



SALUTE MENTALE E CARCERE

A cura di

ALBERTO SBARDELLA

Contributi di

Edoardo Albinati, Stefano Anastasia, Alfredo Ancora
Veronica Barba, Lucio Boldrin (Padre), Carmelo Cantone
Valentina Carocci, Francesco Colosimo, Rosalba Console
Massimo Cozza, Annalisa Crocetto, Martina D'Ambrosio
Claudia Dario, Alessia Di Pucchio, Stefano Ferracuti
Antonella Galli, Alessio Giampà, Francesca Loppi
Cecilia Mecenate, Marian Antonietta Milelli
Francesca Padrevicchi, Paolo Antonino Pirolo
Pier Italo M. Pompili, Serena Romano, Alberto Sbardella
Michele Sirianni, Maria Beatrice Tomaello,
Stefania Trivelloni, Ilaria Ventimiglia



«Cosa vogliono le vittime dei reati? Le persone ingiuriate dal crimine, quelle che hanno perso i propri cari o la propria dignità? La punizione dei colpevoli? Certo, anche questo. Ma la punizione – la vendetta più o meno regolata dalle leggi – è in gran parte un’illusione ottica. Ciò che le vittime vogliono davvero è la verità. L’unica cosa che nel lungo periodo è capace di guarire le ferite, di placare il dolore».

Gianrico Carofiglio, *Rancore*, Einaudi 2022



ISBN
979-12-5994-891-5

PRIMA EDIZIONE
ROMA GIUGNO 2022

INDICE

13 *Prefazione*
Sanità in carcere tra giustizia e salute
di MASSIMO COZZA

23 *Introduzione*
Alcune considerazioni
di ALBERTO SBARDELLA

PARTE I Analisi di contesto

35 Capitolo I
Il concetto di salute mentale in carcere
di ALESSIA DI PUCCHIO, ALBERTO SBARDELLA

47 Capitolo II
Epidemiologia del disagio psichico in carcere
di ALESSIO GIAMPÀ

51 Capitolo III
Multiprofessionalità e Risorse: scuola, religione, terzo settore
di CECILIA MECENATE

- 71 Capitolo IV
Accettare l'imperfezione: la scuola in galera (e fuori)
di EDOARDO ALBINATI
- 81 Capitolo V
Il sostegno della religione
di PADRE LUCIO BOLDRIN

PARTE II
L'ingresso in carcere

- 95 Capitolo I
Il servizio accoglienza Nuovi Giunti
di ALESSIA DI PUCCHIO
- 109 Capitolo II
Il suicidio e la valutazione del rischio
di ALESSIA DI PUCCHIO, MARIANTONIETTA MILELLI,
CECILIA MECENATE
- 137 Capitolo III
Il sostegno psicologico in carcere
di SERENA ROMANO, MARIANTONIETTA MILELLI,
CECILIA MECENATE

PARTE III
Manifestazioni ed espressioni psicopatologiche in carcere

- 153 Capitolo I
I disturbi dell'adattamento
di CECILIA MECENATE
- 171 Capitolo II
I disturbi di personalità
di VALENTINA CAROCCI, MARIANTONIETTA MILELLI

- 189 Capitolo III
Le doppie diagnosi
di MARTINA D'AMBROSIO, ALESSIO GIAMPÀ
- 197 Capitolo IV
I disturbi dell'umore
di ILARIA VENTIMIGLIA, ALBERTO SBARDELLA
- 213 Capitolo V
I disturbi psicotici
di VALENTINA CAROCCI
- 225 Capitolo VI
I disturbi fittizi
di FRANCESCA PADREVECCHI
- 241 Capitolo VII
La psicopatologia dei migranti
di ALFREDO ANCORA
- 261 Capitolo VIII
I mediatori linguistico culturali
di FRANCESCO COLOSIMO

PARTE IV
I percorsi di cura

- 269 Capitolo I
L'offerta delle prestazioni e dei servizi della UOC SMPPF del DSM
della ASL Roma 2
di ALBERTO SBARDELLA
- 279 Capitolo II
La relazione con il farmaco nel contesto detentivo
di ALESSIO GIAMPÀ

- 287 Capitolo III
La presa in carico dei nuovi giunti da parte del Ser.D.
di ANTONELLA GALLI
- 297 Capitolo IV
Le patologie da dipendenza in ambito penitenziario
di MICHELE SIRIANNI
- 307 Capitolo V
La realtà degli istituti femminili
di ANNALISA CROCETTO, CLAUDIA DARIO
- 321 Capitolo VI
La riabilitazione. L'esperienza nella sezione ex art. 111
di FRANCESCA LOPPI, FRANCESCA PADREVECCHI,
MARIA BEATRICE TOMAELLO, ALBERTO SBARDELLA
- 341 Capitolo VII
Le sezioni psichiatriche dentro le carceri: le ATSM
di ALBERTO SBARDELLA
- 355 Capitolo VIII
Le REMS
di PIERITALO M. POMPILI

PARTE V

Rapporti con gli altri attori istituzionali

- 363 Capitolo I
I Tribunali Ordinari e di Sorveglianza
di PAOLO ANTONINO PIROLLO, ALBERTO SBARDELLA
- 373 Capitolo II
DAP e PRAP; Polizia Penitenziaria e Direzione degli Istituti Penitenziari
di ALBERTO SBARDELLA

- 383 Capitolo III
Il ruolo e le funzioni dei FGP
di ROSALBA CONSOLE
- 391 Capitolo IV
La perizia psichiatrica e il ruolo del perito
di STEFANO FERRACUTI
- 427 Capitolo V
I Garanti dei detenuti nel sistema penitenziario
di STEFANO ANASTASIA
- 441 Capitolo VI
L'intervento sociale per la salute mentale in carcere
di STEFANIA TRIVELLONI, VERONICA MARIA BARBA
- 463 Capitolo VII
Gender diversity e sessualità: i tabù del sistema carcerario italiano
di VALENTINA CAROCCI
- 481 *Postfazione*
di CARMELO CANTONE
- 489 *Gli autori*

PREFAZIONE

LA SANITÀ IN CARCERE TRA GIUSTIZIA E SALUTE

MASSIMO COZZA

La storia della tutela della salute in carcere ha visto nel tempo un ampio e diffuso dibattito con una dipendenza, in una prima fase, della organizzazione sanitaria dall'Amministrazione Penitenziaria, sancita con l'Ordinamento Penitenziario del 1975 che ha dettato le regole in materia di sanità.

Lo stesso Consiglio di Stato con il Parere n. 305/1987 ha affermato l'esclusiva competenza in materia di salute in carcere dell'Amministrazione Penitenziaria, nonostante la nascita del Servizio Sanitario Nazionale con la legge 833 del 1978, che in effetti non ha affrontato in modo specifico la questione.

Partendo dalla straordinaria forza dell'art. 32 della Costituzione Italiana che "tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", ha fatto breccia la necessità di garantire anche ai detenuti le stesse cure di tutti gli altri cittadini.

Si è così affermato con il d.lgs. 230 del 1999, conseguente alla Legge Delega 419/1998, che "i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali".

Il d.lgs. 230, inoltre, ha definitivamente sancito che alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda Unità Sanitaria Locale, mentre l'Amministrazione Penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati.

Dopo circa 9 anni di gestazione con il d.p.c.m. 1° aprile 2008 sono state finalmente dettate le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria.

Salute fisica vs salute psichica

In questo percorso la salute fisica dei detenuti ha sempre rappresentato l'aspetto principale affrontato, anche per la coesistenza degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), non interessati direttamente dalla Legge 180/78, con la quale sono stati chiusi i manicomi civili ma non quelli giudiziari.

Solo in seguito alle denunce dello stato drammatico nel quale si trovavano gli internati negli ex OPG, con le Leggi n. 9 del 2012 e n. 81 del 2014, quest'ultimi sono stati definitivamente chiusi.

Si è affermato il principio per cui il ricorso alle misure di sicurezza detentive, per il non imputabile, da attuarsi all'interno delle Residenze per le Misure di Sicurezza (REMS), parte integrante dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle ASL, deve considerarsi la soluzione estrema e residuale cui ricorrere soltanto quando "ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla pericolosità sociale".

REMS, è bene ribadirlo, che non sostituiscono automaticamente gli ex OPG, ma svolgono la stessa funzione, in ben altre condizioni organizzative, solo per quanto riguarda le misure di sicurezza. Se un detenuto ha problemi psichiatrici va infatti curato all'interno del carcere oppure all'esterno su decisione della Magistratura di Sorveglianza. Prima, invece, poteva essere trasferito in OPG se ritenuto incompatibile con il carcere, oppure per il tempo necessario all'espletamento della perizia psichiatrica.

Significativo di una attenzione secondaria alla salute mentale rispetto a quella fisica, è il ritardo con il quale, con la recente sentenza della Corte Costituzionale 99/2019, è stato riconosciuto anche ai detenuti con grave infermità psichica sopravvenuta di poter usufruire della possibilità della detenzione domiciliare "umanitaria" o "in deroga", nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora, anche con pene superiori ai 4 anni.

La disposizione e le modalità di attuazione sono a cura del Tribunale di Sorveglianza, fermo restando che ciò non può accadere se il giudice

ritiene prevalenti, nel singolo caso, le esigenze della sicurezza pubblica.

La salute mentale in carcere ha sempre rappresentato per le politiche della giustizia e della sanità un tema minore.

Spesso dimenticato, come lo possono essere stati i detenuti con disturbi psichici “silenti”, privi di risorse per farsi difendere dai migliori avvocati e dai più famosi periti in grado di rappresentare al meglio le loro condizioni cliniche e le possibili alternative. Lo stesso mondo della psichiatria forense è stato più orientato ad affrontare le problematiche correlate alle perizie rispetto ai disturbi psichiatrici dei detenuti, i cosiddetti “rei folli”.

Annualmente vengono pubblicati i dati sulla diffusione dei disturbi mentali in carcere, in particolare da Antigone, associazione per i diritti e le garanzie nel sistema penale, e dai Garanti dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale. Ma poi la notizia scompare, quasi sempre senza determinare cambiamenti. Eppure, chi entra in carcere presenta mediamente maggiori problemi di salute, compresa la salute mentale, e lo stesso ambiente carcerario può essere causa di maggiore disagio psicologico.

Il libro

In questo quadro un plauso va dato agli autori del libro che ha in primo luogo il merito di porre la questione della salute mentale in carcere all’attenzione dell’opinione pubblica, partendo dalla dignità dei detenuti con problemi psichiatrici, in una prospettiva di risocializzazione, di integrazione e non di separatezza. In modo garbato, scientifico ed istituzionale, ricco di notizie, modalità di funzionamento, pensieri e proposte. Un libro che rappresenta una occasione per tutti gli autori coinvolti di affrontare le diverse problematiche senza nasconderle dietro le sbarre.

Affrontando i momenti critici per la salute mentale di chi entra in carcere, a partire dall’ingresso, dalla valutazione del rischio suicidario, dalla relazione con gli psicofarmaci.

Più psichiatri in carcere?

In tema di salute mentale in carcere, in questa fase storica, una particolare attenzione va posta nei confronti dei bias cognitivi che rischiano di incanalare

le discussioni e le risorse su strade sbagliate. Mi permetto, in particolare, di citare due problematiche che suscitano preoccupazione nell'opinione pubblica, e potrebbero essere avviate verso soluzioni solo apparentemente scontate.

La prima è rappresentata dalle convinzioni che per rispondere a chi soffre di un grave disturbo psichico in carcere basta aumentare il numero degli psichiatri. Non funziona così.

Certamente è necessario un numero appropriato di psichiatri, psicologi, terapisti della riabilitazione psichiatrica, infermieri, assistenti sociali ed educatori professionali. Ma la vera questione è legata al disagio psichico generalizzato nelle carceri, correlato a problemi strutturali, ambientali e di umanizzazione, a partire dal sovraffollamento. Importante è la possibilità dei detenuti, in modo interpersonale, di potersi rapportare con gli agenti di polizia penitenziaria, che dovrebbero anche essi essere in numero adeguato per poter arrivare ad un clima migliore.

Lo stesso personale sanitario dovrebbe agire in modo sinergico con il personale penitenziario, ed entrambi dovrebbero portare avanti un lavoro continuo di formazione e di aggiornamento.

Così come ci dovrebbe essere la possibilità di poter comprendere le problematiche degli stranieri attraverso i mediatori culturali, in diversi casi fondamentali per poter affrontare le questioni legate al disagio mentale, che possono cambiare di significato in relazione al mondo di provenienza, in particolare se di diverso continente e religione.

Di grande rilevanza è anche la presenza del mondo del volontariato e della cooperazione sociale, due opportunità di relazione e di sostegno, che assumono un ruolo maggiore proprio nell'istituzione carceraria. Se si cambia il contesto il disagio psichico diminuisce.

In questo quadro la cura e la prevenzione, a partire dagli atti di auto ed etero lesionismo, passano da una stretta collaborazione tra tutti coloro che si trovano nelle carceri, ciascuno nel rispetto del proprio ruolo, ma con un filo conduttore di rete di sostegno per chi soffre di disturbi psichici.

Dopo le REMS, quali ATSM?

Per la salute mentale in carcere, vi sarebbe bisogno di indicazioni normative chiare ed accompagnate da specifiche risorse, così come è avvenuto per il percorso di superamento degli ex OPG.

In quest'ultima occasione, stante le condizioni drammatiche non paragonabili allo stato delle normali carceri, bene hanno fatto la politica e le istituzioni a chiuderli, istituendo le REMS come estrema ratio per chi ha commesso un reato, giudicato non punibile e riconosciuto socialmente pericoloso, e senza alternative di cura sul territorio.

Sono stati definiti a livello nazionale i requisiti delle REMS, i posti letto e, ciò che è fondamentale, sono state distribuite le risorse alle Regioni per la loro apertura, arrivando perfino alla istituzione di un Commissario di Governo ad hoc.

Per quanto riguarda la salute mentale in carcere il d.p.c.m. del 2008 indicava l'istituzione di sezioni carcerarie specializzate negli istituti, così come diversi Accordi Stato-Regioni hanno indicato l'attivazione di "articolazioni psichiatriche penitenziarie" o di "Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale" (ATSM).

L'inserimento in dette sezioni comprende ed unifica le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e minorati psichici.

Ma sono tutte solo indicazioni generiche senza alcuna definizione nazionale di requisiti e tantomeno di risorse vincolate e di tempistica.

Il tutto è lasciato alla "buona volontà" delle Regioni e dell'Amministrazione Penitenziaria. Eppure, si tratta di una questione che investe migliaia di persone e che si intreccia con i diritti costituzionali.

Il ruolo del DSM e l'appropriatezza dell'invio

Negli ultimi anni giustamente è stata implementata la possibilità per chi soffre di gravi disturbi psichici di poter essere curato al di fuori del carcere. È la strada giusta da percorrere, ma attenzione a tre rischi.

Il primo è legato all'impovertimento progressivo dei DSM che andrebbe invertito, per non arrivare al paradosso che in futuro per poter essere presi in carico bisognerà aver commesso un reato, non essendoci più risorse per gli altri. La stessa Corte Costituzionale nella recente sentenza 22 del 2022 ha evidenziato la "carenza di risorse (personale, strutture e finanziamenti) allocate ai servizi di salute mentale, cui è destinato solo il 2,9 per cento delle risorse complessive per il SSN", a fronte dell'"impegno assunto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in occasione della prima Conferenza nazionale sulla salute mentale nel gennaio 2001, di destinare al-

meno il 5 per cento dei fondi sanitari regionali per le attività di promozione e tutela della salute mentale”.

Il secondo tema passa dal coinvolgimento degli stessi DSM nella costruzione di percorsi clinici alternativi sia al carcere che alle REMS.

I periti dovrebbero scrivere le perizie relative ai detenuti e ai pazienti in carico ai Centri di Salute Mentale (CSM), sentendo sempre il parere clinico degli operatori del DSM che conoscono la loro storia e possono concorrere a costruire un inquadramento diagnostico più accurato e un percorso terapeutico più appropriato.

Non va, infatti, dimenticato che, se non ci sono le condizioni cliniche appropriate per la presa in carico territoriale, difficilmente questa possibilità potrà essere attivata direttamente a valle, cioè in conseguenza delle decisioni della Magistratura assunte in seguito a perizie proposte da periti che non si sono confrontati con gli psichiatri pubblici interessati al caso.

Andrebbero quindi sempre definite in modo appropriato le condizioni cliniche, distinguendo le patologie propriamente psichiatriche dai problemi delle dipendenze, della disabilità intellettiva, dai disturbi cosiddetti fittizi e dagli stessi disturbi antisociali per i quali attualmente nella stragrande maggioranza dei casi i DSM non sono in grado di offrire trattamenti efficaci.

Ovviamente prevedendo anche la possibile coesistenza di più problematiche, come nel caso delle doppie diagnosi, ma in modo specifico e chiaro, senza generalizzazioni.

Il terzo rischio, rispetto all'affidamento ai servizi di salute mentale non solo esterni ma anche interni allo stesso carcere, è rappresentato dalla propensione alla psichiatrizzazione di comportamenti ritenuti antisociali, favorita dal bias cognitivo conseguente alla enfaticizzazione dei mass media nei casi presunti di malattia mentale, e anche quando commessi da chi soffre di gravi disturbi psichiatrici.

L'emotività, frutto dell'enfasi dei mass media, può provocare interesse e incrementare la pubblicità, ma può portare anche convinzioni scientificamente e statisticamente sbagliate, confondendo l'impatto emotivo con la frequenza.

In particolare, chi commette un atto autolesivo o etero lesivo non può e non deve essere automaticamente etichettato come malato di mente.

Ormai la letteratura scientifica ci conferma che solo una parte minoritaria di atti “socialmente pericolosi” sono condotti da un paziente psichiatrico, più oggetto che non soggetto di violenza. Tenendo anche in dovuto con-

to che non vi sono elementi biologici certi in base ai quali si può affermare che una persona è affetta da un disturbo psichiatrico o meno.

Cura o custodia? La sfera di cristallo

Va, infine, ribadito il ruolo di cura e non di custodia dei servizi di salute mentale. Un rischio di ritorno al passato può nascere da improprie deleghe di controllo sociale alla salute mentale in alternativa al carcere ed alle stesse REMS.

La salute mentale deve mettere in atto in modo appropriato gli strumenti messi a disposizione dalle evidenze scientifiche, ma con la consapevolezza che i comportamenti delle persone sono frutto di innumerevoli variabili ambientali, che non possono essere controllate da nessun psicofarmaco o ricovero.

Suicidi o atti eterolesivi, fino all'omicidio, non possono essere oggetto di prevedibilità scientifica, ma la psichiatria deve mettere in atto le possibili migliori attività di cura, che non potranno mai garantire un definito controllo dei comportamenti, stante le tante variabili in gioco.

Peraltro, la capacità previsionale degli stessi psichiatri rispetto ad atti di violenza è molto bassa, va al di là della conoscenza clinica, ed i test non rappresentato uno strumento previsionale valido nelle diverse situazioni che si possono presentare.

Anche la concordanza tra gli stessi psichiatri rispetto ad una previsione di futura violenza è bassa.

La psichiatria, alla luce delle attuali evidenze scientifiche, può mettere in campo efficaci trattamenti basati sul paradigma bio-psico-sociale, ma non ha una sfera di cristallo con la quale predire il futuro comportamento di una persona, anche se ha gravi disturbi psicopatologici.

Ovviamente, con il senno del dopo, conoscendo gli esiti comportamentali, si può cercare di dare una spiegazione, ma si tratta di ragionamenti che non avrebbero potuto avere una chiara prevedibilità scientifica prima, considerata anche l'imponderabilità delle problematiche situazionali, delle motivazioni e soprattutto delle emozioni variabili in ciascuna persona, frutto della sua storia unica, e di quello specifico contesto. Comportamenti che possono non seguire un percorso razionale, a volte dettati anche dal caso.

Peraltro, una stessa persona in uno stesso contesto può avere nel tempo comportamenti diversi.

Vi è, infine, da considerare che anche gli operatori dei DSM sono tenuti a rispettare il principio costituzionale della libertà di cura (art. 32) e dell'autodeterminazione terapeutica sancito con la legge 219/2017 (*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*), tenendo conto che i trattamenti sanitari obbligatori sono temporanei e possono essere attuati solo in presenza di precisi requisiti di legge (art. 33, 34 e 35 della legge 833/1978).

Il doppio binario

Vorrei concludere questa introduzione accennando ad una questione sul tappeto che riguarda direttamente chi commette un reato soffrendo di un disturbo psichiatrico, i cosiddetti “folli rei”. Mi riferisco al superamento del cosiddetto doppio binario.

Un percorso giudiziario speciale nato negli anni 30 durante l'epoca fascista con il Codice Rocco, quando si riteneva il malato di mente con il cervello organicamente patologico, inguaribile, pericoloso e da rinchiodere nel manicomio.

Dopo 90 anni, e soprattutto dopo la legge 180 del 1978, andrebbe restituita la dignità di persona a chi compie un reato anche se correlato ai suoi disturbi psichiatrici, con l'abolizione della non imputabilità per vizio di mente e quindi della pericolosità sociale, attualmente previste dal Codice penale.

Si tratta di superare un altro storico stigma, che ritorna costantemente nell'associazione della malattia mentale con la pericolosità sociale, non supportata da evidenze scientifiche ma esclusivamente da prestabiliti percorsi giudiziari, retaggio dell'epoca manicomiale.

Così come siamo impegnati per i diritti di cittadinanza di tutti, tra questi sono compresi anche il diritto ad essere giudicati, se riconosciuti colpevoli il diritto alla pena, e se con disturbi psichiatrici, il diritto ad essere curati, dentro e fuori dal carcere.

II DSM

L'ASL Roma 2 e il suo Dipartimento di Salute Mentale fin dalla sua nascita nel 2016 hanno voluto avviare un percorso di impegno ed attenzione alla salute mentale in carcere, comprendendo al suo interno i quattro istituti del Polo penitenziario di Rebibbia.

Da pochi mesi, con la condivisione della Regione Lazio, si è costituita una vera e propria Unità Operativa Complessa, con validi professionisti che vi operano, in gran parte a tempo pieno.

Un particolare ringraziamento va al dott. Alberto Sbardella, psichiatra che con professionalità e passione, con managerialità ed umanità, sta dirigendo la UOC e si è impegnato per la realizzazione del libro.

Ma ancora tanta strada va fatta, non solo nella nostra ASL ma più in generale in tutto il Paese.

In questo quadro va ancor di più maturata la consapevolezza che la salute mentale in carcere è parte integrante dei DSM, con il Centro di Salute Mentale registra dei progetti terapeutici alternativi individuali, con una interlocuzione costante con l'Amministrazione Penitenziaria e con un nuovo rapporto di collaborazione con la Magistratura, tenendo ben distinti il mandato sanitario da quello custodiale.

Anche da questo percorso passa la trasformazione della concezione del malato di mente, da oggetto comunque irresponsabile da custodire senza diritti, a soggetto responsabile dei propri atti, da curare con tutti i suoi diritti.