

LA GESTIONE DEL DETENUTO CON DISAGIO PSICHICO E IL PROGETTO ME.D.I.C.S.

ROBERTA PALMISANO*

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Le linee di azione del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria dal 2012. – 3. I principi di diritto sovranazionale in materia di salute mentale dei detenuti. – 4. Linee di azione del progetto ME.D.I.C.S. – 5. L'indagine conoscitiva sulla percezione del problema da parte dei soggetti che operano all'interno del carcere condotta all'interno dei tre istituti penitenziari pilota. – 6. La ricerca sulla condizione di salute mentale del detenuto con le variabili socio-anagrafiche, cliniche e giuridiche. – 7. L'importanza della formazione. – 8. Conclusioni.

Abstract – L'articolo, premesso che il disagio mentale non coincide necessariamente con la patologia e che la percentuale di detenuti con disagio psichico è molto maggiore rispetto a quella della popolazione in generale, pone in luce le difficoltà di integrazione nella comunità carceraria dei detenuti affetti da disagio mentale e mette al centro la conoscenza dell'individuo e la necessità di assicurare condizioni di vita quotidiana dignitose quali misure primarie per il controllo del disagio dei detenuti. Questi principi hanno ispirato le attività poste in essere nell'ambito del progetto ME.D.I.C.S. in cui si è messa a fuoco l'importanza del lavoro in équipe e dei rapporti tra servizi sanitari dentro e fuori dal carcere.

1. Premessa.

Negli ultimi decenni sono cambiate la cura e la gestione del malato psichiatrico ed è cambiato soprattutto l'approccio alla cura, che non è più quello della "malattia mentale" ma dell'ammalato, con lo scopo di reinserirlo nel tessuto sociale.

* Magistrato. Già Direttore dell'Ufficio Studi, Ricerche, Legislazione e Rapporti internazionali del D.A.P.

Per le persone libere l'assistenza non è più di tipo contenitivo perché la legge n. 180 del 1978 ha eliminato il concetto di pericolosità che prima era insito nella nozione di malattia mentale, trasformando la cura dei malati psichiatrici da custodialistica-coercitiva a terapeutica-riabilitativa, e coinvolgendo i parenti e la società.

Il disagio mentale per il detenuto determina difficoltà di integrazione nella comunità carceraria anche maggiori ed è essenziale rendersene conto per individuare un'efficace azione amministrativa. Soltanto la conoscenza dello stato di salute dei reclusi consente la diversificazione delle strategie dell'Amministrazione penitenziaria con interventi strutturali sugli ambienti e sui regimi carcerari e con l'intensificazione dei rapporti tra servizi sanitari dentro e fuori dal carcere.

Assicurare condizioni di vita quotidiana dignitose all'interno del carcere rappresenta senz'altro la prima misura per il controllo del disagio psichico dei detenuti e questa azione coinvolge tutti gli operatori che compongono l'universo carcerario.

Il Progetto M.E.D.I.C.S., (*Mentally Disturbed Inmates' Care and Support*) in armonia con la normativa nazionale e sovranazionale e con il nuovo modello detentivo, mette in evidenza che per intercettare ogni forma di disagio mentale della persona detenuta è necessario collegare il trattamento penitenziario con i servizi del territorio.

Il disagio mentale non coincide necessariamente con la patologia, e questo concetto collima con quanto è stabilito nell'atto costitutivo dell'Organizzazione mondiale della Sanità (New York, 1946) che definisce lo stato di salute come lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia o di infermità.

In Italia la percentuale di detenuti con disagio psichiatrico è molto maggiore rispetto a quella della popolazione in generale e in alcuni casi il regime custodiale è causa scatenante della stessa malattia mentale.

La presenza dei Dipartimenti di Salute mentale negli istituti di pena consente di attivare tempestivamente il percorso diagnostico e terapeutico, di assicurare un costante sostegno psichiatrico e psicologico e di predisporre programmi riabilitativi che dovrebbero svolgersi in adeguati spazi presso i reparti detentivi. Però l'esiguo numero di ore a disposizione degli specialisti dei servizi di

salute mentale operanti all'interno degli istituti assicura a questi detenuti troppo spesso una presa in carico esclusivamente di tipo farmacologico.

Pur essendo demandate al Servizio sanitario nazionale, la prevenzione, la cura e l'assistenza ai detenuti con disagio mentale comportano una stretta correlazione tra le ASL, l'Amministrazione penitenziaria e le strutture esterne del territorio.

Lo scopo da perseguire è quello di assicurare fin dall'inizio la presa in carico del malato mediante il coordinamento e l'intervento integrato del Servizio sanitario territoriale di competenza, degli Uffici di esecuzione penale esterna e dei servizi sociali comunali; ciò è fondamentale ai fini del buon funzionamento del percorso terapeutico e del contenimento della recidiva. La sola custodia non produce a lungo termine effetti evolutivi e responsabilizzanti per il detenuto ed è necessario che questa consapevolezza sia diffusa tra tutti coloro che sono deputati a prendersi cura dei soggetti con problematiche psichiatriche. In questo senso il potenziamento della formazione professionale (anche nella Magistratura ordinaria e di sorveglianza) è uno dei pilastri su cui fondare la prevenzione.

2. Le linee di azione del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria dal 2012.

Dal 2012 l'Amministrazione penitenziaria, tenendo conto delle sentenze della Corte di Strasburgo e dell'inchiesta della Commissione del Senato che intervenne sugli OPG, ha avviato una discussione su un nuovo modello detentivo basato sulla responsabilizzazione del personale e dei detenuti e sulla collaborazione della rete territoriale di sostegno.

Per quanto riguarda gli effetti della detenzione sull'equilibrio psicologico del detenuto è stato diffuso il contenuto delle «*Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario in ambito carcerario*» approvate dalla Conferenza unificata del 19 gennaio 2012 ed è stato pure effettuato uno studio, recentemente pubblicato su questa Rivista, avente ad oggetto l'efficacia dei Protocolli firmati dai Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria per assicurare un sistema integrato di prevenzione e promuovere piani di intervento sul disagio e la prevenzione del

suicidio in ogni istituto penitenziario. Da questo studio è emerso che l'effettività di tali interventi in tutte le regioni italiane è ostacolata, oltre che da un quadro generale di risorse scarse, dalla frammentazione organizzativa, con una divisione rigida delle competenze e con il conseguente incerto accertamento delle responsabilità.

È stata pure avviata una costante attività di monitoraggio delle condotte che sono manifestazione di particolare disagio mediante il potenziamento della raccolta in tempo reale presso la Sala Situazioni del D.A.P. dei dati relativi ai cosiddetti eventi critici. Questi dati concernenti gli episodi più gravi e ripetuti, dopo i necessari approfondimenti, vengono trasmessi agli Uffici di sorveglianza.

È stata infine ripristinata l'Unità di monitoraggio degli eventi di suicidio (UMES) con il compito di verificare l'andamento dei dati statistici e approfondire i singoli eventi di suicidio attraverso la conoscenza dei dati biografici di colui che si è tolto la vita e delle sue condizioni di detenzione.

Anche il ruolo dei volontari è stato valorizzato per ridurre il disagio in carcere specie nel momento dell'ingresso.

Più recentemente il 25 novembre 2015 è stata diramata la circolare GDAP 0425948 relativa alla «*conoscenza della persona attraverso i processi organizzativi: indicazioni per meglio prevenire le situazioni di criticità*» e il 4 febbraio 2016 è stata adottata la circolare GDAP 042087 «*Misure di prevenzione dei suicidi delle persone detenute*» che, tra le altre cose, in linea con il parere da me redatto quando ero Direttore dell'Ufficio Studi sull'uso delle celle senza suppellettili (pubblicato sul sito del Ministero della Giustizia), sollecitano al coordinamento tra le varie figure professionali e a non allocare il detenuto in cella singola.

L'Amministrazione ha soprattutto intrapreso una profonda riflessione sui modelli di custodia e sui necessari interventi nella organizzazione della detenzione per migliorare la qualità del tempo che le persone trascorrono in carcere, avviando così un processo di cambiamento profondo.

Il nucleo fondamentale del nuovo modello detentivo è la differenziazione degli istituti penitenziari con allocazione dei detenuti in istituti e sezioni distinti per gruppi omogenei al fine di poter individuare obiettivi precisi per ciascuno di essi e indirizzare il trattamento in relazione alla specificità delle singole strut-

ture, anche attraverso una formazione del personale orientata ai vari scopi perseguiti.

Si sono volute così creare le condizioni affinché ogni detenuto trascorra la maggior parte del proprio tempo al di fuori della cella in refettori e spazi dedicati alle attività comuni ove sia favorita la responsabilizzazione e resa più efficace l'osservazione degli operatori delle varie professionalità.

La rieducazione, il trattamento e la valutazione del percorso compiuto in carcere dal detenuto dipendono innanzitutto dalle condizioni detentive e dal rispetto che va dato alle specificità di ognuno. Non soltanto il lavoro, l'istruzione, le attività culturali o sportive hanno una finalità di risocializzazione ma in concreto tutto nell'organizzazione della vita carceraria, dall'uso degli spazi, alle regole dello stare insieme, alle modalità con cui si rendono possibili i rapporti con i familiari (ristrutturazione degli spazi dedicati ai colloqui, specie con i figli, comunicazioni via Skype...) e con la "società esterna", deve essere pensato e realizzato al fine di sviluppare una prospettiva di vita e di condotta in armonia con i diritti degli altri. L'interagire dei detenuti in spazi di vita in comune con dinamiche di gruppo comporta dei notevoli cambiamenti nell'ambito dei rapporti interpersonali e gerarchici all'interno dell'istituto penitenziario ma soprattutto riproduce, in piccola scala, il contesto relazionale che più somiglia alla condizione di vita in libertà. Nel gruppo-comunità ci sono compiti, tempi, responsabilità da dividere e condividere, c'è la possibilità di pensare e di discutere sui programmi e le attività da svolgere, insomma nel gruppo comunitario c'è vita. In questo modo si ottiene che il detenuto non abbia quale unico interlocutore un'organizzazione estranea e non si rinchioda in solitudine. Il gruppo è capace di svolgere una funzione di sostegno o di segnalare fatti allarmanti svolgendo una funzione di filtro e di mediazione tra le esigenze del singolo e la complessa e faticosa realtà di vita in condizioni di detenzione.

La realizzazione del nuovo modello, con il rilievo assegnato agli spazi comuni e alle attività trattamentali, renderà più vivibile l'esperienza del carcere e consentirà prevedibilmente di ridurre il disagio dei detenuti che spesso conduce ad azioni di autolesionismo o suicidio.

Anche l'Amministrazione sanitaria è impegnata sul fronte del disagio psichico e presso il Ministero della Salute è stato istituito

un gruppo tecnico di lavoro per la prevenzione e la gestione delle problematiche suicidarie, che ha avviato un monitoraggio permanente della situazione e in particolare del livello di applicazione dei principi espressi nella Conferenza unificata del 2012.

È stato altresì effettuato uno studio che ha coinvolto sei regioni italiane sui bisogni di salute di 16.000 detenuti (1/3 della popolazione penitenziaria) dal quale è risultato che il problema della salute mentale è molto rilevante ed affligge oltre il 40% dei detenuti.

3. I principi di diritto sovranazionale in materia di salute mentale dei detenuti.

La normativa sovranazionale obbliga al rispetto del diritto alla salute mentale, come diritto essenziale e inalienabile.

- La Risoluzione del Parlamento europeo sulle condizioni detentive 2011/2897(RSP) del 7-12-2011, sollecita espressamente gli Stati membri a monitorare i prigionieri che soffrono di disturbi mentali e psicologici.
- Il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) nei suoi Standard rivisti nel 2006 pone in evidenza la sinergia necessaria tra medico e Amministrazione penitenziaria nella tempestiva individuazione del disagio dei detenuti e soprattutto nella scelta delle opportune variazioni da fare nel trattamento di coloro che soffrono di disturbi psichiatrici. Il CPT espressamente definisce obblighi di assistenza umana quelli verso le persone instabili, devianti, che hanno storie di traumi familiari, di lunghe tossicodipendenze, di conflitti con le autorità o altre sventure sociali, incapaci di controllarsi e di prendersi cura di se stessi, i cui bisogni possono non essere medici; prescrive che il medico del carcere collabori con il personale penitenziario in modo da ridurre l'umiliazione, il disprezzo di sé, l'astio dei detenuti e dare loro un senso di responsabilità e prepararli per la reintegrazione. Importante soprattutto uno *screening* all'entrata e un continuo flusso di informazioni all'interno dell'istituto e tra istituti (in caso di trasferimento) e la formazione del personale che dovrà essere capace di riconoscere gli indicatori potenziali.

- La Raccomandazione R(2006)2 del Consiglio d'Europa sulle Regole penitenziarie europee evidenzia l'importanza di concludere accordi con gli enti locali per la prosecuzione di ogni necessario trattamento medico e psichiatrico dopo la liberazione.
- La Raccomandazione (2012)12 del Consiglio d'Europa sui detenuti stranieri nel paragrafo relativo alla Salute evidenzia che «l'assistenza sanitaria psichiatrica e mentale deve essere fornita dagli specialisti che hanno esperienza nel trattare con persone di religioni diverse e di diversi *background* culturali e linguistici».
- Le *Regole delle Nazioni Unite per il trattamento delle donne detenute e le misure non detentive per le donne autrici di reati*, note come le "Regole di Bangkok" adottate il 21 dicembre 2010, indicano la necessità di una «offerta, alle persone a rischio, di un appoggio specializzato e specifico per genere debbono far parte di ogni politica generale per la salute mentale negli istituti penitenziari».
- La Raccomandazione R(2004)10 del Consiglio d'Europa sui malati mentali tra l'altro afferma il principio della minima restrizione per cui «le persone affette da disturbo mentale devono avere il diritto di essere curate nell'ambiente meno restrittivo possibile e con il trattamento meno invasivo o restrittivo possibile» e quello di non discriminazione per cui le cure in carcere devono essere equivalenti a quelle fornite all'esterno.

Per quanto riguarda la normativa nazionale in materia, essa, benché risalente, non risulta ancora completamente attuata:

- già il D.Lgs. 230/99 sul riordino della medicina penitenziaria prevedeva il coinvolgimento dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) negli istituti di pena;
- con il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie in carcere, è prevista la presenza di uno psichiatra e di un servizio psichiatrico in tutti gli istituti e l'allegato A al D.P.C.M. 1-4-2008 indica tra gli obiettivi di salute e i livelli essenziali di assistenza «la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio» e sono indicati gli interventi da attuare; in particolare:

- ❑ a) la valutazione medica e psicologica di tutti i nuovi ingressi;
- ❑ b) l'adozione di procedure di accoglienza;
- ❑ c) l'attivazione di interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali;
- ❑ d) l'attivazione di specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio;
- ❑ e) la cooperazione tra l'area sanitaria e l'area trattamentale già al momento dell'ingresso.

Il processo di superamento degli OPG è stato avviato con il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 che ha decretato:

- ❑ a) il trasferimento alle Regioni delle funzioni sanitarie afferenti agli OPG ubicati nel loro territorio;
- ❑ b) la creazione *“all'interno degli istituti”*, di reparti sanitari destinati alla tutela intramuraria della salute mentale al fine di attenuare il disagio dello stato detentivo;
- ❑ c) il rispetto del principio di territorialità perché *“nel territorio è possibile creare un'efficace sinergia tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il recupero sociale delle persone attraverso la cura, che ne è fondamentale presupposto”*.

Queste norme sono rimaste disattese fino a quando la *Commissione di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale* presieduta dal senatore Marino, dopo aver effettuato visite a sorpresa presso gli OPG, nella relazione finale del 20 luglio 2011, oltre a denunciare la violazione della dignità delle persone e una schiacciante e inammissibile prevalenza delle esigenze di custodia rispetto a quelle terapeutiche, ha proposto la creazione di strutture pubbliche di ricovero. E di conseguenza la legge 17 febbraio 2012, n. 9 all'art. 3-ter ha disposto che le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia siano eseguite all'interno di strutture sanitarie regionali (REMS) caratterizzate da una gestione esclusivamente sanitaria, ma queste strutture in alcune Regioni sono state realizzate soltanto di recente e ancora sono molti i problemi che l'applicazione della normativa presenta.

L'Ordinamento penitenziario e il Regolamento di esecuzione fondati sul principio costituzionale della funzione rieducativa

della pena prevedono un complesso di attività di accertamento e valutazione della personalità dei soggetti condannati ed internati anche al fine di rilevare, fin dal primo ingresso, i bisogni, le carenze fisiopsichiche e le altre cause di disadattamento sociale. Un'*équipe* di cui fanno parte educatori, assistenti sociali, medici, esperti psicologi o criminologi, Polizia penitenziaria e tutti coloro che operano all'interno del carcere e conoscono il detenuto, come gli insegnanti e i volontari, attua la cosiddetta "osservazione scientifica della personalità" del detenuto e tutte le informazioni utili acquisite (socio-familiari, lavorative, sanitarie, psicologiche, istruzione, relazioni interpersonali dentro e fuori dal carcere, eventuali comportamenti auto lesivi, tossicodipendenza...) sono utilizzate per la formulazione di un programma individualizzato di trattamento, per gli interventi più adeguati e a supporto delle decisioni della Magistratura di sorveglianza per la concessione dei benefici penitenziari (permessi, detenzione domiciliare, affidamento in prova, semilibertà ecc).

Inutile sottolineare che l'efficacia della predetta osservazione dipende dalla collaborazione delle diverse figure professionali operanti negli istituti penitenziari, dalla possibilità di effettuare colloqui ripetuti ma soprattutto dalla possibilità di osservare il detenuto interagire insieme agli altri nell'ambito di spazi adeguati dedicati alle attività in comune.

4. Linee di azione del progetto ME.D.I.C.S.

Nel 2013 (*Call for proposal* JUST/2013/PEN/AG) la Commissione europea ha sollecitato iniziative a carattere nazionale e transnazionale per il miglioramento del trattamento detentivo.

Tenendo conto della insufficienza di quanto fin qui fatto e dell'esigenza di dare coerenza al sistema organizzativo penitenziario, sanitario e psicosociale al fine di diminuire i fattori di rischio di disagio mentale, l'Ufficio Studi del D.A.P. (all'epoca da me diretto), raccogliendo l'invito, si è fatto promotore di un progetto denominato ME.D.I.C.S. – *Mentally Disturbed Inmates' Care and Support*.

All'iniziativa hanno aderito Partner europei quali il Servizio penitenziario di Inghilterra e Galles (NOMS), il Servizio penitenziario e l'Ospedale Sant Joan de Deu di Barcellona in Catalogna, la

Ong Zdravo Grad Healthy Xity della Croazia. Hanno dato un notevole contributo alla riuscita del progetto i funzionari del D.A.P. (dr.ssa Paola Montesanti, dr. Domenico Schiattone, dr. Pierdomenico Pastina, dr. Andrea Beccarini, dr.ssa Antonella Dionisi) e il dr. Giulio Starnini (consulente medico della Direzione generale dei detenuti e trattamento). L'apporto scientifico è stato conferto dal dr. Giovanni Francesco De Tiberis (psichiatra presso la Casa circondariale Regina Coeli di Roma), dalla Società italiana di medicina e sanità penitenziaria (S.I.M.S.Pe. Onlus) e dall'Università di Firenze nella persona del prof. Emilio Santoro e dei suoi collaboratori.

Sono stati raccolti dati e informazioni sulla gestione dei detenuti con disagio mentale nel contesto nazionale e internazionale ed è stato redatto un modello operativo condiviso che coordini gli aspetti sanitari e penitenziari nella gestione dei detenuti affetti da disagio mentale con interventi congiunti nell'accoglienza, cura e trattamento degli stessi detenuti.

È stata posta particolare attenzione alla perdita della cura di sé che è il primo segnale di disagio e alla qualità delle relazioni nel contesto penitenziario; ci si è concentrati, quindi, non solo e non tanto sui disturbi della persona, quanto sulle relazioni e sugli ambienti che predispongono a comportamenti e patologie a rischio (situazioni promiscue, relazioni sociali discontinue, contesto strutturale deteriorato).

È stata pure approfondita l'interazione dei sistemi penitenziario e sanitario e si è valorizzata l'azione di prevenzione e cioè la realizzazione di un contesto penitenziario che tuteli di per sé la salute dei detenuti.

La Commissione europea ha stanziato un finanziamento pari all'80% dell'intero ammontare e il restante 20% destinato a coprire i costi delle borse lavoro dei detenuti coinvolti nell'iniziativa e l'acquisto di attrezzature e macchinari necessari alla realizzazione dei vari corsi di formazione è stato stanziato dall'Amministrazione penitenziaria tramite la Cassa delle Ammende, ente finanziatore di programmi di reinserimento in favore di detenuti e internati.

Nel corso del 1° Workshop, tenutosi a Roma dal 17 al 19 settembre 2014, sono state concordate con i tre partner europei modalità comuni per la raccolta di dati ed informazioni sui detenuti con disagio mentale presenti negli istituti penitenziari delle

rispettive giurisdizioni e sui rapporti con i servizi sanitari e sociali, e sono state pure individuate le prassi condivise e i punti di convergenza.

Nel corso delle due visite studio successive, in Spagna nell'ottobre del 2015 e in Croazia nel marzo del 2016, sono stati acquisiti dati su un modello comune per l'accoglienza e sul trattamento di detenuti con disagio psichico che renda effettivo il collegamento tra l'azione svolta dentro e fuori il carcere.

5. L'indagine conoscitiva sulla percezione del problema da parte dei soggetti che operano all'interno del carcere condotta all'interno dei tre istituti penitenziari pilota.

Nell'ambito del Progetto ME.D.I.C.S. la S.I.M.S.Pe. ha condotto un'indagine presso gli istituti penitenziari "Lorusso Cotugno" di Torino, "Dozza" di Bologna e "Pagliarelli" di Palermo. I tre istituti, tutti di grandi dimensioni, situati al Nord, al Centro e al Sud d'Italia, ospitano detenuti in attesa di primo giudizio, giudicati con sentenza definitiva, appellanti o ricorrenti in Cassazione e anche donne e molti stranieri, e costituiscono, sia per popolazione detenuta sia per tipologie di intervento e collaborazione con i servizi territoriali, un campione sicuramente rappresentativo della realtà penitenziaria dell'intero sistema penitenziario del Paese.

Presso i tre istituti è stato istituito un *team* di lavoro con la partecipazione del Direttore, del Comandante, del Coordinatore dell'area trattamentale, del Dirigente della ASL responsabile e degli operatori che prendono parte alle attività nel carcere (dirigenti penitenziari, personale di Polizia penitenziaria, educatori, medici, psicologi, infermieri, insegnanti, volontari): a tutti sono stati distribuiti i questionari predisposti dai referenti scientifici del Progetto, finalizzati ad individuare modelli comportamentali di disagio e a considerare bisogni specifici dei detenuti che spesso sono disattesi.

I gruppi formati a Bologna, Torino e Palermo hanno operato prestando attenzione non solo al singolo individuo ma anche al contesto penitenziario. Il lavoro svolto nell'ambito del progetto, nella cornice dei rapporti tra l'Amministrazione penitenziaria e

quella sanitaria, si è tradotto in una migliore comunicazione tra l'area trattamentale e la Direzione sanitaria anche attraverso una maggiore chiarezza di ruoli e competenze delle rispettive professionalità. L'esperienza in seno al Progetto è stata fruttuosa e soprattutto lo è stata la fase della codificazione delle modalità operative, della formazione congiunta e della supervisione degli operatori. Questo lavoro ha consentito di passare dalla teoria all'operatività, ha rappresentato un'occasione per proporre integrazioni ai protocolli esistenti e per migliorare anche il benessere dell'operatore penitenziario. E ciò è stato utile perché un sistema carcerario è efficace se l'operatore penitenziario lavora in una condizione di benessere.

L'esperienza del lavoro di gruppo ha creato in tutti i suoi componenti un forte senso di appartenenza ed è risultata fondamentale anche al fine di contrastare la burocratizzazione dei rispettivi ruoli. Si è lavorato molto anche sulla responsabilizzazione dei capi area con particolare riferimento alla sezione dei cd. nuovi giunti. Si è reso l'ambiente carcerario più accogliente in modo da ridurre l'impatto e vi è stata una forte condivisione delle esperienze con i casi più difficili.

Il Progetto ha permesso infine di soffermarsi su prassi operative utilizzate senza molta consapevolezza e sull'esigenza di superare l'atteggiamento di sconfitta che spesso caratterizza l'operatore nei rapporti con i detenuti con disturbi psichici. Soprattutto ha consentito di mettere a fuoco che la problematica non può essere affrontata senza instaurare relazioni pertinenti con le ASL.

Nei territori di competenza dei Provveditorati regionali dei tre menzionati istituti sono stati già acquisiti dati e modelli di intervento esistenti predisposti per la cooperazione tra area sanitaria e area penitenziaria e per le interazioni con la comunità esterna.

6. La ricerca sulla condizione di salute mentale del detenuto con le variabili socio-anagrafiche, cliniche e giuridiche.

L'Università di Firenze ha condotto una ricerca statistica (la prima in Italia) per analizzare i dati relativi alla posizione giuridica e quelli sanitari dei singoli detenuti. A questo fine è stato

redatto un protocollo per la raccolta e l'elaborazione, in forma del tutto anonima, delle informazioni in possesso delle due Amministrazioni coinvolte (ASL e Amministrazione penitenziaria) nel rispetto di principi e regole in materia di *privacy*. Il protocollo è stato approvato dal Comitato di bioetica di Imola-Bologna che lo ha ritenuto rispettoso dei principi legislativi in materia di *privacy* (questa approvazione costituisce un precedente molto importante per la realizzazione di future ricerche nel settore).

L'indagine statistica avrebbe richiesto l'accesso ad una pluralità di *database* che non sono stati unificati e che sono sostanzialmente gestiti in autonomia dalle diverse aziende sanitarie locali le quali non hanno accordato la loro collaborazione (ad esclusione della regione Emilia Romagna).

La ricerca ha comunque consentito di realizzare una fotografia dello stato di salute psichica dei detenuti e di verificare l'influenza su di esso di variabili quali l'età, il sesso, la nazionalità e le condizioni socio-familiari, e anche della durata della detenzione, della posizione giuridica e della storia detentiva pregressa.

È risultato:

- che il fenomeno del disagio psichico in carcere riguarda una quota consistente della popolazione detenuta (circa un detenuto su tre);
- che soltanto nel 17% dei casi la diagnosi avviene all'ingresso in carcere e nei restanti casi avviene sino a 18 mesi dopo; che il campione dei detenuti con disagio psichico non associato all'abuso di sostanze stupefacenti o alcol è prevalentemente composta da italiani con una percentuale estremamente alta di donne: si tratta di detenuti e detenute definitivi (lo sono 3 su 4 a fronte di una media di 1 su 2) con pene lunghe, i quali in media hanno trascorso in carcere molto più tempo della media dei detenuti (circa il 35% in più). Le donne detenute con pene lunghe sembrano mostrare una maggiore fragilità ed esposizione a disturbi di natura psichica, in misura molto maggiore rispetto agli uomini (una donna su quattro ne soffre a fronte di un uomo su undici);
- che i detenuti stranieri sono scarsamente rappresentati nel campione di detenuti affetti da disagio psichico non associato all'abuso di sostanze stupefacenti o alcol. Questo si

spiega in parte con il fatto che essi in genere sono soggetti a pene significativamente più basse della media (meno 67% della media) e per la maggior parte dei casi non hanno pene definitive (in 1 caso su 2). In realtà si tratta di una quota di popolazione che ha maggiori difficoltà di interazione con i servizi del carcere, per barriere di tipo linguistico e/o culturale. Questo fatto, unito anche al più breve periodo trascorso mediamente in carcere (398 giorni contro una media di 1.182), fa presumere una difficoltà dei servizi ad intercettare eventuali fenomeni di disagio psichico che, quando si manifestano, sono legati più frequentemente all'uso di sostanze stupefacenti e sono trattati essenzialmente per via farmacologica;

- che il campione di detenuti che soffrono di disagio psichico legato al consumo di alcol o stupefacenti è numericamente molto più significativo. Si tratta infatti del 24% del totale dei detenuti presenti al 31 dicembre 2015. Ha una composizione molto diversa rispetto all'altro campione, in quanto nel 55% dei casi si tratta di detenuti stranieri, in gran parte uomini: le donne straniere sono solo il 5%. Si tratta di soggetti che hanno un livello di interazione con il mondo esterno molto basso. La diagnosi generalmente viene fatta al momento dell'ingresso e molto spesso la patologia è il portato del tipo di vita condotto prima della detenzione.

In entrambi i casi (doppia diagnosi e no) è allarmante il ricorso frequente a terapie di tipo farmacologico non accompagnate da percorsi terapeutico-trattamentali. In generale le prestazioni di tipo psicologico o psichiatrico rivestono un ruolo marginale nella gestione del disagio psichico della popolazione detenuta se solo si considera che lo stesso campione è soggetto ad un numero molto elevato di prestazioni di altro genere (tra le quali spiccano quelle per l'accertamento e la cura delle malattie infettive e quelle odontoiatriche). L'assistenza medica infatti appare fortemente sbilanciata verso il contenimento delle patologie di carattere più strettamente fisico e in particolare verso quelle infettive che ha raggiunto un buon livello, a discapito degli altri settori lasciati spesso privi di risorse adeguate e di personale.

7. L'importanza della formazione.

Una delle finalità raggiunte dal Progetto è stata quella di arricchire il bagaglio formativo del personale sanitario, di custodia e del trattamento, pilastro fondamentale per la prevenzione. Già nel corso della ricerca i componenti del *team* costituito presso i tre istituti e i destinatari dei questionari (oltre 500 persone) avevano un alto livello di conoscenza dei vari problemi.

Sono stati distribuiti moduli di formazione congiunta per il personale penitenziario e per quello delle ASL (con il coinvolgimento anche della Rete europea delle Scuole penitenziarie di formazione) che hanno consentito di arricchire con un taglio più sistematico prassi già attuate di collaborazione tra Amministrazione penitenziaria e sanitaria. In quest'ambito il confronto fra le due Amministrazioni è stato fondamentale.

I partecipanti, che hanno interagito in gruppi di cinque (composti da operatori di Polizia penitenziaria e da appartenenti a diverse professioni), hanno apprezzato la possibilità di discutere criticamente le proprie metodologie operative. All'esito delle giornate formative sono state formulate proposte di Protocolli operativi per l'accoglienza in carcere dei detenuti con disagio mentale e la giornata finale è stata dedicata alla formazione dei formatori per assicurare la prosecuzione e la diffusione del modello formativo e la sua diffusione capillare sul territorio nazionale. È stata registrata la forte esigenza di proseguire la formazione e il bisogno di confronto, anche con la Magistratura di sorveglianza (la Scuola superiore della Magistratura ha già organizzato corsi interdisciplinari con l'Amministrazione penitenziaria per la gestione degli internati in questa fase di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari).

Circa 30 detenuti (10 per ogni regione), individuati tra quelli con disturbi e patologie mentali presenti nei tre istituti penitenziari, sono stati i principali destinatari del Progetto. Essi sono stati coinvolti in concrete iniziative rivolte al reinserimento socio/lavorativo.

A Torino il progetto *Care Givers* è stato fondato sulla figura dei *peer supporters*: quali destinatari di una formazione specifica sono stati scelti detenuti disponibili al sostegno morale dei compagni di detenzione disposti ad assumere una funzione di raccordo tra la persona in difficoltà e i servizi sanitari e penitenziari.

A Bologna il progetto *CreativaMente* è stato fondato sullo stretto legame tra arte e psichiatria e sull'arte come espressione dell'identità della persona. Sono stati realizzati due laboratori artistici: uno con detenuti uomini (avente ad oggetto opere di decoro alla struttura penitenziaria) e l'altro con detenute donne (avente ad oggetto la produzione di gioielli). Gli oggetti prodotti sono stati esposti in mostra e commercializzati.

A Palermo il progetto *Ali di Farfalla* è stato realizzato con l'impiego, preceduto da un breve periodo di formazione, dei detenuti affetti da disagio mentale in lavori quotidiani quali le pulizie degli ambienti comuni, insieme agli altri lavoranti già addetti a queste incombenze.

8. Conclusioni.

In conclusione il Progetto ME.D.I.C.S. ha dato un'adeguata risposta alla richiesta della Polizia penitenziaria di partecipare maggiormente ai programmi terapeutico-trattamentali. Sono state favorite la condivisione di buone prassi e la riflessione congiunta degli operatori di diverse professionalità sulle varie criticità emerse. Sono state raccolte proposte concrete, in particolare sulle modalità d'accoglienza, improntate su un maggiore grado di relazione e integrazione tra le diverse professionalità mediante la condivisione di tecniche specifiche condivise. Il Progetto ha pure consentito di mettere a fuoco l'esigenza di superare la difficoltà del confronto fra le due istituzioni, sanitaria e penitenziaria, che devono prendersi cura dei pazienti con disagio psichico. È venuta in evidenza l'importanza del concetto di rete, del dialogo e della riflessione congiunta sulle tematiche trattate, sia a livello nazionale che regionale e locale, al fine di poter organizzare un'assistenza sanitaria penitenziaria omogenea sul territorio nazionale.

La prospettiva della ricerca, che come si è detto, ha evidenziato la necessità che la politica di gestione degli spazi detentivi - secondo criteri moderni e rispettosi della dignità della persona - e la organizzazione della formazione degli operatori siano strettamente connessi e sia favorita l'interazione anche con coloro che da esterni operano nell'istituto, coincide perfettamente con le direttive recentemente rivolte dal Ministro Orlando al D.A.P. per l'attuazione di un Piano nazionale di intervento per la prevenzione

del suicidio nelle carceri. Il Ministro ha espressamente indicato proprio il trattamento del disagio psicologico e mentale e lo sviluppo delle forme di conoscenza approfondita delle persone detenute.

Il progetto ME.D.I.C.S. è giunto inoltre a conclusioni conformi a quelle del Tavolo n. 10 dedicato alla "Salute e disagio psichico" nell'ambito degli Stati generali sull'esecuzione penale promossi dal Ministro della Giustizia in cui è emersa l'esigenza di predisporre un sistema più efficace per monitorare i bisogni dei detenuti e di realizzare una cartella sanitaria digitale condivisa tra Amministrazione penitenziaria e le strutture sanitarie del territorio; in generale si è sentita l'esigenza di prevedere alternative alla detenzione per i condannati con patologie psichiatriche (una misura a carattere terapeutico sulla falsariga di quello che si è fatto per i tossicodipendenti).

Ci si propone oggi una riflessione sulla presenza all'interno degli istituti penitenziari di detenuti affetti da disturbi e patologie psichiatriche e sulle loro condizioni detentive. Il problema riguarda una parte non trascurabile del mondo che gravita nelle carceri e che spesso trova origine nella impossibilità di trovare valide alternative esistenziali. Scopo del Progetto ME.D.I.C.S. era anche quello di promuovere l'impegno e il coinvolgimento di tutte le istituzioni perché queste situazioni trovino la soluzione richiesta da regole di civiltà in quanto il carcere non può agire da solo. L'imperativo contenuto nell'art. 27 della Costituzione non è rivolto ad una istituzione in particolare ma alla società tutta. Oltre agli operatori del carcere e del *welfare* sul territorio anche la Magistratura, e in particolare la Magistratura di sorveglianza, dovrebbe essere coinvolta nella realizzazione di una effettiva presa in carico dei sofferenti psichiatrici rispettosa dei diritti e delle esigenze di cura dei detenuti e anche della tutela della collettività in armonia con la normativa nazionale e con gli Standard internazionali.

