

COMMISSIONE SPECIALE SULLA SITUAZIONE CARCERARIA IN LOMBARDIA

PROPOSTA DI RELAZIONE N. 178

Relazione conclusiva sull' indagine conoscitiva "Salute mentale e carcere"

approvata nella seduta del 5 ottobre 2022

Relatore: Presidente Antonella FORATTINI
Restituito alla Presidenza del Consiglio: 11 ottobre 2022

INDICE

1. Cronoprogramma delle sedute	Pag. 3
2. Obiettivi	Pag. 5
3. Modalità operative	Pag. 6
4. Lo stato dell'azione amministrativa regionale	Pag. 7
5. Approfondimento delle tematiche	Pag. 11
a. Tutele legislative e salute mentale	Pag. 11
b. Fattori di rischio e statistiche	Pag. 15
c. REMS e Covid-19	Pag. 25
d. Donne e minori	Pag. 33
6. Sintesi delle audizioni svolte	Pag. 37
7. Conclusioni/ Criticità	Pag. 59
Allegato A Link Documentazione	Pag. 60

1. Cronoprogramma delle sedute

Seduta del	Ospite e/o argomento iscritto all'ordine del giorno
<u>7 APRILE 2021</u>	Coordinatore Regionale Fp CGIL Polizia Penitenziaria in merito alle segnalate criticità della Casa Circondariale di Brescia
<u>19 MAGGIO 2021</u>	Coordinatori sanitari degli Istituti penitenziari di San Vittore e Opera, Direttore sanitario penitenziario della ASST di riferimento Santi Paolo e Carlo di Milano.
<u>16 GIUGNO 2021</u>	Direttrice IPM Beccaria di Milano, un medico del Carcere, e Responsabile Socio-Sanitario Psicologia – Settore penitenziario.
<u>14 LUGLIO 2021</u>	Direttore della REMS di Castiglione delle Stiviere, Direttore Generale della ASST di Mantova e rappresentanti sindacali
<u>22 SETTEMBRE 2021</u>	Provveditore del DAP Lombardia e rappresentanze sindacali della Polizia penitenziaria, rappresentate dai rispettivi Segretari generali.
<u>6 OTTOBRE 2021</u>	Dirigente della Struttura salute mentale e dipendenze della DG Welfare e Responsabile dell'Unità regionale di sanità penitenziaria
<u>20 OTTOBRE 2021</u>	Presentazione da parte di Polis Lombardia del report “Relazione salute mentale e carceri” commissionato dalla Commissione
<u>26 GENNAIO 2022</u>	Provveditore del DAP Lombardia, Responsabile U.O. regionale di sanità penitenziaria, per un

Seduta del	Ospite e/o argomento iscritto all'ordine del giorno
	aggiornamento relativo all'emergenza sanitaria da COVID-19 e alla situazione vaccinale negli Istituti penitenziari lombardi
<u>23 FEBBRAIO 2022</u>	Riunione Gruppo di lavoro
<u>9 MARZO 2022</u>	Riunione Gruppo di lavoro
<u>23 MARZO 2022</u>	Riunione Gruppo di lavoro
<u>4 MAGGIO 2022</u>	Seduta con la Direttrice dell'Ufficio Detenuti e Trattamento del PRAP Milano per un aggiornamento situazione Covid e stato vaccinale.
<u>18 MAGGIO 2022</u>	Audizione con il Responsabile U.O. regionale di sanità penitenziaria per un aggiornamento sulla situazione COVID e per una illustrazione degli esiti e un primo bilancio delle attività di screening HCV, in particolare, nelle Carceri e nei SerD.
<u>29 GIUGNO 2022</u>	Visita di una delegazione di Consiglieri della Commissione alla CC Torre del Gallo di Pavia
<u>13 LUGLIO 2022</u>	Incontro con la DG Welfare per un confronto sulla proposta di Relazione conclusiva sull' Indagine Conoscitiva

2. OBIETTIVI

Con deliberazione n. 57 del marzo 2021 l'UDP del Consiglio regionale ha autorizzato lo svolgimento dell'indagine conoscitiva "Salute mentale e carcere", approvata dalla Commissione il 24 marzo 2021.

Scopo dell'indagine era approfondire il tema della gestione e della cura della salute mentale, in particolare per quanto riguarda suicidi, atti di autolesionismo e depressione all'interno degli istituti penitenziari lombardi. Va, inoltre, sottolineato come le difficoltà nella gestione di soggetti con problematiche mentali possano causare situazioni di stress e complessità anche per il personale penitenziario.

Tale indagine si rendeva, quindi, necessaria nell'ottica di formulare proposte e individuare soluzioni atte a prevenire e contrastare la diffusione del fenomeno dei suicidi, assicurando il pieno rispetto della persona.

La particolare urgenza del tema è emersa in seguito alla situazione di pandemia, che ha acuito l'isolamento dei detenuti e separandoli dalla comunità esterna, rendendone più delicata la situazione mentale.

Sono, pertanto, iniziate le consultazioni mirate ad approfondire i fenomeni di suicidi, atti di autolesionismo, atti di aggressione (anche prendendo in considerazione il periodo di ulteriore isolamento dovuto alla pandemia), tossicodipendenza e depressione. Naturalmente, affrontando tali tematiche si è aperto un confronto con quei soggetti che hanno rapporti costanti con i detenuti affetti da patologie psicologiche o psichiatriche, quali gli agenti di polizia penitenziaria e altre figure che gravitano nelle carceri.

3. MODALITA' OPERATIVE

Ai fini di raggiungere una completa informazione sulla tematica in questione, l'indagine conoscitiva si è articolata sulle seguenti attività:

1. verifica del contesto normativo di riferimento;
2. audizioni/consultazioni delle parti interessate ai fini dell'indagine conoscitiva;
3. incontro con i componenti degli Assessorati Regionali competenti in materia,
4. costituzione di un Gruppo di lavoro;
5. analisi della documentazione disponibile e approfondimento delle principali criticità;
6. predisposizione di una relazione conclusiva.

Le modalità operative adottate dalla Commissione durante l'indagine conoscitiva sono state via via arricchite nel corso del lavoro. Si noti bene che l'indagine si trovava nella sua fase iniziale in piena pandemia da COVID 19, nel marzo del 2021. Pertanto, anche considerato che l'impatto del COVID 19 e delle conseguenti ulteriori misure di isolamento dei detenuti hanno influito sulla loro salute mentale, la Commissione ha ritenuto di approfondire la questione.

A seguito delle audizioni svolte, la Commissione ha concordato di istituire un Gruppo di lavoro al fine di elaborare la presente proposta di Relazione conclusiva, da sottoporre poi alla Commissione. Il Gruppo ha individuato le seguenti quattro tematiche da approfondire:

- Tutele legislative e salute mentale
- Fattori di rischio e statistiche
- Covid e REMS
- Donne e minori in carcere

Inoltre, il Gruppo di lavoro si è riservato di effettuare altre consultazioni in Commissione, qualora ne fosse emersa la necessità.

4. LO STATO DELL’AZIONE AMMINISTRATIVA REGIONALE

Estratto dalla DGR XI/6029 del 1° marzo 2022 “Relazione in attuazione dell'art. 11 della legge regionale n. 25 del 24 novembre 2017 "Disposizioni per la tutela delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria" - clausola valutativa”.

Dall’analisi effettuata dagli uffici competenti della Direzione Welfare emerge la generale difficoltà riscontrata di gestione dei detenuti affetti da disagio psichico. Tale disagio, che talvolta è rappresentato solo da disturbi comportamentali legati anche all’abuso di sostanze, porta però in alcuni casi a sintomi psicotici, fino al tentato suicidio e al suicidio stesso. Queste manifestazioni patologiche comportano, da una parte, difficoltà diagnostiche e di gestione da parte del personale sanitario (soprattutto psichiatri e psicologi), dall’altra problemi di gestione per l’amministrazione penitenziaria. La gravità del problema è stata amplificata dalla attuale epidemia, che ha accentuato le restrizioni nei confronti dei detenuti.

Nell’ambito della rete regionale dei servizi sanitari penitenziari, costituita con DGR n. 4716/2016, è previsto che ogni Istituto Penitenziario si avvalga di almeno uno specialista in psichiatria, fatte salve eventuali maggiori necessità da individuarsi in sede locale e in particolare per gli Istituti in cui sono presenti specifici reparti relativi a particolari aree di attenzione sulle patologie psichiatriche. Nell’Istituto di Pavia è attivo un servizio di supporto al disagio psichico dei detenuti - Articolazione di Salute Mentale (ATSM) - per accogliere i detenuti con sopravvenuta patologia psichiatrica (art.148 c.p.; art. 111 DPR 230/2000) e con la relativa sistemazione di una apposita sezione in cui opera personale dedicato e, presso l’Istituto di Monza, è attivo il Reparto di Osservazione Psichiatrica (ROP) per l’accertamento delle condizioni psichiche dei detenuti (art. 112 DPR 230/2000).

In generale gli interventi attuati negli Istituti Penitenziari per l’ambito della salute mentale prevedono:

- l’attivazione di un sistema costante di sorveglianza epidemiologica, attraverso l’osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle situazioni a rischio
- interventi di valutazione precoce dei disturbi mentali
- la continuità della presa in carico attraverso opportuni protocolli tra il servizio psichiatrico interno alla struttura penitenziaria e i servizi di salute mentale del territorio
- l’attuazione di specifici programmi mirati alla riduzione del rischio suicidario.

Allo scopo di potenziare le attività svolte da psichiatri e psicologi, in particolar modo nelle ATSM, a partire dal 2021 è stata promossa l’introduzione di figure professionali di supporto come i tecnici della riabilitazione psichica, gli educatori e gli Operatori Socio Sanitari. Nell’ambito delle azioni regionali in corso per garantire la stabilizzazione di una ulteriore quota di personale sanitario afferente agli Istituti Penitenziari, viene dedicata particolare attenzione al personale destinato alla Articolazione di Salute Mentale (ATSM) di Pavia e al Reparto di Osservazione Psichiatrica (ROP) di Monza. A tale scopo nel 2021 è stato attivato presso la DG Welfare un Tavolo di Lavoro congiunto con la UO Personale, Professioni del SSR e Sistema, cui partecipano la ASST Santi Paolo e Carlo, in quanto erogatrice dei servizi sanitari dei quattro principali Istituti Penitenziari (Casa Circondariale di Milano San Vittore e Case di Reclusione di Bollate e Opera, Carcere Minorile Beccaria), le ASST di Monza e Pavia, che rispettivamente hanno la competenza su il ROP della Casa Circondariale di Monza e l’ATSM della Casa Circondariale di Pavia, nonché la ASST di Mantova, per la presenza sul proprio territorio di competenza delle Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di

Castiglione delle Stiviere. L'assistenza ai soggetti affetti da dipendenze patologiche viene garantita all'interno delle strutture penitenziarie dai Servizi per le Dipendenze afferenti alle ASST.

Le Linee di Indirizzo Regionali richiedono che tra il presidio di medicina penitenziaria, il Servizio Dipendenze e gli Istituti Penitenziari siano stipulati specifici protocolli per assicurare:

- ampia collaborazione nella presa in carico complessiva del soggetto
- modalità di intervento condivise nei casi di doppia diagnosi
- il raccordo con i Servizi Territoriali presso i quali il detenuto risulti essere stato preso in carico o presso i quali indirizzarlo in previsione della dimissione
- la condivisione di specifici protocolli terapeutici
- una chiara conoscenza dei percorsi terapeutici intrapresi e dello stato complessivo di salute del detenuto
- programmi terapeutici per usufruire di misure alternative, certificazione tossicodipendenza.

Presso la casa Circondariale di San Vittore è attiva la sezione "Nave" classificata come sezione attenuata per il trattamento dei detenuti tossicodipendenti. Il servizio è rivolto a coloro che, trovandosi in regime di detenzione, vengono valutati idonei e sufficientemente motivati a intraprendere un percorso di cambiamento in un contesto di cura e di responsabilizzazione. Lo scopo è quello di sollecitare la comprensione e la rielaborazione dei comportamenti che hanno portato alla dipendenza e alla devianza. I detenuti-pazienti che richiedono di farne parte sono chiamati a sottoscrivere un accordo che li impegna a rispettare – oltre alle regole del sistema penitenziario – anche quelle specifiche del reparto la cui quotidianità è scandita da numerose attività individuali e di gruppo e da momenti di confronto. Professionalità eterogenee compongono un'équipe multidisciplinare con l'obiettivo di garantire un "programma trattamentale e riabilitativo" dal punto di vista clinico e criminologico. Ad affiancare il lavoro dei professionisti ci sono inoltre numerosi volontari che arricchiscono l'offerta terapeutica. La particolarità che caratterizza la Nave è quella di dare la possibilità ai pazienti di intraprendere il trattamento fin dall'ingresso nel circuito penitenziario e di fornire gli strumenti per proseguire la cura all'esterno.

Aggiornamento del Protocollo per la prevenzione del rischio suicidario: nel 2021 è stato costituito, con Decreto del Direttore Generale della DG Welfare n. 4207 del 26/3/2021, un Gruppo di Lavoro, per l'aggiornamento del Protocollo regionale vigente di Prevenzione del Rischio suicidario nel sistema penitenziario per adulti, approvato con DGR n. 809 dell'11/10/2013. Al Gruppo di Lavoro partecipano: - per l'area sanitaria: DG Welfare, ASST Santi Paolo e Carlo, Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze delle ASST di Lecco e Monza - per l'area penitenziaria: Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, in particolare Provveditore, Responsabile dell'Ufficio Detenuti e Trattamento, Ispettore della Sezione Gestione Detenuti, Direttore della CC di Monza, Comandante di Reparto della CR di Vigevano, alcuni funzionari giuridico pedagogici della CC di S. Vittore e della CR di Bollate. Il nuovo Protocollo, in fase di ultimazione, individuerà le azioni più efficaci per la presa in carico dei detenuti con problemi di disagio psichico e costituirà la comune base operativa alla quale gli operatori dei servizi cointeressati saranno chiamati ad attenersi per garantire una congiunta presa in carico delle situazioni di fragilità. Analogamente, nell'ambito del Tavolo di Lavoro "Sanità e Giustizia Minorile", avviato nel 2021 presso la DG Welfare, con i Tribunali per i Minori di Milano e Brescia, il Centro di Giustizia Minorile Milano, l'Ufficio Servizio Sociale per Minorenni, i rappresentanti dei Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, sarà aggiornato il Protocollo per la Prevenzione del Rischio suicidario nell'Istituto Penale per

minorenni e nel Centro di Prima Accoglienza di Milano e saranno concordate procedure per l'esecuzione delle misure penali di collocamento in comunità.

I Centri Diurni negli Istituti Penitenziari: nell'ottica di fornire prestazioni sempre più mirate al bisogno di cura rilevato per la salute mentale dei detenuti, sono state rese disponibili con DGR n. 1987/2019 risorse regionali per l'attivazione e implementazione di Centri Diurni interni agli Istituti Penitenziari, da individuare e per cui attivare specifiche progettualità, in collaborazione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e con le Direzioni degli Istituti. Le suddette risorse regionali saranno utilizzate per integrare l'azione di carattere socio-educativo "Attivazione e implementazione dei centri diurni interni agli istituti penitenziari" del progetto regionale "Incubatori di comunità: la possibilità di un'alternativa", rivolta a persone in esecuzione penale, in capo alla DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, finanziata con risorse della Cassa delle Ammende del Ministero della Giustizia e del POR FSE 2014-2020. Il suddetto progetto regionale ha previsto l'estensione dei giorni di apertura dei Centri Diurni di Bollate, Monza e Opera e l'avvio di nuovi Centri Diurni a Vigevano, Pavia e Brescia. Nei Centri Diurni all'interno degli Istituti Penitenziari si attuano percorsi di sostegno psicologico e riabilitazione anche con l'obiettivo di garantire la continuità terapeutica nella fase di dimissione dal carcere favorendo il raccordo con i servizi di salute mentale. Tali Centri Diurni rappresentano un punto di importante coinvolgimento per le persone detenute con fragilità psichiche, dipendenze e situazioni di grave marginalità che non riescono, in considerazione delle difficoltà di cui sono portatori, ad accedere ad altri percorsi interni già in essere.

A seguito del proficuo lavoro di collaborazione tra l'area sanitaria della Salute Mentale e la Magistratura sono stati approvati:

- con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 9958 del 10/7/2018 il "Protocollo d'intesa per l'applicazione di un modello operativo di superamento degli OPG (1.81/2014) nel territorio del distretto di Corte d'Appello di Brescia"
- con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 17847 del 6/12/2019 il "Protocollo operativo in tema di misure di sicurezza psichiatriche per il distretto di Milano".

Tali Protocolli, estremamente innovativi nei contenuti, stabiliscono le procedure per la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato non imputabili, cui viene attribuita una misura di sicurezza, introducendo modelli operativi di collaborazione tra le aree sanitaria e della giustizia, attraverso il coinvolgimento in particolare di Tribunali di Sorveglianza, Ufficio Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna, Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze delle ASST. La finalità dei Protocolli è di limitare il ricorso alle misure di sicurezza detentive sin dall'immediatezza del fatto di reato, in coerenza con la normativa di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, che in più parti ribadisce il carattere residuale di tali misure e sancisce i principi della priorità della cura necessaria, di territorialità della medesima e la centralità del progetto terapeutico individualizzato. Le Regole di Sistema 2020 (DGR n. 2672 del 16/12/2019) richiamavano azioni che dessero corso all'operatività degli stessi Protocolli anche attraverso tavoli di lavoro locali, ma l'intervenuta condizione pandemica ha impedito l'adempimento di tali azioni. Tali Protocolli, in forza e in ottemperanza della Legge 81 del 2014, oltre a contribuire a garantire la presa in carico degli aspetti sanitari legati alla patologia in soggetti autori di reato, comportano un raccordo tra tutti gli enti del territorio che a vario titolo intervengono a sostegno della persona. Infatti, raccomandando la REMS come misura residuale, si rende necessario potenziare il "sistema territorio" in ordine ai supporti sociali, domiciliari piuttosto che dei percorsi lavorativi, al

fine di consentire alla persona di riabilitarsi nel proprio contesto di vita. Nel 2022 le ATS in collaborazione con le ASST, anche attraverso il ruolo delle equipe forensi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DGR n. X/5340/2016), così come previsto dalle indicazioni per il loro funzionamento, vedono rinnovata l'indicazione regionale a promuovere le azioni utili all'implementazione dei suddetti protocolli.

Breve sintesi della DGR n. 6653 dell'11 luglio 2022 “Aggiornamento del piano regionale per la prevenzione del rischio suicidario negli istituti penitenziari per adulti” a seguito della DGR n. 4207 del 26/3/2021.

Il presupposto, anche normativo, è che prevenire il rischio di suicidi in ambito carcerario è un obiettivo condiviso tanto dall'Amministrazione della Giustizia quanto dall'Istituzione Sanitaria e si deve caratterizzare per la scelta di metodologie di lavoro innovativo, per il comune perseguimento degli obiettivi e l'integrazione delle reciproche competenze.

Con il piano regionale si forniscono linee di indirizzo comuni al fine di permettere la definizione, attraverso un'azione congiunta tra il PRAP e le articolazioni territoriali delle amministrazioni penitenziarie e sanitaria, dei **Piani locali di Prevenzione** presso ciascun istituto penitenziario.

Nelle carceri devono essere adottate misure tese a individuare, sia all'inizio che in itinere, il rischio suicidario di ciascun detenuto.

Ovviamente a seconda di un rischio basso, medio o alto, andranno adottate procedure differenziate.

La Regione avrà il compito di coordinare e monitorare l'applicazione dei Piani locali di prevenzione.

Si possono individuare quali punti salienti del Piano:

- Individuazione dei referenti dell'area decisionale (direttore e dirigente sanitario), dell'area dell'attenzione e del sostegno tecnico-clinico (medici, infermieri, psicologi, educatori/TERP, assistenti sociali) o solo tecnico (funzionario giuridico pedagogico), nonché dell'area a tecnica (personale di polizia penitenziaria, volontari penitenziari e gli stessi compagni di detenzione).
- La fondamentale necessità di un modello di lavoro interdisciplinare, creando appositi staff, presso ogni carcere.
- Strumenti specifici per la valutazione del rischio (appositi modelli da sottoporre ai detenuti appena giunti). Uno gestito dai medici e un secondo da parte degli specialisti (psicologi e psichiatri).
- Gli interventi attuati dallo staff multidisciplinare andranno annotati in apposito registro documentale di verbalizzazione delle sedute (le quali possono avvenire anche online).
- Per i soggetti a rischio elevato la rivalutazione viene effettuata quotidianamente, per i soggetti a rischio medio deve essere almeno bisettimanale.
- Informazione e formazione permanente interprofessionale, interdisciplinare sistematica, strutturata e periodica per tutti gli operatori, in particolare per quelli a più stretto contatto con la quotidianità detentiva.

5. APPROFONDIMENTO DELLE TEMATICHE

- A. Tutele legislative e salute mentale
- B. Fattori di rischio e statistiche
- C. REMS e Covid 19
- D. Donne e minori in carcere

A. TUTELE LEGISLATIVE E SALUTE MENTALE

Molti studi condotti nei paesi sviluppati mostrano come in carcere la presenza di individui con sintomi di malattie mentali, così come con problemi di comunicazione e apprendimento, e dipendenza da uso di sostanze stupefacenti, sia mediamente più alta che nella popolazione libera (Durcan e Zwemstra, 2014). Altro dato non trascurabile è l'alto tasso di suicidi nelle prigioni, anch'esso in maniera costante mediamente più alto nella popolazione detenuta che in quella libera, sia in Italia (Laganà, 2019), che a livello europeo (European Prison Observatory, 2019). Questa realtà merita una riflessione più approfondita e interdisciplinare, che aiuti a comprendere la complessità di un fenomeno statisticamente - e socialmente - molto rilevante.

Il Rapporto dell'Associazione Antigone (2021) in relazione al tasso di suicidi, che è tornato a salire dal 2019 al 2020, evidenzia come la letteratura abbia individuato due momenti particolarmente critici della vita carceraria degli individui: il primo è il momento di ingresso nel carcere, mentre il secondo è la fase prossima alla scarcerazione. Nel primo caso, fattori di criticità sono la rottura di rapporti con il mondo esterno e la precarietà dei rapporti affettivi, che talvolta amplificano problematiche individuali precedentemente esistenti. Il secondo caso è indotto da una serie di ansie e preoccupazioni legate al processo di reinserimento nella società libera. Oltre a queste due specifiche fasi, occorre evidenziare che tutto il periodo detentivo rappresenta un terreno fertile per lo sviluppo di patologie psichiche. Lo stesso Garante Nazionale per i diritti delle persone private della libertà personale, nel suo più recente rapporto (2021), sottolinea come la sofferenza psichica (così come quella fisica) e i luoghi di privazione della libertà siano tra loro strettamente interdipendenti, e definisce inoltre la vita in cattività come "patogena". È tutt'altro che recente l'espressione "Sindrome da *prisonizzazione*", coniata dallo scienziato sociale Donald Clemmer nel 1940, che indica una serie di sintomi clinici insorti a seguito dell'inizio della detenzione, caratterizzati da un processo di spersonalizzazione e perdita dell'autostima, molto comune, oggi come ieri, fra la popolazione carceraria.

Fra i disturbi psichici più frequenti sono da menzionare il disturbo dell'adattamento, disturbi legati all'utilizzo di sostanze stupefacenti, il disturbo del controllo degli impulsi, disturbi della personalità (Rapporto Antigone, 2020). Allargando l'inquadratura, si evidenzia come le patologie psichiche siano fra le maggiori cause di malattie nelle carceri italiane, rappresentando circa il 41% di tutti i disturbi che affliggono i detenuti (Ars Toscana, 2015). In alcuni casi, tali patologie psichiche si rivelano talmente gravi da rendere molto difficile la prosecuzione della pena nell'istituzione penitenziaria (Poneti, 2018). Una delle soluzioni formalmente adottate dal legislatore con il DPR 230/2000, per porre rimedio alla presenza di rei con problemi psichici sopravvenuti nel corso della pena, è quella dell'inserimento negli istituti penitenziari delle ATSM, le articolazioni per la tutela della salute mentale, dove un detenuto può restare per un limite massimo di 30 giorni. Tuttavia, secondo l'ultimo rapporto dell'Associazione Antigone (2021), tali articolazioni spesso non soddisfano il fine ultimo

per le quali sono state ideate dal legislatore, in quanto sprovviste di adeguati percorsi di cura e di risocializzazione. Lo stesso rapporto, così come altre fonti in letteratura (Mattevi, 2019; Chiola, 2019), suggeriscono la necessità di sviluppare percorsi di cura e risocializzazione esterni al carcere.

Da rilevare, poi, un'importante sentenza della Corte Costituzionale, la n.99 del 2019:

“La Corte ritiene in contrasto con i principi costituzionali di cui agli artt. 2, 3, 27, terzo comma, 32 e 117, primo comma, Cost. l’assenza di ogni alternativa al carcere, che impedisce al giudice di disporre che la pena sia eseguita fuori dagli istituti di detenzione, anche qualora, a seguito di tutti i necessari accertamenti medici, sia stata riscontrata una malattia mentale che provochi una sofferenza talmente grave che, cumulata con l’ordinaria afflittività del carcere, dia luogo a un supplemento di pena contrario al senso di umanità.”

L'importanza di tale sentenza è comprensibile soprattutto alla luce del quadro legislativo carente che aveva seguito la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) (Calcaterra, 2019). A seguito di questa, infatti, molti detenuti che stavano scontando la pena negli OPG per infermità psichica sopravvenuta nel corso della pena, erano stati trasferiti negli istituti penitenziari. La sentenza della Corte nel 2019 ha esteso la validità dell'art. 147: esso, in origine, prevedeva la possibilità, nel solo caso di grave deterioramento della salute fisica dell'individuo detenuto, di espiare la pena in una maniera alternativa al carcere (es. detenzione domiciliare). Con tale sentenza, l'articolo viene esteso anche ai casi di sopravvenuta grave infermità psichica.

La proposta di percorsi alternativi al carcere al fine di garantire cure adeguate era stata anche avanzata dalla Commissione Pelissero nel 2017. Tale Commissione aveva anche avanzato un progetto di riforma sulla sanità penitenziaria in senso stretto, ossia per coloro i cui problemi psichici non si configuravano in un'intensità tale da giustificare misure di detenzione alternative. Solo una parte dei suggerimenti sono stati recepiti nell'ordinamento, scartandone altri. Uno di questi ultimi riguardava la necessità che il sistema sanitario nazionale assicurasse la presenza di un presidio del dipartimento di salute mentale, adeguato alle dimensioni e alle esigenze di ogni istituto penitenziario. Viene anche meno, fra i suggerimenti della commissione, la necessità che il medico, in occasione della visita di ingresso nel carcere, provveda alla documentazione fotografica di segni che testimonino che la persona abbia subito maltrattamenti (vi è obbligo di referto, ma non di documentazione fotografica) (Pelissero, 2018)¹. Dalla Relazione introduttiva della Commissione si evidenzia “che gli istituti penitenziari sono da sempre collettori ed amplificatori del disagio psichico ed è necessario che il legislatore e l'amministrazione penitenziaria pongano particolare attenzione alle fragilità psichiche che il carcere sviluppa. A questo riguardo, la Commissione è ben consapevole del fatto che le modifiche che propone costituiscono solo un primo, minimo ma indispensabile, strumento che va in questa direzione, ma è altrettanto consapevole del fatto che, per garantire l'effettivo potenziamento dell'assistenza psichiatrica negli istituti di pena, serve un forte investimento in termini strutturali e di risorse umane, con la costituzione di specifiche sezioni in carcere all'interno delle quali l'esecuzione della pena possa avvenire tenendo conto delle specifiche esigenze terapeutiche e con personale, numericamente e professionalmente adeguato. Le attuali “Articolazioni per la Tutela della Salute mentale” istituite all'interno di uno o più istituti penitenziari nell'ambito di ogni Regione, in attuazione dell'accordo approvato dalla Conferenza unificata in data 13 ottobre 2011, prevedono un

¹ Dalla “Relazione salute mentale e carceri” di POLIS Lombardia del Settembre 2021.

numero di posti (306) del tutto inadeguato, già allo stato attuale, rispetto alle esigenze che l'assistenza psichiatrica in carcere deve soddisfare"².

Di pari passo con le necessità e le tutele (presenti e assenti) di carattere legislativo, la letteratura (Duncan e Zwemstra, 2006; Jayne, 2006) ha evidenziato, grazie a ricerche realizzate con l'utilizzo di strumenti partecipativi (come *focus group*), come alcuni fattori specifici aiutino gli individui ristretti a mantenere un benessere mentale anche in situazioni di detenzione e rendano potenzialmente più efficaci gli interventi di cura messi in atto all'interno delle istituzioni penitenziarie. Gli elementi evidenziati come più rilevanti dai partecipanti alla ricerca, svoltasi nel Regno Unito, sono i seguenti: qualcuno con cui parlare, preparazione psicologica e pratica in vista del rilascio, qualcosa di significativo da fare, ricevere aiuto durante le crisi, avere la possibilità di accedere a psicoterapia e farmaci. Un'ulteriore ricerca condotta in un simile contesto ha evidenziato inoltre come alcune caratteristiche della specifica area "di cura" siano più importanti di altre: fra queste, una relazione di fiducia con medici, psicologi e infermieri, continuità della cura, garantendo la necessaria continuità terapeutica rispetto a trattamenti in corso all'esterno o all'interno dell'Istituto da cui il detenuto sia stato trasferito, informazioni chiare e dettagliate riguardo gli effetti collaterali delle medicine, non essere male informati o ingannati con false informazioni, una maggiore educazione sulla natura delle loro malattie, partecipazione alla pianificazione dei propri percorsi di cura e trattamento e terapie individualmente adattate e sviluppate.

Infine, è necessario tracciare una linea distintiva fra quelle che sono le due conseguenze più "visibili" del disagio psichico in carcere: i suicidi e le pratiche di autolesionismo. La caratteristica essenziale del disturbo autolesionistico non suicidario è infatti quella di ridurre emozioni negative come tensione, ansia e autorimprovero. A seguito dell'esecuzione di un atto autolesionistico vi è spesso l'aspettativa di ottenere un sollievo emotivo, come conseguenza immediata dell'atto stesso, ed esso può divenire una vera e propria strategia di *coping* contro la sofferenza psicologica, e persino oggetto di dipendenza. Il suicidio non è il fine dell'autolesionista, in quanto non vi è in tale gesto la medesima volontà (e il medesimo scopo) di porre fine alla propria vita (e con essa all'esperienza carceraria e alle sofferenze che essa comporta)³. Ogni suicidio è un gesto individuale di disperazione che non va mai strumentalizzato. I suicidi non si prevengono attraverso pratiche penitenziarie (celle disadornate o controlli estenuanti) che alimentano disperazione e conflitti. Né si prevenono prendendosi con il capro espiatorio di turno (di solito un poliziotto accusato di non sorvegliare il detenuto in modo asfissiante). Va prevenuta la spinta ad uccidersi più che l'atto in sé. La prevenzione dei suicidi richiede l'approvazione di norme che assicurino maggiori contatti con l'esterno e con le persone più care, un minore isolamento affettivo, sociale e sensoriale. Il carcere deve riprodurre la vita normale. Nella vita normale si incontrano persone, si hanno rapporti affettivi ed intimi, si telefona, si parla, non si sta mai soli per troppo tempo. Va rinforzato il sistema delle relazioni affettive, vanno aumentate le telefonate, va evitato l'isolamento forzato dal mondo. L'isolamento penitenziario fa male alla salute psichica del detenuto. Durante l'isolamento è più frequente che ci si suicidi. Vanno posti limiti

² Relazione della Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico, e per la revisione del sistema delle pene accessorie D.M. 19.7.2017 (Pres. Prof. Marco Pelissero), disponibile al seguente link: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_36_0.page?contentId=COS119876&previousPage=mg_1_36.

³Vedasi nota 1.

di tempo. Va abolita la norma obsoleta che prevede l'isolamento diurno per i pluri-ergastolani. (Antigone)⁴.

L'autolesionismo può tuttavia assumere una valenza "dimostrativa", in quanto veicolo di catalizzazione di attenzioni istituzionali e relazionali, come ultima risorsa contrattuale da utilizzare per rivendicare i propri diritti (Grasso, 2019). D'altro canto, il tasso di suicidio in carcere è stato definito anch'esso sintomo di un "malessere del sistema carcerario" (Antigone, 2021). Sebbene dunque abbiano radici psicologiche e motivazioni distinte, sia gli atti suicidari, sia gli atti autolesionistici non suicidari, si inseriscono in un quadro più ampio degli "eventi critici", come sono stati definiti dal Garante Nazionale per le persone private della libertà (2021), che delineano la necessità di un quadro di riflessione più ampio. Vi sono infatti fattori, parte dei quali esogeni, in altra parte endogeni, che contribuiscono allo sviluppo e all'aggravarsi di determinate situazioni⁵.

Per quanto riguarda le competenze statali, come già accennato più sopra, sono rimaste spesso lettera morta anche le leggi approvate dal Parlamento.

Nel 2021 però è stata istituita una nuova Commissione, la Commissione per l'innovazione del sistema penitenziario, **cosiddetta Commissione Ruotolo**, che ha concluso i suoi lavori il 17 dicembre 2021 attraverso una relazione finale nella quale, tra le svariate tematiche, viene affrontato anche il tema della salute mentale. Ciò che viene chiesto, è il pieno adeguamento della normativa alla disciplina di riforma della sanità penitenziaria, che comprende una specifica attenzione alla **sofferenza psichica** anche nella regolamentazione delle misure alternative, alla revisione della disciplina dei permessi, finalmente concedibili non solo per motivi di "particolare gravità", ma anche di "particolare rilevanza".

Infatti, quanto al tema della salute, la Commissione ha affrontato alcune problematiche, condividendo le proposte elaborate dal Tavolo 10 ("Salute e disagio psichico") degli Stati generali sull'esecuzione penale con riguardo alle esigenze dell'implementazione della **telemedicina** (con adeguamento delle risorse strumentali, mediante device di ultima generazione che consentano accertamenti a distanza; di sicuro interesse, al riguardo, è, ad esempio, la sperimentazione compiuta presso i quattro istituti di Rebibbia a Roma) e della **completa realizzazione del fascicolo sanitario** del detenuto (con una piena digitalizzazione delle cartelle cliniche). Gli aspetti oggetto di proposte di intervento normativo, specie riguardanti il regolamento, interessano, essenzialmente, i seguenti punti: **adeguamento alla disciplina di riforma della sanità penitenziaria dell'organizzazione del DAP; centralità del rispetto del principio di territorialità** (da rendere obbligatoria nei casi di persone con patologie croniche, in particolare psichiatriche o da dipendenza, pena l'impossibilità di garantire il diritto alla salute); necessità di investire sulla **costante, adeguata, uniforme e sollecita definizione di programmi trattamentali** (anche adeguando gli investimenti sulle specifiche risorse professionali); riattivazione dell'attenzione sugli interventi per la **riduzione del rischio suicidario in carcere** (tutti strettamente condizionati dagli interventi dei punti precedenti) previsti dai piani nazionali vigenti (2017). La Commissione ha elaborato articolate proposte di modifica, che interessano non solo la legge penitenziaria e il regolamento di esecuzione, ma anche disposizioni del Codice penale e del Codice di procedura penale, peraltro condividendo, con riguardo al tema delle misure di sicurezza

⁴Tratto dal documento contenente la "proposta di legge per prevenire i suicidi" presentata nel 2018 dall'Associazione Antigone e consultabile al seguente link: <https://www.antigone.it/upload2/uploads/docs/Propostadileggepreveniresuicidi.pdf>.

⁵Vedasi nota 1.

per infermità mentale le elaborazioni emergenti dai lavori della Commissione Pelissero⁶. La Ministra Cartabia, preve le ovvie valutazioni in merito, ha dichiarato l'intenzione di concentrarsi sull'attuazione di quei provvedimenti che possano contribuire, in modo concreto, al miglioramento delle condizioni di vita all'interno degli istituti penitenziari.

Come accennato in premessa, anche coloro (**polizia penitenziaria ed altre figure che gravitano nelle carceri**) che hanno rapporti continui con i detenuti affetti da patologie psicologiche/psichiatriche, manifestano disagi e difficoltà.

La situazione di sovraffollamento della popolazione detenuta, la carenza del numero di personale, la vetustà della struttura oltre alle particolari condizioni psicofisiche degli internati sono criticità che inevitabilmente si ripercuotono anche sugli attori che a vario titolo lavorano nella struttura.

I casi di suicidio non possono che ripercuotersi anche sulle condizioni lavorative in cui versano gli appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria, con livelli difficilmente sostenibili a livello psicofisico sul lungo periodo.

È pertanto indispensabile capire l'importanza della formazione del personale penitenziario ed intervenire in tal senso.

B . FATTORI DI RISCHIO E STATISTICHE⁷

Il “modello di privazione” (Clemmer, 1940; Goffman, 1961; Sykes, 1958) è una delle teorie che nella letteratura cerca di spiegare l'alta percentuale di suicidi fra la popolazione carceraria, rispetto a quella libera, ricorrendo principalmente all'uso di fattori ambientali ed esogeni. A tale teoria se ne è affiancata un'altra che, in maniera apparentemente opposta, ha sottolineato l'importanza dei fattori individuali ed endogeni: il così detto “modello di importazione” (Irwin e Cressey, 1962). Successivi studi hanno evidenziato come entrambi questi modelli, se presi individualmente, presentino notevoli limitazioni, e come una lettura del fenomeno suicidario all'interno delle carceri sia possibile solo alla luce di un'interpretazione più complessa, che consideri tali teorie come complementari, piuttosto che opposte, giungendo così a valorizzare quello che è stato definito come modello combinato (Dear, 2006).

Proprio a partire da questo modello combinato si è sviluppata la successiva riflessione sui fattori di rischio, che sono stati definiti da Farrington e Zara (2015) come “*condizioni individuali ed ambientali che aumentano il rischio e la possibilità che un determinato comportamento si manifesti*”⁸. Ognuno di tali fattori è di per sé importante, ma lo sono soprattutto quando interagiscono fra di loro, sommandosi (Zara, 2016). Inoltre, i fattori di rischio variano a seconda della sensibilità di una persona ad un determinato fattore, del contesto in cui essa è inserita e del periodo di esposizione a tale fattore (Zara, 2005). Gli studi sul tema evidenziano diversi ordini di elementi che possono influire sull'aumento di probabilità di suicidio. È stato rilevato anzitutto un fattore temporale (Albanese,

⁶Relazione finale della “Commissione per l'innovazione del sistema penitenziario (d.m. 13 settembre 2021 – Presidente Prof. Marco Ruotolo)”, dicembre 2021 (in particolare par. 4 e 4.3).

⁷Vedasi nota 1.

1983): i primi giorni di detenzione rappresentano sempre una fase relativamente critica. Un'altra categoria di detenuti maggiormente esposti al rischio di suicidio sono i "fine pena mai" che, per le caratteristiche della loro specifica condizione (quali il lungo periodo detentivo, il pentimento legato al reato commesso, la propensione alla violenza sia auto che etero diretta), necessiterebbero di una forma continuativa di supporto psicologico. Altresì importante risulta il fattore anagrafico: i giovani sono in generale considerati più vulnerabili rispetto a individui appartenenti ad altre fasce d'età (Laganà, 2019). Altro rilevante ordine di fattori è la posizione giuridica dei detenuti: è stato infatti sottolineato come l'incertezza del trovarsi in situazione di attesa di giudizio, specialmente per detenuti giovani, aumenti il rischio suicidario (WHO, 2007). Purtroppo, come si evince anche dai moniti della Corte Europea dei diritti dell'uomo e dalle procedure di infrazione, l'Italia presenta una delle percentuali più alte in Europa di persone non condannate a titolo definitivo presenti in carcere.

Elementi più specifici che sembrano inoltre aumentare il rischio di suicidio sono dunque in parte endogeni e in parte esogeni. La presenza di un forte legame affettivo all'esterno del carcere, sebbene potrebbe apparire a prima vista come un fattore protettivo, sembrerebbe invece aumentare il rischio di suicidio: vi è infatti l'incertezza su come tali legami subiranno l'impatto dell'incarcerazione e come, e se, saranno mutati una volta terminata la condanna (Dye, 2010; WHO, 2007). Altre caratteristiche individuali preesistenti che possono potenzialmente incidere sull'aumento della probabilità di commissione di un suicidio sono la presenza di una diagnosi psichiatrica al momento dell'entrata in carcere e la presenza di problemi legati a dipendenza da alcol (Freilone, 2014) e sostanze stupefacenti (Soscia e Cardamone, 2015). Oltre all'abuso di sostanze, altri disturbi mentali specifici presenti prima dell'entrata in carcere sono stati trovati essere particolarmente sovra rappresentati fra la popolazione suicida: si tratta di schizofrenia (Joukama, 1997; Pérez-Càrceles et al., 2001), disturbi dell'umore (Rohde et al., 1997; Felthous et al., 2001), disturbi borderline e antisociale (Schaffer et al., 1982; Haw et al., 2001). Infine, numerose ricerche hanno individuato come fattore particolarmente critico le situazioni di forte sovraffollamento nelle carceri (Huey e McNulty, 2005) ed alcune di esse hanno evidenziato come all'interno delle carceri sovraffollate il suicidio sia 10 volte superiore rispetto alle altre (Prete et al., 2006). Occorre riportare queste considerazioni alla realtà carceraria del nostro paese, dove il sovraffollamento è un fenomeno endemico, che ha portato anche l'Italia ad essere condannata nel 2013 dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU), nella ben nota sentenza Torreggiani⁹. Nello specifico della realtà carceraria lombarda, si rileva come quest'ultimo fattore sia particolarmente problematico per alcune delle strutture carcerarie della regione, come menzionato nell'analisi di contesto: per esempio la Casa Circondariale di Brescia Canton Monbello, è stata indicata nel XVII rapporto dell'Associazione Antigone (2020) come il secondo carcere peggiore d'Italia, non solamente per l'alto tasso di sovraffollamento, ma anche per la vetustà della struttura, risalente al 1800 e la mancanza di aree comuni adatte, tutti elementi che lo stesso report definisce come "pena supplementare" per i detenuti.

Per capire meglio il ruolo giocato da tali elementi è utile introdurre il concetto di "contesto vitale", che non comprende solo il sovraffollamento ma anche un'altra serie di fattori ambientali, quali il legame fra relazioni umane e detenzioni in particolari regimi (e.g. isolamento). L'importanza di tale

⁹ La Corte europea dei diritti umani, con la sentenza Torreggiani (ricorsi nn. 43517/09, 46882/09, 55400/09; 57875/09, 61535/09, 35315/10, 37818/10) – adottata l'8 gennaio 2013 con decisione presa all'unanimità – ha condannato l'Italia per la violazione dell'art. 3 della Convenzione europea dei diritti umani (CEDU). Il caso riguarda 7 persone detenute nelle carceri di Busto Arsizio e Piacenza, in celle molto strette, con 3-4 metri quadri ciascuno, che sono stati sottoposti a trattamenti inumani e degradanti (disponibile al <https://www.giurisprudenzapenale.com/2013/04/01/torreggiani-strasburgo-condanna-italia/>, ultimo accesso il 21/07/2021).

concetto per spiegare gli eventi critici che avvengono in carcere (e dunque, non solo il suicidio, ma anche atti di autolesionismo e atti di violenza etero diretta) è avvalorata da diversi elementi nella ricerca quali: prevalenza di determinati gesti in specifici reparti e atti di auto violenza associati all'angoscia determinata da un contesto vitale inadeguato più che a reale volontà auto-soppressiva. Sebbene dunque i vari tipi di gesti possano avere differenti ragioni, il contesto vitale, derivante in parte da condizioni ambientali dell'ambito carcerario, può incidere, anche se in maniera differente, su di essi (Buffa, 2008; Tomasi et al, 2007). Il fatto che i gesti auto aggressivi siano talvolta seguiti anche da gesti etero aggressivi verso il personale carcerario e questo avvenga nelle medesime strutture e sezioni (Soscia e Cardamone, 2015), suggerisce come le radici di tali gesti si annidino spesso in un terreno comune e come i fattori induttivi siano, almeno in parte, ambientali.

In ultima analisi occorre menzionare che è la stessa costituzione italiana, articolo 27, a richiamare l'attenzione sulla necessità che la detenzione, e le pene inflitte a seguito di una condanna, non possano essere contrarie al "senso di umanità" e debbano tendere come fine quello della rieducazione del condannato. In altre parole, essa sottolinea che la pena inflitta non può e non deve accompagnarsi a una pena supplementare, come talvolta può accadere nei casi di sovraffollamento eccessivo delle strutture, di mancanza di articolazioni idonee alla cura dei disturbi psico-fisici dei detenuti e nei casi di accertati trattamenti inumani nei confronti degli individui ristretti¹⁰. Pertanto, si ritiene opportuno definire, nell'attuale contingenza di generalizzato sovraffollamento, delle strategie di gestione degli spazi detentivi disponibili che siano coerenti con il mandato costituzionale ex art. 27 Cost. e con gli obblighi assunti a livello internazionale ex art. 3 CEDU, "Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti". Di conseguenza, il primo dovere degli Stati è di rispettare una proporzione minima, tra numero dei detenuti e spazio vitale di cui essi dispongono nel carcere. Tale dovere è al tempo stesso indefettibile e indifferibile. Non è accettabile che si ammetta che determinate persone possano vivere rinchiusi entro dimensioni che non siano assolutamente rispettose per nessun essere umano e che non tengano in debita considerazione aspetti altrettanto apprezzabili quali, il rispetto della persona e della sua dignità, la tutela dei diritti ed il rispetto delle pari opportunità. Tramite la predisposizione di alcune circolari il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha inteso sensibilizzare le Direzioni degli Istituti perché possano essere garantiti per ogni detenuto "spazi vitali adeguati". È necessario che in occasione dell'ubicazione delle persone detenute presso i diversi istituti del Paese, sia prestata particolare attenzione al rispetto degli standard minimi individuati dalla Corte Europea, adottando eventuali misure correttive per le ipotesi in cui siano riscontrabili situazioni non conformi ai parametri stabiliti a livello europeo. La stessa Corte Europea, nella persona del giudice Sajò aveva ritenuto opportuno precisare, nel caso Sulejmanovic c./ Italia, che il motivo per cui la "flagrante" mancanza di spazio sofferta dal ricorrente costituiva violazione all'art.3 della Convenzione risiedeva, non tanto nella carenza di spazio in sé considerata, quanto nella mancata adozione da parte del nostro Paese "di misure compensative complementari volte ad attenuare le condizioni gravose derivanti dalla sovrappopolazione del carcere. Ciò sarebbe servito a far passare (...) il messaggio che lo Stato, pur dovendo far fronte ad un'improvvisa crisi carceraria, non era indifferente alla sorte dei detenuti ed intendeva creare condizioni detentive che, tutto sommato, non facessero pensare al detenuto come a nient'altro che un corpo da dover sistemare da qualche parte".

¹⁰ Vedasi nota 1.

Il continuo innalzarsi delle presenze negli istituti penitenziari ha determinato un crescente peggioramento delle condizioni di vita interne sia per la graduale contrazione dello spazio “di perimetrazione” posto a disposizione dei detenuti, sia per la riduzione, legata a molteplici fattori, delle offerte trattamentali proposte. È chiaro che il ruolo del carcere resta tale solo qualora questo rappresenti effettivamente il limite estremo dell’intervento sanzionatorio e venga, quindi, previsto unicamente per i casi più gravi, risultando così applicabile in maniera del tutto efficace ed effettiva. Pertanto, quando la popolazione carceraria tende a superare gli indici di tollerabilità tassativamente determinati per ogni singolo istituto penitenziario, la detenzione finisce sempre per rappresentare una violazione dei diritti fondamentali, ragion per cui, la pretesa punitiva dello Stato deve saper cedere di fronte a possibilità diverse di esecuzione della pena in carcere, aprendo la strada a “nuove pene” che siano realmente alternative alla detenzione. Il problema del sovraffollamento è in sostanza una questione di legalità “perché nulla è più disastroso che far vivere chi non ha recepito il senso di legalità e, quindi, ha commesso reati, in una situazione di palese non corrispondenza tra quanto normativamente definito e quanto attuato e vissuto”. (*La dignità della persona in carcere - Dispense ISSP n.4 Ministero della Giustizia*)¹¹.

Anche se non vi è un nesso causale diretto tra tentati suicidi e sovraffollamento, quest’ ultimo, come fattore esogeno, incide sulla presa in carico psico-sociale del detenuto da parte degli operatori, indipendentemente dal loro profilo professionale. Infatti, i dati ci dicono che nelle carceri dove sono avvenuti almeno due suicidi queste presentavano un tasso di sovraffollamento superiore al 150%. Più cresce il numero dei detenuti più alto è il rischio che essi siano resi anonimi¹². L’alto numero delle persone recluso aumenta il rischio che nessuno si accorga della loro disperazione, visto che lo staff penitenziario non cresce di pari passo, anzi.

Quanto al **rapporto tra l’utilizzo di sostanze psicotrope e salute mentale** negli istituti penitenziari, va innanzitutto considerato che al 31/12/2020, in Lombardia erano presenti 3.023 detenuti con **problemi di tossicodipendenza** di cui stranieri 1.248 (Fonte DAP 2020). Nelle 15 Case Circondariali, 3 case di Reclusione e un Istituto per Minori i soggetti detenuti che hanno formulato una richiesta di valutazione di tossicodipendenza e presa in carico nel 2020 sono invece stati 4.884 di cui 240 femmine e nel 2021 n. 4.803 di cui 210 femmine (Fonte AMB 2020 e 2021). Nel biennio 2020/2021 sono quindi 7.506 le persone prese in carico dai Servizi per le Dipendenze.

Le sostanze primarie di dipendenza e/o abuso rispecchiano le sostanze maggiormente diffuse anche nella popolazione generale: cannabis, eroina, cocaina e alcol. N. 769 soggetti (pari al 10,23%) sono stati presi in carico per una certificazione di tossicodipendenza, ancora in corso o conclusa senza la rilevazione di una sostanza. Va infine rilevato che nel 80% dei casi le forme di abuso/dipendenza dei soggetti detenuti devono considerarsi polidipendenze che associano alla dipendenza da una sostanza primaria l’abuso di una o più altra sostanza. Le combinazioni più diffuse sono alcol e oppiacei; alcol ed eroina. L’uso di cannabis e tabacco è presente nella quasi totalità dei soggetti. Rileviamo anche la dipendenza da farmaci e 17 casi di giocatori d’azzardo patologico.

¹¹Ministero della giustizia Dipartimento dell’amministrazione penitenziaria, *La dignità della persona in carcere - Dispense ISSP n.4* (settembre 2013), disponibile al sito:

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.wp?facetNode_1=4_15&facetNode_4=0_2_6&facetNode_3=3_1&facetNode_2=0_2&previousPage=mg_1_12&contentId=SPS959271

¹² Vedasi nota 1.

In 248 casi (pari al 4% della popolazione totale) si osserva anche la compresenza di severi problemi psichiatrici.¹³

Risulta emblematica la situazione presente all'interno della struttura carceraria di San Vittore. L'istituto, infatti, è caratterizzato dalla presenza di numerosissimi casi di malattie psichiatriche, quali principalmente psicosi, schizofrenie e disturbi conseguenti all'abuso di sostanze stupefacenti o da comportamenti antisociali e disturbi post-traumatici da stress (soprattutto nella popolazione migrante).

Un altro aspetto riguarda le persone che hanno comportamenti, alterazioni comportamentali per abuso di sostanze, diverse da quelle abituali quali eroina e cocaina. Questo abuso di sostanze, diverse da quelle più comuni, utilizzate per lo più da popolazioni emarginate, crea comportamenti che vengono scambiati come psichiatrici, ma in realtà sono estranei alla sfera psichiatrica. Purtroppo, non c'è adeguata conoscenza su questo tipo di sostanze, anche dal punto di vista biochimico, e questo rappresenta un problema aggiuntivo.

Eventi critici: le statistiche degli ultimi anni¹⁴

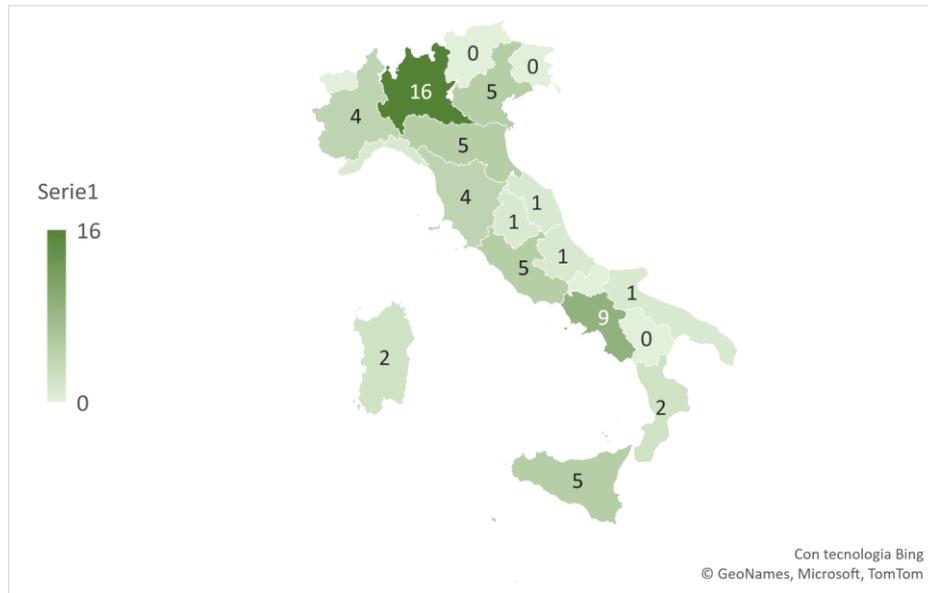
Il Garante nazionale per i diritti delle persone private della libertà personale, nell'ultima relazione al Parlamento (2021), ha incluso nella definizione di eventi critici nelle strutture carcerarie 14 diversi tipi di eventi: atti di aggressione, aggressioni fisiche al personale di polizia penitenziaria, atti di contenimento, autolesionismo, infrazioni disciplinari, isolamento disciplinare, isolamento sanitario, manifestazioni di protesta collettiva, manifestazioni di protesta, rivolte, invii urgente in ospedale, suicidi, tentati suicidi, percosse riferite al momento dell'arresto. Sebbene molti di questi siano in qualche modo rilevanti ed affini in un modo o in un altro al tema della salute mentale nelle carceri, ci concentreremo qui su quelli tematicamente più coerenti con gli altri paragrafi sul tema, avvenuti negli ultimi anni, per consentire un'osservazione della loro variazione nel corso del tempo: atti di autolesionismo, suicidi e tentati suicidi, soffermandosi su ulteriori dati da questo elenco nel paragrafo successivo, che andrà ad approfondire l'impatto del Covid-19 nelle carceri italiane e lombarde. Occorre inoltre tenere sempre a mente che, al di là dei dati mostrati in questa sezione, che possono dare un'inquadratura generale, ma pur sempre molto limitata, di questi fenomeni molto complessi e sfaccettati, ci sono persone, ognuna con la propria storia, le proprie motivazioni e la propria individualità.

In termini assoluti, la Lombardia, dove 16 persone hanno scelto di togliersi la vita (62 in tutta Italia), è stata nel 2020 la regione italiana con il più alto numero di suicidi nelle carceri, come mostrato nella seguente mappa, numero che risulta alto anche in termini relativi sul totale dei detenuti della regione.

¹³ Tratto dalla DGR n. XI/6029 del 1° marzo 2022. La differenza tra i due numeri deriva dalla estrazione dei dati da due data base differenti, uno basato sui flussi ministeriali rilevati alla matricola degli istituti penitenziari (DAP) e l'altro da un flusso epidemiologico a carico dei Servizi per le Dipendenze (AMB). Può succedere che alcuni soggetti alla matricola non dichiarino la loro condizione di dipendenza ma si rivolgano poi ai servizi per una certificazione e/o una presa in carico. A livello nazionale il Dipartimento Politiche Antidroga sta implementando in un flusso specifico (SIND) l'insieme delle informazioni in modo da ottenere dati omogenei.

¹⁴Vedasi nota 1.

Figura 5. Numero assoluto di detenuti suicidi per regione anno 2020



Fonte: Elaborazione Polis su dati del Garante per i diritti delle persone private della libertà personale

A parte la Casa Circondariale di Pavia, tutte le carceri dove sono avvenuti almeno due suicidi presentano un tasso di sovraffollamento superiore al 150%. Tutti i detenuti che si sono tolti la vita in Lombardia sono di genere maschile (dato spiegabile anche sulla base della bassa percentuale di donne detenute sul totale); 13 su 16 hanno un'età compresa fra i 20 e i 45 anni e solo 3 sopra i 50 anni; quasi la metà (7) sono sotto i 30 anni. L'età media dei detenuti morti suicidi è di 36 anni. Questo conferma l'importanza del fattore anagrafico come fattore di rischio e il fatto che i detenuti di giovane età sono effettivamente più vulnerabili, il che evidenzia una maggiore necessità di essere seguiti da un punto di vista psicologico. Vi è inoltre una leggera maggioranza di cittadini di origine straniera rispetto a cittadini italiani. Infine, occorre notare che, nonostante in termini assoluti il numero di individui condannati in via definitiva sia più alto, vi è anche un numero rilevante di detenuti in attesa di giudizio che scelgono di togliersi la vita (il 37,6% del totale). Occorre infine notare che tutti i suicidi sono avvenuti in Case Circondariali e nessuno in Case di Reclusione (presenti in misura minore sul territorio).

La maggioranza delle tendenze registrate a livello regionale nel 2020 si conferma anche a livello nazionale nello stesso anno: quasi tutti gli individui morti suicidi in Italia nel 2020 (61 su 62) sono di genere maschile; in termini assoluti, il numero di cittadini italiani e cittadini di origine straniera si equivalgono, l'età media dei suicidi è leggermente più alta che quella regionale (39 anni) e i luoghi di decesso si confermano soprattutto le Case Circondariali e specificatamente le sezioni di

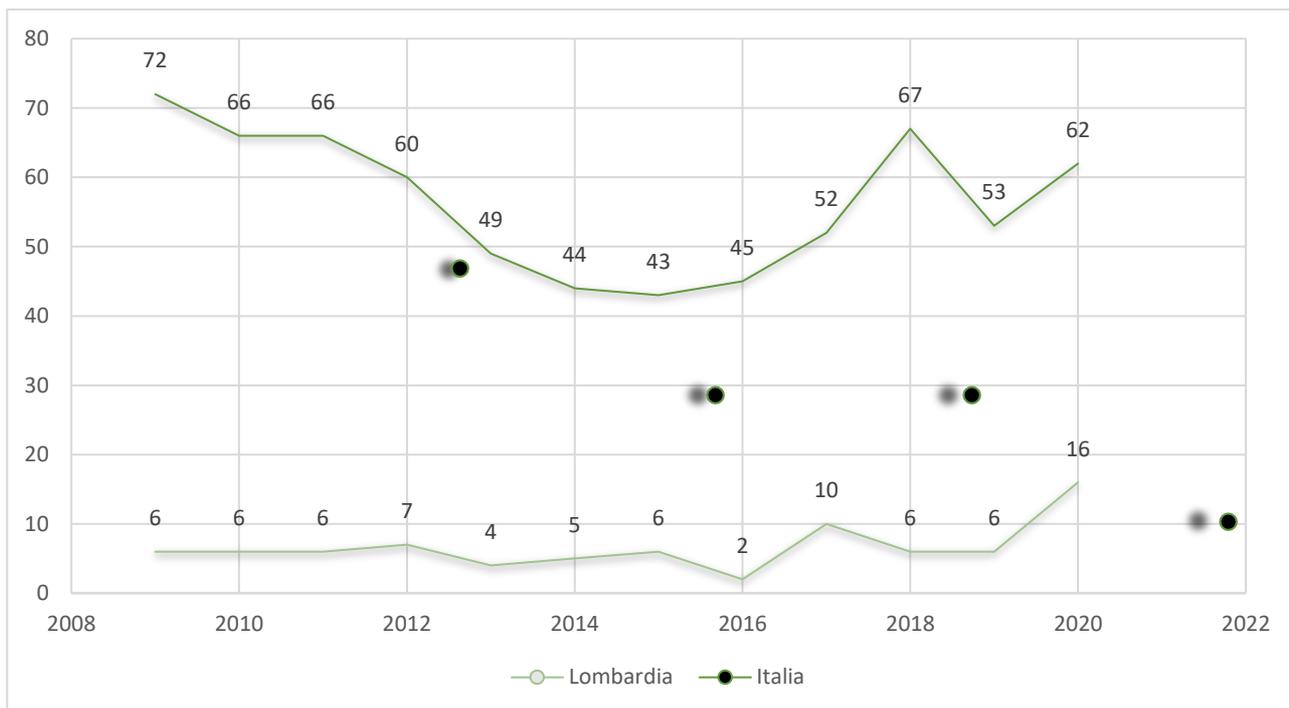
Circondariale a custodia aperta, rispetto alle Case di Reclusione (presenti anche in numero assoluto minore sul territorio). Si conferma, infine, l'alta percentuale di suicidi di individui condannati in via definitiva (27), anche se non è trascurabile nemmeno il numero di persone in attesa di giudizio che compiono atti suicidari (21), soprattutto in relazione al fatto che questi ultimi sono, in termini assoluti, meno numerosi all'interno delle strutture carcerarie.

Il 2021 è stato il primo anno segnato per intero dalla pandemia. Questo ha ristretto le libertà, oltre che infettato, chi nella libertà personale era già ristretto: i detenuti. L'associazione Antigone - che da 30 anni monitora le dinamiche nelle carceri italiane - ha verificato nel corso dell'anno 2021, visitando 99 carceri¹⁵ sulle 189 presenti sul suolo nazionale, come il ritorno alla normalità purtroppo sia ancora lontano. Il numero di suicidi registrati alla data del primo giugno 2021, a livello nazionale, è di 21 persone, delle quali 2 in Lombardia: uno nella Casa Circondariale di Bergamo e l'altro nella Casa di Reclusione di Milano Bollate (Ristretti, 2021). Se osserviamo invece la tendenza storica, si nota come, a livello nazionale, il numero di suicidi nelle carceri abbia avuto una netta diminuzione a partire dal 2013, anno della sentenza Torreggiani, ricominciando a risalire dal 2017, e raggiungendo un nuovo picco nel 2018. Leggermente differente il trend a livello regionale: dal 2009 al 2015 il numero di suicidi è rimasto piuttosto stabile, con una relativa diminuzione nel 2016, seguita a un primo picco nel 2017. Colpisce tuttavia il numero registrato nel 2020, il più alto negli anni considerati, non solo in termini assoluti, ma anche in termini relativi su tutte le morti per suicidio avvenute in carcere a livello nazionale (i suicidi in carcere in Lombardia rappresentano infatti un quarto di tutte le morti per suicidio in carcere sul territorio italiano nel 2020)¹⁶.

Figura 6. Suicidi in Lombardia e in Italia 2009-2020

¹⁵ Come risulta dall'articolo "Carceri. Il 2021 nei nostri dati: *"fondamentale rilanciare la strada delle riforme"*", consultabile al seguente link: <https://www.antigone.it/news/antigone-news/3401-carceri-il-2021-nei-nostri-dati-fondamentale-rilanciare-la-strada-delle-riforme>.

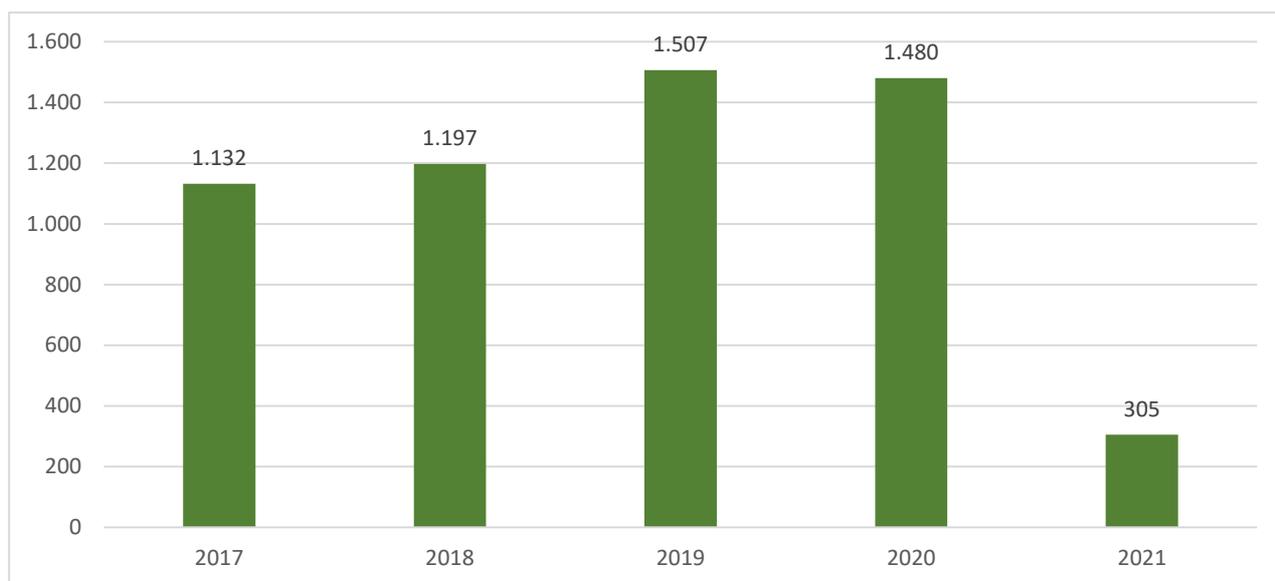
¹⁶ Vedasi nota 1.



Fonte: Elaborazione Polis su dati del Centro di documentazione sul carcere Ristretti Orizzonti e Ministero della Giustizia

Altamente rilevante in questo contesto anche il dato relativo ai tentati suicidi, presente però solo a livello nazionale e non regionale. Come si osserva dal seguente grafico, il numero di tentati suicidi è molto superiore a quello degli effettivi, evidenziando una situazione di disagio psicologico endemica all'interno delle carceri italiane. Il numero di tentati suicidi è stato in netto aumento nel 2019 rispetto all'anno precedente, ed è rimasto elevato anche nel 2020.

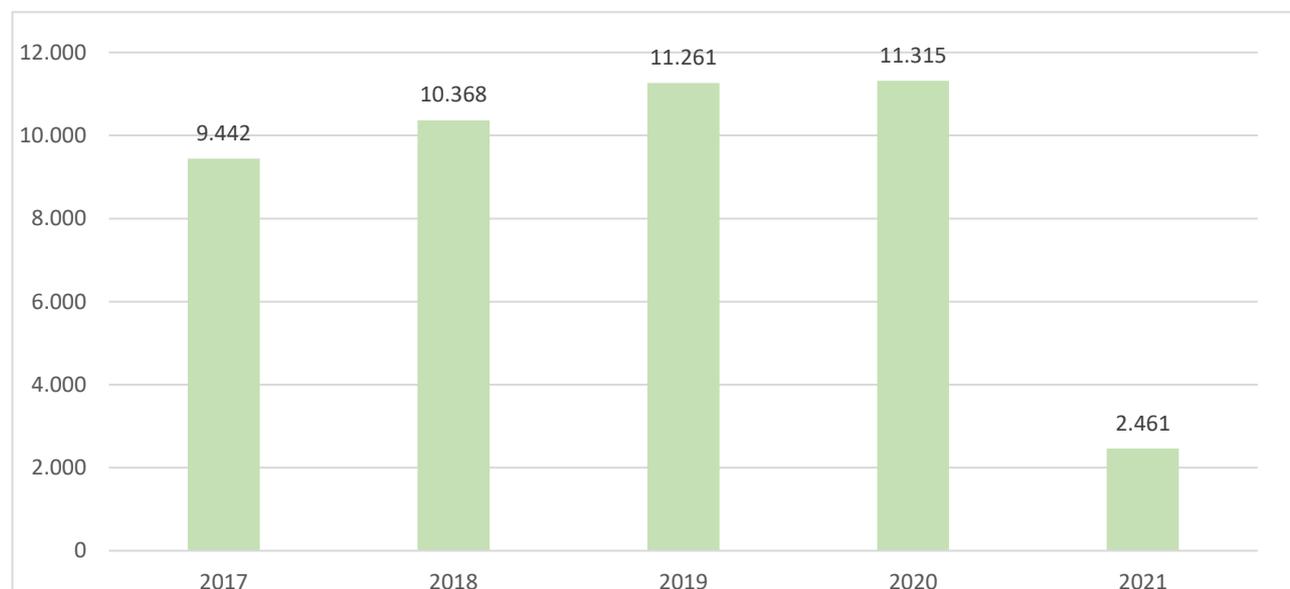
Figura 7. Tentati suicidi in Italia 2017-2021



Fonte: Elaborazione Polis su dati del Garante per i diritti delle persone private della libertà personale

Per quanto riguarda i dati sugli atti di autolesionismo, dati sistematici sono presenti a livello nazionale, ma non a livello regionale, dove si rinvencono dati specifici, per il 2020, solo per le 4 Case Circondariali visitate da volontari dell'Associazione Antigone.

Figura 8. Atti di autolesionismo in Italia 2017-2021



Fonte: Elaborazione Polis su dati del Garante per i diritti delle persone private della libertà personale

L'andamento degli atti di autolesionismo nelle carceri è stato costantemente in crescita, a livello nazionale, dal 2017 al 2020, anno in cui ha raggiunto il numero più elevato. Da notare come l'andamento si discosti da quello del numero di tentati suicidi nello stesso arco temporale, suggerendo ancora una volta ragioni diverse dietro al compimento di questi atti.

A livello regionale, nel 2019 si sono registrati nella Casa Circondariale di Busto Arsizio 147 atti di autolesionismo, nella Casa Circondariale di San Vittore 407, nella Casa Circondariale di Monza 81 e 105 nella Casa Circondariale di Como (Osservatorio Antigone, 2020). In termini relativi, le situazioni più critiche si registrano nelle prime due, dove sul totale della popolazione carceraria sono oltre il 40% le persone che hanno compiuto atti di autolesionismo nel 2019, anche se sono comunque elevate le percentuali delle altre due carceri (rispettivamente 13,63% e 28,69%). Si nota, inoltre, per le Case Circondariali per cui si ha un dato anteriore di un anno, che le percentuali sono in aumento rispetto all'anno precedente sia per il carcere di San Vittore (dato precedente: 34,6%) sia per il carcere di Como (dato precedente: 22,86%). Il carcere di Cremona infine ha registrato nel 2018 una percentuale di persone che hanno compiuto atti di autolesionismo pari al 36,06%.

Di fronte a questi numeri, è necessario notare anche alcuni dei fatti che li accompagnano: sia il carcere di Busto Arsizio, sia quello di Como, sia quello di San Vittore, sono privi di un'articolazione per la salute mentale; il numero medio di ore settimanali di presenza degli psichiatri ogni 100 detenuti è di 6, con situazioni che variano lievemente da carcere a carcere (4,2 Busto Arsizio; 5,5 Como; 6,5 Monza; 7,9 San Vittore). Il numero medio di ore di presenza degli psicologi ogni 100 detenuti è leggermente più alto (12,5), anche in questo caso con situazioni variabili da struttura a struttura (19,8 San Vittore; 9,6 Monza; 8,2 Como). A questi dati sono infine da aggiungere le percentuali di persone attualmente in terapia psichiatrica e le percentuali di tossicodipendenti in trattamento. Per quanto riguarda i detenuti in terapia psichiatrica, essi rappresentano nella Casa Circondariale di Monza il 32% e nella Casa Circondariale di Como il 60%. I tossicodipendenti in trattamento sono il 47% nella prima ed il 6% nella seconda. In ultima istanza, occorre sottolineare che questi dati, non essendo temporaneamente disponibili in maniera sistematica per tutte le carceri lombarde, danno solo una rappresentazione parziale di una realtà di per sé molto complessa, che occorrerebbe comprendere alla luce di indagini più approfondite.

Oltre ai suicidi, ogni anno nelle carceri si rilevano numerose morti con cause ancora da accertare. In questa categoria sono rientrate diverse morti avvenute negli istituti penitenziari durante il 2020, alcune delle quali avvenute durante le rivolte scoppiate all'inizio del primo lockdown nazionale. Nessuna delle suddette morti, 13 in tutto sul territorio nazionale, si è registrata nelle carceri lombarde. Nonostante questo, il Covid ha causato una maggiore pressione sul sistema penitenziario italiano, ed è opportuno approfondire come gli eventi ad esso legati possano aver influito sulla situazione carceraria in Lombardia e sulla salute mentale degli individui coinvolti.

C. REMS e COVID-19

• REMS

Il percorso di “superamento” degli Ospedali psichiatrici giudiziari ha portato all’uscita delle ultime due persone internate dall’Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto nei primi giorni di maggio del 2017 ponendo, così, fine ad una storia secolare. Sono, infatti, trascorsi più 140 anni da quando ad Aversa, nella casa penale per invalidi ospitata nel convento cinquecentesco di San Francesco da Paola, nasceva la prima “sezione per maniaci”, che poteva ospitare fino a diciannove persone. Come spesso accade, la “chiusura” definitiva degli Opg e l’entrata in vigore della l. 81/2014 – oggi caposaldo dell’intero impianto normativo – ha reso sfuocate le attenzioni della politica, dei media e dell’opinione pubblica. Proprio tale attenzione aveva avuto un ruolo fondamentale – anzi, decisivo – nel processo di riforma. Dai punti fermi della l. 81/2014 sul piano dell’organizzazione delle Rems, già contenuti nel Decreto Ministeriale del Ministro della Salute 1° ottobre 2012 – si evince, da parte del decisore una volontà di attenuare gli aspetti custodiali delle misure di sicurezza e di tracciare una discontinuità tra vecchi Opg e nuove Rems. Si prevede:

1. l’esclusiva gestione sanitaria delle Rems, affidate esclusivamente alla sanità pubblica regionale, senza alcun potere decisionale o organizzativo del Ministero della Giustizia;
2. le ridotte dimensioni per evitare l’“effetto-manicomio”: la capienza massima di ogni Rems non deve essere superiore ai 20 posti. Una dimensione assimilabile a quella delle comunità terapeutiche, ma superiore a quella dei Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) ospedalieri;
3. la capillare diffusione sul territorio, per implementare il principio della “territorialità” della sanzione penale e favorire i contatti con il territorio esterno;
4. l’assimilazione agli standard ospedalieri per quanto riguarda le attrezzature necessarie allo svolgimento delle attività sanitarie e quelle necessarie a garantire la sicurezza del paziente e della struttura, nonché le dotazioni minime di personale sanitario e infermieristico per il funzionamento della struttura;
5. l’obbligo, per le Regioni, di adottare un piano di formazione del personale delle strutture sanitarie residenziali volto ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico legali e giuridiche (con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza), specifiche per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato.
6. che la sola attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna non costituisce competenza del Servizio sanitario nazionale né dell’Amministrazione penitenziaria, bensì sia affidata alle Regioni e le Province autonome, attraverso specifici accordi con le Prefetture, che tengano conto dell’aspetto logistico delle strutture, al fine di garantire adeguati standard di sicurezza. Al tema sicurezza si ricollega anche l’assenza di personale di polizia penitenziaria all’interno della struttura.

Al 30 novembre 2020 nelle 31 REMS vi erano 551 persone ricoverate. Si tratta del dato più basso della storia delle misure di sicurezza detentive dal Dopoguerra ad oggi. Il numero aveva raggiunto il suo picco massimo nel 1961 quando si contavano 2.182 persone internate in Opg. A partire dal 2012 il numero è in costante calo e si è stabilizzato nell’ultimo triennio, attestandosi sulla capienza massima

dei posti disponibili in Rems (circa seicento). Statisticamente la popolazione internata è marginale rispetto alla popolazione detenuta e non sembrano esserci significative correlazioni dirette tra l'andamento delle persone presenti in carcere e quello dei ricoverati in Opg/Rems. Il rapporto percentuale è storicamente stato intorno al 3% e oggi è sceso all'1% (la popolazione detenuta è infatti, a fine 2020, composta da 53 mila persone). Nell'ultimo decennio, il trend delle presenze appare dunque in discesa e non si esclude che possa ulteriormente scendere, soprattutto attraverso più attente "selezioni" all'ingresso, se è vero, come segnalato da numerosi operatori, che esiste un cospicuo numero di c.d. cripto-imputabili che non dovrebbero stare in Rems. Il fatto che il 27,4% (151 persone, di cui 133 uomini e 18 donne) della popolazione sottoposta a misura di sicurezza detentiva in Rems sia concentrata in un solo luogo, il sistema polimodulare di Rems di Castiglione delle Stiviere in Lombardia, è certamente un'anomalia. Per i critici, una stortura del sistema. L'"anomalia" di Castiglione ha radici antiche, è stato infatti il primo tra gli Ospedali psichiatrici giudiziari ad essere "sanitarizzato" e dunque totalmente gestito dalla sanità regionale lombarda, vedendo impiegati nei suoi padiglioni professionalità esclusivamente sociosanitarie. Il passaggio da Opg a Rems non ha prodotto in quel luogo sostanziali trasformazioni, se non di denominazione. Eppure, la stessa Regione Lombardia, chiamata dal Governo fin dal 2012 a redigere piani di riforma degli Opg, aveva previsto di soddisfare il requisito della "territorialità" delle misure di sicurezza, affiancando a Castiglione delle Stiviere (nei progetti originali, erano qui previsti 240 posti, pari alla capienza "storica" di quel luogo), altre tre strutture (nelle province di Como, Brescia e Milano) per un totale di ulteriori 40 posti. Quel piano originario fu poi ridimensionato e oggi Castiglione delle Stiviere è l'unico luogo in Lombardia dove eseguire la misura di sicurezza del ricovero in Rems. In un momento storico in cui, causa pandemia, si sta riaprendo la riflessione su quali siano i modelli che meglio interpretano il diritto alla salute costituzionalmente garantito, occorre aprire una riflessione franca, ragionata e non ideologica se questa anomalia debba continuare o se si debbano promuovere modelli diversi. Perché più di un quarto di pazienti sottoposti a ricovero in Rems debbono concentrarsi in un solo luogo? C'è un concreto rischio di eludere le finalità della riforma, riproponendo un modello residenziale che, almeno nei numeri, è di chiaro stampo manicomiale. Non vi sono evidenze di carattere sociodemografico che giustifichino il fatto che in Lombardia vi sia il triplo dei ricoverati rispetto anche alle altre regioni più popolate d'Italia (43 in Campania, 46 in Sicilia, 60 nel Lazio). Superate le difficoltà iniziali legate all'apertura delle Rems e all'adattamento ad un generale nuovo approccio alle misure di sicurezza per pazienti psichiatrici, è oggi necessario domandarsi se esista e quale sia il modello di Rems che funziona meglio di altri.

Si assiste a una differenza di visione tra operatori della salute mentale e della giustizia. I primi sono molto affezionati all'autonomia e alla valorizzazione dei particolarismi locali e dunque rivendicano la libertà di organizzare la quotidianità in Rems secondo parametri esclusivamente "sanitari" e seguendo le regole e le prassi proprie del servizio. Gli operatori della giustizia si trovano invece spesso "smarriti" di fronte a modalità di funzionamento così diverse e alla mancanza di una cornice di regole uguali per tutte le strutture. Riflettendo una visione "penitenziarista" della misura di sicurezza, lamentano la mancanza di un regolamento/ordinamento valido per tutto il territorio nazionale.

Entrambe le visioni trovano una loro logica. Ciò che non va dimenticato, è il particolare *status* della persona ricoverata in Rems: si tratta di persone *private della libertà* in virtù dell'applicazione di una misura di sicurezza e dunque particolarmente *vulnerabili*. Sarebbe opportuno individuare un nucleo

di “regole minime” comuni, in particolare riguardo a quei diritti maggiormente in tensione durante la privazione della libertà. Che, in un elenco non esaustivo, potremmo individuare in: rapporti con l'esterno e la famiglia (comunicazioni, telefonate, incontri), accesso e utilizzo degli strumenti tecnologici, affettività, libertà religiosa, provvedimenti disciplinari (Quali? Chi li decide? Con quali procedure e quali effetti?), accesso e rifiuto delle terapie farmacologiche e gestione di eventuali Trattamenti sanitari obbligatori. A questi diritti di natura pubblicistica, si affiancano le questioni privatistiche legate allo *status* della persona, nella quasi totalità dei casi si tratta di persone compromesse nella loro capacità di agire, con amministratori di sostegno, curatori o tutori.

Un altro tema che riguarda più l'aspetto organizzativo è quello della *sicurezza*. La legge prevede la presenza esclusiva di personale socio-sanitario-assistenziale, ma è crescente il numero di Rems che impiega personale di vigilanza (non armato) all'interno degli spazi del ricovero, ai fini del mantenimento dell'ordine e della prevenzione di aggressioni al personale e ad altri ospiti. Si tratta di una questione delicata, poiché i confini tra intervento sanitario e di ordine pubblico sono piuttosto labili. È dunque auspicabile l'esistenza di un luogo istituzionale che, anche coinvolgendo soggetti esterni all'amministrazione sanitaria e della giustizia (ad esempio i Garanti delle persone private della libertà), sia formalmente chiamato a monitorare l'applicazione della normativa e a condividere problematiche e buone pratiche tra le varie Rems.

L'intricata questione delle “liste d'attesa”, cioè di quelle persone che pur destinatarie di un ordine di ricovero in Rems non vi accedono, per mancanza di posti disponibili. Oggi è forse questo il terreno di maggiore attrito tra cultura giuridica e cultura sanitaria.

Due suicidi in cella nel giro di quindici giorni di giovanissimi che non dovevano trovarsi in carcere ma in una struttura in grado di gestirne i gravi disturbi psichici sono l'indice – doloroso – di una situazione grave davanti alla quale non si può più attendere. Un 21enne, il 3 giugno 2022 si è ucciso con inalazioni di gas nel carcere milanese di San Vittore, dove nella settimana precedente anche un altro detenuto di 24 anni, si era tolto la vita; non soltanto: aveva già tentato 15 giorni prima il suicidio, ma soprattutto non sarebbe proprio dovuto stare in carcere.

L'idea che un ordine legittimamente posto dall'autorità non venga eseguito, o meglio non possa essere eseguito per mancanza di posti, è una distorsione nel campo dell'esecuzione penale. Nel contesto italiano, nessun istituto penitenziario si rifiuterebbe di ospitare una persona destinataria di un ordine di carcerazione perché è stata raggiunta la capienza massima. Nel microcosmo Rems queste “impossibilità” rappresentate dalla direzione sanitaria all'autorità giudiziaria sono invece prassi quotidiana, motivo per il quale nessuna Rems ospita un numero superiore di persone rispetto ai posti disponibili. Il personale sanitario conosce infatti il pericolo potenziale costituito da una Rems sovraffollata e la conseguente impossibilità di svolgere alcuna funzione riabilitativa, limitandosi al mero contenimento.

Questa indisponibilità di posti disponibili ha però creato, fin dai primi mesi di apertura delle Rems, delle “liste d'attesa” di persone “in attesa” di fare ingresso in Rems.

Sul tema è tuttavia difficile avere una posizione minimamente oggettiva, basata su dati realistici e verificati. Le “liste d'attesa” sono infatti gestite a livello regionale, senza criteri di priorità condivisi e senza una banale condivisione dei numeri. Per questo motivo, al 30 novembre 2020, il sistema Smop segnala 175 persone “in lista d'attesa” (di cui il 31% in attesa in istituto penitenziario), numeri in

crescita rispetto alla stessa data del 2019, quando le persone in lista d'attesa erano 92. Tali numeri sono tuttavia fortemente sottostimati, altre autorevoli fonti, come la Relazione annuale al Parlamento dell'Autorità garante delle persone private della libertà, segnala un numero ben maggiore, oltre le 700 persone.

Senza una raccolta dati centralizzata e credibile, ogni presa di posizione sulla questione delle liste d'attesa non potrà che essere ideologica e frutto della percezione individuale. Al netto di questa osservazione, l'allungarsi delle liste d'attesa pone due questioni: sull'accuratezza con cui vengono ordinati i ricoveri in Rems e su dove collocare le persone "in attesa". Le persone in lista d'attesa non sono "mostri in libertà" che creano gravi problemi di ordine pubblico, anzi sono persone che "in attesa" della Rems incominciano percorsi terapeutico-riabilitativi in altre strutture e in altre forme (prevalentemente percorsi in comunità), durante i quali spesso raggiungono un loro equilibrio. Una soluzione diversa dalla Rems sarebbe stata possibile fin dal principio, evitando di allungare le "lista d'attesa". Torna la necessità che, fin dal momento della commissione del reato, si avvii un dialogo costruttivo tra autorità giudiziaria e servizi sanitari per "anticipare" il più possibile la presa in carico del paziente, evitando che l'ordine di ricovero in Rems sia dettato da un'eccessiva "ansia custodialistica" legata al pericolo della commissione di un nuovo reato. I casi più problematici riguardano le persone che "attendono" l'ingresso in Rems da detenuti in carcere¹⁷.

Uno dei pilastri sulla base dei quali sono state istituite le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza è la durata provvisoria del tempo trascorso in Rems. Per questo motivo, uno degli indicatori che risulta rilevante monitorare è quello sulla durata media di permanenza nelle strutture. I dati sulla Lombardia mostrano come la permanenza media, misurata in giorni, sia superiore, per gli anni dal 2018 al 2020, rispetto alla media italiana e sia aumentata significativamente nel corso degli anni. Il trend medio italiano mostra una lieve diminuzione dal 2018 al 2019, per poi aumentare di nuovo nel 2020. La durata media di ricovero in Rems nel 2020, maggiore rispetto agli anni precedenti, potrebbe essere parzialmente attribuita allo scarso turn-over che ha caratterizzato l'anno in questione a causa della pandemia¹⁸.

A ciò si aggiunga la crescente presenza nelle Rems dei c.d. "cripto-imputabili", cioè di persone che non presenterebbero gravi patologie psichiatriche, ma problematiche diverse e non strettamente sanitarie (dipendenza da sostanze, marginalità sociale, biografie criminali) che vengono comunque ricoverate in Rems, eludendone la funzione terapeutico-riabilitativa.

Si tratta di un effetto collaterale della *bulimia diagnostica* che ha segnato gli ultimi decenni di sviluppo della psichiatria, raggiungendo il suo apice nell'ultima versione del manuale diagnostico internazionalmente riconosciuto (DSM V), ove sono indicate un numero di patologie e disturbi psichiatrici mai così grande.

Per minimizzare la questione dei cripto-imputabili, peraltro molto sentita dagli operatori delle Rems, occorre arrivare ad un bilanciamento tra diritti procedurali e questioni operative: è auspicabile che i periti, tramite il giudice, entrino in contatto fin dall'affidamento della questione peritale con gli

¹⁷Associazione Antigone, XVII rapporto sulle condizioni di detenzione "Salute mentale e Rems/1: a che punto siamo?", disponibile al sito: <https://www.rapportoantigone.it/diciassettesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/salute-mentale-e-rem-1-a-che-punto-siamo/>.

¹⁸ Vedasi nota 1.

operatori della salute mentale affinché prospettino soluzioni trattamentali condivise, che non vengano “calate dall’alto” dei servizi di salute mentale solo al momento della sentenza.

Tradizionalmente la macro-categoria di persone con patologia psichica autori di reato si divide in due gruppi, i “folli-rei” e i rei-folli”.

I folli-rei sono coloro che sono giudicati capaci di intendere e di volere, per i quali la patologia psichica si aggrava o insorge successivamente all’ingresso in carcere, tanto da renderne incompatibile la condizione di salute con lo stato detentivo. Fino al superamento degli Opg, tali “gruppi” erano distinti sul piano normativo, ma indistinti sul piano delle risposte di cura/controllo. Per entrambi, si aprivano le porte dell’Opg. A partire dalle l. 9/2012 e, poi, l. 81/2014 anche le risposte sanzionatorie e trattamentali cambiano: per i “rei-folli” devono invece essere trovati gli strumenti di cura esclusivamente all’interno del sistema penitenziario, essendo negata loro, per legge, qualsiasi “alternativa” (la detenzione domiciliare, il ricovero in un luogo di cura, un affidamento “terapeutico”).

È dunque quel carcere, psicopatogeno e “fabbrica di handicap”, che deve trovare al proprio interno luoghi e strumenti adatti a curare e controllare, allo stesso tempo, il reo-folle. Lo ha fatto, o almeno ci ha provato, con scarso successo, istituendo, le *Articolazioni per la tutela della salute mentale*, sezioni a prevalente gestione sanitaria, con un compito impossibile: curare in un luogo di espiazione di pena. Un ossimoro che ha prodotto sistematiche violazioni dei diritti individuali e gravi problemi gestionali.

Tale distinzione tra “folli-rei” e “rei-folli” è stata adottata per esigenze molto concrete (e di scarsa prospettiva): il legislatore aveva l’urgenza di chiudere gli Opg dopo troppi rinvii. Per farlo doveva togliere all’istituzione penitenziaria la possibilità di avere un’*istituzione di scarico* verso cui indirizzare tutti i casi problematici e di difficile gestione. Si tratta di un meccanismo che gli studiosi delle istituzioni totali conoscono bene. Il carcere avrebbe continuato ad affollare le Rems, come prima faceva con gli Opg, usando l’etichetta di malattia mentale, come “scusa” per delegare ad altri la gestione di quell’individuo. L’unico modo di rompere questo meccanismo era distinguere la risposta sanzionatoria. Nel farlo, però, il legislatore ha ommesso di prevedere strumenti terapeutici adeguati, utilizzando la varietà di soluzioni, accessibili alla persona affetta da patologia psichica non autrice di reato. Così i “rei - folli” non possono essere curati in carcere (ma al più, contenuti, compensati, neutralizzati) ma neppure essere curati “fuori” dal carcere.

L’annosa questione è stata affrontata, come già accennato più sopra, almeno sul piano formale e normativo, dalla Consulta con la sentenza n. 99/2019. La Suprema Corte era stata investita della questione dalla Corte di Cassazione (Cassazione Penale, Sez. I, Ordinanza n. 13382, 22 marzo 2018) sulla compatibilità costituzionale della differenza esistente nel nostro ordinamento tra grave patologia fisica e psichica che, di fatto, impedisce ai malati psichici di usufruire delle possibilità date ai malati fisici e, principalmente, del rinvio della pena ex art. 147 CP e della detenzione domiciliare ex art. 47, terzo comma, 1-ter (la c.d detenzione domiciliare “in deroga” o “umanitaria”).

Dopo la decisione della Suprema Corte, se durante la carcerazione si manifesta una grave malattia di tipo psichiatrico, il giudice potrà disporre che il detenuto venga curato fuori dal carcere e quindi potrà concedergli, anche quando la pena residua è superiore a quattro anni, la misura alternativa della detenzione domiciliare “umanitaria”, o “in deroga”, così come già accade per le gravi malattie di tipo fisico. In particolare, il giudice dovrà valutare se la malattia psichica sopravvenuta sia compatibile

con la permanenza in carcere del detenuto oppure richieda il suo trasferimento in luoghi esterni (abitazione o luoghi pubblici di cura, assistenza o accoglienza) con modalità che garantiscano la salute, ma anche la sicurezza. Questa valutazione dovrà quindi tener conto di vari elementi: il quadro clinico del detenuto, la sua pericolosità, le sue condizioni sociali e familiari, le strutture e i servizi di cura offerti dal carcere, le esigenze di tutela degli altri detenuti e di tutto il personale che opera nell'istituto penitenziario, la necessità di salvaguardare la sicurezza collettiva. D'ora innanzi dunque c'è la possibilità di costruire percorsi personalizzati, se operatori della giustizia e della salute sapranno collaborare in modo costruttivo, ponendosi come obiettivo del loro intervento quello di cura¹⁹.

- **COVID-19**

Dalle testimonianze rese in sede di audizione è emerso che gli Istituti penitenziari lombardi hanno affrontato la pandemia con successo.

Già dal 5 febbraio 2020, quando ancora la Lombardia non aveva neanche registrato nemmeno il primo caso, sono state fornite istruzioni sulle fondamentali misure di prevenzione del contagio (isolamento dei soggetti con febbre, misurazione della temperatura corporea etc.) solo sulla base di quello che stava accadendo in Cina e delle indicazioni del Ministero nel periodo emergenziale. L'anticipata adozione delle basilari misure di prevenzione del contagio è stata fondamentale perché ha evitato che le carceri, comunità chiuse e caratterizzate dal sovraffollamento, diventassero focolai del virus. Infatti, facendo una stima, su oltre 10.000 detenuti si sono registrati 100 casi di positività e pochi decessi, un risultato davvero straordinario.

Inoltre, vanno apprezzati gli ottimi risultati raggiunti dalla campagna vaccinale negli istituti penitenziari lombardi che, a metà del 2021, hanno registrato il 97% delle adesioni dei detenuti.

Va, inoltre, considerato che la pandemia ha comunque impattato sui "fattori di rischio" per la salute mentale, senza contare che il sovraffollamento delle carceri ha reso difficile il rispetto del distanziamento sociale. Inoltre, la pandemia ha inciso sia sulle attività sociali svolte dai detenuti che sul trattamento terapeutico di quei detenuti con problemi psichici e affetti da dipendenza da sostanze psico-attive. La pandemia ha comportato la sospensione e l'interruzione di tutte le attività sociali svolte in collaborazione con soggetti esterni, favorendo la diffusione tra i detenuti di un maggiore senso di insicurezza, una maggiore preoccupazione per sé e per i cari, nonché solitudine.

L'emergenza Covid ha determinato anche un'ulteriore discontinuità del trattamento diagnostico terapeutico di persone con problemi psichici, riducendo al minimo il contatto con psicologi, psichiatri e assistenti sociali.

Tale situazione ha gravato su tutte le criticità già note, riflettendosi sulle tendenze al suicidio²⁰.

La pandemia ha influito anche sul numero dei detenuti presenti negli istituti penitenziari che nel 2020 è diminuito sia a livello nazionale che regionale registrando una contrazione del 15,9%. Variazione determinata dal consistente aumento del numero delle uscite e dalla diminuzione degli ingressi.

Nel 2022 la situazione sta gradualmente tornando ai livelli pre-pandemia. All'inizio del 2022 il numero dei detenuti presenti negli Istituti lombardi si avvicina a circa 8 mila persone. Il dato è

¹⁹Associazione Antigone, XVII rapporto sulle condizioni di detenzione "Salute mentale e Rems/1: a che punto siamo?".

²⁰ Vedi nota 1.

piuttosto rilevante ai fini dell'andamento dell'epidemia, anche tenuto conto delle conseguenze sul sovraffollamento (che si era ridotto nel corso delle prime fasi dell'epidemia) che in questo momento è tra il 110 e il 120 per cento.

A fine gennaio 2022 le persone positive sono circa 740, ossia quasi il 10 per cento della popolazione detenuta, di cui quattro persone ricoverate con un andamento clinico buono.

Mentre, il totale dei detenuti positivi da inizio pandemia è stato di circa 1.500, con solo cinque ricoveri in tutto,

Le ragioni del minor numero di positivi nella prima ondata sono rinvenibili sia nel minor numero di tamponi effettuati, sia nelle più stringenti restrizioni imposte dal lockdown nazionale. Nella seconda ondata vi è stato un picco nel dicembre 2021 seguito da una diminuzione dei positivi tra la fine dell'inverno e l'inizio della primavera.

Non va trascurato il fatto che già nel **marzo 2021** è iniziata precocemente la campagna vaccinale.

Sempre piuttosto precocemente anche rispetto alla popolazione generale, è stata iniziata la somministrazione della terza dose e contestualmente la vaccinazione antinfluenzale. La somministrazione della terza dose è partita a velocità un pochino differenti a seconda delle varie ASST. I casi hanno cominciato nuovamente a manifestarsi nel personale sanitario e penitenziario anche a dispetto del fatto che una larga percentuale di questi aveva ricevuto la terza dose.

La terza dose non riduce sicuramente il numero di infezioni, ma minimizza, per fortuna, l'andamento clinico dei casi. Questo, pur non provocando danni gravi dal punto di vista clinico, ha provocato un nuovo focolaio epidemico anche a livello della popolazione detentiva che ha avuto un andamento ripidissimo rispetto ai picchi precedenti, come è successo anche nella popolazione generale. A fine 2021, peraltro, il numero dei casi è stabile, seppur su un livello molto alto, sempre tenendo conto del fatto che si tratta di un dato statico di fronte a una popolazione che in realtà è dinamica perché ci sono entrate ed uscite; quindi, le persone che sono state presenti negli Istituti sono di più rispetto a quelle che possono essere conteggiate con un dato. Probabilmente si è raggiunto il picco.

Questo ha determinato il fatto che il concetto di *hub* nei due Istituti di San Vittore e Bollate ha potuto resistere fino ad un certo punto, nel senso che poi gli Istituti hanno dovuto sostenere i propri casi. Questo è stato consentito anche dal fatto che nella stragrande maggioranza dei casi i detenuti erano asintomatici, pochissimi avevano pochi sintomi e rarissimi quelli che avevano sintomi importanti.

Per quanto riguarda la copertura vaccinale della terza dose, a metà 2021 su base regionale era intorno al 40%. È stato privilegiato l'intervento in alcuni Istituti, come quello di Opera (in cui la copertura è maggiore, pari al 72%), in considerazione della maggior presenza di soggetti fragili, i più anziani che necessitavano più rapidamente di una dose booster.

Comunque, la maggior parte degli Istituti ha superato il 50 % delle terze dosi. La percentuale non alta risente di due fattori: uno è il numero dei contagi che ad inizio 2022 era ancora elevato e che in alcuni Istituti ha bloccato l'effettuazione delle vaccinazioni perché sono diffusamente interessate delle sezioni. Il secondo fattore è dato dal ritardo in alcune città, in relazione a un recepimento un pochino rallentato da parte delle ASST dell'esigenza di fare la dose booster.

In alcuni Istituti è stato fatto il tampone prima della terza dose, soprattutto a coloro che manifestavano minimi sintomi e che agli hub vengono rinviati. Queste persone erano tutte positive al Covid, quindi

invece della dose booster hanno avuto l'infezione. È anche una riflessione per l'esterno: forse vacciniamo delle persone che potrebbero, invece, non aver bisogno in quel momento della dose booster perché sono già infette.

È stato assolutamente mantenuto il tamponamento ai nuovi giunti.

Il tipo di popolazione che purtroppo affierisce più volte agli Istituti penitenziari ha naturalmente determinate connotazioni e molto spesso sono tossicodipendenti. Su questo tipo di categoria di persone sarebbe stato necessario un intervento speciale (non ci si deve aspettare che queste persone prendano appuntamento nell'hub vaccinale).

A maggio 2022 si dà atto del progressivo allentamento delle misure di contenimento del contagio da Covid-19. Il 90% dei detenuti risulta aver ricevuto la somministrazione delle tre dosi vaccinali. Inoltre, sono state diramate indicazioni relative alla somministrazione della quarta dose vaccinale nei casi previsti dalla normativa. Tra il 10% dei non vaccinati ci sono anche coloro che non potevano essere vaccinati per problemi di salute. I rifiuti sono stati pochi.

A maggio 2022 il numero dei detenuti negli istituti penitenziari lombardi era pari a 7.890. Il numero dei positivi è drasticamente sceso in 5 mesi. Presso gli istituti penitenziari erano presenti 32 detenuti positivi, di cui 13 nell' Hub di San Vittore, le cui condizioni erano complessivamente buone. Ma i casi meno gravi - che sono la maggioranza - non necessitando di cure particolari, vengono gestiti negli istituti. Tuttavia, sono stati mantenuti 27 posti nell'hub presso San Vittore, ma solo per detenuti positivi al Covid con situazioni patologiche particolari. Solo 3 detenuti sono ricoverati all'esterno. Le attività hanno avuto modo di riprendere tutte, se non attenendosi a quelle stesse indicazioni, che sono quelle di carattere generale, dell'ultima ordinanza. Per esempio, negli spazi comuni, ovvero i teatri, le sale dove c'è adunanza, le sale socialità, ma sono limitazioni fondamentalmente rispetto alle quali si è chiesto di indossare i dispositivi di protezione individuale respiratori e di disinfettarsi e, dove possibile, svolgere le attività senza creare eccessivi assembramenti.

Ovviamente privilegiando la possibilità delle attività scolastico-formative, tutte le altre attività hanno potuto riprendere il loro corso. Forse con una certa gradualità, nel senso che qualche istituto è un po' più frenato, qualche istituto invece ha aperto un po' più le maglie, ma non sono state poste limitazioni individuali. L'utilizzo delle palestre è stato suddiviso tra le persone vaccinate e non vaccinate, ma solo per precauzione. Le persone non vaccinate, che in realtà sono molto poche, possono accedere alle palestre individualmente, le altre possono accedere in gruppo.

Dal 4 al 18 maggio il numero dei positivi nelle carceri è sceso di 3 unità. Su 29 solo 1 era sintomatico, ma aveva anche una grave patologia.

Dal punto di vista logistico, all'inizio della pandemia, l'isolamento dei detenuti positivi era un serio problema. Oggi si può dire che la situazione è molto più tranquilla. I positivi, che ormai sono quasi sempre i nuovi giunti, vengono isolati insieme per 5 giorni.

Per la maggior parte queste persone non sono vaccinate e si presume non si siano vaccinate non tanto per adesione alla corrente "no-vax" ma perché costituiscono quella parte di popolazione marginalizzata che non è stata raggiunta e sensibilizzata dalla campagna vaccinale.

La raccomandazione di continuare a utilizzare questi strumenti digitali è stata fatta propria anche dagli organi politici, dall'Amministrazione e dalla sede centrale del DAP, perché in effetti la

videochiamata risponde a un'esigenza concreta; quindi, in questo momento la possibilità è stata mantenuta.

Anche nella relazione della Commissione Ruotolo in materia di accesso alle nuove tecnologie, nonché dell'esperienza maturata durante la pandemia da COVID-19, si parla “circa la possibilità di far svolgere il colloquio visivo o telefonico mensile anche al detenuto in regime differenziato mediante videochiamata, purché con l'accorgimento che i familiari, per controllarne opportunamente l'identità ed anche il contesto da cui si effettua la chiamata, siano presenti presso un istituto penitenziario o un posto di polizia prossimi al luogo di residenza. Tale opportunità è stata già più volte riconosciuta dalla S.C. (tra le altre, sent. 19290/2021) e, a fronte del riconoscimento che i sistemi di ascolto e registrazione appaiono efficaci allo scopo, estesa anche oltre le ipotesi di impossibilità legate all'emergenza pandemica, potendo così risolvere anche il problema di garantire periodici minimi spazi di incontro, seppur virtuale, rimuovendo per altro i rischi e gli aggravati anche economici derivanti dalle scorte necessarie ai trasferimenti fisici dei detenuti, oppure del detenuto con familiari anziani e/o impossibilitati ad effettuare lunghi viaggi per recarsi nell'istituto penitenziario di ubicazione del parente”. (Relazione finale Commissione Ruotolo)

È rimasta comunque attiva nell'Amministrazione una circolare dipartimentale che correla l'indice di positività di un istituto con la possibilità di maggiore o minore apertura. Se l'istituto raggiunge un indice di positività al 2 per cento, il che significa che i casi di positività registrati in una settimana, sommando detenuti e personale, superano il 2 per cento, intervengono alcune limitazioni nelle attività. Nel caso in cui questa soglia dovesse alzarsi ulteriormente e raggiungere il 5 per cento, allora si procede ad una chiusura abbastanza importante per limitare il flusso dei contatti con l'esterno. In questo momento non abbiamo nessun istituto in questi range, cioè nessun istituto lombardo raggiunge neanche il 2 per cento; quindi, non ci sono problemi a consentire le normali relazioni con l'esterno.

D. DONNE E MINORI

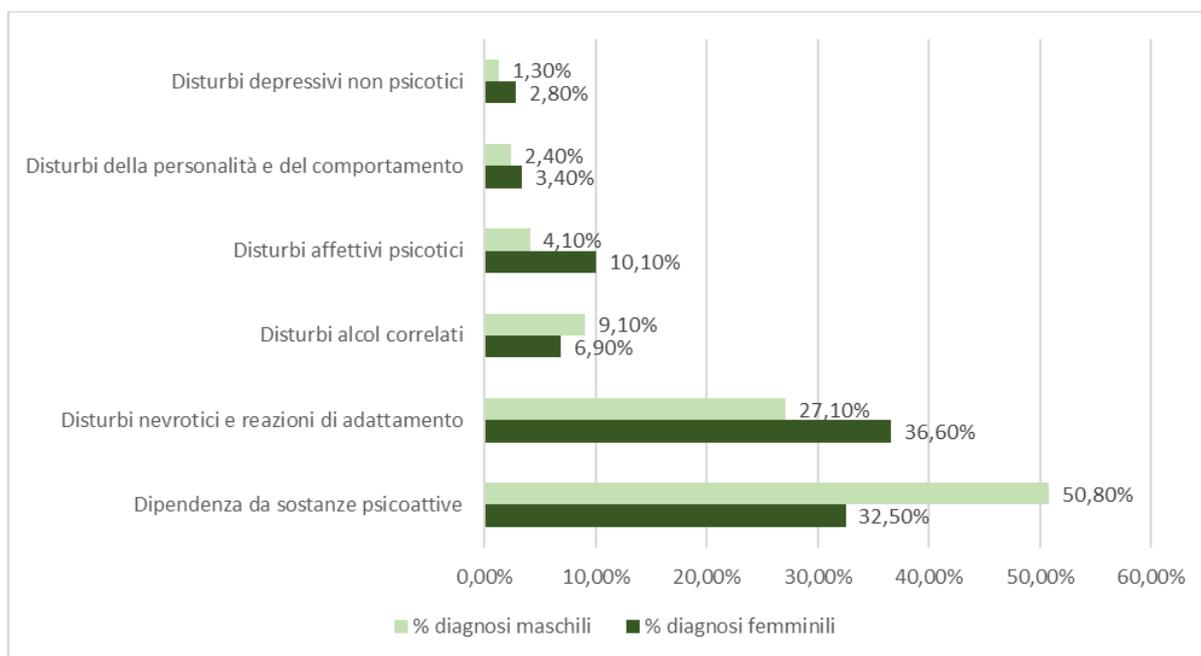
o DONNE

La Lombardia, pur non avendo un carcere femminile, è la Regione che nel complesso ospita più detenute con un valore assoluto di 567 donne ristrette a fronte di una popolazione detenuta maschile di 8.841 persone suddivise in 18 istituti dei quali 7 hanno anche la sezione femminile. La presenza femminile in carcere è molto minoritaria. Le percentuali sono abbastanza allineate, si aggirano intorno al 5 per cento.

Caratteristiche generali della condanna di detenute donne sono le seguenti: la loro detenzione ha in media una durata minore rispetto a quella dei detenuti uomini, e si ritrovano più spesso invece in forme di detenzione alternative, rappresentando infatti l'11,2% del totale delle persone in carico al sistema dell'esecuzione penale esterna e il 10,4% delle persone sottoposte a detenzione domiciliare (Antigone, 2021). Il numero di bambini nelle strutture penitenziarie in Italia insieme alle proprie madri, alla data del 31 gennaio 2021, era 26.

Osservando le statistiche, è possibile affermare che le pratiche suicidarie in carcere sono meno diffuse fra le donne rispetto agli uomini in Italia (come già menzionato, delle 62 persone che si sono tolte la vita nel corso del 2020, solo 1 era una donna, ossia, in termini relativi, l'1,6% del totale dei suicidi fra i detenuti nell'anno menzionato). Questo può essere in parte attribuito naturalmente alla differenza

in numeri assoluti di uomini e donne presenti all'interno degli istituti penitenziari. Seppur meno coinvolte in pratiche suicidarie le donne non sono tuttavia esenti da disagi psichici e condizioni di abuso di sostanze che affliggono un'alta percentuale della popolazione carceraria. In particolare, fra i disturbi mentali più diffusi fra i detenuti, ve ne sono alcuni che hanno una componente di genere abbastanza netta: tra le donne risultano più diffusi i disturbi nevrotici e le reazioni di adattamento (36,6% delle diagnosi femminili), i disturbi affettivi psicotici (10,1%) e i disturbi della personalità e del comportamento (3,4%) (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2019). La figura che segue mostra la prevalenza di determinati disturbi nella popolazione femminile e quella maschile. Le detenute donne hanno spesso anche alle spalle storie di traumi passati irrisolti, abusi e, talvolta, situazioni di svantaggio socioeconomico che le predispongono allo sviluppo di patologie psichiche e gesti di autolesionismo (WHO, 2009).



Fonte: Elaborazione Polis su dati del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB)

Occorre inoltre notare che alcuni fattori di rischio per la salute mentale possono essere dissimili per le donne rispetto agli uomini: per esempio talvolta accade che le donne portino socialmente il peso di una maggiore responsabilità affettiva all'esterno dal carcere e, fra gli altri elementi che predispongono a un peggioramento della salute psichica, vi sia anche il senso di colpa dell'aver lasciato, fuori dal carcere, figli e/o marito (Ristretti Orizzonti, 2001). Un rapporto WHO (2009) sulla salute mentale delle donne in carcere sottolinea come il potenziale miglioramento o peggioramento della salute mentale delle detenute nel periodo trascorso in situazione di reclusione dipende da diversi fattori, inclusi la struttura di detenzione, le opzioni di trattamento disponibili, compresa la presenza di programmi appositi per lenire le conseguenze psicologiche di traumi e di servizi e articolazioni dedicati alle donne.

In relazione alla percentuale relativamente piccola di donne sul totale dei detenuti, il rischio, confermato anche dalla relativa scarsità di materiali reperibili su questo specifico tema, è quello di sottovalutare i rischi per la salute mentale di questa fascia della popolazione e di specifici disturbi

che in carcere affliggono le donne in percentuale maggiore. La “scarsa attenzione” destinata al tema delle donne detenute si riflette anche in alcuni dati riportati dall’Associazione Antigone (2016,2021) che sottolinea come nonostante il piccolo numero assoluto di donne presenti nelle CC e nelle CR sul territorio nazionale, vi sia una disomogeneità nella loro distribuzione che conduce talvolta a situazioni di sovraffollamento e talvolta a situazioni in cui le detenute si trovano quasi isolate in una sezione degli istituti penitenziari²¹.

○ MINORI

Nell’ IPM Beccaria (dati aggiornati al 2021) ci sono circa 36 detenuti, molti dei quali in stato di custodia cautelare in carcere o in aggravamento al collocamento in comunità (su ordine del giudice, frequentemente per inosservanza di regole comportamentali). Gli internati sono per la maggior parte ragazzi che presentano situazioni personali e familiari molto complicate, e l’ingresso in carcere rappresenta l’*extrema ratio* di questa condizione precaria.

Diversi reclusi presentano fragilità psicologiche e psichiatriche: da qui, la necessità di non interrompere – coerentemente con le possibilità offerte dalla situazione pandemica – gli importanti percorsi di recupero in essere. Sempre su questo fronte, è stata segnalata la criticità dell’isolamento cautelare al momento dell’ingresso in carcere (originariamente della durata di 14 giorni, oggi ridotti a 5, con esclusione di tale periodo in caso di completamento del percorso vaccinale): tale situazione di isolamento che si crea nella fase iniziale di contatto con la struttura rischia di compromettere situazioni già delicate di equilibrio psichico.

Sul fronte sanitario-psicologico, i Servizi si occupano di effettuare una procedura di valutazione del rischio lesivo o suicidario nel momento di ingresso all’interno del carcere; tale percorso prosegue poi, durante la fase detentiva, con un costante supporto psicologico finalizzato anche all’adattamento alla detenzione, ferme restando le criticità, già sopra evidenziate, del raccordo tra il percorso carcerario e i Servizi territoriali. Per la presa in carico in area penale esterna, lavorano 7 psicologi per un monte di 520 ore mensili, con una media di circa 60 segnalazioni all’anno agli Uffici di Servizi Sociali per i minorenni (U.S.S.M.). Sul versante di intervento psicologico, si predilige l’intervento di gruppo piuttosto che quello individuale per via della sua maggior efficacia, secondo anche quanto riportato dalle Linee Guida in materia. Si è infine sottolineato un cambiamento verificatosi nella fascia di utenza di competenza della struttura, che presenta un aumento rispetto al passato delle diagnosi relative a disturbi esternalizzanti (registrato in circa un 10% tra il 2019 e il 2020), i quali possono anche sfociare in episodi di autolesionismo.

Ogni volta che si verifica l’ingresso di un nuovo internato, viene effettuata una visita medica prima che intervenga qualsiasi contatto con la popolazione detenuta già residente. Oltre a questo primo *check-up*, viene effettuata la segnalazione di psicologia clinica (relativa alla valutazione dello stato psicologico del detenuto e l’eventuale rischio autolesivo) ed un esame delle urine volto a verificare eventuali problematiche di dipendenza da sostanze, con conseguente segnalazione al Ser.T. Circa quest’ultimo punto, il 90% dei ragazzi detenuti fa uso abituale di cannabinoidi, mentre è minoritario l’uso di cocaina, eroina ed oppiacei in generale. Per far fronte a pregresse situazioni di tossicodipendenza, vengono somministrate terapie a base di ansiolitici, oltre al supporto psicologico

²¹ Vedasi nota 1.

e psichiatrico all'esterno attraverso la segnalazione al Servizio di Neuropsichiatria infantile, che opera all'interno della struttura carceraria.

6 SINTESI DELLE AUDIZIONI

7 APRILE 2021

- **COORDINATORE REGIONALE FP CGIL POLIZIA PENITENZIARIA in merito alle segnalate criticità della Casa Circondariale di Brescia.**

Durante l'audizione sono state evidenziate le principali problematiche presenti all'interno della struttura carceraria di Brescia, riconducibili soprattutto alla situazione di sovraffollamento della popolazione detenuta, alla vetustà della struttura oltre alle particolari condizioni psicofisiche degli internati. Tali criticità inevitabilmente si ripercuotono anche sugli attori che a vario titolo lavorano nella struttura – primi tra tutti, gli agenti di Polizia Penitenziaria, oltre che su educatori, assistenti sociali e volontari che collaborano ai progetti del percorso rieducativo.

Sul tema del sovraffollamento sono stati forniti dati che fotografano la precarietà della situazione all'interno della struttura Nerio Fischione di Brescia: a fronte di una capienza regolamentare fissata in 187 posti letto, sono attualmente presenti circa 360 detenuti (con una percentuale pari al 190%); di questi, 146 soffrono di problemi legati alla tossicodipendenza, un centinaio circa sono soggetti a cure psichiatriche ed il 50 per cento della popolazione detenuta è di origine extracomunitaria. A ciò si aggiunga che una decina di detenuti si è resa protagonista di atti di rivolte nel marzo 2020, in occasione della pandemia Covid. La combinazione di questi fattori rende la struttura carceraria di Brescia, come recentemente emerso dal diciassettesimo rapporto redatto dall'Associazione Antigone, il peggior Istituto penitenziario del Centro-Nord Italia ed il secondo in tutta la Nazione.

Sono stati inoltre riferiti, a testimonianza delle condizioni particolarmente gravose esistenti, due episodi di suicidio da parte di detenuti all'interno della struttura carceraria, verificatisi nell'arco di un mese, nel febbraio del 2021; tali eventi non possono che ripercuotersi anche sulle condizioni lavorative in cui versano gli appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria, con livelli difficilmente sostenibili a livello psicofisico sul lungo periodo.

Nel corso dell'audizione sono inoltre emerse criticità in relazione al comportamento della popolazione detenuta che, a fronte di episodi marginali - quali la mancata concessione di una telefonata o di beni - ha portato al verificarsi di disordini e finanche ad episodi di autolesionismo, ulteriormente aggravando una situazione già di per sé precaria; ciò a discapito anche della situazione di incolumità fisica subita dagli agenti di Polizia Penitenziaria.

Altro elemento di criticità è rappresentato dalla vetustà della struttura carceraria bresciana, risalente al 1800, che contribuisce ad impedire un completo percorso rieducativo alla popolazione detenuta: la mancanza di spazi comuni per lo svolgimento di attività di socializzazione e rieducazione (ed anche attività lavorative e di studio) non consentono un adeguato percorso di reinserimento sociale così come espresso nel precetto di cui all'art. 27 della Costituzione. Anche tale circostanza contribuisce ad aggravare ulteriormente la situazione degli internati.

Infine, sul tema della situazione del servizio sanitario all'interno della struttura, è stato riferito di difficoltà affrontate dal personale specializzato (psicologi, psichiatri etc.) nel far fronte all'elevato numero di utenti che necessitano di assistenza, alla luce delle limitate risorse a disposizione, che non sempre consentono di garantire il necessario livello di prestazioni richieste.

In esito all'audizione, si è stabilita la necessità di procedere all'audizione della Direttrice del carcere di Brescia per un confronto e un ulteriore approfondimento sul tema.

L'audizione si è tenuta il giorno 24 aprile 2021, ma la dott.ssa LUCREZI, Direttrice della Casa Circondariale di Brescia non ha prestato il consenso a rendere pubblico il suo intervento (con conseguente impedimento alla elaborazione di una sua sintesi).

19 MAGGIO 2021

- **COORDINATORI SANITARI DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DI SAN VITTORE E OPERA**

Durante l'audizione è stato fornito un quadro generale sulla attuale situazione all'interno dell'istituto di Opera che, essendo una casa di reclusione, presenta peculiarità e problematiche differenti rispetto alle strutture circondariali; altro dato caratteristico deriva dall'essere un carcere di massima sicurezza, dove sono ristretti anche detenuti soggetti al regime di cui all'art. 41 bis della Legge sull'ordinamento penitenziario.

La popolazione detenuta è composta da circa 1200 unità. Il servizio presente all'interno del carcere è, sul fronte della salute mentale, rappresentato dal personale medico e psicologico, oltre alla presenza di un presidio del Ser.T., con uffici e personale dedicato. Di fondamentale importanza, accanto al supporto strettamente sanitario, è lo svolgimento di attività quali la teatro-terapia e l'istituzione scolastica, che hanno un significativo impatto sul benessere della salute mentale della popolazione detenuta; tali attività hanno inevitabilmente subito dei periodi di interruzione nel corso dell'ultimo anno a causa della pandemia, con conseguenti effetti negativi sugli internati, quali la registrazione di un aumento dell'utilizzo di farmaci. Dopo diversi anni, inoltre, si è anche registrato un episodio di suicidio. A livello di disturbi psichiatrici, all'interno della struttura sono presenti solo un numero molto esiguo di detenuti che soffrono di gravi patologie, mentre sono maggiormente diffuse forme di disturbi d'ansia e stati depressivi.

È stato successivamente fornito un quadro generale sulla situazione presente all'interno della struttura carceraria di San Vittore. L'istituto è caratterizzato dalla presenza di numerosissimi casi di malattie psichiatriche, quali principalmente psicosi, schizofrenie e disturbi conseguenti all'abuso di sostanze stupefacenti o da comportamenti antisociali e disturbi post-traumatici da stress (soprattutto nella popolazione migrante). La presenza di tali disturbi rappresenta una criticità soprattutto in ragione della natura transitoria dell'internamento nella struttura, con ripercussioni legate al momento della scarcerazione e alla difficoltosa presa in carico successiva alla stessa. Tale problematica è particolarmente incisiva con riferimento ai soggetti senza fissa dimora o privi di regolari documenti, i quali difficilmente riescono a creare una relazione duratura successivamente all'uscita dal Carcere con i C.P.S. territoriali. Difficoltosa appare inoltre la ricerca di posti disponibili all'interno delle comunità di recupero per perseguire efficacemente il percorso legato alle misure alternative alla detenzione, a causa della carenza di posti disponibili.

È stato inoltre affrontato il tema del rischio suicidario all'interno dell'istituto: sul punto, è stato posto in evidenza come la struttura di San Vittore abbia firmato il protocollo relativo alla prevenzione di detto fenomeno nell'anno 2019. A livello preventivo, ogni nuovo internato viene sottoposto all'atto di ingresso ad una visita psicologica finalizzata anche ad escludere o rilevare la potenzialità di condotte autolesive. All'interno del carcere è inoltre presente una zona dedicata, dove i detenuti identificati a rischio vengono seguiti con particolare attenzione, svolgendo percorsi ad hoc per il recupero di tale situazione. Nel corso dell'anno 2020 si sono tuttavia registrati episodi di suicidio da parte di detenuti all'interno di San Vittore.

Sul fronte Covid, a partire dal marzo 2020 sono state interrotte o drasticamente ridotte le attività di volontariato e di tipo pedagogico all'interno della struttura, con un forte impatto sulla possibilità di un propositivo percorso rieducativo nei confronti della popolazione internata. Inoltre, dato il breve tempo medio di permanenza all'interno della Casa circondariale (circa 90 giorni), la pandemia ha creato criticità in merito alla gestione della fase iniziale di ingresso nell'istituto, con dilatazione dei tempi di permanenza prima del formale trasferimento in altre carceri. Per quanto riguarda invece il coinvolgimento della sfera dei familiari e degli affetti, è stata attivata la possibilità di effettuare colloqui da remoto in videochiamata, consentendo ai detenuti di mantenere (ed in diversi casi di migliorare, anche in termini di frequenza) le relazioni con il proprio centro affettivo di provenienza. Sul fronte delle infrastrutture, è stato riferito che all'interno della struttura di Opera è presente una adeguata copertura di rete che consente lo svolgimento di tali servizi, con criticità segnalate limitatamente al discorso della didattica a distanza. La campagna vaccinale, tanto ad Opera quanto a San Vittore, è proceduta positivamente senza registrare criticità, con un tasso di detenuti vaccinati con prima dose pressoché prossimo alla totalità della popolazione.

È inoltre pervenuta ai componenti della Commissione la comunicazione del Coordinatore sanitario dell'Istituto di Bollate, Dr. Roberto Danese, il quale ha informato che l'assistenza psichiatrica all'interno della struttura è attualmente gestita da tre psichiatri, con attività dal lunedì al venerdì; tale mansione è svolta in stretta collaborazione con il Servizio Psicologico che effettua servizio anche il giorno di sabato. In merito all'assistenza psichiatrica nei soggetti a rischio suicidario, è stato redatto un Piano di intervento concordato con la Direzione dell'Istituto e soggetto periodicamente a revisione ed aggiornamenti, sulla base delle nuove esigenze emergenti. È stato inoltre segnalato che ogni azione intrapresa nei confronti dei soggetti a rischio viene svolta in collaborazione con l'Area Educativa di Istituto e con l'Area di polizia Penitenziaria.

Sono state infine evidenziate alcune criticità, tra le quali la difficoltà ad intrecciare un rapporto produttivo con il Personale Serd, l'utilizzo dell'Area Psichiatrica Psicologica da parte della Direzione e della Polizia Penitenziaria, nonché la necessità di estendere la presenza del Servizio Psichiatrico Psicologico anche nei fine settimana e nei giorni festivi.

16 GIUGNO 2021

- **DIRETTRICE IPM BECCARIA DI MILANO, MEDICO DEL CARCERE E RESPONSABILE SOCIO-SANITARIO PSICOLOGIA – SETTORE PENITENZIARIO.**

Durante l'audizione sono state evidenziate le principali problematiche presenti all'interno della struttura carceraria minorile Beccaria, riconducibili soprattutto alla difficile situazione psicofisica dei ragazzi internati. Nell'istituto sono attualmente presenti 36 detenuti, molti dei quali in stato di custodia cautelare in carcere o in aggravamento al collocamento in comunità (su ordine del giudice, frequentemente per inosservanza di regole comportamentali). Gli internati sono per la maggior parte ragazzi che presentano situazioni personali e familiari molto complicate, e l'ingresso in carcere rappresenta l'*extrema ratio* di questa condizione precaria.

L'istituto penitenziario ha affrontato l'emergenza Covid con risultati molto soddisfacenti, dovuti soprattutto alla grande collaborazione di tutto il personale ed anche dei detenuti: non si sono registrati casi di positività all'interno della popolazione carceraria ma solamente due "falsi positivi" che si sono negativizzati subito. La situazione pandemica ha inevitabilmente influito sulle attività svolte all'interno della struttura, che sono state sospese durante la prima fase di *lockdown* nei mesi marzo-aprile 2020; al di là di questa interruzione, è stato compiuto un importante lavoro di mantenimento di tutte le attività soprattutto per la grande funzione di tutela fisica e mentale dei ragazzi internati, al fine di garantire il loro miglior benessere. Infatti, diversi reclusi presentano fragilità psicologiche e psichiatriche: da qui, la necessità di non interrompere – coerentemente con le possibilità offerte dalla situazione pandemica – gli importanti percorsi di recupero in essere. Sempre su questo fronte, è stata segnalata la criticità dell'isolamento cautelare al momento dell'ingresso in carcere (originariamente della durata di 14 giorni, oggi ridotti a 5, con esclusione di tale periodo in caso di completamento del percorso vaccinale): tale situazione di isolamento che si crea nella fase iniziale di contatto con la struttura rischia di compromettere situazioni già delicate di equilibrio psichico.

Sul fronte degli ingressi, è stato registrato un incremento rispetto allo scorso anno, dovuto anche al diverso regime di limitazioni derivante dalla crisi pandemica. I ragazzi che entrano oggi nella struttura presentano problematiche differenti da quelli che si registravano negli anni precedenti: infatti, sono per lo più caratterizzati da forti difficoltà relazionali piuttosto che da un più spiccato "*curriculum*" criminale (con la commissione già in età precoce di diversi delitti), come era solito verificarsi in passato.

Dal punto di vista organizzativo, la criticità maggiore resta la difficoltà di individuare una struttura di comunità terapeutica o rieducativa pronta ad accogliere i ragazzi nel momento in cui, su provvedimento del giudice, si apre la possibilità di una prosecuzione extra- muraria del trattamento. Infatti, permane la difficoltà di trovare disponibilità di posti all'interno di strutture poste entro i confini regionali, e ciò comporta grandi difficoltà (sia per le famiglie che per i ragazzi) nel mantenere i rapporti col nucleo di affetti d'origine.

Sul fronte sanitario-psicologico, i Servizi si occupano di effettuare una procedura di valutazione del rischio lesivo o suicidario nel momento di ingresso all'interno del carcere; tale percorso prosegue poi, durante la fase detentiva, con un costante supporto psicologico finalizzato anche all'adattamento alla detenzione, ferme restando le criticità, già sopra evidenziate, del raccordo tra il percorso carcerario e i Servizi territoriali. Per la presa in carico in area penale esterna, lavorano 7 psicologi per un monte di 520 ore mensili, con una media di circa 60 segnalazioni all'anno agli Uffici di Servizi Sociali per i minorenni (U.S.S.M.). Sul versante di intervento psicologico, si predilige l'intervento di gruppo piuttosto che quello individuale per via della sua maggior efficacia, secondo anche quanto riportato dalle Linee Guida in materia. Si è infine sottolineato un cambiamento verificatosi nella fascia di

utenza di competenza della struttura, che presenta un aumento rispetto al passato delle diagnosi relative a disturbi esternalizzanti (registrato in circa un 10% tra il 2019 e il 2020), i quali possono anche sfociare in episodi di autolesionismo.

È stata inoltre presentata la situazione sanitaria e i relativi interventi effettuati all'interno della struttura: in particolare, operano nel Carcere minorile due medici e cinque/sei infermieri con rotazioni su turni, con copertura del servizio dalle otto del mattino alle dieci di sera (per il servizio infermieristico) e di dieci ore giornaliere circa per il trattamento medico. Ogni volta che si verifica l'ingresso di un nuovo internato, viene effettuata una visita medica prima che intervenga qualsiasi contatto con la popolazione detenuta già residente: nello specifico, viene effettuato un *triage* per evitare la positività al Covid o di altre malattie infettive, quali tubercolosi o scabbia. Oltre a questo primo *check-up*, viene effettuata la segnalazione di psicologia clinica (relativa alla valutazione dello stato psicologico del detenuto e l'eventuale rischio autolesivo) ed un esame delle urine volto a verificare eventuali problematiche di dipendenza da sostanze, con conseguente segnalazione al Ser.T. Circa quest'ultimo punto, il 90% dei ragazzi detenuti fa uso abituale di cannabinoidi, mentre è minoritario l'uso di cocaina, eroina ed oppiacei in generale. Per far fronte a pregresse situazioni di tossicodipendenza, vengono somministrate terapie a base di ansiolitici, oltre al supporto psicologico e psichiatrico all'esterno attraverso la segnalazione al Servizio di Neuropsichiatria infantile, che opera all'interno della struttura carceraria. È presente, infine, un servizio odontoiatrico, con possibilità da parte degli internati di effettuare visite ed interventi.

14 LUGLIO 2021

• **DIRETTORE DELLA REMS DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE, DIRETTORE GENERALE DELLA ASST DI MANTOVA E RAPPRESENTANTI SINDACALI.**

La REMS di Castiglione delle Stiviere è un ex Ospedale Psichiatrico Giudiziario ed attualmente ospita 158 persone (rispetto alla capacità massima di 160 posti). Si tratta di una struttura terapeutica (e non di detenzione); a livello infrastrutturale, l'istituto presenta alcune criticità dovute alla vetustà della struttura e necessiterebbe di interventi di ristrutturazione (anche se recentemente sono state apportate delle migliorie, ad esempio sulla perimetrazione esterna). È prevista la costruzione di una nuova struttura composta da palazzine nel Comune di Limbiate ma, al momento, la procedura incontra un rallentamento dell'inizio dei lavori a causa di un ricorso giudiziario pendente.

Durante l'audizione sono state evidenziate le principali problematiche presenti all'interno della struttura REMS di Castiglione delle Stiviere, riconducibili soprattutto alla forte carenza di personale medico-psichiatrico, sanitario e di assistenza sociale. Gli intervenuti hanno sottolineato le grandi difficoltà nel reperire nuovo personale anche a fronte dell'attivazione di meccanismi concorsuali: infatti, le difficoltà che si incontrano nella quotidianità lavorativa (soprattutto dovute al rischio di comportamenti devianti da parte della popolazione residente, quali i rischi di colluttazioni e di aggressione) rendono poco appetibili le posizioni lavorative disponibili. La principale istanza avanzata, soprattutto dalle rappresentanze sindacali presenti all'incontro, riguarda un innalzamento del grado di sicurezza di tutto il personale chiamato ad operare all'interno della REMS e la previsione

di meccanismi premiali (quali, ad esempio, una speciale indennità) per rendere maggiormente appetibili le posizioni lavorative in esame.

Una ulteriore criticità è rappresentata dalle difficoltà che incontrano i pazienti di origine straniera ospitati nella struttura: infatti, per coloro che non sono in possesso di regolare documentazione, non è possibile l'attivazione di percorsi di prevenzione territoriale per il tramite del Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, è stato sottolineato come la maggior parte dei pazienti presenti nella struttura abbia una "doppia diagnosi" e, di conseguenza, le cure somministrate dal personale sanitario non sempre risultano immediatamente efficaci, dovendo procedere con percorsi articolati. Un ulteriore profilo riguarda le problematiche sociali dei pazienti che presentano sofferenze di particolare disagio e per cui non sempre risulta semplice il dialogo con tutti i soggetti coinvolti nel percorso di riabilitazione.

Sempre in merito alla questione del personale sanitario e di assistenza sociale, durante il corso dell'audizione è stata più volte sottolineata la necessità di prevedere percorsi di formazione adeguati alla specificità della professione (soprattutto dipendenti dalla tipologia di struttura e di pazienti ospitati); oltre a ciò, andrebbero migliorati anche i profili organizzativi del personale nonché, come già ampiamente sottolineato, la dotazione organica.

22 SETTEMBRE 2021

• **PROVVEDITORE DEL DAP LOMBARDIA E RAPPRESENTANZE SINDACALI DELLA POLIZIA PENITENZIARIA, RAPPRESENTATE DAI RISPETTIVI SEGRETARI GENERALI.**

Il Provveditore, Dott. BUFFA, ha introdotto in merito al fenomeno della malattia mentale in carcere, riportando dati provenienti da un'analisi svolta coinvolgendo le Direzioni degli Istituti lombardi e le Direzioni sanitarie degli istituti di pena. Al mese di aprile del 2021 è stata calcolata la presenza di 1.364 persone portatrici di malattie mentali o disturbi d'ordine psicologico che, pur non rilevando dal punto di vista patologico, rientrano indubbiamente nei disturbi del comportamento. In particolare, questo dato è la somma tra 907 persone portatrici di patologie psichiatriche e 457 portatori di disturbi del comportamento.

È stata messa in luce la correlazione tra gli atti di aggressività e il disturbo psichico: il 17,5 % della popolazione detenuta è portatrice di disturbi psichici/psichiatrici e da sola si è resa protagonista del 76% degli atti di aggressività. Durante l'audizione è stata evidenziata un'insufficienza del personale medico (non è più prevista la figura dello psichiatra obbligatorio in ogni Istituto); a tale carenza si accompagna il fatto che il personale di Polizia penitenziaria, non avendo una formazione in campo sanitario, non è in grado di gestire nella quotidianità tali situazioni.

Il Provveditore ha infine illustrato l'impegno preso dalla Vice-Presidente Moratti di riattivare la Cabina di Regia della Sanità Penitenziaria: tale organismo è previsto nell'accordo tra Regione e Provveditorato quale luogo dove un insieme di figure di rilievo (della sanità, dell'Amministrazione penitenziaria e della Magistratura di sorveglianza), si riuniscono per sollecitare la politica sulle questioni attinenti al rapporto tra sanità e carcere.

Per quanto riguarda le misure alternative, negli ultimi dieci anni in Italia, non solo in Lombardia, la quota parte di condannati che ogni anno riesce ad uscire dal carcere in misura alternativa è pari al 25

per cento. Significa che i tre quarti dei condannati in Italia non riesce ad uscire, non ha caratteristiche sufficienti per uscire dal carcere. Perché questo? Si sono fatte delle ipotesi: qualcuno ha sostenuto che c'era un'inefficienza strutturale da parte degli enti che lavorano in questo settore. In realtà, la questione è molto più complessa. La verità è che il carcere ha sommato e somma sempre di più strati marginali della popolazione, tra questi ovviamente anche le persone portatrici di patologie e di disturbi psichici oppure strati di persone che non hanno la cittadinanza italiana e che pertanto riescono con difficoltà ad ottenere misure alternative, in ragione della loro illiceità/illegittimità all'esterno. L'insieme di questi profili di marginalità fa sì che non possano essere prese in considerazione misure alternative.

Per quanto concerne la figura dello psichiatra, si ritiene che ci sia non solamente la necessità stretta dello psichiatra. Lo psichiatra fa diagnosi, fa prognosi, fa interventi di ordine clinico/diagnostico, imposta le terapie. Il problema vero è coinvolgere e quindi inserire all'interno delle strutture sanitarie degli Istituti penitenziari altre figure psichiatriche, quali infermieri psichiatrici, operatori della riabilitazione psichiatrica ecc., quindi figure che si occupino di riabilitazione.

I sindacati hanno ribadito le problematiche introdotte dal Provveditore: la principale istanza avanzata riguarda un aumento di organico (psichiatri e psicologi) al fine di far fronte agli eventi critici, che, come già sottolineato dal Provveditore, provengono per lo più da soggetti che soffrono di disturbi psichici o psichiatrici.

In alcuni Istituti, infatti, non esiste un presidio medico: i sindacati invitano pertanto le Istituzioni regionali a farsi portavoce, anche a livello nazionale, affinché sia risolta tale criticità.

Da non sottovalutarsi è il fatto che, in aggiunta ai detenuti che già soffrivano di patologie psichiatriche, c'è un congruo numero di detenuti che, a causa della vita detentiva, sviluppano fenomeni di scompenso e depressione: il nuovo orizzonte deve dunque essere la psichiatria in carcere; già la Corte costituzionale con la famosa sentenza n. 99/2019 ha posto come priorità la tutela della salute mentale in carcere.

Basti pensare che nelle carceri italiane purtroppo i detenuti si tolgono la vita con una frequenza molto maggiore rispetto alle persone libere (di circa 20 volte).

Un'ulteriore criticità è rappresentata dalla carenza di linee di indirizzo nella gestione e organizzazione della Medicina Penitenziaria nelle carceri lombarde; è necessario prevedere retribuzioni adeguate e omogenee al fine di rendere più appetibile il lavoro in carcere per il personale medico; così da evitare, per quanto possibile, il ricorso all'assistenza ospedaliera esterna. Manca dunque il personale specifico, non tanto quello di sicurezza (la sicurezza comunque manca ma è una materia diversa, non di competenza regionale).

Durante il corso dell'audizione è stata inoltre sottolineata la necessità di intervenire, tenuto conto delle competenze regionali nella materia della sanità, facendo leva sulla problematica dello stress da lavoro correlato e dunque sul tema del benessere del personale.

È stata inoltre avanzata un'ulteriore istanza relativa alla realizzazione di edilizia agevolata per le forze dell'ordine (parcheggi per la Polizia Penitenziaria negli Istituti che si trovano in centro Città: p.es Milano e Mantova), eventualmente intercedendo presso gli enti locali competenti. È stato inoltre sollecitato il tema degli aiuti alle famiglie del personale di Polizia penitenziaria.

In conclusione, è stata avanzata la proposta di convocare periodicamente sedute di confronto come quella odierna nonché di creare una Commissione *ad hoc* che, oltre alla Commissione Carceri, possa occuparsi ancora di più di Polizia penitenziaria, anche estendendo la competenza all'intero comparto sicurezza.

6 OTTOBRE 2021

- **DIRIGENTE DELLA STRUTTURA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE DELLA DG WELFARE E RESPONSABILE DELL'UNITÀ REGIONALE DI SANITÀ PENITENZIARIA.**

COVID e SITUAZIONE VACCINALE

Viene evidenziato che la sanità penitenziaria, rispetto alla pandemia, negli istituti penitenziari ha fatto miracoli.

Già dal 5 febbraio 2020 sono state fornite delle indicazioni, che erano anche relativamente semplici, sul fatto di isolare le persone con la febbre, di misurare la temperatura e così via, quando ancora la Lombardia non aveva neanche registrato il primo caso, solo sulla base di quello che stava succedendo in Cina e delle indicazioni del Ministero di un periodo emergenziale.

Questa è stata una anticipazione importantissima perché le carceri, comunità chiuse e sovraffollate come sono, potevano essere veramente luogo di un disastro e invece nella prima ondata pandemica su oltre 10.000 detenuti abbiamo avuto 100 casi e pochissime persone decedute, proprio unità di persone e quindi è stato veramente un risultato straordinario.

Da sottolineare che è stato singolare che durante il momento del lockdown, quando il detenuto viveva un doppio isolamento, non ci sono stati praticamente gesti né eterolesivi, né autolesivi, né tantomeno suicidi.

Altro dato interessante riguarda l'adesione alla campagna vaccinale: è importantissimo dire che vi è stato circa il 97 per cento di adesioni da parte dei detenuti.

SALUTE MENTALE

La permeabilità tra territorio e istituti, questa continuità, è molto utile proprio a tutti i livelli, a partire dalle persone che sono ristrette negli istituti penitenziari, ma anche dagli operatori sociosanitari.

Sotto il profilo della salute mentale stiamo vivendo, in generale, un momento di grave difficoltà, anche sui territori, legato alla difficoltà di trovare specialisti, sia psichiatri che neuropsichiatri, probabilmente in ragione di una programmazione sbagliata da parte del Ministero dell'Istruzione negli anni passati.

La Regione si è fortemente impegnata e, quest'anno, ha anche ottenuto un numero di borse di studio molto più elevato. Tuttavia, i risultati di questi interventi si potranno vedere, purtroppo, soltanto tra alcuni anni in quanto il percorso di specializzazione ha una durata di diversi anni. La difficoltà a

reperire professionisti sulla salute mentale, ovviamente, è più evidente nelle carceri. Questo perché nelle carceri il lavoro è molto duro e intenso. Una possibile soluzione che si cercherà di portare avanti per il futuro è quella di evitare di avere operatori dedicati esclusivamente alle carceri.

All'interno delle carceri sicuramente la patologia psichiatrica viene molto amplificata. Gli psichiatri parlano di una tripartizione dell'origine della malattia mentale, che in parte è biologica, in parte psicologica e in parte deriva dal contesto. Ovviamente il contesto nelle carceri è un contesto molto favorente la slatentizzazione di disturbi che magari erano sottotraccia e che, se il soggetto non si fosse trovato in situazione di privazione della libertà così pesante e difficile da sostenere, non si sarebbero probabilmente manifestati.

Risulta quindi importante lavorare non solo sul fronte sanitario, che va rinforzato, ma anche sul contesto, perché tutte le iniziative che portano le persone a stare meglio, occupare il loro tempo e a impegnarsi in attività ricreative e riabilitative, sono azioni migliorative e vere e proprie "medicine".

Alcuni soggetti arrivano all'interno degli istituti presentando già una situazione di base che potrebbe favorire una slatentizzazione al momento del trauma, dell'arresto, piuttosto che nel corso della detenzione. Altri, invece, nell'ambito della detenzione, soprattutto se si tratta di una detenzione prolungata, possono sviluppare delle patologie più o meno psichiatriche e che entrano in un altro tipo di considerazione, di circuito. È necessario creare un filtro molto attento al momento dell'entrata all'interno dell'istituto, cosa che avviene in maniera sistematica negli istituti che dispongono anche di centri clinici (anche quelli che hanno un'assistenza di 12 ore, perché questo tipo di intervento viene erogato entro 24, al massimo 48 ore dal momento dell'ingresso del detenuto).

Il primo approccio nei confronti del detenuto, chiunque esso sia, che accede all'interno dell'istituto, è l'approccio dello psicologo. Gli psicologi sono perfettamente in grado di delineare sia il profilo personologico della persona, che di individuare se ci sono situazioni di rischio in senso auto ed etero lesivo. Anzi, questa è proprio la commissione che si deve dare allo psicologo al fine di ridurre il carico dello psichiatra.

Certo, lo psichiatra è necessario ad un intervento urgente ma, ancora una volta, gli psicologi e perfino gli altri operatori, sono chiamati a individuare i segnali di pericolo che non necessariamente devono essere rilevati da uno psichiatra, a partire dallo stesso personale penitenziario, chiaramente non in modo tecnico. A questa funzione possono essere utili le altre figure sanitarie, gli infermieri, gli OSS, gli educatori, ecc.

Gli psicologi penitenziari sono facilmente reperibili negli istituti di Milano ma anche altrove, svolgono un numero di ore di lavoro a volte addirittura superiore di due volte, se non di tre, rispetto a quanto previsto dalla delibera 47/2016 che disciplina i parametri orari. Generalmente l'indicazione delle 30 ore di servizio psicologico ogni 100 detenuti, è un parametro ampiamente superato.

C'è una grande forbice tra la persona che ha una diagnosi psichiatrica secondo il DSM, e chi ha comportamenti che possono essere scambiati per una patologia psichiatrica e assume farmaci psichiatrici. Nel 2018 a Opera è stata dedicata una giornata per rilevare le persone che avevano veramente una diagnosi psichiatrica: erano il 10 per cento dei detenuti presenti in quel momento (quindi circa 130 su 1.300 detenuti), mentre il 65 per cento dei detenuti che assumevano farmaci agivano sulla sfera psichica. C'era una grandissima forbice e questo è amplificato in ambito penitenziario, tra l'essere psichiatrico, avere una diagnosi psichiatrica e assumere psicofarmaci.

Lo psichiatra che è molto attivo nell'ambito penitenziario dice sempre che noi psichiatrizziamo troppo i detenuti.

ABUSO DI SOSTANZE

Un altro aspetto riguarda le persone che hanno comportamenti, alterazioni comportamentali per abuso di sostanze, diverse da quelle più comuni quali eroina e cocaina. Questo abuso di sostanze, diverse da quelle più comuni, utilizzate per lo più da popolazioni emarginate, crea comportamenti che vengono scambiati come psichiatrici, ma che in realtà sono estranei alla sfera psichiatrica. Purtroppo, non c'è adeguata conoscenza su questo tipo di sostanze, anche dal punto di vista biochimico, e questo rappresenta un problema aggiuntivo.

DETENUTI STRANIERI

Un ultimo aspetto riguarda le persone provenienti da altri paesi, soprattutto da determinate zone, in modo particolare dall'Africa. In particolare, le persone che hanno subito una detenzione nelle carceri libiche manifestano un tipo di comportamento che è legato a uno stress post traumatico. Quindi, non sono necessariamente psichiatrici, ma hanno vissuto un trauma. Per tali soggetti, l'approccio all'interno degli istituti, sia al momento dell'accoglienza sia al momento della detenzione, deve essere diverso rispetto al detenuto italiano, perché il tipo di problematica psichiatrica che hanno queste persone richiede una conoscenza di quella che si chiama etnopsichiatria e che comporta, anche da parte del personale non sanitario, un approccio diverso.

PERMEABILITÀ DENTRO/FUORI

Per quanto riguarda la permeabilità, si sta cercando di collegare le persone ai servizi prima del loro rilascio, cioè predisponendo una preventiva presa in carico, ad esempio da parte degli psichiatri o anche del SERD.

Un esperimento è quello della cartella informatizzata.

Le cartelle informatizzate sono presenti ormai in diversi istituti, permettono di raccogliere tutta la documentazione sanitaria e tutte le informazioni su ciò che è avvenuto durante la detenzione. Esiste un'interfaccia con gli ospedali, ma non, per esempio, una lettura con il sistema dei SERD, piuttosto che con quello del CPS.

La medicina penitenziaria è ancora molto giovane ed è cambiata completamente la visuale, cioè da una medicina che faceva capo al Ministero della Giustizia e di cui era responsabile il direttore del carcere, si è passati – e questo è stato sicuramente un grande passo sulla strada dell'equità dei diritti – al fatto che il Sistema sanitario nazionale entrasse negli istituti con l'ottica che le persone ristrette nelle carceri avessero lo stesso trattamento delle persone libere, ricordando l'articolo della Costituzione che riconosce la salute come il bene supremo.

I documenti di programmazione di Regione Lombardia, ma anche quelli a livello nazionale, dovrebbero più spesso contenere la parte della medicina penitenziaria così come contengono le altre parti. Perfino la relazione di accompagnamento al bilancio, il DEFR, documenti anche che accompagnano atti amministrativi, spesso dimenticano la medicina penitenziaria.

Proposte emerse:

- Sarebbe necessario trovare il modo di realizzare, anche nell'ambito penitenziario, case di comunità o strutture di prossimità.
- E' necessario considerare il carcere come una parte del territorio e non come un'istituzione a sé stante.
- E' fondamentale il ruolo della formazione.
- E' necessario utilizzare figure diverse dallo psichiatra anche nella gestione della salute mentale.

20 OTTOBRE 2021

• **“RELAZIONE SALUTE MENTALE E CARCERI” di POLIS Lombardia**

In Lombardia operano 18 carceri, tra cui 4 Case di reclusione e 14 Case circondariali, distribuite nelle diverse province. Alla data del 15 maggio 2021 erano presenti 7.777 detenuti, distribuiti appunto nelle singole carceri. Un elemento rilevante da sottolineare è la serie temporale del numero di detenuti, che è variata abbastanza notevolmente, negli ultimi due anni, ma rimanendo costantemente superiore alla capienza delle carceri, che è rimasta invece costante.

Questo si riflette anche nelle singole strutture. I dati relativi alle percentuali di sovraffollamento carcerario nelle varie carceri lombarde sono del Ministero della Giustizia. Le situazioni più critiche sono quelle di Brescia, Busto Arsizio, Cremona, Lodi, Monza e Bergamo, nelle quali la situazione di sovraffollamento, a livelli percentuali è superiore al 150 per cento.

Suicidi e atti di autolesionismo

I disturbi psichici sono la maggior causa di malattia nelle carceri italiane e quelli più diffusi all'interno delle carceri sono il disturbo dell'adattamento, i disturbi legati all'utilizzo di sostanze stupefacenti, il disturbo del controllo degli impulsi e i disturbi di personalità.

A volte le patologie psichiche si rivelano talmente gravi da rendere impossibile la prosecuzione della pena all'interno delle carceri. Questi individui sono i cosiddetti “Rei folli” e intorno a loro si è concentrato un recente dibattito nella letteratura giudiziaria e sociologica sul tema. Questi sono anche i soggetti più a rischio di compiere atti suicidari e autolesionistici.

I maggiori fattori che incrementano il rischio di suicidio sono sia esogeni, sia ambientali, sia endogeni.

Innanzitutto, è stato rilevato un fattore temporale: è infatti rilevante il momento dell'entrata in carcere. Particolarmente a rischio sono sia i nuovi giunti, ossia quelli entrati da poco nelle carceri, sia i soggetti “fine pena mai”.

Un altro fattore importante è quello anagrafico, in quanto i giovani sono più a rischio di compiere suicidi. Anche la situazione giuridica dei detenuti è rilevante, in quanto i detenuti in attesa di giudizio

sono in una condizione di incertezza tale da comportare l'aumento del rischio dell'emergere di problemi psichici e, indirettamente, di compiere gesti suicidari.

Tra i fattori esogeni è stato rilevato nella letteratura la situazione di affollamento e anche la presenza di forti legami affettivi all'esterno delle carceri. La presenza di disturbi di dipendenza da alcol o sostanze stupefacenti sembra incrementare il rischio di compiere atti suicidari.

Il disturbo autolesionistico non suicidario si distingue dagli atti di suicidio in quanto il suicidio non è il fine dell'autolesionista, ma l'autolesionismo ha come fine quello di ridurre emozioni negative come tensione, ansia e si configura maggiormente come una strategia di coping contro la sofferenza psicologica. Il più delle volte ci sono dei casi in cui può assumere un valore dimostrativo.

I suicidi in carcere in Lombardia rappresentano un quarto di tutte le morti per suicidio in carcere sul territorio italiano. Nel 2020 sono stati 16 in Lombardia su 62 a livello nazionale.

Tutte le carceri dove sono avvenuti almeno due suicidi presentano un tasso di sovraffollamento superiore al 150%. Tutti i detenuti che si sono tolti la vita in Lombardia sono di genere maschile (dato spiegabile anche sulla base della bassa percentuale di donne detenute sul totale); 13 su 16 hanno un'età compresa fra i 20 e i 45 anni con solo 3 sopra i 50, e quasi la metà (7) sono sotto i 30 anni: l'età media dei detenuti morti suicidi è di 36 anni. Questo conferma l'importanza del fattore anagrafico come fattore di rischio e il fatto che i detenuti di giovane età siano effettivamente più vulnerabili. Il che evidenzia il bisogno di una maggiore necessità di essere seguiti da un punto di vista psicologico. Vi è inoltre una leggera maggioranza di cittadini di origine estera, rispetto a cittadini italiani. Infine, occorre notare che nonostante in termini assoluti il numero di individui condannati in via definitiva sia più alto, vi è anche un numero rilevante di detenuti in attesa di giudizio che scelgono di togliersi la vita (il 37,6% del totale).

La più alta percentuale è in una situazione di attesa di primo giudizio. L'incertezza incrementa il rischio suicidario.

Nel 2020 si è registrato il più alto numero di atti di autolesionismo rispetto a tutti gli anni precedenti. Non esistono però dati sistematici sulla Lombardia. I dati relativi al 2020, per quanto riguarda la nostra regione sono stati rinvenuti solo visitando 4 Case circondariali. Parliamo di 11.315 casi di autolesionismo. L'andamento è comunque costantemente in crescita dal 2017 al 2020.

Gli atti di autolesionismo sono correlati anche alla tipologia della pena. Perché la condanna definitiva nel senso di un ergastolo, nel senso di "Fine pena mai", peggiora la situazione psicologica del detenuto. Però, in realtà, tra i detenuti con condanna definitiva e i detenuti in attesa di primo giudizio, più a rischio risultano quelli in attesa di primo giudizio, proprio per questa incertezza legata alla propria situazione giudiziaria e al proprio futuro che destabilizza a livello psichico, a meno che la certezza non sia appunto la pena del "Fine pena mai".

REMS

Nel 2020 c'è stato un turn over minore rispetto agli anni precedenti. L'età media dei residenti in REMS è piuttosto giovane, in quanto circa due terzi dei pazienti hanno meno di 45 anni.

La durata media del ricovero in REMS, rispetto alla durata media delle altre REMS italiane, è maggiore e la percentuale di persone, inserite in un percorso terapeutico riabilitativo individuale, è

minore rispetto alla media italiana. La percentuale a Castiglione delle Stiviere si aggira intorno al 25 per cento, mentre la percentuale media italiana è intorno al 43 per cento.

Salute mentale nella popolazione detenuta femminile

La presenza femminile in carcere è molto minoritaria. Le percentuali sono abbastanza allineate, si aggirano intorno al 5 per cento. Quindi la questione più pressante riguarda il fatto che, essendo una presenza così minoritaria, queste persone non ricevano abbastanza attenzione, nel senso che c'è il rischio che i rischi psicosociali per la salute mentale femminile, che sono talvolta diversi da quelli che influenzano la popolazione carceraria maschile, siano sottovalutati.

L'impatto del COVID- 19 sulla salute mentale in carcere

Vi è stata una riduzione del numero dei detenuti sia a livello nazionale sia regionale (meno 15,9%). Vi è stato un aumento consistente del numero delle uscite e una diminuzione degli ingressi.

La pandemia è stata una delle principali fonti di riferimento su vari fattori che comunque hanno incrementato il numero di tutti i vari eventi critici di cui sopra. La circostanza di trovarsi in una situazione in cui era molto difficile mantenere il distanziamento sociale ha creato maggiore rischio di esposizione alla diffusione di agenti patogeni.

Vi è stata anche la drammatica riduzione o conclusione, per un certo periodo, di tutte le attività sociali fornite da soggetti esterni, con conseguente maggiore insicurezza, preoccupazione per sé e per i cari, solitudine. Questo ha comportato un aggravio di tutti i livelli di criticità, con particolare riflesso sulle tendenze al suicidio.

La carenza di psichiatri nelle carceri

L'aspetto di un accompagnamento psichiatrico non è la soluzione dei gravi problemi, ma può essere un contributo positivo. Purché naturalmente si tratti di un apporto qualificato, nel senso di tener conto delle diverse realtà.

Il momento dell'arrivo, della traduzione in carcere è fondamentale rispetto alla scelta del percorso del singolo detenuto. L'approccio di una realtà come San Vittore è diverso dall'approccio di una realtà come Opera o di una realtà come Bergamo.

Comunque, certamente, un incremento del numero di ore di psicologi e psichiatri sarebbe positivo, però bisognerebbe affrontare il problema da più direzioni.

26 GENNAIO 2022

•PROVVEDITORE DEL DAP LOMBARDIA E RESPONSABILE U.O. REGIONALE DI SANITÀ PENITENZIARIA

Dati di contesto

Le presenze negli Istituti lombardi si avvicinano oggi a circa 8 mila persone; siamo ritornati a una situazione di presenze che si avvicina molto a quella di inizio pandemia e questo è sicuramente un elemento importante da sottolineare anche ai fini dell'andamento dell'epidemia, anche perché, come si vede, si verifica nuovamente una situazione di sovraffollamento (che si era ridotto nel corso delle prime fasi dell'epidemia), che in questo momento è tra il 110 e il 120 per cento.

Da alcuni giorni abbiamo circa 740 persone attualmente positive; quindi, quasi il 10 per cento della popolazione detenuta, di cui quattro persone ricoverate con un andamento clinico buono.

Il totale dei detenuti positivi da inizio pandemia è stato di circa 1.500, con solo cinque ricoveri in tutto, dall'inizio della pandemia.

Nella prima ondata vi erano meno positivi: le motivazioni possono ritrovarsi sia nel minor numero di tamponi che venivano fatti, sia dalla situazione di *lockdown* nazionale che ha coinvolto naturalmente anche gli istituti penitenziari.

Contact tracing

In questo momento è difficile parlare di contact tracing; pure nel nostro stesso ambito abbiamo dovuto ridurlo, anche se trovo che in ambito penitenziario sia comunque importante. Lo abbiamo mantenuto in alcune figure: i concellini, per esempio, i lavoranti che all'interno degli Istituti sono trasversali nel senso che svolgono il compito in diverse sezioni contemporaneamente, ad esempio gli addetti alla consegna dei pasti piuttosto che alla manutenzione.

Il 33 per cento dei nostri positivi proviene dagli ingressi esterni.

I nuovi giunti sono tutti sottoposti a tampone e anche i nuovi giunti per il trasferimento subiscono un tampone. Anche se c'è un trasferimento da un Istituto all'altro viene eseguito un tampone prima del trasferimento. Nel caso di rifiuto del tampone il detenuto è sottoposto a un procedimento quarantenario.

Il personale sanitario viene sottoposto a sorveglianza periodica.

Per il personale penitenziario è oggettivamente più difficile.

Situazione degli agenti di Polizia Penitenziaria.

Dai dati dell'altro ieri, 24 gennaio 2022, ci risultano 109 uomini e donne dell'Amministrazione positivi al Covid.

Sono stati registrati pochi casi di ospedalizzazione, peraltro non in terapia intensiva, salvo una persona che purtroppo è deceduta.

Sui problemi nella copertura dei turni, abbiamo avuto difficoltà in un particolare momento che riguarda la settimana precedente il Natale, perché la crescita repentina della curva di infezioni è coincisa con un momento in cui una parte del personale era fuori sede per le festività natalizie. Consideriamo che gran parte del nostro personale non è milanese. Pur tuttavia si è riusciti a gestire quel momento, che, ripeto, misuro in una decina di giorni, riorganizzando i servizi e chiedendo anche dei sacrifici a chi in quel momento stava operando.

Tipizzazione dei tamponi

Quando si è verificato un focolaio importante a San Vittore e ad Opera sono stati tipizzati tutti i casi. Dopodiché, siccome è veramente impossibile dato il numero di tipizzazioni che ha l'Istituto di virologia in questo momento, è stato fatto per cluster, cioè a seconda del focolaio e a seconda della data in cui si sono verificati i casi.

Il risultato è che soprattutto a Milano a San Vittore e ad Opera è assolutamente prevalente la variante Omicron mentre c'era ancora qualche caso di Delta a Brescia. La tipizzazione è particolarmente importante nel nostro caso perché è quella che naturalmente indirizza anche nella scelta del farmaco eventualmente da utilizzare. Questo tipo di impostazione ha permesso la somministrazione di anticorpi monoclonali già diretti contro la variante Omicron, essendo gli altri in questo momento inefficaci. Esistono gli anticorpi monoclonali per via orale, che però non sono ampiamente ancora disponibili e, quindi, in qualche occasione abbiamo dovuto ricorrere alla somministrazione in vena e occorreva che naturalmente il personale fosse, appunto, addestrato.

Sicuramente si dovrebbe poter disporre maggiormente degli anticorpi monoclonali o.s. che naturalmente favoriscono la somministrazione e non richiedono personale particolarmente addestrato.

Per quanto riguarda la terapia con i monoclonali oggi purtroppo c'è un problema, che non è solo legato alla nostra Regione ma è un problema nazionale, sulla difficoltà a recuperarli, in tutti gli ospedali e per tutti i malati. Ciò non toglie che la Commissione possa chiedere alla Vicepresidente Moratti di avere un'attenzione particolare rispetto agli Istituti penitenziari.

Green Pass

La difficoltà che abbiamo nell'ottenere il Green Pass per i detenuti, ancor più adesso che è veramente necessario per tutte le attività, è un problema. Abbiamo sempre difficoltà a scaricare il Green Pass. È necessario trovare una forma - come si sta, appunto, pensando per le popolazioni migranti - per riuscire a scaricare il Green Pass a persone che non hanno in quel momento una documentazione sanitaria.

Per quanto riguarda il Green Pass regna ancora abbastanza confusione. Con il codice fiscale dovrebbero riuscire a scaricare il Green Pass. Per i migranti, invece, irregolari che dovessero essere detenuti, in questo caso c'è la possibilità di avere una sorta di "Certificato Verde"; non so se, però, anche questo sia nella possibilità riceverlo oppure no, perché, ripeto, anche con i sistemi informatici, purtroppo ogni giorno è il caos.

Per il detenuto che svolge attività lavorativa esterna, e quindi ha un fine educativo assolutamente di reinserimento, è veramente penalizzante.

Il rapporto tra positivi rispetto ai vaccinati o ai non vaccinati.

Tutti i nuovi giunti, non vaccinati, sono quelli che vanno incontro più facilmente all'infezione. Non necessariamente a una progressione negativa, perché abbiamo avuto pochissimi casi con impegno clinico. Uno solo dei soggetti a cui non era ancora stata effettuata la terza dose, perché non era ancora il tempo e aveva delle comorbidità, è andato in terapia intensiva.

Si è registrato un grande numero di infettati che avevano ricevuto la terza dose alcune settimane prima in cui avrebbe dovuto essere efficace. Naturalmente, però, tutte queste persone che hanno ricevuto la terza dose risultano asintomatiche.

È importante essere vaccinati non tanto per non essere infettati ma affinché ci sia una mancata progressione dell'infezione.

4 MAGGIO 2022

- **AUDIZIONE DELLA DIRETTRICE DELL'UFFICIO DETENUTI E TRATTAMENTO DEL PROVVEDITORATO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA (PRAP) DI MILANO, PER UN AGGIORNAMENTO RELATIVO ALL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 ED ALLA SITUAZIONE VACCINALE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI LOMBARDI.**

Durante l'audizione si dà atto del progressivo allentamento delle misure di contenimento del contagio da Covid-19 e vengono illustrati gli esiti della campagna vaccinale. Il 90% dei detenuti risulta aver ricevuto la somministrazione delle tre dosi vaccinali. Inoltre, sono state diramate indicazioni relative alla somministrazione della quarta dose vaccinale nei casi previsti dalla normativa. Tra il 10% dei non vaccinati ci sono anche coloro che non potevano essere vaccinati per problemi di salute. I rifiuti sono stati pochi.

Anche su sollecitazione dei Consiglieri, vengono approfondite le tematiche relative al numero dei positivi, alla gestione ed al trattamento dei detenuti risultati positivi al Covid-19 ed al loro stato di salute. Il numero dei detenuti negli istituti penitenziari lombardi è pari a 7.890. Attualmente, presso gli istituti penitenziari sono presenti 32 detenuti positivi, di cui 13 nell' Hub di San Vittore, le cui condizioni sono complessivamente buone. Ma i casi meno gravi - che sono la maggioranza - non necessitando di cure particolari, vengono gestiti negli istituti. Tuttavia, sono stati mantenuti 27 posti nell'hub presso San Vittore, ma solo per detenuti positivi al Covid con situazioni patologiche particolari. Solo 3 detenuti sono ricoverati all'esterno.

Quanto al personale che presta servizio negli istituti penitenziari, ammontano a 195 le unità di personale assente per cause legate al Covid-19. I positivi sono 10, gli altri 185 sono assenti in quanto venuti in contatto con persone positive.

Viene affrontata la tematica relativa alla normale ripresa delle attività negli istituti penitenziari. Prioritariamente ci si è concentrati sulla ripresa delle attività scolastiche e formative. Non sono state introdotte limitazioni ulteriori rispetto a quelle di carattere generale (es. protezione delle vie respiratorie, igienizzazione delle mani, divieto di assembramenti) ed a qualche accortezza specifica. Ad esempio, l'accesso alla palestra è stato consentito in gruppo per i vaccinati e singolarmente per i non vaccinati.

Infatti, in base alla Circolare del DAP del 10 novembre 2020, l'introduzione di misure limitative particolari, così come la sospensione delle attività (compresi i contatti con l'esterno) è subordinata al

raggiungimento di un primo indice di positività pari al 2% e l'adozione di misure più restrittive è prescritta nel caso di raggiungimento della soglia del 5%. È importante sottolineare che, ad oggi, nessun istituto penitenziario ha raggiunto neppure l'indice di positività del 2%. Pertanto, non sono stati limitati i contatti con l'esterno e attualmente i colloqui con i famigliari si tengono in presenza, salvo diversa richiesta di svolgimento del colloquio a distanza.

Sono state, inoltre, rappresentate le problematiche tipiche del sistema penitenziario. Permangono, infatti, le criticità di natura strutturale rispetto alle quali sono state stanziati rilevanti risorse, anche derivanti da fondi del PNRR, rivolte alla ristrutturazione di alcuni spazi, al risanamento di spazi trattamentali e di spazi adibiti al lavoro dei detenuti, all'acquisto di macchine ed alla riqualificazione di laboratori.

Con la collaborazione di aziende sul territorio, si sta lavorando per ampliare le opportunità lavorative per i detenuti e sono state gettate anche le basi per il rinnovo del progetto scolastico.

Con riferimento al profilo della salute mentale, con l'Assessorato al Welfare, sono state intraprese iniziative volte alla prevenzione del rischio suicidario nelle carceri. Sulla base di interlocuzione con l'Assessorato al Welfare ed alla Famiglia, sono state promosse iniziative per il prolungamento di finanziamento, che consenta di avere in alcuni istituti penitenziari il rinnovo di Centri diurni che erano stati già realizzati con una progettazione di fine 2019/primi 2020, nonché un ampliamento di questi Centri diurni per la presa in carico di detenuti che presentino delle particolari fragilità.

Al fine di agevolare e semplificare lo svolgimento di visite mediche e soddisfare le esigenze di cura dei detenuti, si sta valutando anche la possibilità di ampliare il ricorso alla tele-refertazione.

In considerazione dell'influenza che i legami famigliari ed i rapporti umani hanno sulla salute mentale, sulla scorta dell'esperienza maturata durante la pandemia, viene ancora consentito lo svolgimento dei colloqui a distanza mediante videochiamate, ove il detenuto lo richieda.

Viene precisato che lo svolgimento dei colloqui è disciplinato dal regolamento di esecuzione che, salvo deroghe motivate da specifiche esigenze, prevede il contingentamento della frequenza e della durata degli incontri. Attualmente non risultano proposte finalizzate all'incremento della frequenza dei colloqui.

Su richiesta di un consigliere, viene precisato che a seguito degli episodi suicidari verificatisi negli istituti penitenziari di Pavia e Monza, il Provveditorato ha condotto una ispezione di carattere generale presso il Carcere di Pavia al quale sono state date delle indicazioni operative perché si possano migliorare alcuni aspetti che sono parsi un po' trascurati, ma anche nella predisposizione degli spazi per le attività oppure nella comunicazione dello staff multidisciplinare e della presa in carico. Sotto il profilo individuale, peraltro, tranne qualche scostamento più a Pavia che a Monza sulla capacità degli staff multidisciplinari di fare un discorso di insieme, sembra che fosse stato fatto tutto il possibile nonostante l'esito infausto delle situazioni.

- **RESPONSABILE U.O. REGIONALE DI SANITÀ PENITENZIARIA PER UN AGGIORNAMENTO SULLA SITUAZIONE COVID E PER UNA ILLUSTRAZIONE DEGLI ESITI E UN PRIMO BILANCIO DELLE ATTIVITÀ DI SCREENING HCV, IN PARTICOLARE, NELLE CARCERI E NEI SERD.**

In data 18 maggio 2022, la Commissione speciale sulla Situazione carceraria in Lombardia ha proceduto all'audizione del Responsabile della Sanità Penitenziaria "UO Rete territoriale", per un aggiornamento sulla situazione COVID e per una illustrazione degli esiti della Fase III e un primo bilancio delle attività di screening HCV, obiettivi futuri e *Focus on* Regione Lombardia, in particolare, nelle Carceri e nei SerD.

Il Dott. Ranieri illustra, avvalendosi anche di diapositive, l'attuale situazione epidemiologica negli istituti penitenziari.

A gennaio 2022, si sono registrati 812 casi positivi su 8.000 detenuti presenti negli istituti penitenziari lombardi. Il numero di positivi ha poi visto una rapidissima discesa fino quasi ad azzerarsi. Infatti, attualmente – dai dati aggiornati alla seconda settimana del mese di maggio – risulta che il numero dei positivi è di 24 (il dato non tiene conto dei 5 positivi che hanno fatto ingresso successivamente nella Casa Circondariale di Voghera) di cui sono tutti asintomatici ad eccezione di un soggetto che presenta una patologia particolare (leucemia).

Quanto alle misure di contenimento sono state mantenute cautele più rigorose rispetto alle prescrizioni nazionali, come ad es. l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale delle vie respiratorie di livello FFP2, l'effettuazione di tamponi in entrata e prima di un'udienza, oltre alle consuete raccomandazioni volte ad evitare assembramenti.

I colloqui avvengono in presenza.

Questo livello di cautele ha consentito una buona gestione del virus nelle carceri. I nuovi casi positivi negli Istituti penitenziari sono tutti nuovi giunti dall'esterno che per la maggior parte non sono vaccinati e che, si presume, non si sia vaccinata non tanto per adesione alla corrente "no-vax" ma perché costituisce quella parte di popolazione marginalizzata che non è stata raggiunta e sensibilizzata dalla campagna vaccinale.

A tal proposito, si suggerisce di stimolare l'adesione alla campagna vaccinale da parte di questa fascia della popolazione anche mediante l'utilizzo di unità mobili sul territorio.

In generale, si sta raccomandando agli istituti di mantenere controllo e non allentare le cautele.

Con riferimento agli esiti della campagna vaccinale negli istituti penitenziari, il 98% dei detenuti ha ricevuto due dosi vaccinali, più del 60 % ha ricevuto le tre dosi. In casi particolari è stata eseguita anche la IV dose.

Il Dott. RANIERI illustra le modalità di gestione dell'isolamento dei nuovi giunti positivi. Dunque, di regola, l'isolamento dei positivi si protrae per cinque giorni e i nuovi giunti che hanno fatto ingresso il medesimo giorno e dovessero risultare positivi vengono isolati insieme. Quindi, vengono tenuti in spazi separati dal resto della popolazione carceraria ma isolati per gruppi.

Con riferimento all'attività di screening dell'Epatite C negli istituti penitenziari, il Dott. RANIERI, passa in rassegna la disciplina in materia e osserva come Regione Lombardia abbia consentito la prescrivibilità di farmaci nei SERD.

Si precisa, inoltre, che nei SERD e negli istituti penitenziari lo screening viene effettuato in modo più rapido perché serve ottenere una diagnosi in tempi rapidi.

Negli istituti lombardi la media delle epatiti è di circa il 9% con una media più bassa rispetto a quella nazionale. Si deve tenere conto che questo è il risultato di un trattamento che viene effettuato nei SERD e negli Istituti. Infatti, già nel 2016 è stato avviato un trattamento nell'istituto di Opera, anche attraverso micro-eliminazione che costituisce un modello anche per altri Istituti penitenziari in Europa.

Lo screening viene effettuato con test salivari rapidi poco invasivi e che possono essere anche auto-somministrati.

Alternativo al test salivare è il test capillare, ma il primo è meno invasivo del secondo ed entrambi forniscono gli esiti in pochi minuti. Quando la persona risulta positiva alla presenza di anticorpi, serve stabilire se oltre all'anticorpo, presenti anche il virus nel sangue e, quindi, se la persona necessita di trattamento.

Anche la successiva diagnosi fatta su campioni ematici (test punge dito) è rapida e può essere effettuata tranquillamente negli istituti penitenziari.

Si segnala la difficoltà di documentare i trattamenti sanitari del paziente, considerato che sia a livello regionale che nazionale mancano sistemi di registrazione degli screening.

Il percorso di screening avviato negli istituti penitenziari è stato esteso anche ai SERD.

Sono state individuate le risorse (test salivari rapidi) e a breve si svolgeranno le gare per il reperimento delle stesse.

È indispensabile consentire la prescrizione presso l'istituto o presso i SERD e che il follow up del paziente sia condiviso con un centro esterno.

Si riporta l'esempio dell'istituto di San Vittore presso il quale sarà reso a breve disponibile un dispositivo in sperimentazione (un ecografo) utilizzabile secondo modalità di telemedicina che servirà per verificare se vi siano cirrosi in stato avanzato o tumori.

Il Dott. Ranieri precisa che negli istituti milanesi attualmente non c'è nessun paziente da trattare e che gli Istituti penitenziari già stanno utilizzando cartelle informatizzate per i detenuti.

Il modello sperimentale oggetto di studio e adottato negli istituti e nei SERD potrebbe essere esportato anche alla restante popolazione.

A seguito di domanda di un consigliere, viene approfondito l'utilizzo della cartella clinica informatizzata da parte degli istituti penitenziari.

Si evidenzia l'assenza di problematiche di carattere burocratico-amministrativo: ARIA S.p.A., infatti, si è attivata in tal senso, consentendo l'utilizzo della cartella clinica informatizzata presso gli istituti penitenziari che viene utilizzata senza particolari difficoltà tecniche, soprattutto negli Istituti di Como e Varese. Mentre, si riscontrano difficoltà legate ai sistemi informatici locali ed alla capacità della rete locale nelle strutture di Milano.

In secondo luogo, le riscontrate difficoltà sono anche legate alla cronica carenza di personale con la conseguenza che il personale impiegato ed impegnato in altre attività spesso non trova il tempo necessario per effettuare le operazioni di registrazione dati nella cartella informatizzata.

Quindi, la cartella informatizzata si ritiene essere uno strumento piuttosto funzionale, salvo le difficoltà di carattere operativo dovute a problemi di cablaggio e di funzionamento della rete informatica e alla carenza di personale, soprattutto nell'area milanese.

29 GIUGNO 2022

• **VISITA PRESSO LA CC TORRE DEL GALLO DI PAVIA**

Il giorno 29 giugno 2022, una delegazione di Consiglieri della Commissione si è recata a Pavia per una visita al Carcere Torre del Gallo, alle 16,30.

Erano presenti la Presidente Antonella FORATTINI e il Cons. Simone VERNI, i quali sono stati accolti dalla Direttrice del Carcere, dott.ssa Stefania D' AGOSTINO.

La visita è stata fatta a seguito degli incresciosi episodi di suicidio verificatesi negli ultimi mesi nel Carcere.

Torre del Gallo è una struttura complessa e particolarmente difficile, che ospita 580 persone su 544 autorizzate, ma con un polo psichiatrico e un reparto di protetti.

La visita è durata circa 3 ore.

Il problema più rilevante è la carenza di personale: agenti di polizia penitenziaria (comandanti, ispettori, agenti assistenti) e personale sanitario, tanto da rendere possibile l'attivazione di soli 12 posti letto nel polo psichiatrico.

Inoltre, non va sottovalutato il problema legato alla carenza di spazi di aggregazione, come la palestra o spazi esterni attrezzati.

Da parte della Direttrice sono state fornite informazioni circa i corsi di istruzione o formazione attivati negli ultimi due anni.

Per quanto concerne il biennio 2021-2022, tutti i progetti por- FSE sono stati portati regolarmente a termine (Progetto ALI, Calibriamo, PADRI, la Prima Pietra, ecc).

L' unico progetto che non è stato completato è quello di Cassa delle Ammende relativo a "Incubatori di Comunità- Centro Diurni- Ponte" in partenariato con la ASST, che si rivolgeva ai detenuti fragili. Purtroppo, non si è reperita la sede interna per il centro diurno Ser.D e si è sostituita tale azione con piccoli gruppi e colloqui individuali.

13 LUGLIO 2022

• **INCONTRO CON UN RAPPRESENTANTE DELLA DG WELFARE IN MERITO ALLA PROPOSTA DI RELAZIONE CONCLUSIVA SULL' INDAGINE CONOSCITIVA "SALUTE MENTALE E CARCERE"**

PRINCIPALI CRITICITÀ:

- Liste attese REMS di Castiglione delle Stiviere (sono circa 70 gg, inferiori alle REMS di altre regioni italiane) ma comunque troppo lunghe.
- Unica REMS su tutto il territorio regionale
- Carenza di personale, sia penitenziario che medico/ pedagogico/psicologico

- Carenza di comunicazione tra i vari attori coinvolti (è necessario che tutti abbiano conoscenza della situazione generale e particolare del detenuto)
- Cartella sanitaria elettronica non ancora esistente e attiva in tutto il territorio.

DGR n. XI/ 6653 dell'11 luglio 2022 “Aggiornamento del piano regionale per la prevenzione del rischio suicidario negli istituti penitenziari per adulti”

Con questa delibera vengono fornite dalla Regione linee di indirizzo comuni al fine di permettere la definizione, attraverso un'azione congiunta tra il PRAP e le articolazioni territoriali delle amministrazioni penitenziarie e sanitaria, dei **Piani locali di Prevenzione** presso ciascun istituto penitenziario. Sono state fornite alcune indicazioni proprio su quelle che sono le situazioni di rischio suicidario che possono essere prevenibili e i criteri per riuscire ad individuarle.

Fra i vari indirizzi vi è quello molto importante dell'informazione e formazione permanente interprofessionale, interdisciplinare sistematico, strutturato e periodico per tutti gli operatori, in particolare per quelli a più stretto contatto con la quotidianità detentiva.

Naturalmente questa delibera è perfezionabile. Si è voluto far salva l'individualità di ciascun Istituto e per questo, infatti, non si è entrati nello specifico del tipo di Istituto e si è evitato di dare termini precisi perché ciascuno si dia una sua organizzazione.

PROPOSTE:

- **L' intervento multidisciplinare è indispensabile.**

- **Case della Comunità**

Anche se studiate per l'assistenza sanitaria territoriale, le Case della Comunità potrebbero, all' inizio in modo anche sperimentale, essere una iniziativa per superare le difficoltà dovute alla carenza di personale e cercare di arginare il problema più grande in assoluto; i detenuti con problemi di salute mentale non dovrebbero stare in carcere, ma considerato che peraltro tanti finiscono per starci, in quanto non riescono ad entrare nella REMS, la Case della Comunità all' interno dell'Istituto penitenziario, oppure i Centri diurni, potrebbero almeno assorbire un po' di malessere.

- **Centri Diurni**

La Regione tra poco metterà dei fondi per i Centri diurni, per implementarli con personale, come psicologi, educatori, mediatori culturali, arteterapeuti e musicoterapeuti.

- **Personale**

Utilizzare anche gli specializzandi (in alcune carceri si sta già facendo), i tecnici della riabilitazione psichica e magari anche gli Ufficiali medici (come avvenuto durante la pandemia da Covid- 19).

Si ritiene necessario stabilizzare le persone che lavorano nell'ambito carcerario, per creare valore aggiunto. Si tende a non farlo.

- **REMS**

Per quanto riguarda le liste di attesa i criteri ci sono e sono assolutamente rispettabili e rispettati.

Purtroppo, molte volte sono assegnati alle REMS detenuti che potrebbero essere aiutati in un' articolazione di salute mentale, lasciando spazio per persone con patologie più gravi. Questo, purtroppo, a volte anche per opera dei magistrati e l'assegnazione da parte del

magistrato è incontestabile, se non in casi eccezionali.
Potrebbero esserci margini di miglioramento anche nei suddetti criteri.

6. CONCLUSIONI/CRITICITÀ

- Dare attuazione al più presto alle misure previste dalla Giunta con DGR n. 6653 dell'11 luglio 2022 “Aggiornamento del piano regionale per la prevenzione del rischio suicidario negli istituti penitenziari per adulti”.
- Liste attese REMS troppo lunghe e necessità di nuove strutture sul territorio.
- Annosa problematica del sovraffollamento di diversi istituti di pena sul territorio lombardo.
- Per ciò che concerne le carenze di supporto psichiatrico all'interno delle carceri si potrebbe utilizzare figure che possono essere diverse dallo psichiatra, come psicologi, infermieri psichiatrici, tecnici di riabilitazione psichiatrica, anche più facilmente reperibili.
- Rafforzamento delle attività trattamentali con la collaborazione di volontari e associazioni esterne (sport, laboratori teatrali, lettura...).
- Implementazione di percorsi formativi e lavorativi per il reinserimento post detenzione.
- Lavoro all'interno del carcere anche per non lasciare eccessivi tempi vuoti morti nella routine quotidiana della vita carceraria.
- Tenute presenti le competenze regionali, riguardo alle criticità lamentate dalle rappresentanze sindacali della polizia penitenziaria, è necessario investire sulla formazione e sulla possibilità di istituire sportelli d'ascolto per coloro che ne sentissero la necessità.
- Per quanto riguarda le donne, la questione più pressante è il pericolo che, essendo una presenza così minoritaria, queste persone non ricevano abbastanza attenzione e che siano sottovalutati i rischi psicosociali per la salute mentale femminile, che sono talvolta diversi da quelli che influenzano la popolazione carceraria maschile. Servirebbe una maggiore specializzazione delle prestazioni mediche richieste da quella che è stata chiamata medicina di genere, aderente a talune caratteristiche della salute delle donne messe in evidenza da studi e ricerche sulla specificità della salute femminile, che andrebbero aggiornate in quanto le ultime ricerche sono ormai datate.

ALLEGATO A

DOCUMENTAZIONE

LIVELLO INTERNAZIONALE

- **Risoluzione 2010/16 del 22/07/2010 - Regole delle Nazioni Unite relative al trattamento delle donne detenute e alle misure non detentive per le donne autrici di reato (“Regole di Bangkok”)²²;**

UNIONE EUROPEA

- **Risoluzione del Parlamento europeo del 5 ottobre 2017 sui sistemi carcerari e le condizioni di detenzione (2015/2062(INI))²³;**
- **Raccomandazione 2014/3 Comitato dei Ministri agli Stati Membri relativa ai delinquenti pericolosi (febbraio 2014)²⁴;**
- **Raccomandazione del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa agli Stati Membri sui detenuti stranieri (2012) - adottata dal Comitato dei Ministri il 10 ottobre 2012²⁵;**
- **Risoluzione del Parlamento Europeo del 15 dicembre 2011 sulle condizioni detentive nell’UE (2011/2897(RSP))²⁶;**
- **Raccomandazione del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa agli Stati Membri sulle Regole Penitenziarie Europee (2006) - adottato dal Comitato dei Ministri l’11 gennaio 2006, riveduto e modificato dal Comitato dei Ministri il 1° luglio 2020²⁷;**
- **Raccomandazione del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa agli Stati Membri del Consiglio d’Europa sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette**

²²Con la risoluzione 2010/16 del 22 luglio 2010, il Consiglio Economico e Sociale ha raccomandato all’Assemblea Generale delle Nazioni Unite di adottare il progetto di risoluzione avente ad oggetto “Regole delle Nazioni Unite relative al trattamento delle donne detenute e alle misure non privative della libertà per le donne che delinquono (Regole di Bangkok)”. Di particolare rilievo per la materia di interesse sono le regole 1,2,6, 10,12,13,15. Il testo della risoluzione disponibile al seguente link:

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.page?facetNode_1=0_2&facetNode_2=0_0&contentId=SPS1188464&previousPage=mg_1_12

²³In particolare, v. i punti 6 ([il Parlamento europeo] «deplora inoltre che in molti casi il sovraffollamento carcerario ha conseguenze drammatiche per la sicurezza del personale penitenziario e dei detenuti, ma anche a livello delle condizioni sanitarie, delle attività proposte, delle cure mediche e psicologiche nonché della riabilitazione e del monitoraggio dei detenuti; esorta gli Stati membri a istituire sistemi e banche dati per il monitoraggio in tempo reale delle condizioni carcerarie dei detenuti e a garantire un’efficace distribuzione della loro popolazione carceraria»), 22 ([il Parlamento europeo] «chiede agli Stati membri di attenersi alle raccomandazioni specifiche riguardanti le condizioni carcerarie per i detenuti vulnerabili; deplora che talvolta le persone che soffrono di una malattia mentale siano e rimangano incarcerate per il semplice fatto che mancano servizi adeguati all’esterno e ricorda che, secondo la Corte europea per i diritti dell’uomo, il trattamento inadeguato delle persone che soffrono di una malattia mentale può equivalere a una violazione dell’articolo 3 e dell’articolo 2 della CEDU (diritto alla vita) nel caso di detenuti che si suicidano») e 25 ([il Parlamento europeo] «sottolinea che le detenute hanno esigenze specifiche e devono avere accesso a servizi e controlli medici adeguati, nonché a idonee misure sanitarie; chiede agli Stati membri di attenersi alle raccomandazioni in vigore concernenti il trattamento delle donne detenute, evitando qualsiasi discriminazione di genere»). Il testo integrale della risoluzione è consultabile al seguente link: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017IP0385&from=EN>.

²⁴Vedasi, in particolare, i punti 42-45. Il testo è consultabile al sito:

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.page?facetNode_1=0_0&facetNode_2=0_2&facetNode_3=0_0_2&facetNode_4=4_115&facetNode_5=1_2%282014%29&contentId=SPS1145134&facetNode_6=1_2%28201402%29&previousPage=mg_1_12.

²⁵Di particolare rilievo per la materia di interesse: i punti 31.7 e 31.8, 33.2. il testo disponibile al seguente link:

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.page?facetNode_1=4_115&facetNode_2=0_0&facetNode_3=0_0_2&contentId=SPS1144611&previousPage=mg_1_12.

²⁶Vedasi, in particolare, il punto n. 8 ([il Parlamento europeo] «invita gli Stati membri a stanziare idonee risorse alla ristrutturazione e all’ammodernamento delle carceri, a tutelare i diritti dei detenuti, a riabilitare e preparare con successo i detenuti per il rilascio e l’integrazione sociale, a fornire alla polizia e al personale carcerario una formazione ispirata alle moderne pratiche di gestione delle carceri e agli standard europei in materia di diritti dell’uomo, a monitorare i prigionieri che soffrono di disturbi mentali e psicologici e a creare una linea specifica nel bilancio UE al fine di incoraggiare tali progetti») ed il punto n. 13 ([il Parlamento europeo] «esorta gli Stati membri a lottare contro il suicidio nelle carceri e a svolgere sistematicamente inchieste imparziali allorché un detenuto muore in carcere»). Il testo integrale è consultabile sul sito <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011IP0585&from=IT>.

²⁷In particolare, vedasi la Parte III, “Salute, Assistenza sanitaria”. Il testo al seguente link:

https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=0900016809ee581#globalcontainer.

da disturbi mentali (2004)²⁸.

LIVELLO NAZIONALE

- DPR 30 giugno 2000, n. 230 “*Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà*”²⁹;
- DM 21 aprile del 2000, “*Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario*”³⁰;
- Conf. Unificata del 27 luglio 2017, Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli enti locali sul documento recante «*Piano nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità*»³¹;
- Conf. Unificata del 27 luglio 2017, Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante «*Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti*»³²;
- L. 26 luglio 1975, n. 354, “*Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*”³³.

Circolari del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

- Circ. del 2022 - Trattamento del dimittendo - di cui alla nota GDAP.18/03/2022.0109195.U³⁴;
- Circ. del 9 ottobre 2018 – Trasferimenti di detenuti per motivi di sicurezza - di cui alla nota GDAP. 10/10/2018.0316870.U³⁵;
- Circ. del 20 dicembre 2017– Allertamento eventi suicidari³⁶;

²⁸V. in particolare: artt. 33 (“Persone detenute”) e 35 (“Istituti penitenziari”). Il testo integrale è disponibile al sito: <http://www.rassegnapenitenziaria.it/cop/8729.pdf>.

²⁹In particolare, v. art. 20 “*Disposizioni particolari per gli infermi e i seminfermi di mente*”. Il testo disponibile su: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:presidente.repubblica:decreto:2000-06-30;230!vig=>.

³⁰Il testo è consultabile al sito:

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2000-05-25&atto.codiceRedazionale=000A5761&elenco30giorni=false.

³¹Con particolare riferimento al “rischio autolesivo e/o suicidario” si prevede: «*Nell'elaborazione dei Piani Locali in materia di prevenzione del rischio autolesivo e/o suicidario, si avrà cura di porre in essere il massimo coinvolgimento di tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione e collaborazione multidisciplinare e interistituzionale il più possibile estesa e capillare, che consenta una effettiva prevenzione dei rischi attraverso la precoce rilevazione di eventuali segnali di allarme riguardo a possibili azioni autolesive e/o suicidarie [...]. In ogni caso di rilevazione del rischio autolesivo e/o suicidario, sarà immediatamente attivata la procedura gestionale integrata prevista nel piano locale di prevenzione, con le indicazioni relative ai primi interventi di allocazione, sostegno e controllo e all'individuazione delle figure professionali a tal fine preposte. L'equipe interdisciplinare integrata, composta da personale educativo, sanitario e di sicurezza, predisporrà, nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 48 ore (il termine temporale dovrà essere valutato in base alla permanenza del soggetto nel servizio), il piano di trattamento specifico che riduca il rischio di agiti violenti autodiretti, lenendo il senso di sofferenza e disagio del soggetto.*» Il testo disponibile sul sito: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/12/07/17A08166/sg>

³²Il testo è disponibile al seguente link:

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2017-08-14&atto.codiceRedazionale=17A05612

³³In particolare, v. l'art. 11 (“*Servizio sanitario*”), 13-bis (“*Trattamento psicologico per i condannati per reati sessuali, per maltrattamenti contro familiari o conviventi e per atti persecutori*”), 14 (“*Assegnazione, raggruppamento e categorie dei detenuti e degli internati*”), 14-bis (“*regime di sorveglianza particolare*”), 14 ter (“*contenuti del regime di sorveglianza particolare*”), 17 (“*partecipazione della comunità esterna all'azione rieducativa*”), art. 46 (“*Assistenza post-penitenziaria*”). Il testo integrale su: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1975-07-26;354>.

³⁴In particolare, vedasi il par. 4 ove si raccomanda la massima collaborazione tra le Direzioni e le ASL al fine di garantire la «*tutela della salute del detenuto anche dopo le dimissioni dal carcere*». La circolare è consultabile al sito: http://www.ristretti.it/commenti/2022/marzo/pdf4/circolare_dimittendi.pdf

³⁵ La circolare è consultabile al sito: http://www.ristretti.it/commenti/2018/ottobre/pdf7/circolare_dap.pdf.

³⁶ Il testo della circolare è consultabile al seguente link: http://www.ristretti.it/commenti/2019/maggio/pdf7/circolare_suicidi.pdf

- **Circ. 3594/6044 del 25 novembre 2011 - Modalità di esecuzione della pena. Un nuovo modello di trattamento che comprenda sicurezza, accoglienza e rieducazione³⁷;**
- **Lettera Circolare del 26 aprile 2010 – Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni auto aggressivi³⁸.**

Sentenze della Corte Costituzionale:

- **Sentenza n. 22 del 2022³⁹;**
- **Sentenza n. 99 del 2019⁴⁰.**

Normativa regione Lombardia

- **Legge Regionale 14 dicembre 2020, n. 23, “Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche”⁴¹;**
- **Legge Regionale 24 novembre 2017, n. 25, “Disposizioni per la tutela delle persone sottoposte a provvedimento dell’Autorità giudiziaria”⁴².**

Documentazione di approfondimento

- **Ricerca Polis⁴³;**
- **XVI Rapporto Antigone 2020⁴⁴;**
- **XVII Rapporto Antigone 2021⁴⁵;**
- **Relazione conclusiva Commissione Pelissero⁴⁶;**

³⁷ V. in particolare, il par. 2. La circolare è disponibile al seguente link:

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_8_1.wp?facetNode_1=0_2&facetNode_4=3_1_6_4&facetNode_3=3_1_6&facetNode_2=0_2_13&previousPage=mg_1_8&contentId=SDC708476.

³⁸La circolare è consultabile al seguente link:

https://www.giustizia.it/giustizia/prot/it/mg_1_8_1.wp?facetNode_1=1_1%282010%29&facetNode_2=0_2&previousPage=mg_1_8&contentId=SDC161662.

³⁹Secondo la quale si rende necessario:

– la realizzazione e il buon funzionamento, sull’intero territorio nazionale, di un numero di REMS sufficiente a far fronte ai reali fabbisogni, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati rispetto alle necessità di cura e a quelle, altrettanto imprescindibili, di tutela della collettività (e dunque dei diritti fondamentali delle potenziali vittime dei fatti di reato che potrebbero essere commessi dai destinatari delle misure) (*supra*, punto 5.4. della Sentenza);

– forme di adeguato coinvolgimento del Ministro della giustizia nell’attività di coordinamento e monitoraggio del funzionamento delle REMS esistenti e degli altri strumenti di tutela della salute mentale attivabili nel quadro della diversa misura di sicurezza della libertà vigilata, nonché nella programmazione del relativo fabbisogno finanziario, anche in vista dell’eventuale potenziamento quantitativo delle strutture esistenti o degli strumenti alternativi (*supra*, punto 5.5. della Sentenza). La sentenza integrale è disponibile al seguente link:

https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2022:22

⁴⁰ La Consulta ha dichiarato l’ illegittimità costituzionale dell’ art. 47 -ter, comma 1-ter, della legge 26 luglio 1875, n. 354 (“*Norme sull’ ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*”) nella parte in cui non prevede che, nell’ ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta, il tribunale di sorveglianza possa disporre l’ applicazione al condannato della detenzione domiciliare anche in deroga ai limiti di cui al comma 1 del medesimo art. 47- ter. Il testo integrale della sentenza è disponibile sul sito:

<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=99#:~:text=L'impossibilit%C3%A0%20di%20disporre%20il%20com%20e%2032%20Cost.>

⁴¹In particolare, v. artt. 9 (Minori) e 10 (Dipendenze e Misure giudiziarie). Il testo consultabile al seguente link:

http://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/Accessibile/main.aspx?exp_coll=lr002020121400023&view=showdoc&iddoc=lr002020121400023&selnode=lr002020121400023.

⁴² <http://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/Accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002017112400025>.

⁴³Il rapporto è consultabile al seguente link: https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/309a06e7-f26f-45a2-8408-ca8475f1ef31/2111312SOC_Salute+mentale+e+carceri_29_09_2021.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-309a06e7-f26f-45a2-8408-ca8475f1ef31-nRRkMbM

⁴⁴ Il Rapporto completo è consultabile al seguente link: <https://www.antigone.it/news/antigone-news/3301-il-carcere-al-tempo-del-coronavirus-xvii-rapporto-di-antigone-sulle-condizioni-di-detenzione#:~:text=Il%20XVI%20Rapporto%20C3%A8%20diviso,sospesi%20a%20data%20a%20destinarsi>.

⁴⁵Il Rapporto completo è consultabile al sito: <https://www.antigone.it/rivista-news/3358-oltre-il-virus-l-editoriale-del-nostro-xvii-rapporto-sulle-carceri-italiane#:~:text=Questo%20XVII%20Rapporto%20di%20Antigone,condurlo%20E2%80%9Coltre%20E2%80%9D%20il%20virus>.

⁴⁶Il documento completo (“*Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell’assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico, e per la revisione del sistema delle pene accessorie D.M. 19.7.2017 (Pres. Prof. Marco Pelissero)*”) è consultabile dal sito: https://www.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/Pelissero_relazione_articolato_19lug2017.pdf

- **Relazione conclusiva Commissione Ruotolo⁴⁷;**
- **Relazione del Garante nazionale per i diritti delle persone private della libertà personale al Parlamento del 2021⁴⁸.**

⁴⁷La relazione finale è consultabile al sito:

https://www.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/commissione_RUOTOLO_relazione_finale_17dic21.pdf.

⁴⁸La relazione è consultabile al sito:

https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/it/dettaglio_contenuto.page?contentId=CNG9035&modelId=10021