In tal modo il diritto alla salute si atteggia quale "diritto sociale" che attua nel settore sanitario il principio di eguaglianza fra i cittadini;

È importante evidenziare come, per un bilanciamento di interessi contrapposti, la giurisprudenza costituzionale ha chiarito che, pur essendo il diritto alla salute ricompreso tra le posizioni soggettive direttamente garantite dalla Costituzione, la tutela riconosciuta dal precetto costituzionale può incontrare limiti oggettivi sia nella stessa organizzazione dei servizi sanitari che nelle esigenze di concomitante tutela di altri interessi (sentenza 175/82).

Questo ci fa intendere come le connaturali esigenze di sicurezza che sottendono alla detenzione possono portare ad un affievolimento della tutela della salute in quegli aspetti che, limitando fortemente la volizione dell'individuo, non consentono una normale fruizione dell'assistenza sanitaria. La caratteristica che distingue la posizione del recluso dalla totalità dei cittadini, consiste nella mancanza di autodeterminazione alle prestazioni mediche:

- 
- impossibilità di scegliere il luogo di cura: il libero cittadino ne ha diritto (Corte Costituzionale, sentenze 175/82 e 142/82). La scelta, per il detenuto, è effettuata dall'Amministrazione penitenziaria e dall'Autorità giudiziaria sulla base delle prevalenti esigenze di sicurezza e dell'adeguatezza del servizio sanitario penitenziario;
  - limitazione del diritto alla scelta del medico curante: il libero cittadino gode, al riguardo, di un pieno diritto (Corte Costituzionale, sentenze *cit.*) fondato sul rapporto fiduciario che si viene a creare tra utente del servizio e sanitario. Il venir meno della fiducia comporta il diritto dell'assistito di scegliere un altro medico senza fornire alcuna giustificazione. Il detenuto invece fruisce obbligatoriamente dell'opera dei medici penitenziari e la possibilità di avere un proprio medico di fiducia è subordinata alla sua disponibilità economica (art.17 D.P.R.230/2000).

Queste limitazioni motivate da ragioni di sicurezza si presentano, come direbbe la Corte costituzionale, "ragionevoli" ma, allo stesso tempo, molto fanno discutere se si leggono alla luce della riforma sanitaria del 2008 che vede la sua ratio ispiratrice nella parità di diritto alla salute dei cittadini detenuti con gli altri cittadini.

La fruizione del detenuto del diritto alla salute, per come intesa dal D.p.c.m. 1 aprile del 2008 potrebbe risultare seriamente compromessa dall'esistenza di limiti o situazioni che vanno ad operare direttamente su profili che non sarebbero sacrificabili dalle prevalenti esigenze di sicurezza.

Potrebbe risultare compreso in quegli aspetti quali servizi, trattamenti, informazione, partecipazione, ambiente od altro che vanno a diminuire la garanzia di una completa fruizione sanitaria e, non giustificandosi nelle esigenze di tutela della sicurezza, ne limiterebbero indebitamente la portata.

La condizione di benessere psico-fisico diviene, infatti, strumentale all'attività volta al recupero sociale dell'individuo, a quello che viene definito il "trattamento".

La stessa esecuzione della pena nei suoi caratteri sanzionatori e disciplinari deve cedere il passo di fronte alla malattia. La disciplina sui ricoveri, sull'incompatibilità e sull'applicazione di misure verso il recluso-malato si muove in tale direzione.

L'assistenza sanitaria del detenuto, quindi, pur essendo, se vogliamo, "incidentale" rispetto ai fini primari della carcerazione e della sicurezza, si pone come attività strumentale, si qualifica rispetto alla funzione di trattamento e di sicurezza.

La tutela della salute del detenuto, l'organizzazione sanitaria e i compiti della medicina penitenziaria, non possono essere pienamente compresi al di fuori di quel binomio sicurezza-trattamento che caratterizza tutta la fase

esecutiva e accompagna, con tutte le ambiguità e le difficoltà insite nel reciproco rapporto, l'espletamento di tali funzioni. Sicurezza e trattamento sono da considerare, dunque, espressioni diverse della unica finalità della pena con valenza rieducativa.

La grande complessità del sistema penitenziario odierno, nel suo insieme e in rapporto ai suoi molteplici compiti, risiede anche in questa singolarità della funzione.

### *Cosa cambia con la riforma del 2008*

A seguito del D.p.c.m. 1 aprile 2008, come visto, tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia minorile sono state trasferite al Servizio sanitario nazionale.

Le Regioni garantiscono l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende Sanitarie Locali nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento.

Dopo aver scelto di affrontare come argomento della tesi di fine corso "la riforma sanitaria del 2008" ho deciso di incontrare presso la casa circondariale di Regina Coeli il dirigente sanitario dell'istituto, dott. Franceschini, conosciuto durante il corso di formazione per vice commissario di Polizia Penitenziaria presso l'Istituto Superiore di Studi Penitenziari.

Avendo studiato principalmente la riforma dalle norme, avevo dei dubbi circa la sua effettiva valenza nella realtà. Per andare dritti al punto ho voluto subito porre la domanda: "Che cosa è cambiato, effettivamente, con la riforma del 2008?"

Innanzitutto - dice il dott. Franceschini - cambia la *mission*. Il passaggio dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute sposta le attenzioni e le priorità dalle esigenze di sicurezza alla tutela della salute e questo, a livello simbolico, o citando il dirigente sanitario, a livello *ideologico*, rappresenta una conquista che il D.p.c.m. 1 aprile 2008 compie. A livello tecnico cambia il riferimento decisionale. Se prima, per ogni decisione riguardante l'area sanitaria era la direzione dell'istituto a decidere (ad esempio per quanto riguarda l'acquisto di uno strumento), dalla riforma del 2008 in poi è l'ASP e, nello specifico per gli istituti penitenziari, la dirigenza sanitaria a dover decidere, andando oltre le funzioni esclusivamente propositive che investivano queste figure prima della riforma.

Il dott. Franceschini chiarisce anche come, col passaggio di competenze dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, cambino i rapporti tra la direzione dell'istituto e l'area sanitaria. Si perde ora una parte di quelle "influenze" che le direzioni comunque esercitavano sull'area sanitaria.

Un altro aspetto rilevante che subisce una sostanziale modifica riguarda il

---

rapporto di collaborazione dei medici presso il Ministero della Salute. L'art. 3 del D.p.c.m. 1 aprile del 2008 disciplina il trasferimento dei rapporti di lavoro. Nel trasferimento dei rapporti di lavoro cambia, tra le altre cose, il riferimento alla vecchia legge 740 del 1970 riguardo alle prestazioni lavorative rese all'interno degli istituti penitenziari. Tali prestazioni, al contrario di quanto avveniva in precedenza, erano compatibili con l'esercizio di prestazioni sanitarie all'esterno. Con il trasferimento dal Ministero della Giustizia questa possibilità, che era considerata come un incentivo per gli operatori sanitari impegnati negli istituti penitenziari, viene a cadere. Questa è considerata una svolta anche ai fini della gestione della salute dei detenuti in termini di qualità e di conseguenza della gestione della sicurezza e dell'ordine all'interno degli istituti penitenziari. Capitava, infatti non di rado, che l'attività professionale dei medici fosse residuale rispetto all'attività professionale esercitata all'esterno, più redditizia economicamente, con la conseguenza che veniva dedicato un tempo inadeguato alla gestione sanitaria degli istituti penitenziari, con ovvie ricadute sulla qualità del servizio.

Fin qui, anche grazie al contributo del dottor Franceschini, sono emerse principalmente accezioni positive rispetto all'attuazione della Riforma Sanitaria, ma questa, anche in virtù di un cambiamento così radicale ha fatto emergere diversi aspetti di rilievo critici nella quotidiana attuazione della Riforma.

Uno degli aspetti che hanno imposto un'immediata soluzione è stato l'esigenza di stabilizzare il personale che aveva un rapporto di lavoro con l'Amministrazione penitenziaria e che ora è passato alle dipendenze delle Asl.

Altro aspetto interessante da considerare è stata la gestione della salute dei detenuti nel contesto geografico e sociale italiano, in considerazione della competenza delle aziende sanitarie locali per la cura della salute dei detenuti.

Si è più volte ripetuto come la ratio ispiratrice della riforma penitenziaria fosse la parità di condizioni tra i cittadini liberi e i cittadini detenuti, entrambi allo stesso modo soggetti titolari del diritto alla salute, indipendentemente dalla condizione di restrizione.

A prima vista mi verrebbe da dire che dal punto di vista geografico è stata raggiunta una omogeneità nella disomogeneità.

In quest'anno di grandi festeggiamenti per i 150 anni dall'unità di Italia, almeno l'organizzazione della Sanità all'interno del nostro Paese, a seguito della modifica del titolo V della Costituzione, è quanto di più diversificato ci possa essere. E non voglio banalizzare il concetto riflettendo sulla classica distinzione nord – sud, che pure per alcuni aspetti resta evidente, basti pen-

sare che “tra tutte le segnalazioni che rientrano nella casistica della mobilità interregionale, il 56,8% riguarda coloro che si sono diretti al Nord per motivi di cura (a fronte del 2,7% di cittadini che, diretti al Nord per altri motivi, quali lavoro, studio, vacanza, etc., hanno poi dovuto interfacciarsi col sistema sanitario in essere nelle regioni del Nord); il 27% riguarda coloro che si sono diretti al Centro per motivi di cura (a fronte del 4,5% di cittadini che, diretti al Centro per altri motivi hanno poi dovuto interfacciarsi col sistema sanitario in essere nelle regioni del Centro); il 3,6% riguarda coloro che si sono diretti al Sud per motivi di cura (a fronte del 4,5% di cittadini che, diretti al Sud per altri motivi hanno poi dovuto interfacciarsi col sistema sanitario in essere nelle regioni del Sud)<sup>5</sup>..

Risulta facilmente intuibile, anche da questi dati come il livello qualitativo delle prestazioni sanitarie in Italia sia estremamente diverso anche in una stessa regione. Non di rado si evidenziano nella stessa regione centri di eccellenza e nelle vicinanze strutture carenti. E’ da ammettere, tuttavia, come ci siano regioni più attente di altre all’aspetto sanitario.

La sanità penitenziaria non costituisce un’eccezione al sistema nazionale<sup>6</sup>. La riforma del 2008 è stata attuata in modo disomogeneo a seconda delle attenzioni e delle risorse che le singole regioni hanno inteso destinare. Il periodo di crisi economica globale ricade anche su questo aspetto con le ovvie conseguenze del caso, ma anche secondo il dott. Franceschini, tranne per alcune eccezioni, e lui cita oltre al Lazio, la Toscana, il Piemonte e L’Emilia Romagna, le regioni italiane non hanno avuto voglia di investire su questa riforma.

Il dott. Francesco Ceraudo, direttore del Centro per la salute in carcere della Regione Toscana<sup>7</sup>, spiegando la partenza di un progetto pilota nella regione Toscana nel rispetto dei principi sanciti dalla riforma, spiega: “le difficoltà di far decollare la riforma sono da attribuire principalmente alle situazioni di disagio che si vivono all’interno degli istituti penitenziari per il grave sovrappollamento. Inoltre i problemi più evidenti provengono dalla mancata erogazione delle risorse economiche.

---

<sup>5</sup> *Dati tratti da un rapporto Pit Salute del 2006 a cura di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, sui viaggi per motivi di salute effettuati in Italia e dall’Italia.*

<sup>6</sup> *In tal senso anche il vice capo del D.A.P. Santi Consolo: “È vero che abbiamo una disparità che si accentua nell’ambito del territorio nazionale, perché l’assistenza è diversa in relazione anche alle capacità organizzative e amministrative di ciascuna regione. Addirittura, rileviamo diversità da Asl a Asl; ciò è grave, perché il diritto alla salute è di tutti, e trovarsi in un istituto allocato in una zona territoriale piuttosto che in un’altra accentua la difficoltà.” da Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali - seduta di Mercoledì 3 febbraio 2010.*

<sup>7</sup> *Da un’intervista tratta da “Le Due Città” n. 10, anno XI dell’ottobre 2010*

---

Le risorse che il Servizio Sanitario Nazionale assegna alle regioni per la medicina penitenziaria - afferma il dott. Ceraudo - pervengono spesso in ritardo. Si è tuttora fermi alla distribuzione dei fondi del 2009. Ciò comporta il problema che le ASL hanno dovuto anticipare tutta la parte economica che riguarda il personale e l'approvvigionamento dei farmaci e quindi non tutte si sono sentite nella condizione di fare degli investimenti nella tecnologia o nel personale qualificato”.

Se è vero che la riforma sanitaria porta questa concezione nuova della tutela del diritto alla salute che coinvolge il detenuto in quanto cittadino e non in quanto detenuto, è anche vero, come visto che la tutela alla salute del detenuto presenta qualche differenza rispetto alla tutela della salute del cittadino, ancora di più a seconda della località geografica in cui il soggetto risulta ristretto.

Venendo ora alla parte che più mi coinvolge, ossia gli effetti che la riforma sanitaria produce in relazione all'area sicurezza, è da dire che anche in questo caso notevoli sono le modifiche cui ci troviamo ad assistere. Le uscite dei detenuti per motivi sanitari risultano aumentate in maniera esponenziale, sia in ragione della ratio della riforma e sia probabilmente anche per una dimestichezza minore dei medici ASP con l'ambiente penitenziario, i quali risultano più propensi di quanto lo fossero i medici penitenziari a proporre le uscite dei detenuti dall'istituto penitenziario per motivi sanitari. Preventivamente pare opportuno ricordare i compiti che anche alla luce del D.p.c.m. 1 aprile del 2008 la Polizia Penitenziaria è chiamata quotidianamente ad ottemperare.

Ritengo sia opportuno partire dalle funzioni che pressoché in quasi tutti gli istituti la Polizia Penitenziaria è chiamata a realizzare per permettere all'area sanitaria di garantire l'espletamento delle sue funzioni. Il D.p.c.m. 1 aprile 2008, continua a riservare al Ministero della Giustizia le competenze in materia di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie collocate negli istituti penitenziari e nell'ambito dei luoghi esterni di cura ove sono ricoverati detenuti o internati e già questo è indicativo del lavoro che costantemente la Polizia Penitenziaria si trova ad effettuare al fianco degli operatori sanitari che prestano servizio negli istituti penitenziari.

In particolare<sup>8</sup>:

- oltre a custodire le chiavi dell'infermeria, consentendo l'ingresso soltanto alle persone autorizzate ed a perquisire i detenuti che entrano o escono dall'infermeria, l'addetto al servizio di vigilanza nelle inferme-

---

<sup>8</sup> *Dal Regolamento di servizio del Corpo di polizia penitenziaria; D.P.R. 15 febbraio 1999 n. 82 che disciplina il servizio di vigilanza nelle infermerie..*



- rie, deve impedire l'introduzione di generi e oggetti non necessari al servizio o non prescritti dal sanitario.
- Registra i nomi dei detenuti che chiedono di essere visitati e riferisce al preposto ogni fatto che possa pregiudicare la sicurezza, l'igiene dei locali e la salute della persone, dovendo adottare eventuali provvedimenti in via d'urgenza per evitare o ridurre danni a cose o persone.
  - Debbono essere adottate tutte le misure necessarie affinché i fascicoli sanitari e le cartelle cliniche relative ai detenuti e internati siano custodite con modalità tali da impedire, nel modo più assoluto, che tale documentazione sia accessibile a persone diverse da quelle che ne debbano prendere visione per ragione del loro ufficio.
  - Si ricorda, che per i detenuti tossicodipendenti e alcol-dipendenti l'assistenza sanitaria è organizzata dai SER.T. (Servizio Tossicodipendenze) territorialmente competenti, i quali devono disporre di propri locali all'interno della struttura penitenziaria e pertanto devono essere informati della presenza di un soggetto con tali problematiche a norma dell'art. 23, co 3 R.E. I detenuti con tali patologie devono essere ristretti in apposite sezioni e il personale che vi opera deve essere scelto tra quelli che hanno fatto appositi corsi di formazione.

Quanto appena descritto riguarda i servizi che la Polizia Penitenziaria è tenuta a garantire giornalmente per assicurare che le prestazioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari vengano svolte in sicurezza per gli operatori sanitari e della collettività assicurando sempre l'ordine all'interno degli istituti penitenziari. È importante, allo stesso modo, sottolineare come pure nelle emergenze sanitarie di pronto soccorso i primi ad accorrere in ordine di tempo siano i poliziotti penitenziari, che dovranno con estrema tempestività avvertire gli operatori sanitari di servizio.

Mancano però nelle strutture penitenziarie servizi diagnostici costantemente disponibili nelle 24 ore (Radiologia, Laboratorio Analisi, Cardiologia ecc), e le possibilità operative in caso di urgenza, perciò, si basano prevalentemente sulle capacità personali di ogni operatore e sul supporto di minime attrezzature, non omogeneamente presenti in tutti gli Istituti. Il primo soccorso, quindi, termina spesso con un ricovero esterno di urgenza basato su di un sospetto diagnostico, nell'impossibilità di pervenire ad una diagnosi definitiva". A disciplinare il ricovero esterno è l'art. 11 della legge 354/75. Esso garantisce all'interno di ogni struttura penitenziaria la presenza di un servizio medico e farmaceutico, la disponibilità dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria. La ratio di questa norma è duplice: da un lato si vuole assicurare al detenuto ogni mezzo necessario per far fronte alle sue esigenze di salute; dall'altro, considerato che il carcere è un ambiente collettivo, è compito dell'Amministrazione tutelare anche gli interessi del grup-



---

po, predisponendo e imponendo un sistema di controlli sanitari sui detenuti. Per le cure e gli accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, è stabilito che i detenuti siano trasferiti in ospedali civili o altri luoghi esterni di cura.

In seguito alla Riforma del 2008 le uscite per motivi sanitari sono aumentate in maniera ingente.

In conclusione pare corretto affermare che la specificità del sistema penitenziario debba essere analizzata con molta attenzione, poiché essa trova i suoi effetti anche sul servizio sanitario. Non si può pensare che la sanità penitenziaria sia scevra da quelle peculiarità insite nel sistema penitenziario.

In particolare ora che a gestire la sanità penitenziaria non è più il Ministero della Giustizia, e nello specifico le direzioni degli istituti, bisogna stare attenti a non permettere che l'area sanitaria diventi uno spazio alieno dal contesto penitenziario.

Voglio proporre ora, parte di un documento<sup>9</sup> prodotto dal Presidente dell'Amministrazione Penitenziaria Franco Ionta che rispecchia molto efficacemente le perplessità che ancora oggi parte dell'Amministrazione Penitenziaria nutre nei riguardi del passaggio dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute: *“... Sin dal mio insediamento ho registrato una forte preoccupazione del sistema penitenziario con riferimento alla sanità. Un detenuto deve essere infatti salvaguardato nella vita e nella salute, ovviamente. Ho registrato sin dall'inizio una sorta di preoccupazione riferita al passaggio dalla sanità penitenziaria alla sanità pubblica, per una serie di ragioni. Un primo motivo è che probabilmente, il medico penitenziario, avendo una presenza costante nell'ambiente penitenziario, si rende conto delle effettive necessità, della capacità di molti detenuti di strumentalizzare la propria posizione enfatizzando malattie e creando una serie di situazioni che un medico esperto dell'ambiente è in grado di gestire... Considero utile indicare il percorso logico che ho seguito per poi formulare l'osservazione finale su questo punto. Nella regione Toscana, orientativamente, nel primo semestre del 2009 sono state portate dai vari centri di detenzione agli ospedali 534 persone; nel secondo semestre del 2009 ne sono state portate 777, per un totale di circa 1.300. Questo significa che un medico dell'azienda sanitaria locale – non più un medico penitenziario - ha disposto la visita ospedaliera per circa 1.300 persone. A fronte di questo dato, ci sono stati circa 200 ricoveri. Quindi, sono uscite dalle varie carceri della Toscana 1.321 persone e ne sono tornate indietro più di 1.100, dal momento che ne sono state trattenute per ricovero solo 206. Questo significa o che il medico che ha visitato le persone detenute ha largheggia-*

---

<sup>9</sup> Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali - seduta di Mercoledì 3 febbraio 2010.

to, oppure che la struttura sanitaria ha una forte resistenza al ricovero, cosa che mi sembra abbastanza improbabile.

Fornisco un dato che credo sia utile alla Commissione: la cosiddetta “traduzione” di detenuti significa prendere un furgone e portarli con una scorta dal carcere (per esempio Sollicciano) all’ospedale (di Firenze, ad esempio). Per compiere questa operazione soltanto in Toscana nel primo semestre del 2009 sono state utilizzate 1.570 unità di personale; nel secondo semestre, quando sono aumentate le basi di ricovero, ne sono state utilizzate 2.248, per un totale di circa 3.800 unità di personale. Si tratta di un dato che bisogna poi trasferire a livello nazionale. Abbiamo quindi impiegato, nella sola Toscana, circa 3.800 unità lavorative in un compito che poi si è ridotto, considerando il numero dei ricoveri ospedalieri effettivamente avvenuti, a circa il 15 per cento. Se avessimo portato non 1.321 persone, ma 300, avremmo avuto un risparmio di unità di Polizia penitenziaria addette a questo servizio dell’80-85 per cento. Anche questo va a incidere sul rapporto tra popolazione detenuta e Polizia penitenziaria addetta, perché se alcuni poliziotti devono lasciare l’istituto per accompagnare i detenuti in ambiente ospedaliero, evidentemente non possono svolgere il loro servizio nel carcere.” Quanto esposto dal Presidente Ionta è un effetto importante che la riforma del 2008 ha prodotto in molti istituti e che può essere limato con la coordinazione tra aree e l’efficiente programmazione.

L’Amministrazione Penitenziaria ha perso in molte realtà quell’influenza “positiva” che permetteva di ponderare le uscite per motivi sanitari. E’ vero che sono ancora in vigore l’articolo 11 O.P. e l’art. 17 R.E., ma è davvero difficile che l’Autorità Giudiziaria, o, se chiamato in causa, il direttore non dispongano un’uscita per motivi sanitari quando proposta dal sanitario, e l’Amministrazione di questo appare seriamente preoccupata se chiarisce anche in una recentissima circolare che “*deve essere chiaro che il passaggio delle competenze in materia di assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, sancito dal D.P.C.M 1 aprile 2008, non ha comportato in alcun modo una deminutio delle responsabilità delle Direzioni penitenziarie che, al contrario, debbono richiedere alle A.S.L. che i servizi offerti alla popolazione detenuta siano analoghi a quelli assicurati alla popolazione generale e comunque idonei a soddisfare le peculiari esigenze di una parte della società particolarmente debole, quale la comunità dei ristretti*”<sup>10</sup>.

Concludo citando un efficace esempio di collaborazione tra aree. Se è vero che nei ricoveri di urgenza ex artt. 11 O.P. e 17 R.E. c’è poco da fare, non è così per le visite programmate sul lungo periodo. Per queste uscite sarebbe molto utile un’organizzazione concordata dell’area sanitaria con l’area sicurezza. Mi è capitato di vedere molte situazioni di disagio causate dalla pes-

<sup>10</sup> Circolare Direzione Generale Detenuti e Trattamento 0177644 del 26.04.2010

---

sima collaborazione tra aree. Risorse umane del N.T.P. spesso gestite male a causa di visite mediche non adeguatamente programmate. A tal proposito sono rimasto favorevolmente colpito da quanto creato nell'istituto romano C.C. di Regina Coeli. Di concorso con la direzione, l'area sicurezza e l'area sanitaria è stato predisposto l'Ordine di Servizio, n° 109 del 2/12/2010 che ha in calce la triplice firma del responsabile dell'Ufficio Matricola, del dirigente sanitario e del direttore ed ha per oggetto la "Programmazione efficiente delle prestazioni ambulatoriali richieste ai sensi dell'art.11 c.2 O.P.". In esso è indicata la possibilità di selezionare un codice (I, II, o III) nella modulistica per richiedere le prestazioni ambulatoriali. Tale codice detta alla Matricola Sanitaria i termini temporali (15, 30, o 40 giorni) per far eseguire le prestazioni sanitarie. In tale ordine di servizio, *"si dispone che il personale della Matricola Sanitaria proceda a sviluppare la programmazione mensile delle prestazioni sanitarie di cui necessitano i ristretti adottando soluzioni atte a renderne sempre più efficienti le modalità di prenotazione e ad incentivare anche un maggiore dinamismo, da parte del locale Uff. Pianificazioni, nell'organizzazione dei quotidiani servizi di "scorte e traduzioni"; l'Ufficio proseguirà a mantenere proporzionato il numero settimanale di appuntamenti in modo che il locale N.T.P. possa assicurarne l'espletamento con una media giornaliera di traduzioni pari a "4 pro die s.c.", che prevedano anche il contemporaneo soddisfacimento di più esigenze sanitarie, allorquando le rispettive prenotazioni siano state preventivamente concentrate presso un unico nosocomio, fino ad arrivare ad una quantità complessiva di 6 detenuti da tradurre"*. In conclusione mi sento di affermare che la riforma sanitaria presenta un'indubbia rivoluzione concettuale che va pienamente applicata a livello operativo, complice anche la giovane età e il fatto che le riforme nel nostro Paese hanno bisogno di tempi lunghi per consentire loro di realizzarsi completamente.

---

## ***Il ruolo della Polizia Penitenziaria nella gestione del detenuto affetto da disturbi mentali***

*a cura di Grazia Salerno – vicecommissario di polizia penitenziaria*

### *abstract*

*La garanzia della tutela della salute psico-fisica e sociale è basilare per qualsiasi attività di recupero e reinserimento sociale delle persone in stato di detenzione. Dopo avere inquadrato la tematica della salute all'interno della cornice normativa nazionale ed internazionale, l'autrice passa a descrivere le novità scaturite dalla riforma della Medicina Penitenziaria.*

*Si sofferma nella trattazione della tutela della salute mentale della popolazione carceraria citando l'attivazione di Reparti di osservazione psichiatrica negli Istituti Penitenziari la cui realizzazione, prevista in un apposito Piano Esecutivo d'Azione del DAP, ha voluto rappresentare concretamente una valida alternativa all'invio sistematico in OPG di casi per i periodi di osservazione psichiatrica.*

*La realizzazione di reparti per osservazione psichiatrica in ogni Provveditorato, è stata predisposta con il fine principale di armonizzare il principio della tutela della salute con quello della territorialità della pena evitando, allontanamenti del detenuto dal nucleo familiare che, proprio nei momenti di fragilità psichica, potrebbero risultare ancor più destabilizzanti.*

*L'autrice riporta come esempio di buone prassi il Progetto Sestante realizzato nella Casa Circondariale di Torino. La parte più innovativa del Progetto consiste nell'aver previsto la trasformazione di due distinte aree di detenzione dell'istituto nel Reparto di Osservazione e nel Reparto di Trattamento. Sono luoghi di osservazione permanente correlati ad una struttura di trattamento di tipo comunitario all'interno delle mura, in un regime di sorveglianza attenuata, in cui il gruppo di lavoro è costituito da personale di Polizia Penitenziaria e operatori di varie professionalità provenienti anche dal Dipartimento di Salute Mentale.*

\* \* \*

---

## LA TUTELA DELLA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO

### *Il diritto alla salute del detenuto: la Costituzione e la normativa sovranazionale*

Affrontare la tematica della tutela della salute, appare già di per sé un compito arduo per chiunque decida di accostarsi alla materia, pur costituendo un fondamentale ambito di interesse della società civile moderna. Parlare di salute ed intervento sanitario intracarcerario risulta ancora più complesso, sia perché la gran parte della normativa esistente non è ancora del tutto attuata, sia perché l'attenzione è posta spesso dall'opinione pubblica agli aspetti "patologici" del sistema, anziché all'analisi epistemologica ed eziologica dei fenomeni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>1</sup> definisce la salute come *"uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale"* che *"non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali in ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli"*.

La nostra Carta Costituzionale ha recepito a pieno i principi internazionali, rappresentanti tra l'altro il passaggio dello Stato da un intervento meramente assistenzialistico di fine secolo, ad una gestione della sanità con un preciso dovere di intervento in questo settore. L'art. 32 della Costituzione sancisce al primo comma che: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"*.

La giurisprudenza sostiene che il diritto alla salute va garantito a qualsiasi cittadino, anche se sottoposto a misure restrittive della libertà personale, nel rispetto dell'art.13 della Costituzione. La stessa Corte Costituzionale ha ritenuto che *"il diritto alla salute, così come garantito dalla Costituzione Italiana, è anche il diritto alla salute della persona detenuta"*, pur se la tutela affermata dal precetto costituzionale può incontrare limiti oggettivi sia nell'organizzazione dei servizi sanitari sia nelle esigenze di concomitante tutela di altri interessi<sup>2</sup>.

La tutela della salute rapportata alla persona reclusa assume, inoltre, una valenza positiva in relazione all'art. 27, terzo comma della Costituzione per cui: *"Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato"*. Tale articolo, infatti, sancendo il principio della umanizzazione e della funzione rieducativa della sanzione penale, impone una concezione della pena non meramente retributiva e preventiva, ma attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile

---

<sup>1</sup> Direttive fondamentali stabilite dalla Conferenza internazionale della Sanità a New York nel 1946, riprese dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

<sup>2</sup> V. Corte Costituzionale, sentenza n. 175/82.

reinserimento sociale<sup>3</sup>. La condizione di benessere psico-fisico diviene, infatti, strumentale all'attività volta al recupero sociale dell'individuo e cioè al cosiddetto "trattamento".

*La salute "incarcerata". Il quadro normativo penitenziario italiano.*

Secondo Gonin<sup>4</sup>, per trattare le tematiche della salute in carcere, si ci deve occupare non solo dei "corpi" ma anche del "contesto in cui questi sono immersi", la salubrità degli ambienti, la quantità di spazio e luce. Il carcere non è solo un mero contesto, ma diventa parte fondante della relazione tra corpo e salute. Qualsiasi riflessione sul diritto alla salute, deve partire dal reale contraddittorio tra la limitazione della libertà personale e l'affermazione dei diritti umani elementari. In un ambiente particolare quale l'istituto penitenziario, dove lo Stato è chiamato a perseguire i suoi fini istituzionali attraverso l'Amministrazione della Giustizia ed in particolare quella Penitenziaria, tutto ciò è ancora più enfatizzato. *Ordine, sicurezza e reinserimento sociale* del detenuto incontrano nell'attività volta a mantenere e conservare il bene salute, il presupposto indispensabile per una corretta applicazione degli scopi perseguiti dall'Amministrazione Penitenziaria.

Il Legislatore italiano, postulata la salute come bene primario, ha predisposto i mezzi e individuato le strutture idonee a perseguire i fini predetti, disegnando un'organizzazione sanitaria per l'erogazione delle prestazioni a favore del cittadino, con la Legge n. 833/1978, che ha istituito il SSN (Servizio Sanitario Nazionale). L'apparato pubblico preposto alla tutela del diritto alla salute delle persone in stato di privazione della libertà, invece, si colloca storicamente nel Ministero della Giustizia e trova nel Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria il primo livello di direzione.

Presso la Direzione Generale dei detenuti e del trattamento è incluso l'Ufficio III – Servizio Sanitario, che esercita funzioni di indirizzo e di programmazione dell'azione amministrativa in tema di sanità penitenziaria, su tutto il territorio nazionale. La funzione di pianificazione ed attuazione di programmi di intervento e di stipula di convenzioni e protocolli di intesa con il SSN, relativi all'attività sanitaria penitenziaria, è attribuita al Provveditore Regionale.

Il Legislatore del 1975 ha previsto che l'organizzazione sanitaria penitenziaria fosse rimessa all'Amministrazione Penitenziaria, con facoltà di quest'ultima di richiedere ai servizi sanitari pubblici del territorio la collaborazione ritenuta utile. La riforma penitenziaria operata dalla L. 26 luglio 1975 n. 354 ha allineato, da un punto di vista quantomeno programmatico, il trattamen-

<sup>3</sup> BRUNETTI C. ZICCONI M., *Diritto Penitenziario*, Simone, 2010..

<sup>4</sup> GONIN D. *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, 1994.

---

to dei detenuti ai sistemi più avanzati di privazione della libertà personale, in attuazione del dettato costituzionale e delle normative internazionali. Il *corpus* contenuto nella legge sull'Ordinamento Penitenziario, però, riserva pochi articoli alla sanità, dedicandosi maggiormente a disciplinare i pur importanti aspetti relativi all'igiene e alle condizioni generali della vita in carcere. L'Amministrazione ha l'onere di assicurare soddisfacenti condizioni igienico-sanitarie, all'interno degli istituti penitenziari, al fine di attuare tutte le misure di prevenzione e protezione sanitaria a salvaguardia del benessere fisico e psichico dei ristretti.

### *La Riforma della Medicina penitenziaria*

Al fine di ridurre i rischi dell'allarme sulla qualità ed efficacia del servizio sanitario erogato alla popolazione carceraria, si rese necessaria una nuova riforma della medicina penitenziaria, che prese le mosse con l'art. 5 della Legge 30 novembre 1998 n. 419.

Il Governo è stato, infatti, delegato ad “*emanare uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria*”, con l'osservanza di principi e criteri direttivi tra cui prevedere:

- “forme progressive di inserimento, all'interno del Servizio sanitario nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria”;
- “l'organizzazione di una attività specifica al fine di garantire un livello di prestazioni di assistenza sanitaria adeguato alle specifiche condizioni di detenzione o internamento”;
- “che il controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate sia affidato alle regioni ed alle aziende unità sanitarie locali<sup>5</sup>”.

In attuazione alle suddette disposizioni venne emanato il Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, che indica le linee di indirizzo della Medicina Penitenziaria nell'ambito del SSN e nello specifico si articola in momenti temporalmente distinti:

- il passaggio dal DAP alle ASL delle competenze relative a Tossicodipendenze e Prevenzione a decorrere dalla data del 01.01.2000;
- l'individuazione di almeno tre regioni dove avviare in forma sperimentale, per un anno, il graduale passaggio di tutte le altre funzioni sanitarie (Toscana, Lazio e Puglia).

Il Ministero della Giustizia, in accordo con il Ministero della Sanità, viste le

---

<sup>5</sup> CARNEVALE A. DI TULLIO A., *Medicina e Carcere, Gli aspetti giuridici, criminologici, sanitari e medico-legali della pena*, in *Collana Medicina legale Criminologia e Deontologia medica*, a cura di Canepa G. Fiori A. Bandini T. Farnati A., Giuffrè, 2006.



disposizioni sopra citate ma in assenza del relativo Decreto di trasferimento delle risorse finanziarie e del personale, ha emanato la Circolare n. 578455/14 del 21.01.2000 con la quale si definisce il passaggio delle sole funzioni relative alla prevenzione generale e il trasferimento funzionale del personale del presidio per le tossicodipendenze ai SERT territorialmente competenti. L'onere finanziario resta peraltro di competenza del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Il d.lgs 230/99 nasce come tentativo di collegamento tra le istituzioni, ripartendo le competenze fra il Ministero della Sanità e il Ministero della Giustizia, prevedendo, gradualmente, il trasferimento al primo delle funzioni sanitarie. In tal modo il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto ad assicurare alla popolazione carceraria, tra l'altro:

- livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;
- informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto d'ingresso e di dimissione dal carcere e durante il periodo di detenzione;
- *interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale*;
- assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate;
- l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Fra le innovazioni significative va ricordata l'adozione di una *Carta dei servizi sanitari per i detenuti*, elaborata fra le due amministrazioni, con rappresentanze dei detenuti e degli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini. Si tratta di principi base fondamentali per la realtà penitenziaria, che si caratterizza per l'affollamento delle strutture, la varietà delle patologie e l'elevata incidenza dei cittadini stranieri, di solito privi di documentazione sanitaria. La legge prevede per gli stessi, "*parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia*", quindi l'iscrizione al SSN è obbligatoria per tutti i detenuti per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico generica. Il dettato dell'art.1 del d.lgs 230/99 è estremamente importante, in quanto recita: "*I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali*". Viene con ciò riconosciuto il diritto dei citta-



---

dini reclusi ad usufruire di tutte le prestazioni specialistiche, infermieristiche, farmaceutiche, erogate dal SSN.

Per quanto attiene nello specifico alle competenze:

- al Ministero della Sanità spetta la programmazione, l'indirizzo e il coordinamento del SSN nei vari istituti;
- alle Regioni spetta la funzione di organizzazione e controllo sul funzionamento nei vari istituti;
- alle ASL sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari in istituto;
- all'Amministrazione penitenziaria compete la funzione di garanzia della sicurezza negli istituti e nei luoghi esterni di cura.

In concreto le modalità d'ingresso negli istituti del personale del SSN saranno stabilite dalle Direzioni del carcere e dell'ASL. Il personale è tenuto all'osservanza delle norme dell'Ordinamento Penitenziario, del regolamento interno, delle direttive dell'Amministrazione penitenziaria e del Direttore d'istituto in materia di organizzazione e sicurezza<sup>6</sup>.

Il d.lgs 230/99, nel prendere atto che l'insieme delle operazioni collegate alla riforma avrebbe richiesto un impegno da sviluppare nel medio periodo, ha dettato le linee essenziali del "Progetto obiettivo" all'art. 5. Il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario viene adottato in sede amministrativa con decreto interministeriale 21 aprile 2000, pubblicato il 25 maggio 2000, con sviluppo previsto in tre anni, previsione disattesa dalle lungaggini procedurali. Sono previste alcune aree prioritarie di intervento: la prevenzione, l'assistenza medica generica, la medicina d'urgenza, le malattie psichiatriche, la tossicodipendenza, gli immigrati, le malattie infettive, i minori, la riabilitazione.

Il nuovo regolamento penitenziario emanato con D.P.R. 30 giugno 2000 n.230, accoglie la riforma della medicina penitenziaria modificando gli articoli dedicati all'assistenza sanitaria, per rispondere ad una triplice esigenza: di prevenzione "sulle cause di rischio"; di un servizio sanitario "organizzato e adeguato per la cura delle patologie ordinarie e straordinarie"; di "un sistema integrato e fra gli istituti e fra questi e i servizi sanitari esterni".

Dalla lettura dell'art.17, si evince un collegamento con le norme sanitarie nazionali e la volontà di promuovere l'organizzazione di reparti clinici e chirurgici con opportune dislocazioni nel territorio nazionale, "sulla base delle indicazioni desunte dalla rilevazione e dall'analisi delle esigenze sanitarie". Il legislatore sottolinea anche l'esigenza di prevenzione e continuità terapeutica, nonché la prevenzione delle situazioni patologiche, tenendo conto, a differen-

---

<sup>6</sup> A tal riguardo nel Progetto è contenuta una dichiarazione molto importante: "In ogni caso, mai le ragioni di sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita".

za del passato, della negatività, in termini di salute mentale e fisica, del regime detentivo. Negli artt. 18 e 19 si stabilisce il divieto di chiedere ai detenuti e agli internati la partecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni erogate dal SSN e sono previste alcune modifiche tese a migliorare le condizioni generali della maternità in carcere. Proseguendo nella lettura della normativa, si evidenzia nell'art.20 una maggiore attenzione alla malattia mentale, in particolare per gli infermi ed i seminfermi di mente, cercando di favorire il rapporto del malato con l'esterno e specie con la famiglia e la cura, mediante il coinvolgimento del servizio pubblico territoriale durante la detenzione. L'intervento psichiatrico si estende, poi, alla previsione di un trattamento diversificato che consenta l'assegnazione alle strutture psichiatriche solo nei casi necessari, prevedendo l'accertamento delle infermità psichiche preferibilmente all'interno dell'istituto in cui si trova il detenuto, predisponendo *apposite sezioni per l'osservazione psichiatrica, ex artt. 111 e 112.*

Nel 2002 con D.M. 16 maggio, viene costituita una "Commissione mista di studio", su iniziativa del Ministero della Giustizia di concerto con il Ministero della Salute, per lo studio congiunto di una riforma che, tenendo conto delle attuali esigenze della sanità penitenziaria, operi un "rinnovamento del Servizio Sanitario Penitenziario". L'obiettivo è quello di assegnare il compito di garantire la medicina di base ai medici dell'Amministrazione penitenziaria, affidando al SSN la medicina specialistica, in modo da migliorare l'efficienza dei servizi, contenendo i costi.

Tra le altre cose la Direzione Generale dei detenuti e del trattamento ha avviato a partire dal 2004 una serie di progetti, ovvero dei Programmi Esecutivi di Azione in ambito sanitario. Nel maggio del 2007 il percorso del d.lgs.230/99 riprendeva, con la costituzione di un gruppo tecnico presso il Ministero della Salute, al fine di proseguire il percorso della riforma. La legge 24 dicembre 2007, n. 244, Legge finanziaria 2008, all'art.2, commi 283-284, confermava mediante decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, il trasferimento dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, afferenti alla Sanità Penitenziaria.

*Con D.P.C.M. del 1° aprile 2008*, dopo quasi dieci anni dall'inizio del cammino, si è giunti alla tappa fondamentale della riforma, corredata dalle linee guida per interventi negli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) e nelle Case di cura e custodia, dalle linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale. Nell'ambito della Conferenza Unificata è stato costituito il 31/07/2008, un *Tavolo di consultazione permanente*, con l'obiettivo di garantire l'uniformità nell'intero territorio nazionale nei confronti dei suddetti soggetti, e un *Comitato paritetico*

---

*Interistituzionale*, con funzioni di attuazione delle linee guida per gli interventi negli OPG e nelle case di cura e custodia di cui all'allegato C del D.P.C.M.. I principi su cui si sostanzia la riforma sono da individuarsi essenzialmente nella:

- parità di trattamento tra detenuti ed individui liberi in tema di assistenza sanitaria;
- piena e leale collaborazione tra le istituzioni coinvolte;
- tutela della salute come strumentale al recupero sociale del ristretto;
- garanzia di condizioni ambientali e di vita rispettose della dignità umana, compatibilmente con le esigenze di sicurezza;
- garanzia della continuità terapeutica, dal momento dell'ingresso in carcere e dopo la scarcerazione.

La riforma della sanità penitenziaria si prefigge inoltre di promuovere la salute anche in termini di prevenzione, assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), ridurre i fenomeni di suicidio, i tentativi di suicidio e individuarne i fattori di rischio.

A pochi anni dalla emanazione del D.P.C.M. sono molte le problematiche applicative di questo importante passaggio, non ancora del tutto attuato, in particolare per le note carenze di risorse economiche e le convenzioni e i tavoli nazionali *in itinere*.

### *I Reparti di osservazione psichiatrica ex art.112. D.P.R. 230/2000.*

L'intervento psichiatrico in carcere presenta una gestione molto complessa, essendo spesso difficile identificare situazioni di disturbo psichico, così come manifestazioni di disturbo del comportamento o della personalità, non sempre diagnosticate come patologie psichiatriche. La presa in carico del detenuto portatore di disturbo psichico, che parte già dall'individuazione del problema in fase precoce e continua con la possibilità di intervento in ambiente specialistico, per le fasi acute e riabilitativo per il trattamento a medio e lungo termine, può concretamente rappresentare una valida alternativa all'utilizzo dell'invio in ospedale psichiatrico giudiziario<sup>7</sup>.

La L. n. 354/75, all'art. 11, stabilisce che tutti gli istituti penitenziari si avvalgano di almeno uno specialista in psichiatria. Il servizio psichiatrico è stato sottoposto ad un importante intervento riorganizzativo nel 1999 per valorizzarne l'autonomia. Le visite dello psichiatra, infatti, diversamente da quelle degli altri specialisti, non sono subordinate alla richiesta del medico incaricato; lo psichiatra è parte integrante dell'istituzione penitenziaria con l'incarico di monitorare costantemente la condizione psichica dei detenuti anche

---

<sup>7</sup> BUFFA P. PELLEGRINO A. PIRFO E., *Attenzione al disturbo psichico e territorializzazione della cura: nuovi metodi dell'intervento psichiatrico in carcere*, in *Nòos. Aggiornamenti in psichiatria*, Vol. 12, N.1, gennaio-giugno 2010.

a supporto degli altri operatori.

L'art 112 del D.P.R. 230/2000 stabilisce che *“l'accertamento delle condizioni psichiche degli imputati, dei condannati, ai fini dell'adozione dei provvedimenti previsti dagli artt. 148, 206, 212 II comma C.P.;70, 71, 72 C.P.P.; 111 comma IV R.E., viene espletato nel medesimo istituto in cui si trova il soggetto e, solo in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto o, in presenza di particolari motivi, in OPG, casa di cura e custodia, istituto o sezione per infermi psichici e infine nei presidi territoriali”*. L'intervento psichiatrico, inoltre, si estende alla previsione di un trattamento diversificato che consenta, ex art. 111 del D.P.R. 230/00, l'assegnazione alle strutture psichiatriche solo nei casi necessari, prevedendo l'esecuzione in istituti ordinari anche per coloro i quali sono condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

In applicazione dell'art. 112, comma 1°, del DPR 230/00, il DAP ha emanato, nel settembre 2003, la Circolare determinante per la nascita dei *Reparti di Osservazione Psichiatrica* all'interno degli istituti penitenziari, con previsione di almeno un istituto penitenziario nell'ambito di ogni Provveditorato regionale<sup>8</sup>. Nel documento la loro costituzione viene per lo più identificata nell'individuazione di una sezione con almeno dieci posti letto, da destinare all'osservazione psichiatrica. Nel documento programmatico del DAP riferito all'anno 2005<sup>9</sup>, circa gli obiettivi generali, viene indicato il loro avvenuto perseguimento attraverso la realizzazione di cinque programmi esecutivi di azione in ambito sanitario.

Tra questi, il PEA *“Realizzazione reparti per osservazione psichiatrica di cui all'art. 112 D.P.R. n. 230/00 in ogni Provveditorato”*, è stato predisposto con il fine principale di *“armonizzare il principio della tutela della salute con quello della territorialità della pena evitando, anche se per un breve periodo, allontanamenti del detenuto dal nucleo familiare che, proprio nei momenti di fragilità psichica, potrebbero risultare ancor più destabilizzanti”*.

L'importanza della realizzazione del PEA viene altresì ribadita nella Relazione<sup>10</sup> che il Direttore Ardita ha presentato alla Commissione Sanità e Igiene del Senato nel gennaio 2006, dove si afferma che *“la presa in carico delle espressioni psicopatologiche dei detenuti e degli internati, realizza un collegamento funzionale ed organizzativo del carcere con il resto del territorio”*.

<sup>8</sup> Circolare n. 0376918-2003 *“Accertamento delle infermità psichiche”*, Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento – Ufficio I° - Settore Misure di Sicurezza, 26 Settembre 2003.

<sup>9</sup> Documento di programmazione 2005, *“Documento di indirizzo, programmazione, organizzazione e funzionamento del servizio sanitario negli istituti penitenziari 2005”*, Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento – Ufficio III – Servizio Sanitario, 15 marzo 2005.

<sup>10</sup> V. DAP Ministero Giustizia, 18 gennaio 2006, *Commissione igiene e sanità del Senato della Repubblica. Assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive. Relazione, Roma.*

---

Come indicato nella suddetta relazione *“La realizzazione di tali reparti si attaglia con il disposto degli artt. 112 e 115 del Regolamento d’esecuzione e rende concreta l’applicazione del suddetto art. 112, ove si evince che l’invio in OPG per l’espletamento dell’osservazione costituisce l’eccezione e non la regola, visto che viene espressamente stabilito che l’osservazione può essere fatta in OPG solo per particolari motivi”*.

L’allestimento di tali reparti, quindi, oltre ad essere perfettamente conforme alla normativa:

- consente di decongestionare gli Ospedali Psichiatrici giudiziari;
- armonizza il principio della tutela della salute con quello della territorialità della pena evitando, anche se per un breve periodo, allontanamenti del ristretto dal nucleo familiare che, proprio nei momenti di fragilità psichica, potrebbero risultare ancor più destabilizzanti;
- riduce il costo delle traduzioni in quanto verrebbero evitati i trasferimenti dei detenuti in altre Regioni rispetto a quelle in cui è ubicato l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario;
- semplifica, rendendolo più celere, l’iter di assegnazione dei detenuti di cui è stata disposta l’osservazione, in quanto la relativa traduzione potrebbe essere disposta direttamente dai Provveditorati regionali.

## **L’ESPERIENZA DELLA C.C. DI TORINO E IL PROGETTO IL SESTANTE**

### *La gestione concreta del disagio*

In questa parte del lavoro si vuol rappresentare un modello applicativo di gestione penitenziaria, in riferimento all’aspetto del disagio espresso a vari livelli, dalla popolazione ristretta, che ha anticipato in forma sperimentale alcuni ambiti della riforma sanitaria. I suicidi in carcere, i gesti autolesivi, il rifiuto di nutrirsi e gli altri eventi critici, non vanno intesi automaticamente come manifestazioni psicopatologiche ma, salvo quando si configurano come “strategie”, sono sinonimo di un profondo stato di disagio, di cui l’Amministrazione Penitenziaria non può disinteressarsi. Nello specifico dell’Istituto torinese, il porre attenzione ai segnali di disagio psichico e comportamentale, espressi da una quota rilevante di detenuti, da anni è divenuto patrimonio comune di tutto il personale operante all’interno, con l’obiettivo di *“sostituire al mero contenimento dei fenomeni di disagio personale espresso dai detenuti, un’attenzione meno formale e più puntuale”*.

### *I Reparti di Osservazione Psichiatrica e il progetto “il Sestante”*

Per integrare il primo filtro operato dai “gruppi di attenzione” e dal “servizio di accoglienza dei nuovi giunti” e proseguire nella “offerta” di un tratta-

mento sanitario specifico al detenuto portatore di disturbi psichici, nell'ottobre del 2000, il Direttore Sanitario della Casa Circondariale ed il Direttore del DSM dell'ASL 3 di Torino, stilarono congiuntamente un progetto intitolato "Riorganizzazione e potenziamento del servizio psichiatrico intramurario della Casa Circondariale Le Vallette di Torino"<sup>11</sup>. Il documento, ottenuto il parere favorevole del Direttore dell'Istituto e la successiva approvazione da parte del capo del DAP, si tramutò in una convenzione *ad hoc*, firmata nel marzo 2001, per la riqualificazione del servizio di assistenza psichiatrica nei confronti della popolazione detenuta, attraverso la creazione di un Servizio di Psichiatria Penitenziaria. In altre parole il "terreno fertile" sul quale successivamente sarebbe nato il progetto *Il Sestante*.

Il controllo ambulatoriale garantisce anche la valutazione costante dell'evoluzione delle condizioni psichiche di tutti quei detenuti sottoposti a "grande o massima sorveglianza custodiale" e ne determina la cessazione o la prosecuzione che, nei casi di massima sorveglianza, prosegue nel reparto di osservazione attrezzato e presidiato come di seguito verrà descritto<sup>12</sup>.

La parte più innovativa del Progetto Sestante, consiste nell'aver previsto la trasformazione di due distinte aree di detenzione del carcere rispettivamente nei "Reparti di Osservazione e di Trattamento". Esso è dunque un luogo di osservazione permanente correlata ad una struttura di trattamento di tipo comunitario all'interno delle mura, in un regime di sorveglianza attenuata, in cui il gruppo di lavoro è costituito da personale di Polizia Penitenziaria e da operatori di varie professionalità provenienti dal DSM.

Due sono le sezioni detentive interessate, specificatamente attrezzate per accogliere soggetti portatori, o presunti tali, di quadri psicopatologici. La prima, la VII sezione, destinata all'osservazione e all'accoglienza degli stati acuti, dispone di 23 camere singole dotate di un servizio di videosorveglianza collegato ad una sala centrale di controllo, alla quale sono adibiti operatori di Polizia Penitenziaria che alternandosi coprono il servizio nell'arco dell'intera giornata. Il servizio di video-sorveglianza è applicato esclusivamente ai soggetti destinatari del provvedimento di "massima sorveglianza custodiale". Non è consentito detenere oggetti che possono essere utilizzati a scopo anticonservativo-autolesionistico (lamette, bombolette di gas, fornellini, cinghie e lacci di vario tipo). La previsione di telecamere a circuito chiuso, controllate da una sala regia interna alla sezione stessa, ha lo scopo di ovviare, là dove disposto dal medico, alla sorveglianza a vista con pian-

<sup>11</sup> Progetto di "Riorganizzazione e Potenziamento del Servizio Psichiatrico Intramurario della Casa Circondariale Le Vallette di Torino", a firma di R. F. Urani, E. Pirfo, Torino, 21 ottobre 2000.

<sup>12</sup> BUFEA P., *Dall'attenzione alla prevenzione: sintesi di una esperienza multiprofessionale di attenzione e prevenzione al disagio in corso nella casa circondariale di Torino*, in *Per non morire di carcere, Esperienze di aiuto nelle prigioni italiane tra psicologia e lavoro di rete*, a cura di Concato G., Rigionè S, FrancoAngeli, 2005.

---

tonamento. Ogni camera detentiva è arredata in modo da facilitare il controllo e limitare le possibilità di tentare il suicidio. La seconda sezione, *VIII sezione*, dispone di 15 camere detentive doppie ed è destinata all'accoglienza e al trattamento dei soggetti più compensati. L'elemento fondante dell'organizzazione si basa principalmente su una differenziazione delle attività previste all'interno delle due sezioni le quali hanno mantenuto, nel tempo, le seguenti modalità:

- nel *Reparto Osservazione*, si procede principalmente ad un inquadramento clinico-psichiatrico di tutte le situazioni di disagio psichico evidenziatosi durante la detenzione, sia che esso si manifesti in soggetti già precedentemente affetti da patologie psichiatriche sia che si tratti di detenuti privi di anamnesi psichiatrica positiva; vi si svolge quindi il trattamento di situazioni cliniche acute e l'osservazione di nuove situazioni. L'organizzazione del lavoro prevede un intervento prevalentemente individuale con visite mediche, controlli psichiatrici frequenti, somministrazione di terapia psicofarmacologica, colloqui psicologici regolari ed interventi psicoeducativi mirati ai bisogni emergenti;
- Il *Reparto Trattamento* è invece organizzato con un più alto indice di socializzazione, consta di 30 posti in cui vengono collocati quei detenuti che, pur dovendo scontare una pena detentiva, sono portatori di sindromi psichiatriche e pertanto necessitano di situazioni custodiali più attenuate e a caratteristica trattamentale più incisiva. Esso presenta una connotazione comunitaria di tipo riabilitativo e risocializzante, con un regime custodiale attenuato con apertura alla socialità durante tutto il giorno, attività risocializzanti in gruppo, attività psicoterapiche in gruppo ristretto e attività lavorative interne alla sezione.

Il passaggio dall'una all'altra Sezione è previsto ed auspicato nei tempi più brevi possibili compatibilmente con l'espressione sintomatologica del disturbo presente al momento. La decisione del passaggio viene proposta e valutata in *équipe* e viene successivamente disposta dallo psichiatra che ha in carico il detenuto in questione.

*Il nucleo di Polizia Penitenziaria*, che presidia costantemente il settore, dunque, opera in stretto contatto con gli operatori sanitari. Il servizio è assicurato da 23 unità di polizia penitenziaria selezionate mediante interpellato interno, con prova scritta e colloquio motivazionale, alla presenza di una commissione composta dall'Autorità dirigente, dal Direttore del progetto e dal Comandante del Reparto. Inoltre il personale partecipa a corsi di aggiornamento con cadenza annuale, con esperti designati dal direttore del progetto, e a riunioni mensili all'interno del reparto per aggiornamenti e verifiche inerenti al progetto stesso. Il personale di Polizia Penitenziaria è organizzato in un raggruppamento scelto e stabile che interagisce con l'*équipe* medi-



co-trattamentale, in *un'ottica spiccatamente multi professionale*. Anche l'attività degli agenti di Polizia Penitenziaria che operano in sezione si differenzia per un intervento rivolto alla *vigilanza e all'ascolto partecipe* nella sezione "osservativa" e una partecipazione attiva alla quotidianità riabilitativa nella sezione ad impostazione comunitaria.

La particolarità di questo tipo di intervento e della necessaria integrazione tra gli operatori, ha reso pertanto indispensabile l'utilizzo di uno strumento, "*la riunione di équipe settimanale*", pensato come momento di confronto e messa a punto sia dei percorsi di cura che delle scelte professionali dell'*équipe*. Sono inoltre stati previsti ulteriori momenti di confronto e verifica dell'attività alla presenza del Direttore della Casa Circondariale, del Comandante di Reparto, del responsabile del Progetto. La scelta di un'organizzazione così articolata del lavoro ha reso peraltro indispensabile una "*continua manutenzione*" delle persone nel loro esser membri di un gruppo curante, ipotizzando, ad esempio, per alcune professionalità, quali gli agenti di Polizia Penitenziaria, la formazione specifica e continua.

La costruzione di un siffatto gruppo di lavoro *multi-professionale* non è però né automatica né immediata; essa prevede, come primo passaggio, il riconoscersi "*in un obiettivo ed in un linguaggio comune*", il condividere una cultura di lavoro e ciò passa obbligatoriamente attraverso la cessione, da parte di ognuno, di percentuali di competenza e di disponibilità ad acquisirne delle altre senza arroccarsi sulla propria identità professionale. L'intervento psichiatrico in carcere mette infatti immediatamente in evidenza la contraddizione tra le necessità di cura e quelle di custodia e quindi le aspettative, la cultura e i metodi spesso lontani tra gli operatori della "salute" e quelli della "giustizia". Infatti, la condivisione obbligata della *fatica del custodire* da parte degli agenti e le difficoltà del personale civile, possibile oggetto di strumentalizzazione del detenuto, costringono ad integrarsi, collaborare, ripensare a scelte strategiche e tattiche nel rapporto con i detenuti. Un ultimo aspetto su cui riflettere è rappresentato dal fatto che il miglioramento complessivo del clima ridimensiona le tensioni interne e il loro trasformarsi in fattori di rischio. L'intervento psichiatrico in carcere, con i metodi e le procedure sopra delineate, può rispondere bene, per esempio, in tutte quelle situazioni miste dove convivono sofferenza psicopatologica, personalità antisociale, deprivazione socio-ambientale e comportamenti violenti e potrebbe evitare il ricorso all'OPG nelle situazioni di insorgenza di disturbo durante la detenzione<sup>13</sup>. L'ipotesi organizzativa potrebbe costituirsi nella articolazione di

---

<sup>13</sup> PIRFO E., "*La cura dei disturbi psichici in carcere come contributo al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*", atti della Conferenza Nazionale sulla riforma della Sanità Penitenziaria La risposta del Piemonte, Torino, 28-29 Gennaio 2010



---

aree specialistiche di osservazione e trattamento psichiatrico in almeno un istituto carcerario per Regione, la cui gestione fosse affidata ad una unità operativa specialistica del DSM territorialmente competente per l'area dove risiede il carcere. In questo modo verrebbe effettuato l'intervento con équipe di personale pluri-professionale, tra cui la Polizia Penitenziaria, opportunamente formato, sia per il momento della detenzione sia per un raccordo operativo fra interno del carcere e Servizi Psichiatrici Territoriali competenti per i singoli detenuti.

### *Conclusioni*

La salute in carcere si muove in un intreccio di contraddizioni ed ambivalenze, in quello che è stato definito in generale come il *“paradosso della custodia e della cura”*.

Diversi sono i paradossi che si ritrovano nel sistema di esecuzione della pena, le ambivalenze della sicurezza e del trattamento, le due anime dell'istituzione penitenziaria che *“si presuppongono e si rafforzano a vicenda”*, non due fini distinti ma *“due aspetti di un medesimo fine”* che si ricompongono in funzione della legalità e del rispetto della Costituzione e dell'Ordinamento Penitenziario. Tuttavia, oggi si rileva che l'interesse normativo ed amministrativo, che le istituzioni manifestano verso il problema della salute in carcere, è spesso solo di natura programmatica, affidando le azioni concrete sempre più spesso alla volontà e all'impegno degli operatori penitenziari. Eppure, il disagio psichico costituisce la vera emergenza negli istituti e parlare di diritti del recluso significa sostenere che la dignità è un bene che l'umanità conserva in qualunque condizione esistenziale e, come tale, non è sacrificabile da prevalenti esigenze di sicurezza.

Dall'esame delle problematiche connesse alla salute mentale in carcere ed alla gestione del disagio da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, in particolare dopo la riforma sanitaria, si sono evidenziate delle linee guida per gli operatori penitenziari e dei modelli di operatività utilizzati per gestire i detenuti a rischio. La *“presa in carico”* del disagio implica una continuità ed una estensione dell'attività di ascolto e di supporto che va ben oltre l'emergenza, dovendo invece fin dall'inizio, dall'ingresso in istituto, prefigurare un percorso di accompagnamento che potrà dirsi compiuto solo nel momento in cui il ristretto si sentirà a pieno titolo reintegrato come soggetto sociale, quindi fuori dal sistema-disagio. Emerge da più parti l'esigenza di sollecitare modalità di integrazione degli interventi e sinergie che realizzino servizi non rappresentanti la pura sommatoria di prestazioni, ma *“una risposta globale e integrata ai bisogni”*. Nel gruppo di lavoro integrato le singole professionalità abbandonano le loro azioni autoreferenziali, instaurando un clima collaborativo, una circolazione efficiente delle informazioni e dei saperi. La pos-

sibilità che anche in carcere possa realizzarsi un clima volto al trattamento della persona prima ancora che dei sintomi, può concretizzarsi e crescere solo se tutti gli attori in campo vi partecipano con la stessa motivazione, ognuno per le proprie competenze specifiche. Quindi, la presenza della Polizia Penitenziaria nei gruppi di lavoro diventa fondamentale come lo è l'acquisizione di nozioni legali e di informazioni sul regolamento penitenziario da parte del personale civile, per cui emerge la necessità di momenti di informazione, formazione e riflessione reciproci. Le attività di osservazione della personalità dei ristretti, l'ascolto delle loro problematiche, la prevenzione di atti suicidari e autoaggressivi, non sono appannaggio di specifici operatori, ma diventano sforzo e impegno di ciascuno, attraverso una doverosa riorganizzazione delle risorse disponibili, e un'attività di staff. Solo se si "lavora insieme" si potrà raggiungere il fine comune della qualità della vita in carcere e si potranno perseguire concretamente gli obiettivi posti dalla nostra carta costituzionale e ribaditi dalla riforma sanitaria in carcere: *salute, sicurezza e recupero sociale*.



---

## ***Il diritto alla salute del detenuto: interazione e collaborazione tra l'Ordinamento sanitario e l'Ordinamento penitenziario***

*a cura di Maria Luisa Tattoli – vicecommissario di polizia penitenziaria*

### *abstract*

*Nella trattazione è affrontato il tema dell'evoluzione organizzativa della medicina penitenziaria dal decreto legislativo 230/99 di riordino della sanità penitenziaria, fino all'attuazione della riforma con il D.P.C.M. del 1 aprile 2008. Il cambiamento istituzionale nel governo della sanità penitenziaria ha comportato problemi di rapporti e di nuova organizzazione nei due sistemi interessati: quello delle Regioni e quello del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.*

*Risultano tuttora in atto parte degli adempimenti che individuano gli strumenti di attuazione e collaborazione interistituzionale definiti in sede di Conferenza Unificata per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome.*

*L'autrice si è soffermata sugli strumenti sinora attuati di collaborazione interistituzionale, e sul ruolo dell'integrazione tra personale sanitario e polizia penitenziaria.*

*Ha poi approfondito alcune delle problematiche che attengono all'area critica dell'assistenza sanitaria, in particolare agli aspetti di operatività connessi alla gestione dei Presidi medici intramurali e dei Reparti detentivi ospedalieri nei quali è ancora più stretta l'interazione tra gli operatori sanitari e penitenziari soffermandosi in particolare sulle criticità operative che si presentano nell'organizzazione delle visite ambulatoriali, sulla valutazione preventiva dello stato di salute dei nuovi ingressi, e sulla necessità di migliorare la presa in carico del detenuto ricoverato presso le Unità di Medicina protetta (attraverso una attenta rivisitazione delle procedure concordate tra l'Amministrazione penitenziaria e le ASL).*

\* \* \*

---

### *L'organizzazione sanitaria in ambito penitenziario: I presidi sanitari intramurali*

In ambito penitenziario la malattia e l'approccio terapeutico si rivestono di significati particolari: la tutela della salute<sup>1</sup> di coloro che si trovano in condizione di privazione della libertà avviene nel contesto sociale dove la personalità dell'individuo trova espressione, e l'istituto penitenziario, concretizzandosi in una formazione sociale, è il luogo in cui il detenuto esplica la propria personalità.

Il percorso evolutivo e soprattutto i principi che hanno portato nell'aprile del 2008 al transito delle competenze in materia di assistenza sanitaria alla popolazione detenuta dal Ministero della giustizia al Sistema sanitario nazionale, hanno caratterizzato i rapporti tra Sistema sanitario nazionale e Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.

Dal 14 giugno 2008 (con il D.p.c.m. del 1 aprile 2008) sono state trasferite *ope legis* al Servizio sanitario nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia minorile del Ministero della Giustizia.

Pur tenendo conto che l'organizzazione dei servizi del SSN è di competenza regionale, in considerazione delle specificità del contesto degli istituti di pena, è necessario assicurare in tutto il sistema sanitario penitenziario ed extramurario un'organizzazione omogenea dei servizi, per garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

La definizione dei modelli organizzativi deve tener conto di criteri diversificati, quali il numero dei detenuti previsti e capienza negli istituti di pena, ma anche la tipologia dei ristretti, o delle particolari esigenze di sicurezza.

L'attuazione della riforma della medicina penitenziaria ha richiesto la condivisione da parte di tutte le istituzioni coinvolte di ogni progettualità ai livelli nazionale, regionale e locale. Si è così sostanziato il principio fondante della riforma, avente come obiettivo quello di *offrire alle persone detenute un'assistenza sanitaria pari a quella dei cittadini liberi* e che si ispiri al criterio della globalità dell'intervento, dell'unitarietà dei servizi e delle prestazioni, dell'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale, e della garanzia della continuità terapeutica. La tutela della salute dei detenuti ed internati avviene innanzitutto all'interno delle strutture penitenziarie, presso le quali vengono assicurati presidi

---

<sup>1</sup> *La Costituzione italiana ha recepito in maniera incisiva i principi della Conferenza Internazionale della Sanità: l'art. 32, infatti, impone alla Repubblica di tutelare "la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" nonché di garantire "cure gratuite agli indigenti." In base all'art. 32 Cost. lo stato di salute non riguarda solo il singolo individuo ma si riflette sulla collettività stessa. Da questa configurazione del diritto alla salute discende una duplicità di piani di tutela: difesa della persona dalla malattia e difesa della collettività da tutti gli elementi che possono ostacolare un pieno godimento del diritto, comprese le condizioni economiche del singolo, le quali non possono costituire un ostacolo alla realizzazione di una piena tutela.*

sanitari tali che l'assistenza sanitaria, anche specialistica, possa avvenire al loro interno.

Il *Presidio Sanitario intramurale* è costituito dal responsabile del presidio, dai medici convenzionati, dagli infermieri professionali e dagli specialisti convenzionati.

I presidi sanitari sono presenti in ogni Istituto penitenziario, garantiscono l'erogazione delle prestazioni sanitarie di medicina generale individuate dai Livelli essenziali di assistenza (LEA), assicurando anche l'erogazione delle prestazioni farmaceutiche necessarie. Secondo le indicazioni del documento di indirizzo allegato al D.P.C.M. 2008, i distretti sanitari di base devono assicurare i livelli minimi assistenziali negli Istituti: un servizio medico H24, ripartito tra 12 ore svolte dal personale medico in servizio nelle strutture penitenziarie e 12 ore di continuità assistenziale, con turni di 6 ore, ed un servizio infermieristico articolato H24.

Vengono adottate procedure di accoglienza che consentono di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire episodi di autolesionismo garantendo risposte appropriate per i quadri clinici riscontrati, con valutazione periodica in ordine all'efficacia degli interventi, sempre in collaborazione con gli specialisti coinvolti. Le attività sanitarie che devono essere considerate come pertinenti all'area critica in medicina penitenziaria riguardano prevalentemente gli aspetti relativi ai settori di: *medicina generale e valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi; prestazioni specialistiche; risposte alle urgenze; patologie infettive; tossicodipendenza; salute mentale; salute delle detenute e della prole; tutela della salute delle persone immigrate.*

Si tratta di quelle situazioni che più di frequente investono l'organizzazione assistenziale sanitaria, richiedendo un approccio multidisciplinare, prontezza ed attenzione nelle valutazioni, spazi dedicati, il tutto inserito in una attività sanitaria che presenta generalmente più le caratteristiche dell'emergenza che non della routine<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> *Al fine di perseguire tali obiettivi di salute, le Linee di indirizzo a individuano delle azioni specifiche, consistenti nel definire modalità organizzative e di funzionamento del servizio sanitario presso ciascun istituto penitenziario, prevedendo modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell'istituto, ma integrati nella rete dei servizi sanitari regionali per garantire continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità; disporre di conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti e conoscere le condizioni e i fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche; attivare un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate; attivare sistemi di valutazione della qualità, riferita soprattutto all'appropriatezza degli interventi (corretto uso di farmaci, approcci diagnostico terapeutici e riabilitativi basati su prove di efficacia); promuovere programmi di formazione continua, con particolare riferimento all'analisi del contesto ambientale e alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale, sia dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, che del personale della polizia penitenziaria; sviluppare modalità di coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria, che garantiscano la concertazione e la verifica dei programmi di intervento, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area Sanitaria (di competenza del SSN) e le Aree del Trattamento e della Sicurezza (di competenza dell'Amministrazione penitenziaria).*

---

Sulla base delle conoscenze epidemiologiche e delle condizioni di rischio, occorre inoltre attivare *interventi "educativi" e di responsabilizzazione dei detenuti*, degli internati e dei minori sottoposti a procedimento penale nei confronti della propria salute, mirati a contrastare la sedentarietà, l'alimentazione scorretta, l'uso inadeguato di alcol e l'abitudine al fumo.

I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie, attraverso visite ispettive periodiche, procedono, per ciascun Istituto penale di competenza territoriale, ad una verifica, tramite sistemi standardizzati di rilevazione dei requisiti igienico sanitari di tutti gli ambienti, compresi gli alloggi della Polizia penitenziaria, e dello stato delle strutture edilizie, in rapporto alle tipologie edilizie ed agli standard abitativi previsti dal DPR 230/2000. L'Amministrazione penitenziaria ha comunque la responsabilità di provvedere, con appropriata programmazione, al mantenimento degli standard igienico sanitari previsti dalla normativa vigente.

Le visite a richiesta dei detenuti si esplicano il più tempestivamente possibile, compatibilmente con le esigenze di sicurezza; viene inoltre attuato l'accertamento della situazione vaccinale, specie riguardo ai soggetti immigrati, con riferimento al quadro delle vaccinazioni obbligatorie nel nostro Paese, ed l'esecuzione, se del caso, delle vaccinazioni ritenute necessarie. Particolare attenzione deve essere riservata alla promozione e sviluppo della cultura della prevenzione sanitaria, anche in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie e all'adesione a programmi finalizzati a garantire l'appropriatezza delle prestazioni.

A fronte di queste incombenze del medico, specie nel caso della certificazione richiesta per la prescrizione dell'isolamento sanitario, dell'isolamento disciplinare e cautelare con certificazione scritta della sopportabilità fisica e psichica della misura disciplinare e del costante controllo sanitario durante l'esecuzione della stessa, nascono spesso problemi dovuti alla mancanza di comunicazione ed interazione con l'area della sicurezza, se tali interventi non si attuano nella più stretta interazione.

In questi casi, più che mai, vi è la difficoltà di gestire situazioni molto delicate, che se non affrontate nell'ottica interfunzionale della più ampia collaborazione, possono causare disagio alla gestione complessiva dell'Istituto, soprattutto nel caso di un evento critico come l'autolesionismo o addirittura il tentativo suicidiario del soggetto sottoposto alla misura dell'isolamento. In questi casi più che mai, è *indispensabile attuare un intervento integrato*, che consenta di agire tempestivamente a seguito di un monitoraggio di équipe, svolto da tutte le figure professionali coinvolte, nella comprensione e nel rispetto delle duplici esigenze, sanitarie e di sicurezza, al fine di trovare soluzioni idonee a problemi la cui gestione richiede molta attenzione, perché riguardano l'incolumità e la vita della persona che versa in condizioni

di estremo disagio fisico e mentale.

L'Amministrazione penitenziaria, attraverso molteplici circolari emanate dalla Direzione generale dei detenuti e del trattamento, ha spesso affrontato il tema delicato del presidio Nuovi giunti, sensibilizzando le Direzioni degli Istituti ad attuare tramite il coinvolgimento di tutte le figure professionali deputate all'osservazione, piani condivisi e sinergici di azione e di prevenzione del rischio autolesionistico e/o suicidiario.

*La visita di primo ingresso* comporta infatti la responsabilità di poter valutare una situazione clinica come non trattabile con le risorse dell'Istituto e disporre il ricovero immediato presso una struttura ospedaliera, per quegli aspetti che suggeriscono un immediato rischio per la vita del paziente o per la tutela della comunità (ad es. TBC, traumi, ingestione di contenitori di stupefacenti, ecc), o procedere all'emissione di referto nei termini previsti dalla Legge (lesioni traumatiche ascrivibili a terzi).

Per tale motivo, il D.P.R. n. 230/2000 consente l'effettuazione della visita di primo ingresso "non oltre il giorno successivo" a quello di ammissione in Istituto (art. 23, comma 1)<sup>3</sup>, e varie circolari dipartimentali dispongono la sua esecuzione con la "massima sollecitudine"<sup>4</sup>.

Con la Circolare DAP n. 181045 del 6 giugno 2007, l'Amministrazione penitenziaria ha fornito nuove linee guida nell'ambito dell'accoglienza, al fine di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà e di predisporre gli interventi a tutela della incolumità fisica e psichica conseguenti all'ingresso in istituto. Sulle finalità della visita medica di primo ingresso, la circolare in oggetto fa riferimento all'esigenza di "prevenire le malattie e garantire la continuità delle terapie eventualmente già in corso al momento dell'ingresso in istituto", rimarcando, anche nella nota integrativa del 20.07.2007, la necessità di operare un'azione di filtro preliminarmente all'assegnazione in sezione, ad opera dei sanitari e degli psicologi del servizio di accoglienza sulle persone detenute provenienti dalla libertà; azione di filtro che mira, non solo alla immediata rilevazione del rischio suicidiario ed auto-eterolesivo (già prima del colloquio con lo psicologo), ma altresì "allo scopo di individuare precocemente la necessità degli interventi specialistici (psichiatra, infettivologo, medico del Ser.T, ecc).

Potrebbe porsi il *caso critico di un nuovo giunto* che evidenzi, ad un'osservazione visiva del volto o di altre parti del corpo, contusioni, ecchimosi o vere e

<sup>3</sup> A tale riguardo la circolare DAP 30.12.87 n. 3233/5683 (istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti), dispone che la visita medica di primo ingresso deve avvenire, "comunque, in ogni caso, prima dell'assegnazione del detenuto al luogo dove dovrà trascorrere la prima notte in istituto".

<sup>4</sup> In tal senso si esprime la circolare Dap 21.07.86 n. 3182/5632. Tutela della vita e della salute delle persone detenute.



---

proprie lesioni<sup>5</sup>. L'anomalia potrebbe riguardare anche problemi di deambulazione o altri sintomi che lascino presupporre traumi non visibili. Ciò indipendentemente dalla circostanza che l'interessato dichiari espressamente al personale dell'Istituto accogliente di essere stato percosso o malmenato dalle forze dell'ordine ovvero da operatori di polizia penitenziaria nel corso della traduzione o da altri soggetti.

In questa ipotesi, come opportunamente disposto con Ordine di servizio n. 218/2007 dalla Direzione della Casa Circondariale di Viterbo, laddove la scorta accedente in istituto non opti per l'accompagnamento dell'interessato al pronto soccorso dell'Unità di Medicina Protetta o altra struttura sanitaria esterna, la visita medica, su iniziativa del personale di polizia penitenziaria che è immediatamente a contatto con il detenuto dopo la sua accettazione in istituto, dovrebbe essere effettuata senza il minimo indugio ed, in ogni caso, *prima che la scorta abbia lasciato il penitenziario*.

Infatti la mancata tempestività della visita medica di primo ingresso<sup>6</sup>, dopo l'avvenuta consegna del nuovo giunto e la partenza dall'istituto della scorta accompagnatrice, potrebbe dar adito a spiacevoli contenziosi - come recentemente si è verificato- per l'impossibilità di provare che l'evento critico eventualmente refertato dal medico penitenziario sia occorso *extra moenia*<sup>7</sup>.

Un delicato problema correlato alla mancata istituzione presso alcuni istituti del "*presidio psicologico di primo ingresso*" riguarda la tempestività della rilevazione del livello di rischio suicidiario e auto-eterolesivo. Infatti, posto che il monte ore assegnato agli esperti ex art. 80 O.P. è tale da non garantire la presenza dello psicologo tutti i giorni, diventa indispensabile disporre di un filtro in grado di poter accertare una sintomatologia allarmante, come un grave stato ansioso-depressivo che lasci presagire la possibilità o probabilità del compimento di gesti inconsulti.

Nella fascia degli istituti non interessati alla istituzione di un "*presidio psicologico di primo ingresso*", in quanto caratterizzati da una modesta affluenza di nuovi giunti, il servizio sarà svolto dal personale disponibile, e quindi ove necessario -cioè in caso di mancanza dell'esperto- dal sanitario incaricato per la visita medica di primo ingresso.

---

<sup>5</sup> Nell'ordine di servizio n. 218 del 6 agosto 2007 a firma del dr. D'Andria, Servizio di accoglienza dei detenuti provenienti dalla libertà, appendice E, si affronta il tema della visita medica di primo ingresso e dei successivi eventuali adempimenti.

<sup>6</sup> La scheda sanitaria di primo ingresso è compilata dal medico di turno, all'atto della visita medica di primo ingresso.

<sup>7</sup> Nell'ipotesi che, in sede di visita medica di primo ingresso, la persona visitata dichiari di essere stata maltrattata dalle forze dell'ordine o da altri soggetti, presentando o meno sintomi che possano far ritenere veritiere le proprie dichiarazioni, il personale sanitario ha l'obbligo previsto dall'art. 334 c.p.p. (chi ha l'obbligo di referto deve farlo pervenire entro le 48 ore o, se vi è pericolo di ritardo, immediatamente al P.M. o a qualsiasi ufficiale di P.G. del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza).

La Circolare del 6 giugno 2007 sulle regole dell'accoglienza prevede infatti che per gli istituti di limitate dimensioni con un minimo turn over “*si potrà prevedere l'elasticità degli interventi e, quindi la presenza del medico e dell'infermiere dovrà essere bilanciata per garantire il primo intervento almeno nell'arco delle 24 ore e, a seguire, quelle del resto dello staff multidisciplinare*”.

In queste circostanze assumono particolare rilevanza le indicazioni che il medico è chiamato a fornire per quanto riguarda la “problematicità” del soggetto dal punto di vista della gestione intramuraria.

Proprio in base al livello di “problematicità” rilevato, il sanitario valuterà se proporre opportune misure cautelative a tutela del nuovo giunto nella “sezione accoglienza” affinché il personale di polizia penitenziaria, intensificando il sistema di vigilanza e di osservazione dell'interessato, possa rafforzare la prevenzione di incresciosi eventi critici. Dopo l'effettuazione della visita, sarà cura del medico di turno notificare immediatamente il Responsabile della Sorveglianza generale, tanto più nel caso in cui siano state formulate proposte in chiave cautelare.

### *Le visite specialistiche: criticità operative*

L'Azienda sanitaria garantisce inoltre le prestazioni specialistiche su richiesta del medico responsabile o di altro specialista, da erogarsi all'interno dell'istituto di pena ovvero, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, presso gli ambulatori territoriali o ospedalieri.

Spesso emergono delle criticità nella programmazione delle visite specialistiche legate alla valutazione dell'urgenza delle stesse da parte del medico, considerato che la visita specialistica presso una struttura esterna comporta un intervento successivo di organizzazione della traduzione del soggetto a cura del Nucleo Traduzioni dell'Istituto, già peraltro gravato giornalmente da molteplici attività riguardanti le traduzioni presso le aule di giustizia, le movimentazioni dei detenuti a titolo di trasferimento, e le emergenze di tipo sanitario, quest'ultime impreviste e quindi non programmabili.

In questi casi la collaborazione dei medici nel rapportarsi con il responsabile del Nucleo Traduzione per stabilire un ordine delle urgenze e programmare insieme la calendarizzazione delle visite esterne, permette di predisporre una organizzazione estremamente più efficiente, proprio perché preventivamente concertata<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> *A tal riguardo si ricorda come gli obiettivi di riferimento indicati nelle Linee di indirizzo allegate al D.P.C.M. del 2008 siano proprio rivolti ad uniformare in tutti gli istituti penali gli standard di assistenza specialistica, a garantire interventi tempestivi, in rapporto alle esigenze di salute, ad integrare le singole e specifiche competenze nell'ambito di una visione globale del paziente detenuto; ad attuare, attraverso azioni concertate tra i presidi sanitari degli istituti di pena e i dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie, specifici programmi mirati alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al trattamento degli stati patologici responsabili di un maggior rischio di disabilità.*

---

Il passaggio del servizio sanitario alle ASL ha provocato un aumento degli esami e delle visite ambulatoriali esterne, provocando spesso difficoltà nella gestione delle traduzioni effettuate dai locali NTP, a causa della carenza di personale e della mole di traduzioni predisposte anche per altri motivi (di giustizia e trasferimenti).

L'attuazione, presso l'Unità di medicina complessa della Casa Circondariale Regina Coeli di Roma, di Ordini di servizio a firma congiunta del Direttore d'Istituto e del Dirigente Sanitario sulla Programmazione efficiente delle prestazioni ambulatoriali, rappresenta una prassi interessante di integrazione organizzativa.

Grazie infatti alla collaborazione con la Direzione sanitaria, l'Ufficio Matricola e la Direzione dell'Istituto, si è riusciti a creare un programma per la calendarizzazione delle visite mediche, accorpando molte delle stesse presso lo stesso ospedale.

In tal modo viene garantito un numero comunque alto di visite esterne (80/90 al mese), dando la possibilità ai medici di indicare la priorità nella programmazione affinché il Nucleo Traduzioni e Piantonamenti possa organizzare tempestivamente i relativi servizi di traduzione<sup>9</sup>.

I tre gradi di priorità delle prestazioni ambulatoriali opportunamente indicati dai medici, dettano agli operatori della Matricola Sanitaria i "termini temporali" congrui a far eseguire le prestazioni sanitarie, qualora queste, in base alla calendarizzazione dinamica dei relativi appuntamenti, vengano garantite attraverso necessarie "post-prenotazioni". Vengono altresì invitati tutti i medici dell'U.O.C. di Medicina Penitenziaria a consultare le "Carte dei servizi ospedalieri", per scegliere la struttura del SSN, tra quelle presenti nel territorio, più idonea a soddisfare ogni caso clinico, in modo da indicare solo il nosocomio più utile da interpellare per ottenere una erogazione certa ed in tempi brevi della prestazione ambulatoriale prescritta; in alternativa, indicandone un numero maggiore, si demanda alla Matricola Sanitaria l'opzione ove prenotare il relativo appuntamento e tuttavia con le modalità che riterranno più adatte.

---

<sup>9</sup> In seguito ai risultati ottenuti dalla sperimentazione trimestrale del sistema lavorativo denominato "Calendarizzazione dinamica", precedentemente attuata con Ordine di servizio n. 52 del 29.07.2010, si è infatti ritenuto opportuno convalidare definitivamente tale iniziativa al fine di incrementare il soddisfacimento delle esigenze sanitarie dei detenuti e nel contempo favorirne la sostenibilità con l'attuale dispiego di organico di polizia penitenziaria in forza presso l'Istituto.

Nell'ordine di servizio n. 109 del 02/12/2010, a firma congiunta del Direttore dell'Istituto Dr. Mariani, del Direttore della U.O.C. Dr. Franceschini e del Dirigente dell'Ufficio Matricola Dr.ssa Mellozzi, vengono infatti stabiliti i tre gradi di priorità che dettano i termini temporali congrui a far eseguire le prestazioni sanitarie:

I= prestazione da far eseguire entro 15 gg. dalla data di prescrizione, in caso di post-prenotazione

II=prestazione da far eseguire entro 30 gg. dalla data di prescrizione, in caso di post-prenotazione

III=prestazione da far eseguire entro 45 gg. dalla data di prescrizione, in caso di post-prenotazione.

Nello stesso Ordine di servizio a firma congiunta del Direttore e del Dirigente Sanitario si dispone che il personale della Matricola Sanitaria proceda a sviluppare la programmazione mensile delle prestazioni sanitarie di cui necessitano i ristretti, adottando soluzioni atte a renderne sempre più efficienti le modalità di prenotazione e ad incentivare anche un maggiore dinamismo, da parte del locale Ufficio Pianificazioni, nell'organizzazione dei quotidiani servizi di scorte e traduzioni.

Tale Ufficio proseguirà a mantenere proporzionato il numero settimanale di appuntamenti in modo che il locale NTP possa assicurare l'espletamento con una media giornaliera di traduzioni pari a quattro, che prevedano anche il contemporaneo soddisfacimento di più esigenze sanitarie, allorché le rispettive prenotazioni siano state preventivamente concentrate presso un unico nosocomio, fino ad arrivare ad una quantità complessiva di sei detenuti da tradurre. Vengono infine predisposti i criteri che rispetteranno reciprocamente la Matricola sanitaria e l'ufficio Pianificazioni NTP, nel prospettare e di seguito approntare eventuali traduzioni accorpate per trasportare insieme più detenuti a fruire delle rispettive prestazioni ambulatoriali presso lo stesso nosocomio.

Questa prassi valorizza sicuramente l'attuazione di un processo integrato ispirato alla collaborazione interfunzionale, che punta all'efficienza organizzativa nella gestione delle visite specialistiche, e delle criticità connesse all'espletamento di tali prestazioni, anche in situazioni di urgenza.

### *I reparti detentivi presso i nosocomi civili*

La legge 296/1993, stabilisce all'art.7 l'istituzione di appositi reparti detentivi ospedalieri presso Ospedali civili disponendo che *“In ciascun capoluogo di provincia negli ospedali generali sono riservati reparti destinati in via prioritaria al ricovero in luogo esterno di cura, ai sensi dell'art. 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modificazioni, dei detenuti e degli internati per i quali la competente Autorità abbia disposto il piantonamento”*.

L'articolo prevede altresì che *“alle cure ed agli accertamenti diagnostici provvede la struttura ospedaliera, mentre alla sicurezza dei reparti ospedalieri destinati ai detenuti ed agli internati provvede l'Amministrazione penitenziaria, mediante il Corpo di Polizia penitenziaria”*.

L'esigenza sentita allora ed ancora più forte oggi era quella di completare la contenuta offerta assistenziale dei Centri clinici dell'Amministrazione Penitenziaria con una rete di reparti ospedalieri, per assicurare nella condizione detentiva i medesimi servizi ad alta specializzazione disponibili per i cittadini liberi. L'obiettivo è quindi quello di realizzare una rete ospedaliera non più caratterizzata da piantonamenti in corsia, ma tendenzialmente orientata a coniugare assistenza di qualità e misure di sicurezza adeguate

---

nel rispetto dei diritti delle persone detenute.

Sebbene la legge 296 del 12 agosto 1993 prevedesse l'istituzione in ogni provincia di appositi reparti ospedalieri riservati alla popolazione detenuta, l'evoluzione normativa<sup>10</sup>, unitamente alle difficoltà finanziarie, hanno comportato la realizzazione di un numero limitato di reparti detentivi ospedalieri, denominati *Unità Operative di Medicina Protetta*.

Il Reparto di Medicina Protetta è contraddistinto soprattutto dalla presenza di personale sanitario esclusivamente dedicato e preparato, presente 24/h, che si avvale di tutti i servizi e di tutte le competenze specialistiche presenti nel polo ospedaliero di appartenenza. Il nucleo di polizia Penitenziaria, composto anch'esso da un contingente fisso operante 24/h presso le Unità Operative di Medicina Protetta, fermi restando i compiti istituzionali di garantire la sorveglianza dei detenuti e attraverso questa la sicurezza degli stessi, degli operatori e della struttura, partecipa alla "mission" del servizio sanitario considerato che tutto il personale e non solo quello sanitario deve concorrere, ognuno per quanto di competenza, al recupero della salute del paziente detenuto.

In Italia sono attualmente operativi alcuni Reparti di Medicina protetta che rispondono ai requisiti di autonomia organizzativa : la Medicina V° nell'Ospedale San Paolo di Milano attivo dal 2002; la Struttura complessa di medicina Protetta nell'ospedale Sandro Pertini di Roma, attiva dal 2005; il Reparto di Medicina Protetta - malattie infettive - nell'ospedale Belcolle di Viterbo attivo dal 2006; l'Unità Operativa Dipartimentale presso l'ospedale Cotugno di Napoli dal 2010.

Questi Reparti sono stati progettati in collaborazione con i Provveditorati Regionali e le Direzioni degli Istituti Penitenziari cui fanno capo, unendo così caratteristiche ospedaliere vere e proprie (stanze di degenza attrezzate e confortevoli, munite di presidi sanitari) con le esigenze di sicurezza e di custodia previste dall'Ordinamento Penitenziario<sup>11</sup>.

### *Accettazione e dimissione del paziente detenuto in reparto: criticità operative*

Il detenuto che giunge al ricovero presso i Reparti di Medicina Protetta, una volta espletate le procedure di competenza del Personale di Polizia penitenziaria, viene accompagnato presso la propria stanza di degenza e riceve dal

---

<sup>10</sup> Modifica del Titolo V della Costituzione con delega alle Regioni in materia di assistenza sanitaria alla popolazione generale, D.lgs 230/99 e relativo DPCM 1/04/2008 di transito di tali competenze anche in riferimento alla popolazione detenuta.

<sup>11</sup> In attuazione alle "Raccomandazioni per la stesura di un protocollo di intesa tra PRAP e Direzione Generale Asl per l'organizzazione ed il funzionamento dei Reparti di Medicina Protetta", gli stessi hanno provveduto a sottoscrivere i nuovi protocolli, che accolgono le modifiche apportate dal suddetto Programma esecutivo di Azione del 2010.

personale infermieristico la nota informativa sul Reparto<sup>12</sup>.

Il paziente deve giungere in Reparto seguito da tutta la documentazione sanitaria e dalla terapia assunta, qualora si tratti di farmaci salvavita e di difficile e rapido approvvigionamento in ospedale.

Il detenuto viene poi visitato dal medico in servizio nel Reparto che consegna all'interessato l'informativa sulla privacy e raccoglie il consenso al trattamento dei dati personali secondo il regolamento aziendale.

Ogni Reparto di medicina Protetta ha messo a punto nel corso degli anni, in base alla propria esperienza, diverse modalità di accoglienza del paziente detenuto che sono comunque tutte finalizzate a limitare il disorientamento legato al ricovero.

Obiettivo comune, infatti del personale sanitario e del personale di Polizia penitenziaria deve essere quello di migliorare in particolar modo l'accettazione del paziente in reparto che si rileva di particolare criticità per coloro che per la prima volta fanno ingresso in questo particolare tipo di struttura. Per quanto attiene all'accoglienza dei pazienti stranieri ci si può avvalere dei mediatori culturali messi a disposizione nei singoli presidi ospedalieri al fine di migliorare l'accettazione e la comprensione dell'iter diagnostico-terapeutico, soprattutto nei casi di particolare gestione.

Il medico responsabile del Reparto di Medicina Protetta, alla fine dell'iter diagnostico-terapeutico o comunque, quando ritiene conclusa la permanenza presso la struttura di degenza ospedaliera, dimette il detenuto e allega in una busta chiusa, consegnandola al personale di scorta, una dettagliata relazione, destinata al medico dell'istituto penitenziario, nella quale è indicato il numero nosologico della cartella clinica, un breve sunto anamnestico, il motivo del ricovero, il decorso clinico durante la degenza, la diagnosi circostanziata e la terapia consigliata alla dimissione, precisando accuratamente la posologia.

Nel caso in cui il paziente venga dimesso in regime di dimissione protetta, questa modalità di dimissione e il relativo appuntamento della prestazione da eseguire vanno indicati nella lettera di dimissione. A parte deve essere consegnato il certificato di dimissione al responsabile di Polizia Penitenziaria nel quale sarà indicata la modalità di dimissione<sup>13</sup> per il rientro del paziente all'Istituto Penitenziario di appartenenza<sup>14</sup>.

Nonostante infatti gli indubbi vantaggi che presentano i Reparti di Medicina Protetta in termini di sicurezza e di economia di gestione del personale di Polizia Penitenziaria, recenti episodi di cronaca nazionale hanno evidenzia-

---

<sup>12</sup> *E' previsto che ogni reparto sia dotato di una nota informativa multilingue.*

<sup>13</sup> *Modalità di dimissione a domicilio o protetta e, in quest'ultimo caso, con indicazione della data e dell'orario dell'appuntamento dell'esame da eseguire.*

<sup>14</sup> *Ambulanza o automezzo blindato dell'Amministrazione Penitenziaria.*

---

to la necessità di migliorare la presa in carico del detenuto ricoverato presso tali strutture, attraverso una attenta rivisitazione delle procedure concordate tra l'Amministrazione Penitenziaria e l'Azienda Sanitaria Locale, basate sulla conoscenza reciproca e sulla condivisione dei rispettivi obiettivi.

Alcune *recenti drammatica vicende* hanno fatto emergere il problema della gestione, presso le Unità di medicina protetta, dei detenuti ricoverati portatori di un elevato livello di pericolosità passiva per rischio autolesivo<sup>15</sup>, addirittura suicidiario.

La tematica assume carattere di importanza e di attualità in relazione al duplice fenomeno della frequenza di assegnazione ai Reparti di Medicina protetta di soggetti affetti da gravi patologie di tipo complesso, spesso caratterizzate da profondi disturbi di carattere psichiatrico, con aumento dei fattori di rischio summenzionati, e il tendenziale allungamento dei tempi medi di degenza dei detenuti assegnati ai Reparti di Medicina protetta, da cui deriva il dispiegarsi di periodi temporali di ricovero tali da poter realisticamente prevedere la possibilità di una gestione intra-ospedaliera delle singole strategie di osservazione e di sostegno intersettoriale previste nelle riunioni periodiche dello Staff multidisciplinare.

Presso i Reparti ospedalieri detentivi, pur agendo nell'osservanza delle esigenze di sicurezza e di tutela della legalità, *l'aspetto sanitario* costituisce il perno intorno al quale ruotano tutti gli interventi, compresi quelli del personale penitenziario, che è chiamato a partecipare al trattamento del detenuto e quindi anche all'intervento di recupero e tutela della salute, diritto costituzionalmente garantito.

Inoltre, lo stato detentivo non può costituire elemento limitante del diritto alla salute, dovendo essere garantito anche il catalogo dei diritti fondamentali connessi allo stato di detenzione.

Pertanto, la regolamentazione della vita ospedaliera comporta che siano coniugate le finalità di tutela della salute con le finalità proprie della detenzione e della presa in carico delle fragilità, comprensive degli aspetti del trattamento e dell'accoglienza, anche nell'interesse dello stesso paziente detenuto. Ne consegue che ciascuna istituzione, indipendentemente dall'oggetto delle proprie competenze, condivide la responsabilità della gestione del recluso ed è tenuta a vigilare che non si realizzi un nocumento diretto o indiretto a beni meritevoli di tutela.

Nella gestione di una Unità Operativa di Medicina Protetta particolare attenzione va posta *all'integrazione culturale tra le diverse professionalità* che operano al suo interno, al fine di trovare un linguaggio comune che permetta una chia-

---

<sup>15</sup> *Il rischio autolesivo si concretizza in questi casi attraverso scioperi della fame e/o sete protetti nel tempo.*



ra definizione delle migliori prassi, delle procedure adatte alle diverse situazioni contingenti e dei comportamenti più appropriati ai diversi contesti che si verificano nella quotidianità.

Le competenze professionali diverse devono essere completate con lo sviluppo di processi di integrazione interistituzionale e interprofessionale attraverso un percorso a tappe che parta dal monitoraggio delle criticità identificate nel processo di comunicazione tra le parti e arrivi a declinare le azioni necessarie per sviluppare uno spirito di squadra. Per questo motivo, il progetto formativo dovrà coinvolgere tutto il personale che, con diverse competenze e ruoli, segue il detenuto sia dal punto di vista sanitario che penitenziario, ma anche il volontariato e, dove presenti, i rappresentanti degli Uffici del Garante.

Proprio la recente notizia, riportata anche dai quotidiani nazionali, dell'*evazione*, la notte del 23 marzo 2011, di un detenuto di nazionalità romena di 23 anni dal policlinico Umberto I, (dove si trovava ricoverato e piantonato dal pomeriggio in corsia ordinaria destinata ai pazienti comuni)<sup>16</sup>, ripropone infatti, con cogente attualità, il problema della mancanza delle strutture detentive ospedaliere predisposte a ospitare degenti sottoposti alla privazione della libertà personale<sup>17</sup>, e di come questa carenza strutturale incida concretamente sulla sicurezza.

Per una proficua gestione del servizio sanitario presso i Reparti detentivi, ospedalieri ed intramurali, è dunque indispensabile una interazione tra il personale appartenente ai due settori: proprio l'aspetto interdisciplinare consente di instaurare un rapporto di collaborazione utile per affrontare le contingenze concrete.

Basti pensare all'importanza della comunicazione tra le figure professionali coinvolte, che può portare ad avere una visione più ampia della personalità dell'individuo ristretto<sup>18</sup>.

In carcere, l'esercizio della Medicina deve interagire in sinergia con gli altri aspetti istituzionali dell'Amministrazione Penitenziaria. E tra questi, quello custodialistico conferisce alla struttura l'impronta più evidente: ogni spostamento della persona detenuta, ogni apertura e chiusura degli ambienti interni al carcere, rientrano tra i compiti affidati alla Polizia Penitenziaria,

<sup>16</sup> Fortunatamente lo stesso detenuto è stato arrestato dopo 12 ore di fuga dagli stessi agenti della Polizia penitenziaria.

<sup>17</sup> Nonostante queste siano espressamente previste dalla legge 296/1993 presso i plessi ospedalieri in ciascun capoluogo di provincia.

<sup>18</sup> A tal riguardo, la Circolare D.A.P. del 6 giugno 2007 n. 181045, in premessa, nel fornire nuove linee guida nell'ambito di un modello organizzativo che riguarda le regole di accoglienza, propone di attuare una strategia di interventi di presa in carico del detenuto che presuppone necessariamente l'attivazione di stabili raccordi tra carcere e territorio, tra operatori penitenziari e sanitari, utili al successivo reinserimento della persona detenuta, gettando le basi per quanto sarebbe auspicabile nel prossimo futuro: "far percorrere il carcere alla medicina senza barriere con il territorio".



---

tanto che ogni attività, compresa quella sanitaria, risulterebbe di difficile realizzazione senza la partecipazione di tali operatori che spesso rappresentano il primo riferimento nella quotidianità della persona detenuta.

In una struttura dove gli operatori sono tenuti ad esercitare, ognuno per le proprie competenze, compiti così apparentemente diversi come quello della garanzia di sicurezza e quello della tutela della salute, la sovrapposizione tra i confini delle specifiche attività richiede una forte condivisione degli obiettivi ed un reciproco rispetto dei ruoli.

---

## Postfazione

*a cura di Domenico Schiattone – Direttore dell’Ufficio della Formazione del personale dirigente e dell’area terza del comparto ministeri dell’ISSPe*

Questo quaderno chiude le pubblicazioni ISSP dell’anno 2012 con l’intento di continuare nel prossimo anno questa esperienza editoriale con maggiore impegno e profondità anche con l’obiettivo di raggiungere una periodicità più costante, almeno trimestrale. L’approccio – che riteniamo valido e che finora ha ricevuto vari apprezzamenti interni ed esterni all’Amministrazione – rimarrà sempre quello di valorizzare le diversità professionalità che operano all’interno del carcere anche con l’apertura a contributi di esperti esterni sia del mondo istituzionale che del terzo settore che si occupano e che lavorano nel carcere.

E’ un approccio che abbiamo voluto sperimentare anche in questo quaderno, che registra diversi contributi su un tema fondamentale – il diritto alla salute dei ristretti– con il contributo del dr. Carmelo Cantone, Provveditore della Toscana, di alcuni funzionari di Polizia Penitenziaria e del dr. Fabio Gui, collaboratore dell’Ufficio del Garante dei detenuti della Regione Lazio. Cantone inizia la sua trattazione ponendo immediatamente all’attenzione del lettore la specificità e le peculiarità del tema della salute in carcere, sottoponendole alla nostra attenzione in maniera diretta, senza giri di parole, in tutta la loro “attualità”.

Insieme al sovraffollamento e, solo in parte derivante da esso, il tema della salute in carcere diventa *il* “problema in assoluto emergente e più delicato nel dibattito sull’istituzione penitenziaria”.

Se le posizioni più “avanzate” in ambito penitenziario auspicano il passaggio dal carcere delle “premieria” al carcere “dei diritti”, il tema del diritto alla salute assume la stessa centralità che sta assumendo nella società libera.

Ma l’autore, pur dichiarando apertamente questa centralità, non nasconde le specificità nel tentare di agire questo diritto in carcere:

- la “*condizione*” della vita detentiva è caratterizzata dalla costrizione a vivere in una comunità chiusa che determina una forma di vita particolare, diversa da quella delle persone libere;
- il “*luogo*” carcere, la sua particolare specificità, incide nella fisicità del detenuto determinando disturbi “fisiologici” fin dai primi momenti di detenzione;

- 
- la dipendenza forzata dagli operatori penitenziari causa l'instaurarsi di "relazioni" non desiderate, imposte, di cui il detenuto vorrebbe fare volentieri a meno, ma non può specie se vive la condizione di malato;
  - se "curare una malattia" risulta problematico nella società libera, tale diritto assume particolare problematicità per il detenuto-paziente, considerato prima di tutto detenuto e solo in un secondo momento paziente: la mancanza di autonomia, la dipendenza dagli operatori, il dover superare la loro diffidenza dimostrando di non simulare la malattia, sono tutti fattori che complicano ulteriormente una situazione già di per sé fortemente critica.

Cantone passa poi a ricostruire in maniera sintetica ma puntuale l'evoluzione del sistema sanitario penitenziario, a partire dalla legislazione degli anni '70 che imponeva il modello di gestione separata della sanità penitenziaria teorizzandone la specificità e quindi la dipendenza funzionale e gerarchica dall'Amministrazione penitenziaria. Questa fase è contraddistinta da due caratteristiche: esigenze di carattere custodialistico che prevalgono su quelle relative alla tutela della salute del soggetto-detenuto e l'accettazione da parte dell'Amministrazione della compatibilità degli incarichi degli operatori sanitari nel settore penitenziario con tutti i rapporti professionali previsti dal Sistema Sanitario.

Successivamente, il passaggio avvenuto intorno all'anno 2000, della competenza del SSN nella gestione delle tossicodipendenze insieme al passaggio della prevenzione nei luoghi di pena alle USL (oggi ASL), preparano il trasferimento definitivo e completo della sanità penitenziaria all'Amministrazione sanitaria.

L'autore conferma la necessità e l'ineluttabilità di questo passaggio, se non altro per l'impossibilità da parte del servizio sanitario penitenziario di poter assicurare le previsioni normative sul tema della salute richiamate dalle Regole Penitenziarie Europee.

Cantone entra poi nel cuore del problema con un paragrafo che non a caso si intitola "noi e loro" che bene descrive le riserve dei "noi – gli operatori penitenziari" e quelle dei "loro – gli operatori della sanità".

Si tratta di superare gli steccati che derivano da due impostazioni opposte che si possono così sintetizzare:

- la sanità penitenziaria doveva rimanere separata perché nella sua specificità garantiva contemporaneamente risparmi economici, qualità delle prestazioni nel rispetto delle esigenze di sicurezza considerate prioritarie;
- il passaggio al SSN assicura pienamente la tutela della salute del cittadino-detenuto senza alcuna discriminazione.

Naturalmente entrambe le posizioni – afferma l'autore – "contengono una parte di verità".

---

La medicina penitenziaria ha sempre mantenuto un buon rapporto costi/risultati ma sarebbe impossibile garantire l'aggiornamento costante degli operatori, migliorare e assicurare le attrezzature mediche garantendo in carcere tutti i servizi, sia quelli di base che quelli di medicina specialistica, in un momento storico in cui tutto il sistema del welfare subisce progressive e pesanti riduzioni finanziarie.

Ma l'autore non si limita ad evidenziare i problemi, operazione – peraltro – doverosa e utile. A partire dalla sua pluriennale esperienza di direttore penitenziario in vari istituti, per ultimo il Nuovo Complesso di Roma Rebibbia. Egli propone delle possibili soluzioni concrete e non teoriche, già agite e collaudate con buoni risultati negli ambiti organizzativi dove è stato possibile sperimentarle, con un atteggiamento problematico senza avere la pretesa di avere in tasca *la* soluzione del problema.

In tal senso Cantone, partendo dalla sua esperienza diretta, rileva come spesso nelle strutture carcerarie c'è un numero altissimo di detenuti che chiedono di parlare con un medico o con un operatore sanitario, molto minori le richieste di colloquio con gli altri operatori penitenziari. A partire da questo dato oggettivo, la proposta è quella di creare delle *équipe* integrate, che - nell'accogliere le numerose richieste di visita medica – possano trasformare il settore sanitario in una “*dead-line* efficace per far passare una serie di comunicazioni importanti” relative ad altri ambiti della vita carceraria. Quindi collaborazione e scambio tra operatori con professionalità diverse in vista di una circolazione migliore delle informazioni *da e per* la popolazione detenuta, nella considerazione che quando si tratta di salute “si va dalla tutela dei diritti essenziali alla qualità della vita della persona, e da qui alla qualità della vita di tutta la comunità”. Emerge l'esigenza di lavorare con i detenuti, offrendo loro la possibilità di collaborare attraverso forme di partecipazione attiva, all'analisi dei loro bisogni, dimensione che può contribuire in maniera sostanziale alla “valorizzazione dell'attività di tutti gli operatori e di tutte le professionalità”, migliorando concretamente la condizione individuale ma anche la vita della comunità carceraria.

Questa pubblicazione contiene anche le sintesi delle tesi di sette commissari di polizia assunti nella primavera del 2012, presentate alla fine del corso di formazione di ingresso nel nostro Istituto nell'A.A. 2012/12 e che hanno già assunto incarichi di comando dell'area della sicurezza o dei nuclei per le traduzioni e piantonamento presso altrettanti istituti penitenziari.

Tutti i contributi sono molto interessanti e sono il frutto non solo di un approfondimento teorico ma derivano anche dall'esperienza diretta che gli autori hanno fatto – attraverso lunghi periodi di tirocinio – presso gli istituti penitenziari e toccano temi cruciali quali la gestione delle misure di sicu-

---

rezza per gli internati, il disagio mentale, il futuro degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, la condizione di “doppia pena” subita da alcuni soggetti ecc.

Per l'economia di questo breve intervento mi limito a citarne solo due.

Il commissario Domenico Montauro che adotta per il suo contributo un taglio giornalistico (la tesi contiene delle interessanti interviste ad alcuni autorevoli stakeholders della riforma sanitaria tra cui l'ex capo del DAP), ma anche per una breve ricostruzione storica dell'evoluzione della gestione della malattia in carcere a partire dalla civiltà greca e romana. Inoltre, questo lavoro, contiene riflessioni interessanti sul tema carcere e salute con stimolanti considerazioni: “La tutela della salute del detenuto, l'organizzazione sanitaria e i compiti della medicina penitenziaria, non possono essere pienamente compresi al di fuori di quel binomio sicurezza-trattamento che caratterizza tutta la fase esecutiva e accompagna, con tutte le ambiguità e le difficoltà insite nel reciproco rapporto, l'espletamento di tali funzioni. Sicurezza e trattamento sono da considerare, dunque, espressioni diverse della unica finalità della pena con valenza rieducativa.

La grande complessità del sistema penitenziario odierno, nel suo insieme e in rapporto ai suoi molteplici compiti, risiede anche in questa singolarità della funzione”.

Anche la commissaria Maria Luisa Tattoli riesce compiutamente nel suo intervento a ricostruire l'evoluzione normativa della medicina penitenziaria, sottolineando la necessità di un apporto corale tra i diversi operatori che va supportato da specifici interventi formativi: “particolare attenzione va posta all'integrazione tra le diverse professionalità al fine di trovare un linguaggio comune che permetta una chiara definizione delle migliori prassi, delle procedure adatte alle diverse situazioni contingenti e dei comportamenti più appropriati ai diversi contesti che si verificano nella quotidianità.

Le competenze professionali diverse devono essere completate con lo sviluppo di processi di integrazione interistituzionale e interprofessionale attraverso un percorso a tappe che parta dal monitoraggio delle criticità identificate nel processo di comunicazione tra le parti e arrivi a declinare le azioni necessarie per sviluppare uno spirito di squadra. Per questo motivo, il progetto formativo dovrà coinvolgere tutto il personale che, con diverse competenze e ruoli, segue il detenuto sia dal punto di vista sanitario che penitenziario, ma anche il volontariato e, dove presenti, i rappresentanti degli Uffici del Garante”.

Infine non posso non citare l'intervento di Gui, sulla recente ma intensa storia del *Forum nazionale per il diritto alla salute delle persone private della libertà personale* fondato e animato da associazione e personalità autorevoli. Gui non si limita a descrivere il meritevole lavoro di stimolo alle istituzioni e alla politica fatto dal *Forum* fin dalla sua costituzione avvenuta nel 2008, ma si

---

spinge oltre con una riflessione attenta sullo stato di attuazione della riforma ed un interessante contributo sulle sue prospettive. L'autore citando la compianta Leda Colombini che a proposito della sanità in carcere affermava che "la riforma cammina con le gambe che trova e quindi anche con le nostre" , sottolinea che "La salute delle persone detenute e degli operatori non deve restare un tema per gli addetti ai lavori, destinato ad assumere rilevanza generale solo quando si parla di eventi tragici" e che ormai " Le condizioni dei detenuti e delle carceri non consentono più di aspettare altro tempo: la riforma è quanto mai urgente se non vogliamo correre il rischio di trasformare il carcere ancora di più in quella discarica sociale che nessuno vuole e se non vogliamo continuare a registrare altri gravi casi di malasanità in carcere".



---

## *Ringraziamenti*

Il presente Quaderno dal titolo “Riforma della sanità penitenziaria” è stato realizzato dall’Istituto Superiore di Studi Penitenziari diretto da Massimo De Pascalis, dirigente generale dell’Amministrazione Penitenziaria.

Si ringrazia per la significativa collaborazione Carmelo Cantone, dirigente generale dell’Amministrazione penitenziaria, Fabio Gui, segretario generale del Forum Nazionale per il diritto alla salute delle persone private della libertà personale, Domenico Schiattone, dirigente dell’Issp, e i vice commissari del Corpo di polizia penitenziaria autori dei contributi presenti nel volume.

La realizzazione della pubblicazione, è stata curata dal Servizio Studi e Ricerche dell’ISSP diretto dalla dirigente Alessandra Bormioli e in particolare da:

- F. Angelo Vacca, funzionario (comunicatore) per gli abstract e la cura dei testi;
- Maria Strangis, funzionario (educatore);
- Elvira Arconti, funzionario (educatore).



Cura grafica e revisione dei testi:  
*F. Angelo Vacca*

Stampa: Arti Grafiche Tilligraf Srl - Roma

