



Relazione salute mentale e carceri

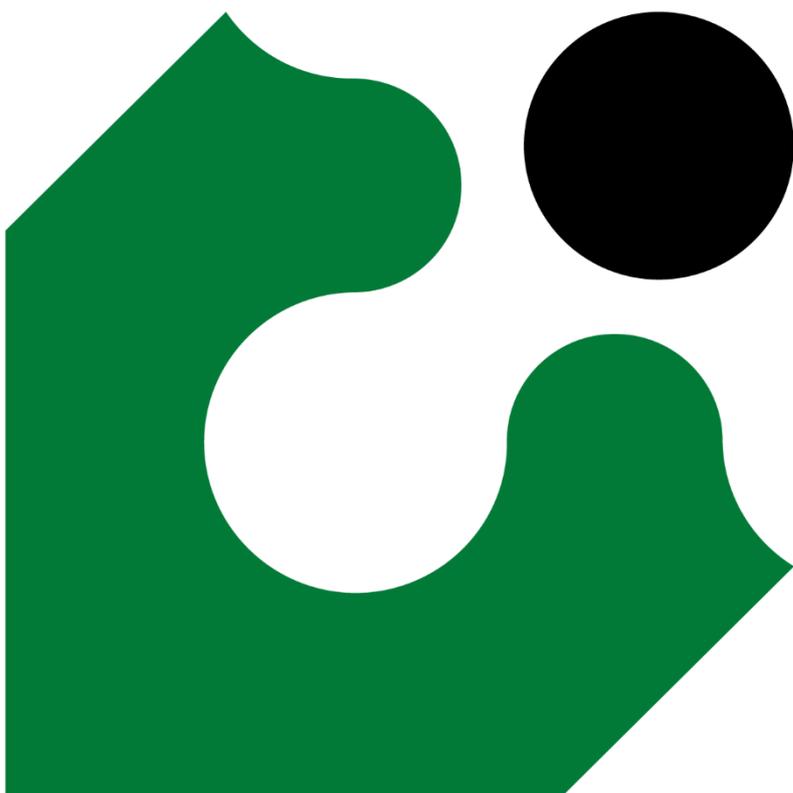
Sara Maiorino

Direttore scientifico: Raffaello Vignali

Dirigente responsabile: Raffaello Vignali

Responsabile di progetto: Guido Gay

Settembre 2021



Indice

1. Introduzione	2
2. Il contesto	3
3. Letteratura	9
3.1 Salute mentale e carcere: tutele legislative e oltre	9
3.2 Suicidio e autolesionismo: i fattori di rischio.....	11
4. Eventi critici: le statistiche degli ultimi anni	14
5. Approfondimento I - L'impatto del Covid-19 sulla salute mentale in carcere	21
6. Approfondimento II - Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	24
6.1 Dagli OPG alle REMS	24
6.2 L'anomalia di Castiglione delle Stiviere	25
6.3 Le statistiche della Rems lombarda.....	27
7. Approfondimento III - Prospettiva di genere: donne e carcere.....	31
8. Considerazioni conclusive	34
Riferimenti bibliografici	36
Sitografia.....	39
Appendice	40

1. Introduzione

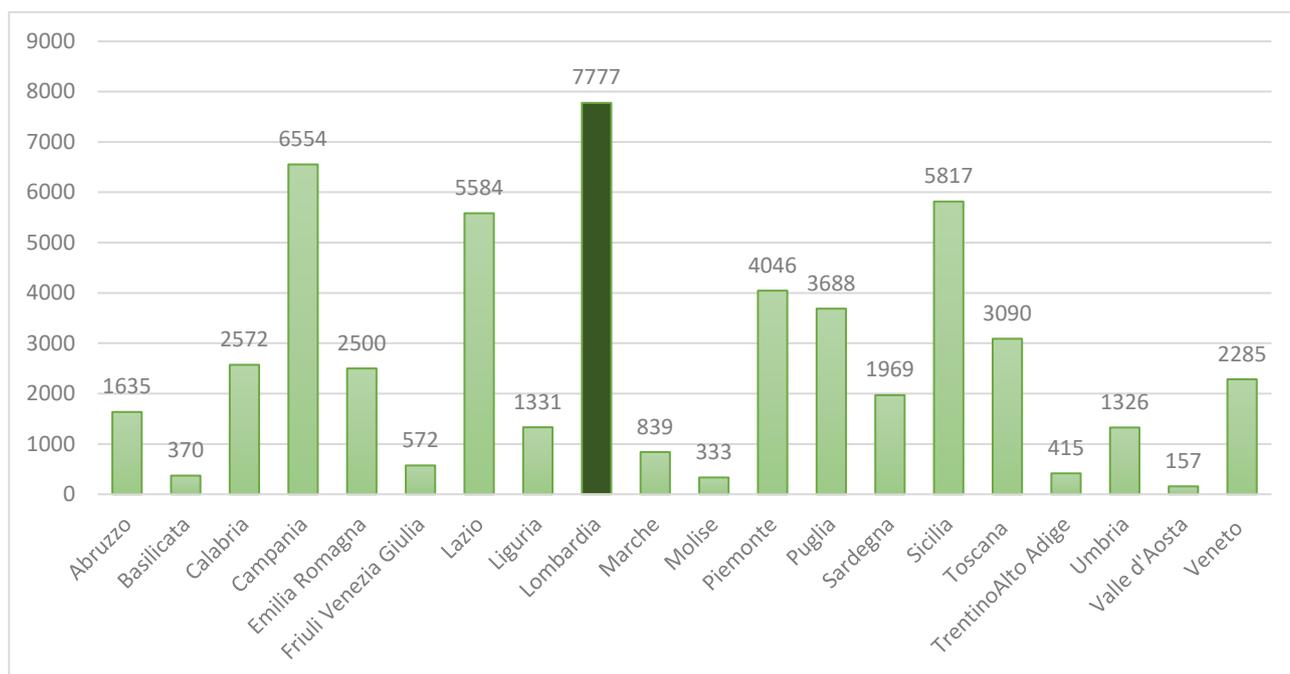
La letteratura, sia a livello nazionale che internazionale, evidenzia come i problemi psichici rappresentino le malattie più diffuse negli istituti penitenziari (WHO, 2007; Antigone 2020; Ars Toscana, 2015). La questione è divenuta più evidente di quanto già non fosse dopo lo scoppio della pandemia di Covid - 19 nel febbraio 2020, con un netto aumento di vari eventi critici nelle carceri in questo anno rispetto ai precedenti (Garante per i diritti delle persone private della libertà personale, 2021). La sola Lombardia ha contato, nel 2019, un alto numero di suicidi, 16, cifra che risulta molto alta se paragonata ai dati per la stessa regione riferiti agli anni precedenti. Si rende dunque necessario approfondire la questione facendo riferimento sia a dati sugli eventi critici da varie fonti istituzionali e non, sia alla letteratura sociologica, psicologica e giudiziaria reperibile sul tema della salute mentale in carcere.

Il report è organizzato come segue: dopo aver analizzato le caratteristiche principali del contesto penitenziario lombardo, procederemo con una revisione della letteratura su salute mentale, suicidio e autolesionismo nelle carceri, grazie a fonti provenienti da varie discipline. La successiva sezione tratterà un quadro delle statistiche sugli eventi critici, e in particolare sui dati relativi ad atti suicidiari e autolesionistici a livello nazionale e, ove disponibili, regionale. Saranno poi approfonditi temi più specifici: l'impatto del Covid-19 sulla salute mentale nelle carceri italiane e lombarde, il tema, molto attuale, delle Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza, e un breve approfondimento su detenute donne e salute mentale, dal momento che esse, pur in minoranza, possono soffrire di manifestazioni di disagio psichico e essere soggette a fattori di rischio parzialmente differenti rispetto alla controparte maschile. Infine si trarranno delle considerazioni conclusive.

2. Il contesto

La Lombardia è la regione con il più alto numero di istituti penitenziari in Italia e, parallelamente, la regione con il più alto numero assoluto di detenuti, che si quantifica in 7777 persone, come mostra il seguente grafico, con dati aggiornati a maggio 2021.

Figura 1. Numero assoluto di detenuti per regione Maggio 2021



Fonte: Elaborazione Polis su dati del Ministero della giustizia

Fra gli istituti penitenziari considerati, si contano 4 Case di Reclusione (CR) e 14 Case Circondariali (CC). Oltre a queste, sono presenti un Istituto Penitenziario Minorile (IPM) e una Residenza per l'Esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), fra le più capienti in Italia (Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, 2021). Occorre sottolineare la gestione delle Rems sia affidata ai Dipartimenti di Salute Mentale delle varie regioni, e non al dipartimento di amministrazione penitenziaria, che gestisce invece le altre strutture menzionate. Circa un terzo degli Istituti Penitenziari menzionati sono concentrati nel Milanese e nel Pavese, con i restanti sparsi sulle altre province lombarde. L'Istituto Penitenziario Minorile di Milano, alla metà del gennaio 2021 ospitava 26 ragazzi (14 minorenni e 12 giovani adulti), mentre erano 38 un anno prima (25 minorenni e 13 giovani adulti).

Figura 2. Carceri in Lombardia



Fonte: Elaborazione Polis su dati Ministero della Giustizia

Tabella 1. Case circondariali e case di reclusione per provincia e numero di detenuti

Provincia	Nome	CC/CR	Numero di detenuti
BG	BERGAMO "Don Fausto RESMINI"	CC	528
BS	BRESCIA "N. FISCHIONE" CANTON MONBELLO	CC	361
BS	BRESCIA "VERZIANO"	CR	97
CO	COMO	CC	360
CR	CREMONA	CC	443
LC	LECCO	CC	68
LO	LODI	CC	77
MI	BOLLATE "II C.R."	CR	1.214
MI	MILANO "F. DI CATALDO" SAN VITTORE	CC	926
MB	MONZA	CC	614
MI	OPERA "I C.R."	CR	1151
MN	MANTOVA	CC	113
PV	PAVIA	CC	593
PV	VIGEVANO	CR	328
PV	VOGHERA "N.C."	CC	438
SO	SONDRIO	CC	31
VA	BUSTO ARSIZIO	CC	362
VA	VARESE	CC	73

Fonte: Elaborazione Polis su dati Ministero della Giustizia

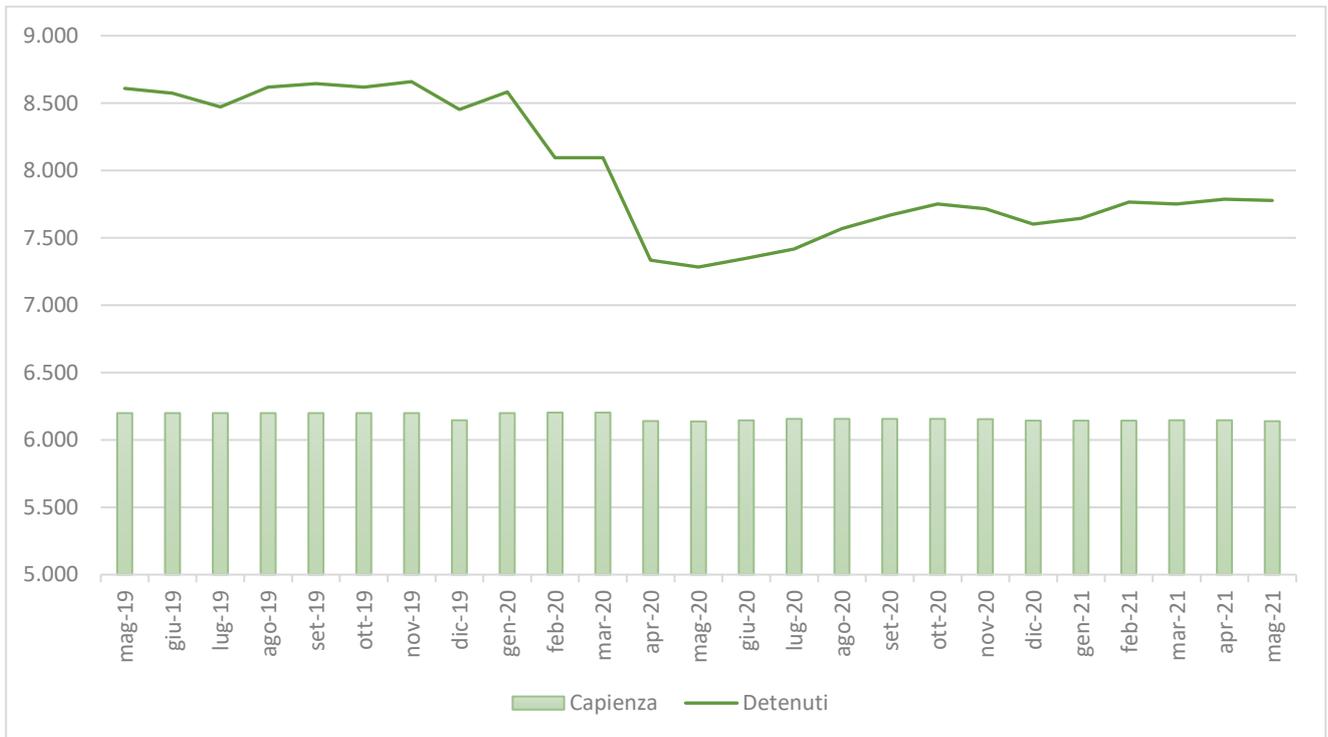
Le donne sono in netta minoranza in termini relativi sul totale dei detenuti e rappresentano poco meno del 5% di tutti i detenuti presenti in Lombardia. La composizione per fasce d'età è la seguente: particolarmente consistente il numero di persone nella fascia d'età 30-39, leggermente più basso fra i 45-49 anni. Rimane sostenuto il numero di individui negli Istituti Penitenziari fra i 50 e i 59 anni.

Per quanto riguarda il livello di educazione dei detenuti in Lombardia, quando rilevato, i dati evidenziano una netta prevalenza di persone con licenza di scuola media inferiore (43,25%). A seguire un numero più basso, ma comunque rilevante, di individui con diploma di scuola media superiore (14,17%) e licenza di scuola media elementare (12,21%). In numeri più esigui sono rappresentati le persone totalmente prive di titolo di studio (1,15%) e gli analfabeti (2,84%), da un lato, e individui con livello terziario di educazione (2,61%), dall'altro.

Uno sguardo al trend degli ultimi due anni del numero di individui presenti nelle CC e nelle CR della regione rivela che, a fronte di una capienza delle diverse strutture carcerarie rimasta molto stabile, il numero di detenuti

ha invece subito diverse variazioni: in particolare, a seguito di una diminuzione degli individui ristretti in corrispondenza dei primi mesi dell'emergenza pandemica, e specificatamente fra aprile e maggio-giugno 2020, il numero ha ripreso poi a salire nei mesi successivi rimanendo poi con lievi variazioni stabile fra i 7500 e gli 8000 fino a maggio 2021.

Figura 3. Trend 2019-2020: numero di detenuti e capienza carceri



Fonte: Elaborazione Polis su dati del Ministero della giustizia

Come mostrato dal seguente grafico, il numero dei detenuti resta comunque costantemente e abbastanza nettamente al di sopra della capienza media regolamentare degli istituti penitenziari, con situazioni più o meno estreme in relazione alle diverse strutture.

Figura 4. Percentuale affollamento carceri lombarde dati di maggio 2021



Fonte: Elaborazione Polis su dati del Ministero della giustizia

Quasi tutte le carceri lombarde presentano una percentuale di affollamento superiore al 100%: solo la II Casa di Reclusione Milano Bollate si attesta infatti (con il 97%) al di sotto di tale percentuale. Le situazioni più estreme si registrano alla Casa Circondariale di Brescia “Canton Monbello”, che presenta un tasso di sovraffollamento del 191%, alla Casa Circondariale di Lodi (171%) e alla Casa Circondariale di Bergamo (167%). Altre strutture, come quelle Monza, Como e Busto Arsizio, contano numeri che si attestano comunque intorno al 150% della capienza regolamentare. Il resto delle strutture varia fra il 100% e il 150%.

Per quanto riguarda l’Istituto Penitenziario Minorile della Lombardia, a Milano, secondo i dati del Garante per i diritti delle persone private della libertà personale, con ultima rilevazione al 30 aprile 2021, il numero di detenuti minori si attesta a 24 persone, tutte di genere maschile. I giovani adulti nella stessa struttura, alla medesima data, sono 11, anch’essi tutti di genere maschile. L’anno 2020 ha contato 18 ingressi di ragazzi provenienti da altri istituti penitenziari del paese, 9 trasferiti da Milano ad altri IPM e 1 trasferito al circuito adulti.

Occorre menzionare brevemente il numero delle esecuzioni penali esterne: gli individui in carico per misure alternative alla detenzione in Lombardia alla data del 15/06/2021 è pari a 12919.

Un ulteriore rilevante elemento di contesto è infine quello mostrato dalla seguente tabella:

Tabella 2. Persone con problematiche di salute mentale anche con riferimento a persone sottoposte a procedimenti penali: spese pro-capite e numero assistiti 2018-2020

	2018	2019	2020
Persone con problematiche attinenti la salute mentale anche con riferimento a persone sottoposte a procedimento penale: spesa pro-capite	2.329€	2.309€	2.061€
Persone con problematiche attinenti la salute mentale anche con riferimento a persone sottoposte a procedimento penale: nr assistiti	161.125	157.725	146.262

Fonte: Nota aggiornamento Documento di Economia e Finanza Regionale, Regione Lombardia

La spesa pro-capite per persone con problematiche mentali, con riferimento anche a persone sottoposte a processi penali, è diminuita costantemente dal 2018 al 2020. Parallelamente è anche diminuito il numero delle persone che hanno avuto accesso a questo tipo di assistenza.

3. Letteratura

3.1 Salute mentale e carcere: tutele legislative e oltre

Molti studi condotti nei paesi sviluppati mostrano come in carcere la presenza di individui con sintomi di malattie mentali, come anche con problematicità di comunicazione ed 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.

L'ultimo rapporto dell'Associazione Antigone (2021), in relazione al tasso di suicidi, tornato a salire dal 2019 al 2020, evidenzia come la letteratura abbia individuato due momenti particolarmente critici della vita carceraria degli individui: uno è il momento di ingresso nel carcere e 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 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 tutta la fase detentiva si identifica come 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 (come anche quella fisica) ed i luoghi di privazione della libertà siano tra loro strettamente interdipendenti, e definisce la vita in cattività come "patogena". È tutt'altro che recente l'espressione "Sindrome da *prisonizzazione*", coniata dallo scienziato sociale Donald Clemmer¹ 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, disturbo del controllo degli impulsi, disturbi della personalità (Rapporto Antigone, 2020). Allargando l'inquadratura, si evidenzia come le patologie psichiche siano fra la maggior causa 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 articolazioni per la tutela della salute mentale, dove un detenuto può restare per un limite massimo di 30 giorni. Tuttavia, secondo l'ultimo

¹ Clemmer (1940) definisce un "processo di erosione dell'individualità" a vantaggio di un progressivo adattamento alla comunità carceraria. La *prisonizzazione*, in altri termini, si identifica nell'assunzione delle abitudini, usi e costumi dell'esperienza carceraria sull'individuo, attraverso un processo di assimilazione da parte del detenuto delle norme e dei valori che governano ogni aspetto della vita interna al penitenziario. (<https://ceciliapecchioli.it/giuridica/la-sindrome-del-carcerato/>, accesso effettuato il 19/07/2021).

rapporto dell'Associazione Antigone (2021), tali articolazioni si trovano spesso a non soddisfare il fine ultimo per le quali erano state ideate dal legislatore, in quanto sprovviste di adeguati percorsi di cura e di risocializzazione. Lo stesso rapporto, come anche altre fonti in letteratura (Mattevi, 2019; Chiola, 2019), suggerirono la necessità dello sviluppo di percorsi di cura e risocializzazione esterni al carcere.

Da rilevare poi una importante della corte costituzionale del 2019 su questi temi:

“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.”²

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 espriare 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 2017³. 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).

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

² Corte cost. Sentenza 99/2019 in

<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=99> , accesso effettuato il 19/07/2021

³ Commissione istituita con decreto del Ministero della Giustizia il 19 luglio 2017, con il compito di redigere una proposta sul di 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 delle pene accessorie (<https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/d/5857-riforma-della-sanita-penitenziaria-e-delle-pene-accessorie-la-proposta-della-commissione-pelissero> , accesso effettuato il 19/07/2021).

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, 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). 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 situazioni. Queste saranno oggetto del paragrafo successivo.

3.2 Suicidio e autolesionismo: i fattori di rischio

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*”⁴. 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, 1983), già menzionato in precedenza: 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).

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 pre-esistenti 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

⁴ Zara, G. & Farrington, D.P. (2015). *Criminal recidivism: explanation, prediction and prevention*. London And New York: Taylor & Francis Ltd

Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU), nella ben nota sentenza Torreggiani⁵. 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 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 condannato⁶. 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 ristretti.

⁵ 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).

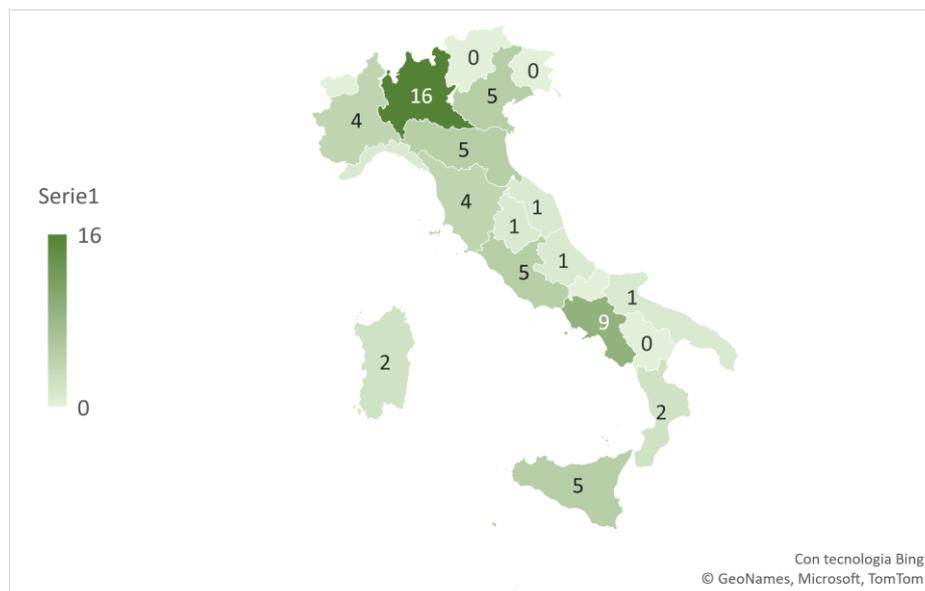
⁶ L'articolo 27 della Costituzione Italiana recita quanto segue: "La responsabilità penale è personale. L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva. Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato [cfr. art. 13 c. 4]. Non è ammessa la pena di morte." Disponibile al https://www.senato.it/1025?sezione=120&articolo_numero_articolo=27, ultimo accesso il 21/07/2021.

4. Eventi critici: le statistiche degli ultimi anni

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.

Iniziamo con l'analizzare i dati del 2020, l'ultimo anno per cui si hanno i dati su tutti e 12 i mesi. Procederemo poi a un confronto longitudinale con gli anni precedenti, anche alla luce della particolarità dell'anno passato, che non può considerarsi paragonabile agli altri per il rilevante impatto della pandemia su ogni aspetto della vita di tutti i cittadini, dentro e fuori dalle carceri. 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.

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

Tabella 3. Suicidi nelle carceri Lombarde nel 2020

CC/CR	Genere	Nazionalità	Età	Sezione del carcere	Situazione giudiziaria
Cc Monza	M	Italia	41	Circondariale a custodia aperta	Mista con definitivo
Cc Voghera	M	Italia	53	Disabili - AS 3	In attesa di I° giudizio
Cc Pavia	M	Eestero	54	Protetti - Promiscua a custodia aperta	Definitivo
Cc Pavia	M	Eestero	28	Protetti - Promiscua a custodia aperta	In attesa di I° giudizio
Cc Como	M	Eestero	25	Circondariale ordinaria	Definitivo
Cc Busto Arsizio	M	Eestero	32	Circondariale ordinaria	Definitivo
Cc Como	M	Eestero	23	Circondariale - Infermeria	In attesa di I° giudizio
Cc Como	M	Italia	24	Circondariale - Art. 32 Dpr 230/2000	Definitivo
Cc Mantova	M	Italia	41	Protetti - Promiscua a custodia aperta	In attesa di I° giudizio
Cc Milano 'San Vittore'	M	Eestero	33	Circondariale - infermeria	Definitivo
Cc Brescia 'Canton Monbello'	M	Eestero	28	Circondariale a custodia aperta	In attesa di I° giudizio*
Cc Busto Arsizio	M	Italia	68	Circondariale - Infermeria	Ricorrente
Cc Bergamo	M	Eestero	31	Circondariale- Art. 32 Dpr 230/2000	Definitivo
Cc Cremona	M	Eestero	29	Circondariale a custodia aperta	Definitivo
Cc Brescia 'Canton Monbello'	M	Eestero	23	Circondariale - Isolamento sanitario	Definitivo
Cc Varese	M	Italia	44	Circondariale a custodia aperta	In attesa di I° giudizio

Fonte: Relazione al parlamento 2021 del Garante per i diritti delle persone private della libertà personale

Il carcere lombardo con il maggior numero assoluto di suicidi nel 2020 è stata la Casa circondariale di Como (3) seguita da Pavia, Busto Arsizio e Brescia “Canton Mombello” (2). A un primo sguardo, si può subito notare come, a parte la Casa Circondariale di Pavia, tutte le carceri dove sono avvenuti almeno due suicidi presentano un tasso di sovraffollamento superiore al 150%. Dai dati mostrati nella seguente tabella emergono anche altri elementi: 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 menzionato nella sezione precedente 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). 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 confermano 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 estera si equivalgono quasi, 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.

Per quanto riguarda il 2021, 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 (Figura 6). 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).

Osservatori Antigone: le carceri e la vita in carcere

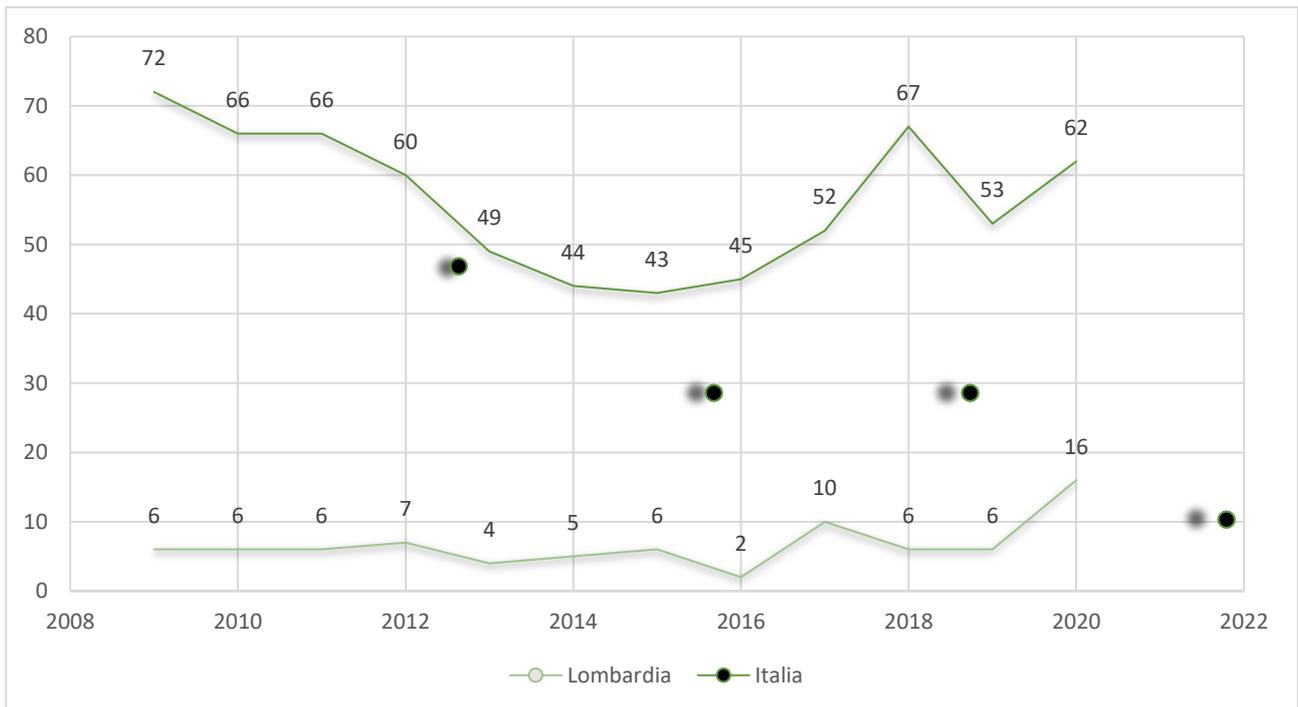
Oltre ai dati sovra-menzionati, rilevati da varie fonti, tra cui Ministero della Giustizia e il Garante per i diritti delle persone private della libertà personale, è necessario menzionarne altri sul tema più generico della vita nelle carceri, rilevati specificatamente dall'Osservatorio sulle condizioni di detenzione, fonte statistica dell'Associazione Antigone, che dal 1998 è stata autorizzata dal Ministero della Giustizia a periodiche visite nelle case circondariali e nelle case di reclusione italiane. I dati del 2020-2021 sulle carceri Lombarde riguardano Le Case Circondariali di San Vittore, Monza, Como e Busto Arsizio, nelle quali sono state effettuate visite in questo specifico arco temporale. Dei dati raccolti, ne menzioneremo qua alcuni, potenzialmente rilevanti per il tema della ricerca.

In tre dei quattro carceri visitati, e specificatamente San Vittore, Monza e Como, si è rilevato che i 3mq per detenuto non sono garantiti in tutte le celle, mentre lo sono nel carcere di Busto Arsizio. Nel carcere di Como non si ha l'acqua calda in tutte le celle e le docce in tutte le celle sono presenti solo nel carcere di Busto Arsizio. In tutte e quattro le carceri si è rilevata la presenza di spazi detentivi non in uso per ristrutturazione o inagibilità e in 3 su 4 delle carceri (il dato per Monza risulta non rilevato) non è assicurata la separazione dei giovani adulti dagli adulti. Per quanto riguarda gli spazi comuni, si rileva la mancanza di uno spazio dedicato a culti non cattolici nel carcere di Busto Arsizio, la mancanza di spazi per la socialità nel carcere di San Vittore, l'impossibilità di accedere, almeno per alcuni detenuti, alla palestra e al campo sportivo nel carcere di Como. Si rileva inoltre che le biblioteche, nonostante siano presenti, non sono accessibili come spazi comuni nelle Case Circondariali di San Vittore e Monza, con dato non rilevato per Como e Busto Arsizio.

Un dato che salta particolarmente all'occhio è la carenza di personale che svolge la professione di educatore nelle case circondariali: mentre nelle carceri di Como e Busto Arsizio sono totalmente assenti, nel carcere di Monza sono in rapporto di 5 a 148 e a San Vittore in rapporto di 7 a 78 (Associazione Antigone, 2020).

L'Associazione Antigone riporta anche le informazioni in merito ai procedimenti penali attualmente aperti che hanno per oggetto presunti episodi di tortura nelle carceri italiane, menzioniamo qui, quelli riguardanti le carceri lombarde: Milano, Marzo 2020; Pavia, Marzo 2020; Monza, Agosto 2019.

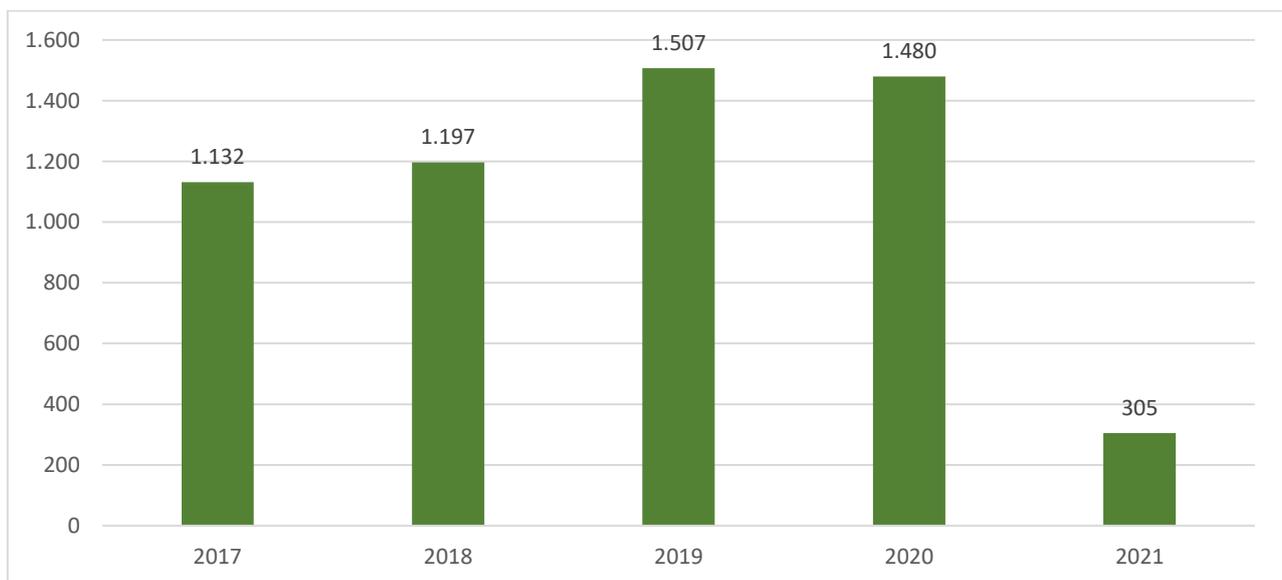
Figura 6. Suicidi in Lombardia e in Italia 2009-2020



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.

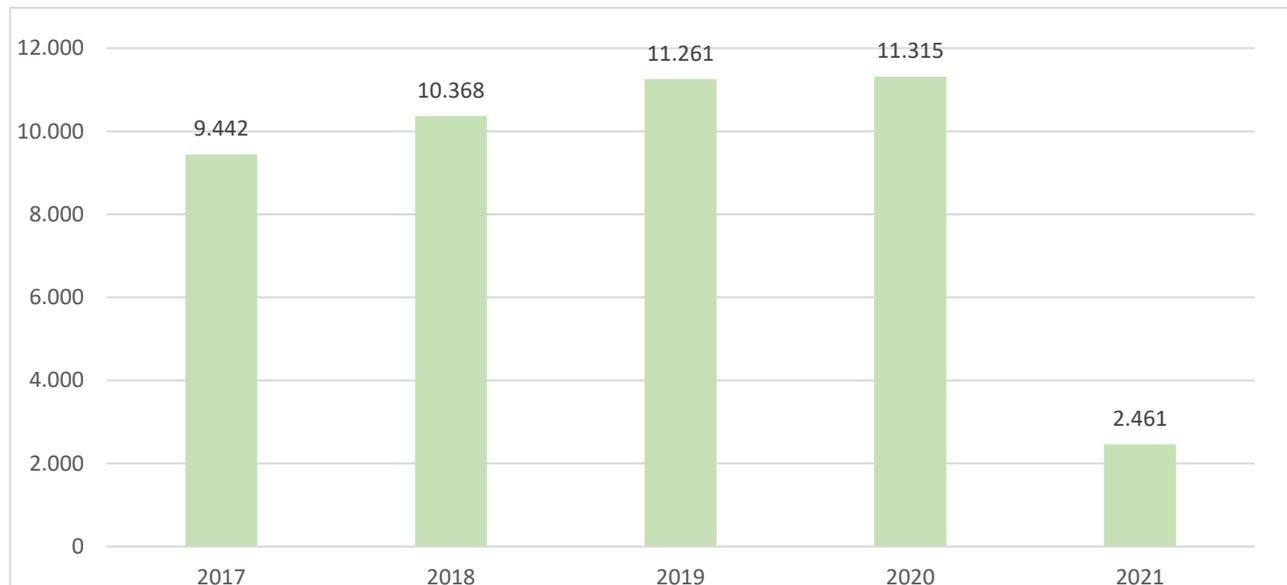
Figura 7. Tentati suicidi in Italia 2017-2021



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 rinvengono 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 pe 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.

5. Approfondimento I - L'impatto del Covid-19 sulla salute mentale in carcere

Il numero di persone nelle carceri, fra febbraio 2020 e aprile 2020 è calato a livello nazionale del 12% (da 61230 detenuti presenti il 29 febbraio ai 53904 del 20 aprile), in Lombardia del 15,9% (Ministero della Giustizia, 2020; Antigone 2020). Fra febbraio e maggio 2020, a livello regionale, vi è stata una riduzione di circa 16,5 punti percentuali delle persone detenute nelle CC e nelle CR, e un aumento, più lieve a livello percentuale, degli adulti in carico ai servizi di area penale esterna. Queste tendenze sono riassunte dal seguente grafico.

Figura 9 - Adulti in carcere e in area penale esterna in Lombardia fra febbraio e maggio 2020



Fonte: Elaborazione Polis su dati del Ministero della Giustizia

La riduzione del numero dei detenuti registrata a livello nazionale e regionale è stata dovuta a due fattori in particolare: da una parte, l'aumento relativamente consistente del numero di uscite e dall'altra, i mancati ingressi. Occorre comunque rilevare che le misure adottate dal governo per ridurre il numero di ristretti sono state relativamente limitate, soprattutto se considerate a fronte del cronico affollamento delle prigioni italiane. Antigone (2020) considera per esempio il caso dei detenuti in regime di semilibertà, a cui mancava poco per finire di scontare la pena, i quali sono rimasti in carcere nonostante l'emergenza. Ed è stata proprio l'emergenza a determinare l'adozione di misure speciali per la prevenzione della diffusione del virus all'interno della realtà carceraria. L'ambito carcerario è infatti un ambiente ad alto rischio per la diffusione delle malattie infettive e di conseguenza con più alta probabilità di nascita di focolai fra detenuti, operatori e staff, per alcuni fattori che caratterizzano l'ambiente (Dutheil et al., 2020): i contatti ravvicinati in strutture affollate e poco ventilate, la scarsa possibilità di accedere a servizi sanitari, la rapida diffusione di agenti patogeni, potenzialmente veicolati dai visitatori. Lo scarso accesso al servizio sanitario è testimoniato anche dalle statistiche sul personale sanitario presente all'interno delle case circondariali e delle case di reclusione: nel 2019, vi

era un totale di circa 1000 medici di base e di guardia per tutte le 200 carceri in Italia; il rapporto è di un medico di base ogni 315 detenuti, e vi sono alcune strutture in cui il medico di base è del tutto assente (Ansa, 2019). A questi elementi strutturali, occorre inoltre aggiungere elementi contestuali, quali la mancanza di adeguati dispositivi di prevenzione (mascherine e gel disinfettante) (Antigone, 2020; Cingolani et al., 2020).

Questi fattori avrebbero potenzialmente potuto rendere le carceri dei nuovi epicentri della pandemia. Nonostante la mancanza di dati ufficiali sui numeri dei tamponi effettuati all'interno delle strutture, si può oggi affermare che così non è stato. Per far sì che questo non accadesse si sono tuttavia rese necessarie delle misure straordinarie, che si sono incentrate sui due cardini della regolazione della socialità e della limitazione dei contatti con l'esterno: il DCPM 8 marzo 2020, *ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020*, ha di fatto interrotto la possibilità dei familiari di poter far visita ai propri parenti in prigione, raccomandando tuttavia alle istituzioni penitenziarie di avviare un maggiore utilizzo delle tecnologie e un adeguato aumento del numero di telefonate spettanti ai detenuti per poter garantire una continuità di contatto con l'esterno.

Sebbene da un punto di vista esterno si comprenda la necessità di tali misure, occorre tuttavia considerare la prospettiva dei detenuti stessi, che si sono ritrovati da un giorno all'altro in una situazione di ulteriore distacco dal mondo esterno, e di una forte riduzione di contatto con i loro cari, spesso in assenza di un'adeguata fonte di informazione sia su quello che stesse succedendo all'esterno sia sulla natura delle misure stesse attuate all'interno degli istituti penitenziari (Antigone, 2020). Occorre altresì sottolineare che non in tutti i casi le disposizioni governative che prevedevano un aumento dei contatti da remoto fra i detenuti e i loro familiari sono state rispettate con effetto immediato: in particolare l'introduzione dei colloqui a distanza è stato graduale, come anche l'aumento del numero di telefonate spettanti a ciascun detenuto. Antigone (2020) ha raccolto le testimonianze di casi estremi in cui le comunicazioni con il mondo esterno sono state interrotte per molti giorni consecutivi. Le caratteristiche stesse delle prigioni, del tutto inadatte ad affrontare un contesto di pandemia, hanno agito come forti amplificatori di già presenti sentimenti di stress, in condizioni di isolamento e coabitazione forzata (Camposeragna, 2020). A questo occorre aggiungere lo spavento per la diffusione del virus interna alle strutture penitenziarie, che per alcuni era molto elevato a causa del fatto che molti detenuti con patologie potenzialmente pericolose per il Covid, alcuni dei quali anche in attesa di giudizio, sono rimasti in carcere anche dopo lo scoppio della pandemia. Tutti questi elementi, a partire da marzo 2020, sono andati a sommarsi ai fattori di rischio per la salute mentale già presenti nelle carceri in assenza di contesti emergenziali come è stato quello pandemico.

Si può ipotizzare che l'aumento del numero di atti di autolesionismo nel 2020, maggiore rispetto agli anni precedenti, sia almeno in parte ricollegabile all'espressione di un sentimento di angoscia generalizzato, determinato dall'incertezza dei mesi della pandemia. Di fatto, 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

(Antigone, 2020). In questo contesto, un caso particolare è quello delle persone con dipendenza da sostanze psico-attive, presenti in grande percentuale all'interno degli istituti di detenzione. Questi individui, in mancanza di una continuità terapeutica, sono ancora più soggetti a meccanismi di *craving*, che, fra i vari effetti, favoriscono l'insorgere di rabbia, aggressività, senso di frustrazione e angoscia, con conseguenze sia psichiche che fisiche (Lacatena, 2020).

Anche in Lombardia, a seguito del DCPM dell'8 marzo, come in molte altre regioni d'Italia, complici molti dei fattori sopra menzionati, sono scoppiate violente rivolte: sono stati coinvolti, in particolare, la Casa Circondariale di Pavia "Torre del Gallo", le Case Circondariali milanesi di Opera e San Vittore e la Casa di Reclusione di Bollate.

I dati sugli eventi critici dell'ultimo rapporto del Garante per i diritti delle persone private della libertà personale, disponibili per molti indicatori solo a livello nazionale, evidenziano come nel 2020 vi sia stato un picco di una varietà di episodi, spia della condizione di disagio e angoscia che hanno vissuto i detenuti in questo specifico anno. Ci sono stati infatti dei picchi non solo per quanto riguarda manifestazioni di protesta e rivolte, ma anche di altri eventi legati all'emergenza sanitaria come isolamenti sanitari (Tabella 3).

Tabella 4. Altri eventi critici a livello nazionale 2017-2021

Eventi critici	2017	2018	2019	2020	2021
Atto di contenimento	305	436	488	642	154
Infrazione disciplinare	6754	8577	9687	10101	2420
Isolamento sanitario	501	456	425	15381	6670
Manifestazione di protesta collettiva	1089	1082	1188	2012	214
Manifestazioni di protesta	10427	11178	12146	13792	3000
Rivolte	2	1	2	23	1

Fonte: Elaborazione Polis su dati Garante dei diritti per le persone private della libertà personale

A tutt'oggi, secondo i dati di luglio 2021, nella maggioranza degli Istituti di pena lombardi non sono permesse le visite in presenza dei familiari, ma si mantengono i mezzi da remoto: unica eccezione è rappresentata dalla Casa Circondariale di Mantova, dove è possibile, oltre agli incontri online, effettuare un colloquio mensile in presenza previa prenotazione e sottoscrizione di autocertificazione Covid-19, della durata massima di 2 ore, in appositi giorni della settimana (Ministero della Giustizia, 2021). Inoltre, anche nei pochi casi in cui i colloqui si svolgono di persona, spesso le misure di sicurezza prevedono comunque la presenza di un vetro divisorio fra i detenuti e i familiari, condizione assimilabile a quanto avviene per coloro nel regime detentivo speciale 41bis (Antigone, 2020).

6. Approfondimento II - Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)

6.1 Dagli OPG alle REMS

Il percorso che ha portato al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) ha avuto inizio nel 2008, a seguito dell'intervento del Consiglio d'Europa presso il Governo italiano, scaturito dalla visita del Comitato per la Prevenzione delle Torture e dei Trattamenti inumani e Degradanti (CPT) presso l'OPG di Anversa. Fra le varie violazioni dei diritti umani rilevate dal comitato vi erano le condizioni di degrado dell'istituto, l'abbandono degli internati e il frequente utilizzo dei mezzi di contenzione (Del Giudice, 2018). All'intervento seguì l'istituzione, da parte del Senato, di una Commissione parlamentare d'inchiesta da effettuare ad opera del Sistema Sanitario Nazionale nell'ambito dei suoi poteri ispettivi. Tali ispezioni, e i rilevamenti che ne conseguirono in merito alle condizioni inumane in cui versavano gli internati, al degrado delle strutture e alle mala gestione e funzionamento, condussero all'avviamento di un iter legislativo che si concretizzò in alcuni rilevanti passi: con la legge 9 del 2012 venne affermata la necessità del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e l'apertura delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, gestite dai Dipartimenti di Salute mentale del territorio. La data per la definitiva chiusura di tali strutture, fissata inizialmente nell'aprile del 2013, non venne tuttavia rispettata. Fu compito della legge 82/2014 riaffermare il termine ultimo per la chiusura degli OPG, fissandolo al 31 marzo 2015, e introdurre necessarie modifiche alla precedente legge, che perfezionarono le caratteristiche delle Rems. La data ultima di chiusura degli OPG venne nella pratica prorogata al 2017 anno in cui, dopo un difficile percorso, si ebbe la chiusura degli ultimi due ospedali giudiziari rimasti: in febbraio quello di Montelupo Fiorentino e in aprile quello di Barcellona Pozzo di Gotto.

Le due leggi (9/2012 e 81/2014) hanno condotto all'istituzione delle Rems, basate sui seguenti principi:

- L'esclusiva gestione sanitaria, a differenza degli ospedali psichiatrici a gestione giudiziaria.
- Le dimensioni ridotte, dal momento che ogni residenza non può avere più di 20 pazienti. Tali ridotte dimensioni che dovrebbero favorire lo sviluppo di piani terapeutici riabilitativi individuali (PTRI) per ogni paziente.
- Capillare diffusione sul territorio
- Assimilazione agli standard ospedalieri
- Assenza del personale di polizia penitenziaria in istituto, che può invece essere presente lungo il perimetro esterno delle strutture.
- Il carattere "eccezionale" e "transitorio" della permanenza in Rems, che non deve essere superiore a una certa durata e non può comunque superare il massimo della pena edittale. Questa parte è stata esplicitamente pensata per mettere fine al fenomeno degli "ergastoli bianchi", molto comuni negli ospedali psichiatrici giudiziari.

- Carattere di residualità (quest'ultimo esplicitamente stabilito dalla legge 81 del 2014), che indica nella Rems l'ultima risorsa per i pazienti socialmente pericolosi che non possano restare -o essere presi- in carico ai servizi territoriali, e cercano di favorire misure alternative all'inserimento nelle residenze (Del Giudice, 2018). Proprio questo principio di residualità diventa essenziale nel comprendere perché le Rems non possano diventare un "contenitore" e recettrici di tutti gli individui in cui si espliciti un disagio psichico all'interno delle carceri (i.c.d. "rei folli"), per i quali andrebbero predilette o misure alternative in carico ai servizi territoriali esterni al carcere, o un rafforzamento delle articolazioni di salute mentale interne alle strutture carcerarie, adeguate in termini di personale, attrezzature e possibilità di sviluppo di percorsi terapeutici individuali (Antigone, 2021), come suggerito dalla già menzionata commissione Pelissero.

6.2 L'anomalia di Castiglione delle Stiviere

Alla data del 15 aprile 2021, in Italia erano presenti 32 Rems, di cui una in Lombardia, a Castiglione delle Stiviere (MN), che ospitava (e ospita) più di un quarto di tutta la popolazione detenuta nelle Rems sull'intero territorio italiano: il 27,4% secondo i dati dell'ultimo rapporto dell'Associazione Antigone (2021). La stessa fonte evidenzia che non ci sono evidenze sociodemografiche che giustifichino in Lombardia la presenza del triplo di pazienti in Rems rispetto alle altre regioni più popolate d'Italia. La Residenza di Castiglione è organizzata secondo un sistema polimodulare, ed è suddivisa in 8 Rems, ognuna con 20 posti l'una, per un totale di 160 posti. Castiglione delle Stiviere è, in questo senso, un'anomalia, che rischia di vanificare il fine della riforma che ha portato alla chiusura degli Opg, riproponendo un modello residenziale, che nei numeri e nella stessa struttura rispecchia quello manicomiale (Antigone, 2021). Non vi sono state, di fatto, modifiche strutturali e numeriche rispetto all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario presente nello stesso luogo prima della riforma.

L'Osservatorio Stopopg ha visitato nel 2019 la Rems di Castiglione delle Stiviere: è stato da loro riconosciuto l'impegno degli operatori che vi lavorano e la presenza di alcuni indicatori positivi come la riduzione delle persone in lista d'attesa. Nonostante questo, hanno evidenziato come la struttura resti a forte connotazione custodiale e il fatto che venga ancora praticata la contenzione meccanica. Queste osservazioni sono coerenti con quanto rilevato, grazie a dati dal Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli Opg (SMOP)⁷, ricavati dall'ultimo rapporto del Garante dei diritti delle persone private della libertà personale (2021), che mostrano come Castiglione delle Stiviere sia uno dei soli due Rems che usano ancora metodi di contenzione meccanica in Italia, insieme a Empoli, e uno dei quattro che utilizza le contenzioni farmacologiche, insieme a Empoli, Macerata e Barete. In

⁷ Il sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli Opg è stato istituito nel 2008 per la prima volta in Campania, a cura del laboratorio di sanità penitenziaria "Eleonora Amato", ad esso aderiscono 20 regioni, ognuna delle quali inserisce direttamente le informazioni rilevanti nel sistema (Cavaciuti, 2020). Articolo disponibile al <https://www.glistatigenerali.com/giustizia/ci-siamo-dimenticati-dei-detenuti-affetti-da-disturbi-psichiatrici-detenui-disturbi-psichiatrici/>, accesso il 9/08/2021.

particolare, dalla data del 16 settembre 2020 al 15 aprile 2021, a Castiglione ci sono stati 28 episodi di contenzione meccanica e 28 di contenzione farmacologica: in entrambi i casi il numero di individui contenuti è stato di 23, e il totale delle contenzioni 56.

Un altro indicatore che occorre menzionare è la percentuale di ospiti in Rems con posizione giuridica definitiva e presenza del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, come rilevato a metà aprile del 2021: dei 116 ospiti aventi posizione giuridica definitiva (36 in provvisoria), circa il 25%, ossia 29 di loro, sono stati inseriti in un Ptri. Questo dato deve essere confrontato con due rilevati a livello nazionale: i pazienti che in Italia possono usufruire di questo tipo di progetto sono il 43%. Quasi tutte le regioni, tranne la Campania e con dati non Rilevati per Sardegna, Sicilia e Veneto, hanno una più alta percentuale di pazienti in Rems inseriti all'interno di percorsi terapeutici, con molte che arrivano al 100% (Garante per i diritti delle persone private della libertà personale, 2021). I numeri di Castiglione risultano quindi, secondo questo indicatore, al di sotto della media nazionale.

Mentre alcune problematiche sono particolarmente rilevanti per la struttura di Castiglione delle Stiviere, altre sono più generali e rintracciabili sia a Castiglione sia nella maggioranza delle Rems presenti sul territorio italiano. In particolare, sono evidenziati a livello di rilevazioni e di letteratura, le seguenti:

- La sicurezza all'interno delle Rems è un tema molto discusso. Se da un lato, infatti, uno dei principi cardine all'istituzione delle Rems è quello della gestione unicamente sanitaria, e dell'assenza di polizia penitenziaria all'interno delle strutture, dall'altro occorre fare in modo che la sicurezza, sia del personale, sia dei pazienti, sia pienamente garantita. Alcuni pazienti, infatti, manifestano talvolta comportamenti violenti, verso gli altri o verso sé stessi. Catanesi et. al (2019) suggeriscono in questi casi la necessità di miglioramento della formazione del personale interno alle Rems e di programmi terapeutici più articolati per i singoli pazienti. Pompili et al. (2019) considerano che tali episodi possono essere determinati dalla commistione di individui con malattie molto differenti fra loro, sia dal punto di vista categoriale che della fase di scompensazione psichiatrica, indicando la necessità di una maggiore differenziazione dei trattamenti e arrivando a proporre la realizzazione di apposite Residenze con caratteristiche ambientali differenti in base ai diversi livelli di intensità del trattamento.

- La presenza, all'interno delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, di persone con posizione giuridica provvisoria, (36 a Castiglione delle Stiviere). In questi casi la detenzione in Rems è adottata come misura preventiva pre-condanna, senza garanzia sui tempi di procedura (Pellegrini e Paulillo, 2019): a livello italiano, le persone in Rems in attesa di sentenza definitiva sono il 50% e rappresentano una percentuale più alta di quelle che si trovano in carcere nella stessa condizione. Le ammissioni e dimissioni dalle Rems sono decise dall'autorità giudiziaria e non da quella sanitaria. Tale caratteristica si riflette anche sulle liste d'attesa.

- Nelle liste d'attesa non c'è un criterio di priorità basato sull'esame del rischio clinico dato e, come menzionato, gli ingressi e le dimissioni non sono decisi dai dipartimenti di salute mentale. Le liste d'attesa creano una situazione in cui ci sono persone che aspettano di entrare in Rems che possono essere collocate all'esterno, ma anche in carcere, in uno stato di detenzione illegittima: è questo il caso di alcune persone in Lombardia, dei quali uno a Monza, due a San Vittore, uno a Pavia, uno a Brescia e uno a Cremona, alla data del 15 aprile 2021. Un'altra parte attendono l'inserimento in Rems all'esterno. Alcune soluzioni che sono state proposte in questo contesto riguardano il rafforzamento dei servizi territoriali dei dipartimenti di salute mentale, in modo da diminuire le liste d'attesa e accordare alle Rems il carattere residuale promulgato dal legislatore (Pellegrini e Paulillo, 2019; Antigone, 2021), sottolineando anche che la presenza di individui che aspettano di entrare in Rems all'esterno, non conduce, a livello statistico, a un aumento del numero di reati da loro commessi (Antigone, 2021).

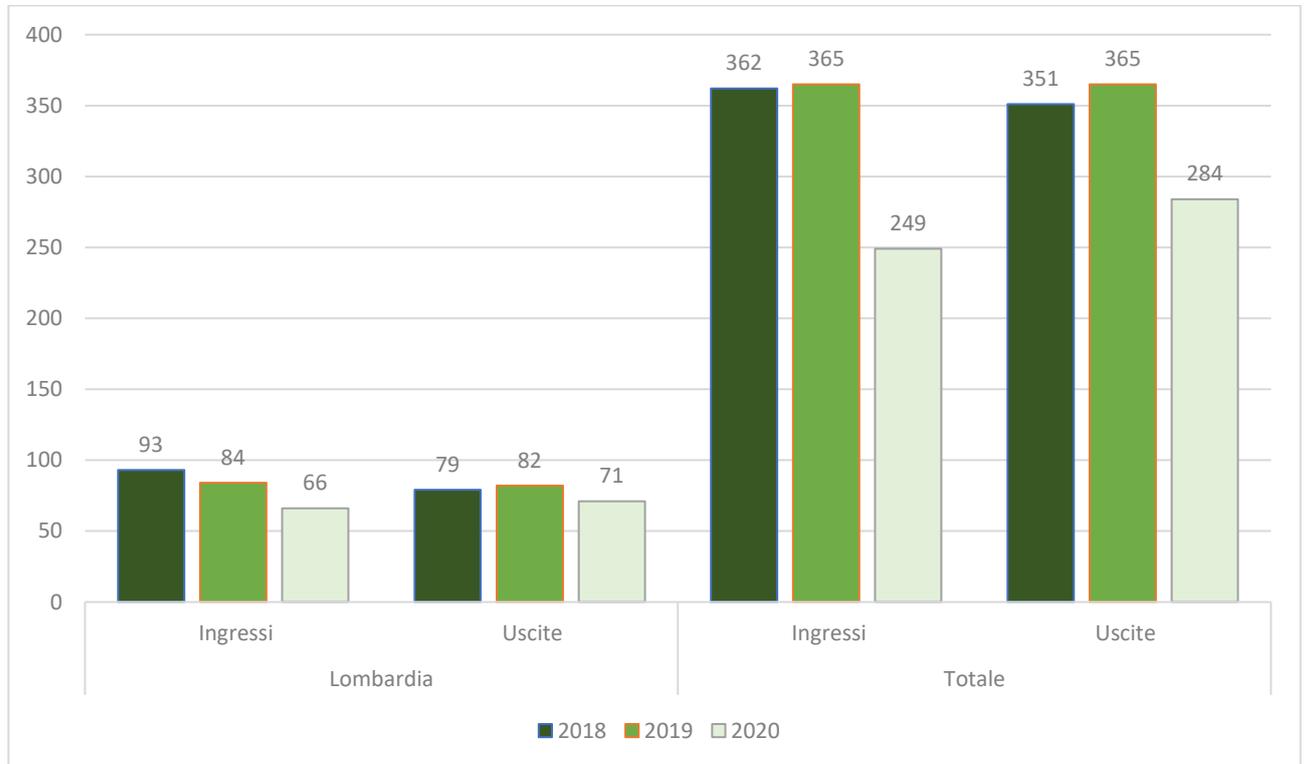
Occorre infine menzionare che, in linea generale, molti osservatori esterni sottolineano la presenza di lacune nella riforma che ha segnato il passaggio da Opg a Rems: ad esempio l'invariabilità, nel codice penale, del concetto di pericolosità sociale, la ridefinizione delle cure psichiatriche nelle carceri, una revisione del sistema delle perizie psichiatriche, un miglioramento delle interazioni tra i sistemi coinvolti (sanitario e giuridico), un elenco di regole minime comuni che armonizzi alcuni aspetti della gestione delle residenze, fino ad adesso in mano all'organizzazione sanitaria, autonoma in ogni regione (Antigone, 2020, 2021; Pellegrini e Paulillo, 2019). Non vi è stato inoltre l'istituzione di un osservatorio, a livello nazionale, che potesse monitorare, usando i dati epidemiologici l'impatto del passaggio da Opg alle Rems (Pellegrini e Paulillo, 2019), potenzialmente necessario per una descrizione più accurata di come questo cambiamento possa aver influito sugli individui a cui è diretto.

6.3 Le statistiche della Rems lombarda

Come accennato, alla data del 15 aprile 2021, il numero di residenti della Rems lombarda era di 152. Come si può notare nella figura 10, basata sulla rilevazione del Garante per i diritti delle persone private della libertà personale sui dati Smop, il numero di ingressi nelle Rems, a livello regionale, è progressivamente diminuito dal 2018 al 2020, con un numero comprensibilmente basso nell'anno 2020, che si riflette, ed anzi è ancora più visibile a livello nazionale, che aveva visto un trend costante di ingressi nel 2018 e nel 2019 (rispettivamente, 362 e 365), con un brusco calo nel 2020, con solo 249 ingressi. Per quanto riguarda le uscite dalle residenze, per tutti e tre gli anni considerati il numero di persone si è mantenuto pressoché costante a livello regionale, mentre è variato più visibilmente a livello nazionale: a un numero in rialzo nel 2019 rispetto al 2018, è seguito un numero più contenuto di uscite nel 2020, anno in cui, per via della pandemia, il turn-over di pazienti è stato mediamente più basso. Le dimissioni dalle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza possono essere dettate dai diversi motivi, fra i quali il passaggio, molto frequente, a varie misure di esecuzione penale esterna, la più frequente delle quali risulta la libertà vigilata. In numero minore vengono dimessi i detenuti per

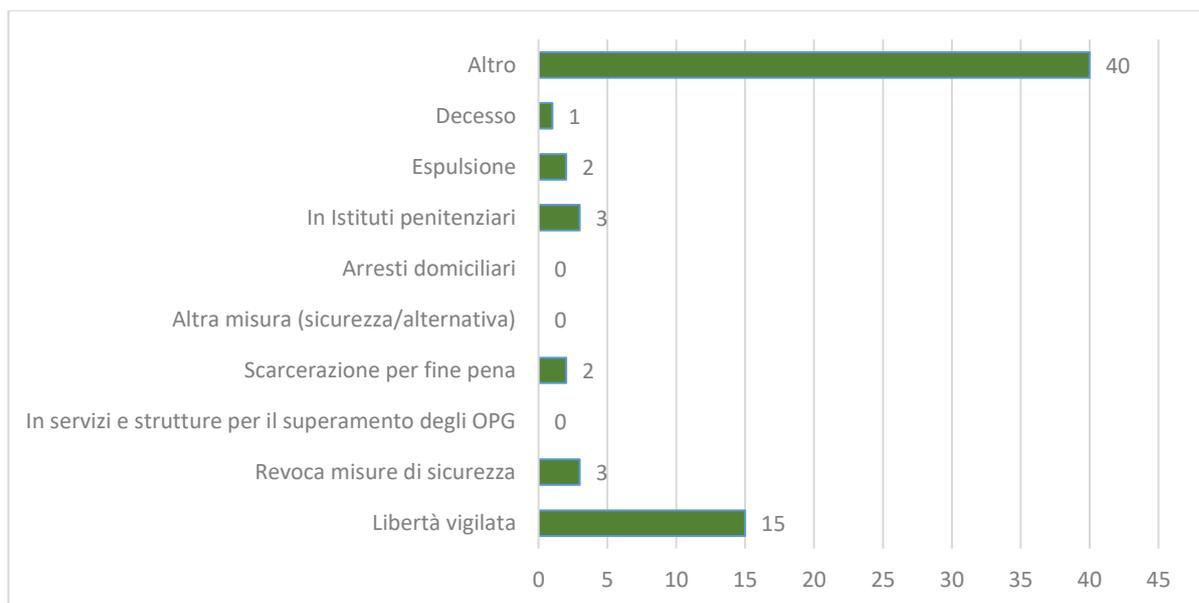
la revoca delle misure di sicurezza (probabilmente legata alla percentuale di residenti la cui presenza nelle strutture ha ancora carattere di provvisorietà), per trasferimenti in istituti penitenziari e per fine pena.

Figura 10 - Ingresso e uscite ospiti in Rems 2018-2020, Lombardia



Fonte: Elaborazione Polis su dati Smop e rilevazione Garante nazionale per i diritti delle persone private della libertà personale

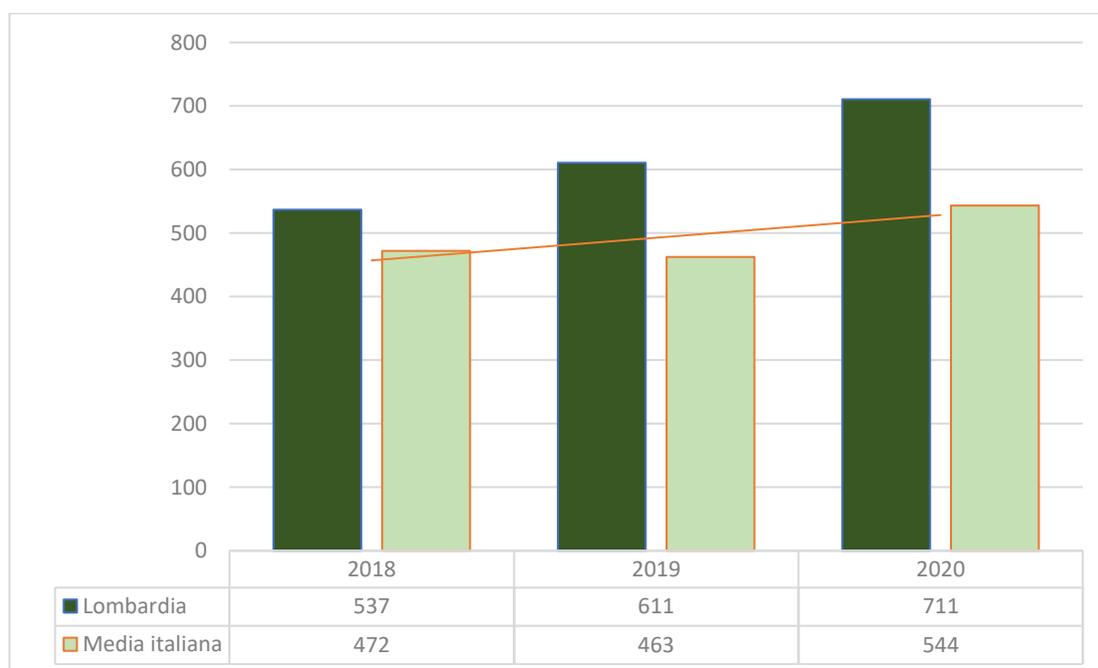
Figura 11 - Numero e Motivi di dimissioni dalle Rems 2020, Lombardia



Fonte: Elaborazione Polis su dati Smop e rilevazione Garante nazionale per i diritti delle persone private della libertà personale

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 pandemia.

Figura 12 - Durata media del ricovero in Rems 2018-2020, Lombardia e media italiana



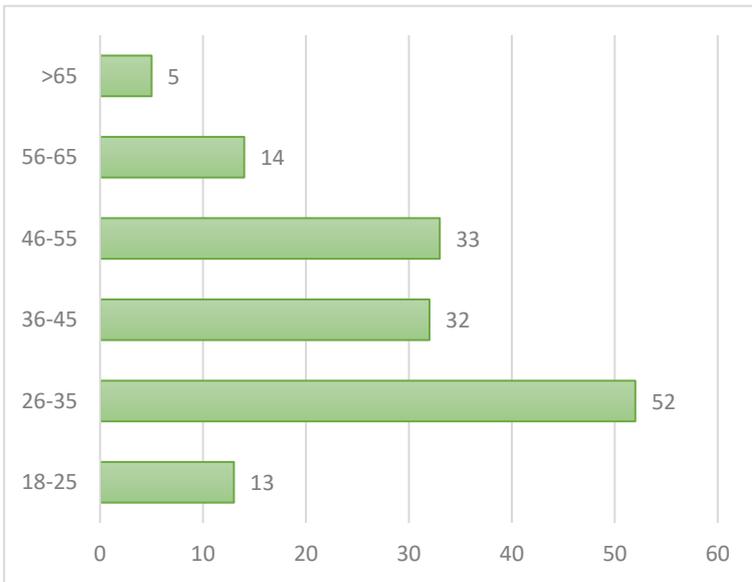
Fonte: Elaborazione Polis su dati Smop e rilevazione Garante nazionale per i diritti delle persone private della libertà personale

Per quanto riguarda la composizione della popolazione residente nelle Rems di Castiglione delle Stiviere, vi è un numero consistente di persone relativamente giovani: quasi i due terzi delle persone sono sotto i 45 anni, più di un terzo sono sotto i 35, e 13 sono fra i 18 e i 25 anni (Garante nazionale per i diritti delle persone private della libertà personale, 2021). Questo potrebbe essere spiegato anche sulla base di caratteristiche precedentemente esaminate: uno dei fattori di rischio per la salute mentale nelle carceri risulta infatti legato all'aspetto anagrafico, e in particolare la giovane età sembra accentuare la propensione a soffrire di disturbi psichici.

È interessante notare che la composizione di genere è relativamente differente rispetto al carcere, dove la percentuale delle donne sul totale dei detenuti rappresenta una quota molto piccola, intorno al 4-

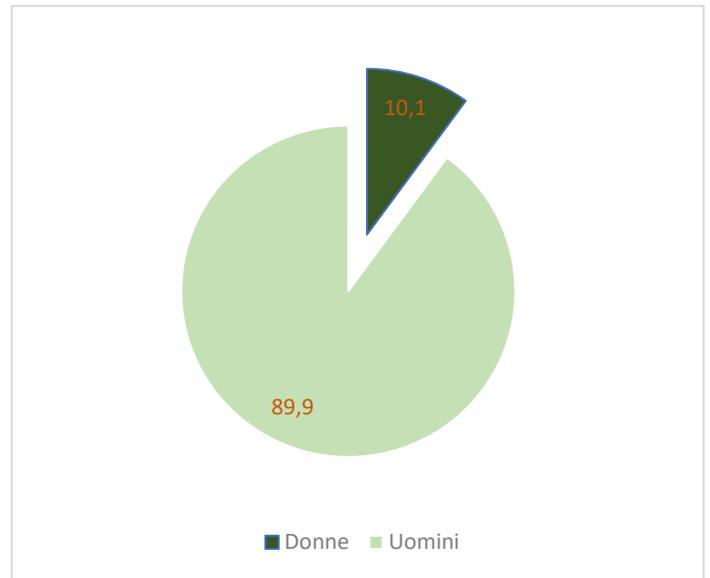
4,5% a livello regionale e nazionale. Nelle Rems di Castiglione invece, circa il 10% della popolazione è di genere femminile, numero che riflette anche i dati a livello nazionale. La maggiore presenza di donne, in termini relativi, nelle Rems rispetto alle Case Circondariali e alle Case di Reclusione, può almeno in parte essere ricondotta alla pratica di assegnare più spesso alle donne forme di detenzione alternative al carcere, come sarà approfondito nel prossimo paragrafo.

Figura 13 - Distribuzione popolazione in Rems per classi di età, 2021 (15 Aprile), Lombardia



Fonte: Elaborazione Polis su dati Smop e rilevazione Garante nazionale per i diritti delle persone private della libertà personale

Figura 14 - Percentuale di donne e di uomini in Rems 2021 (15 Aprile), Lombardia

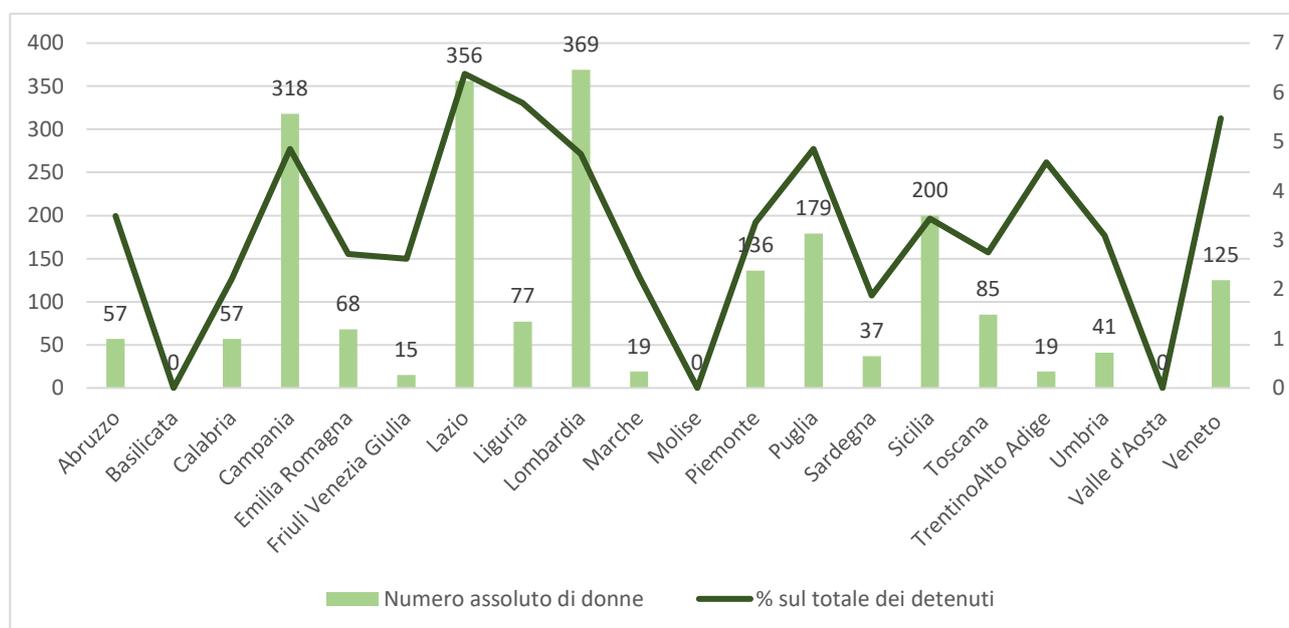


Fonte: Elaborazione Polis su dati Smop e rilevazione Garante nazionale per i diritti delle persone private della libertà personale

7. Approfondimento III - Prospettiva di genere: donne e carcere

Come già menzionato, le detenute donne presenti nelle carceri italiane rappresentano una percentuale relativamente piccola del totale (minore rispetto alla percentuale in Rems): erano infatti 2250 al 31 gennaio 2021 su tutto il territorio nazionale, ossia, in termini relativi, il 4,2% del totale, una percentuale che si è mantenuta abbastanza stabile negli ultimi anni e inferiore al valore mediano rispetto agli altri paesi dell'UE. In Italia ci sono in tutto 4 carceri esclusivamente destinate alla detenzione delle donne, nei quali le detenute sono 549. Le restanti, che rappresentano circa i tre quarti del totale, sono suddivise fra 46 sezioni femminili, parti di carceri maschili: quest'ultimo è anche il caso della Lombardia, che ospita il maggior numero di donne nel Carcere di Bollate, ossia 101. La Lombardia è anche, in termini assoluti, la regione che ospita il numero maggiore di donne detenute, numero di poco superiore a quello del Lazio. Tuttavia, se si considera la percentuale di donne sul totale dei detenuti, in Lombardia essa è quasi in linea (solo leggermente superiore) a quella misurata a livello nazionale, come si può osservare dal seguente grafico (Antigone, 2021).

Figura 15 - Numero di detenute donne per regione, assoluto e relativo sul totale dei detenuti 2021



Fonte: Elaborazione Polis su dati del Ministero della Giustizia

Le carceri lombarde che ospitano detenute donne sono 7 su 18, 3 case di reclusione e 4 case circondariali. Come accennato, quella dove sono presenti più donne è la II casa di reclusione di Bollate, seguita da San Vittore, Vigevano e la CR di Brescia. Ad oggi in Lombardia è inoltre presente un Istituto di Custodia Attenuata per detenute Madri (ICAM), presso Milano San Vittore. Gli ICAM, 5 in tutto sull'intero territorio nazionale, furono introdotti con la legge 62/2011 e hanno come fine quello di valorizzare i rapporti fra detenute madri e i figli minori, da un lato limitando l'ingresso in carcere di bambini, dall'altro cercando di preservare il diritto alla sicurezza dei cittadini. Occorre inoltre sottolineare la presenza sul territorio lombardo, e in particolare sul territorio milanese, di una Case-famiglia protetta (una delle due in tutta Italia) dove sono ospitate detenute madri con figli, quasi tutte con un periodo precedente trascorso in ICAM (Gruppo CRC, 2017).

Tabella 5 - Detenute per carcere in Lombardia

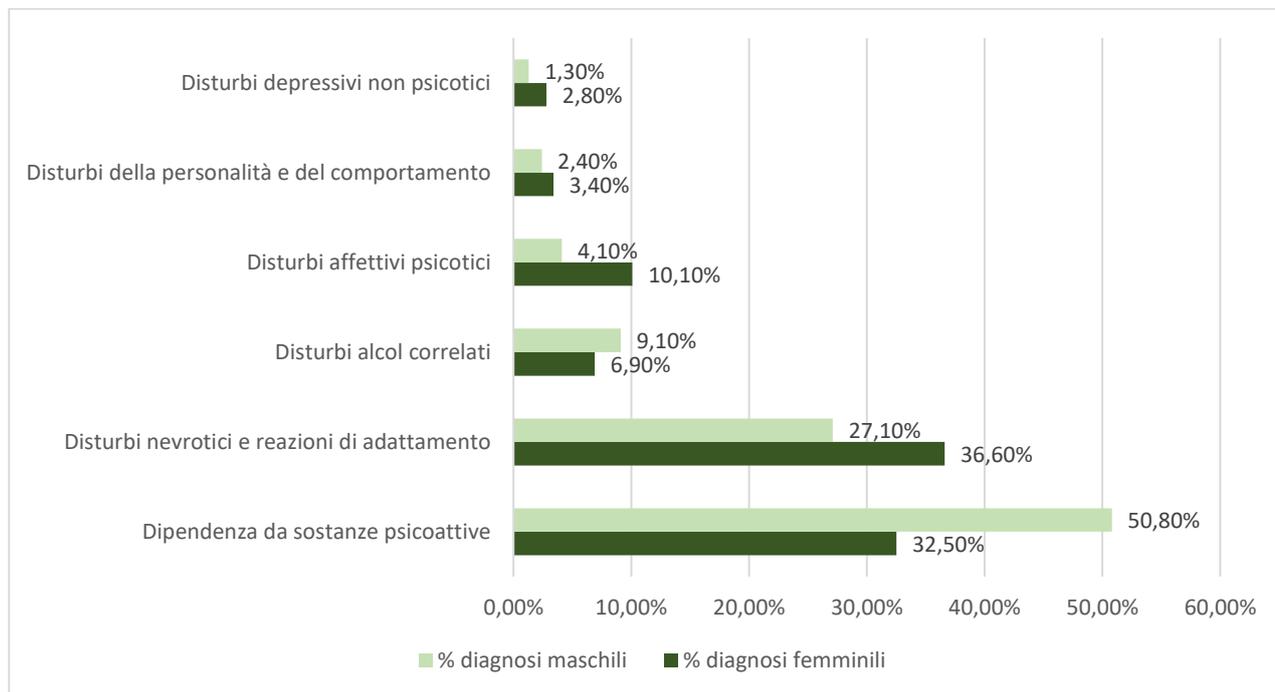
Carcere	CC/CR	Numero di detenute
BERGAMO "Don Fausto RESMINI"	CC	35
BRESCIA "VERZIANO"	CR	44
COMO	CC	35
BOLLATE "II C.R."	CR	101
MILANO "F. DI CATALDO" SAN VITTORE	CC	79
MANTOVA	CC	2
VIGEVANO	CR	73

Fonte: Elaborazione Polis su dati Ministero della Giustizia

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, erano 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 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 16 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).

Figura 16 - Diagnosi di disturbi mentali in carcere: percentuale del totale delle diagnosi dei disturbi femminili vs maschili



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 penitenziari.

8. Considerazioni conclusive

Il tema della salute mentale nelle carceri è molto articolato e difficile da riassumere e descrivere, in tutte le sue sfaccettature e manifestazioni. Il quadro tracciato grazie alle statistiche provenienti da varie fonti evidenzia la presenza di numeri non trascurabili, sia in termini relativi che assoluti, di eventi che manifestamente descrivono la presenza di condizioni di disagio psichico cronico all'interno delle istituzioni carcerarie: i suicidi, e gli atti di autolesionismo, sono solo le evidenze più chiare di una varietà di patologie psicologiche e psichiatriche che compaiono in maniera statisticamente sovra-rappresentata nell'ambito dei penitenziari. Come abbiamo visto, vi sono sia fattori esogeni che endogeni che influiscono sul rischio suicidario all'interno delle carceri: quelli su cui è possibile agire sono maggiormente i primi. In particolare, dall'analisi del contesto risulta particolarmente evidente il livello di sovraffollamento delle varie strutture carcerarie, che la letteratura evidenzia essere fonte di disagio psichico, oltre che causa del rischio di diffusione di agenti patogeni.

Particolarmente discusso nella presente letteratura sul tema appare anche il destino dei così detti "rei folli", ossia coloro che, essendo l'infermità psichica insorta a seguito della condanna, si trovano a scontare la pena in carcere soffrendo al tempo stesso di problemi psicologici e psichiatrici importanti. Nonostante la sentenza della Corte Costituzionale del 2019 abbia posto in parte rimedio a questa lacuna, ampliando l'articolo 147 del codice penale anche a coloro con infermità psichica sopravvenuta ed estendendo così la possibilità di presa in carico dei servizi penali esterni dei casi più gravi, rimangono scoperti quei casi in cui la condizione di salute mentale non si configura di una gravità tale da poter richiedere un provvedimento di questo tipo. Occorre dunque approfondire in questo senso quanto già proposto dalla Commissione Pelissero, in merito alla dotazione all'interno delle strutture carcerarie di articolazioni per la salute mentale adeguate in termini di personale e di possibilità di proporre percorsi terapeutici e rieducativi individualizzati e considerare, come proposto da Antigone, ulteriori strumenti di misure di sicurezza alternative alla detenzione.

Altro nodo molto attuale è quello delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. Nonostante il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari appaia come un enorme traguardo, diverse fonti osservano come la riforma, seppur migliorata progressivamente con varie aggiunte nel corso degli anni, risulti ancora parzialmente incompleta sotto diversi punti di vista, con lacune che si riversano in modo negativo sulla realtà quotidiana di queste strutture, sia sugli operatori che sui pazienti. In Lombardia si segnala, per quanto riguarda l'analisi di vari indicatori sulla struttura di Castiglione delle Stiviere, un discostamento rispetto a molte regioni (e.g. bassa percentuale di pazienti definitivi con Ptri e alto numero di contenzioni praticate). Lo scostamento da questi indicatori potrebbe in parte avere a che fare con la già menzionata anomalia strutturale e dimensionale di queste Rems, disallineata in termini concettuali con le finalità con le quali il legislatore aveva concepito la riforma.

In conclusione, è bene considerare che i dati dipingono un'immagine relativamente parziale della complessità e varietà del tema della salute mentale nelle carceri, che richiede riflessioni multidisciplinari e può giovare dal ricorso di prospettive multiple e di diverse professionalità e attori (staff, operatori, volontari e detenuti stessi), che ne possono fornire una rappresentazione più accurata e comprensiva.

Riferimenti bibliografici

- Antigone. (2016). XIII Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione. Torna il carcere. Disponibile al <https://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>
- Antigone. (2020). XVI Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione. Il carcere al tempo del Coronavirus. Disponibile al https://www.antigone.it/upload/ANTIGONE_2020_XVIRAPPORTO%202.pdf
- Antigone. (2021). XVII Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione. Oltre il virus. Disponibile al <https://www.rapportoantigone.it/diciassettesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>
- Ars Toscana. (2015). La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico. Disponibile al https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2015/carcere_2015_definitivo.pdf
- Buffa, P. (2011). La profezia penitenziaria: se il carcere diventa un laboratorio sociale. *ITALIAN JOURNAL OF CRIMINOLOGY*, 5(3), 49-64.
- Calcaterra, A. (2019). Salute mentale e detenzione: un passo avanti. è possibile la cura fuori dal carcere.
- Catanesi, R., Mandarelli, G., Ferracuti, S., Valerio, A., & Carabellese, F. (2019). The new Italian residential forensic psychiatric system (REMS). A one-year population study. *Italian Journal of Criminology*, 13, 7-23.
- Chiola, G. (2019). Mai più folli rei dentro il carcere. *Quaderni costituzionali*, 39(4), 904-906.
- Camposeragna, A. (2020). Un altro effetto di CoViD-19: accendere le luci sulla situazione carceraria italiana. *Recenti Progressi in Medicina*, 111(5), 287-289.
- Cingolani, M., Caraceni, L., Cannovo, N., & Fedeli, P. (2020). The COVID-19 epidemic and the prison system in Italy, in *Journal of Correctional Health Care: The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, XX(X): 1-8
- Clemmer, D. (1940). The prison community.
- Comitato Nazionale per la Bioetica. (2019). Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere. Disponibile al <https://bioetica.governo.it/media/3750/4-salute-mentale-e-assistenza-psichiatrica-in-carcere.pdf>
- Dear, G. E. (Ed.). (2006). *Preventing suicide and other self-harm in prison*. Palgrave Macmillan.
- Del Giudice, G. (2018). Gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi. Ma le misure di sicurezza sono dure a morire. In *La Magistratura*. Anno LXVII. Numero 2
- Durcan, G., & Zwemstra, J. C. (2014). 11. Mental health in prison. *Prisons and health*, 87.
- Dutheil, F., Bouillon-Minois, J. B., & Clinchamps, M. (2020). COVID-19: a prison-breaker?. *Canadian Journal of Public Health*, 111(4), 480-481.
- Dye, M. H. (2010). Deprivation, importation, and prison suicide: Combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal of Criminal Justice*, 38(4), 796-806.
- European Prison Observatory. (2019). Carceri d'Europa. Rapporto 2019 sulle carceri e i sistemi penitenziari Europei. Disponibile al <https://www.antigone.it/upload2/uploads/docs/PrisonineuropeITA.pdf>
- Freilone, F., & Valente Torre, L. (2005). *Psicopatologia clinica e Rorschach. La valutazione psicodiagnostica* (pp. 1-310). UTET libreria.
- Garante per i diritti delle persone private della libertà personale. (2021). Relazione al Parlamento 2021. Mappe e Dati. Disponibile al

<https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/ed5a1c8e1e34e7a92c1c22ed4d9c4f23.pdf>

Garante per i diritti delle persone private della libertà personale. (2021). Relazione al Parlamento 2021 (1). Disponibile al <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/de691d3ccb4647fbf72eb910e0ab79b8.pdf>

Garante per i diritti delle persone private della libertà personale. (2021). Relazione al Parlamento 2021 (2). Orizzonti. Disponibile al <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/6a4377f0a7979913a8000216856f2cb5.pdf>

Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. AldineTransaction.

Grasso, L. (2019). - Dentro le pratiche di autolesionismo in carcere. Come comprendere i blocchi della soggettività?. In *Animazione Sociale*.

Gruppo CRC. (2017). 3° Rapporto Supplementare CRC. I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. Disponibile al <https://grupprocrc.net/wp-content/uploads/2017/12/rapportocrc-x2017-1.pdf>

Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 48-54.

He, X. Y., Felthous, A. R., Holzer, C. E., Nathan, P., & Veasey, S. (2001). Factors in prison suicide: one year study in Texas. *Journal of Forensic Science*, 46(4), 896-901.

Huey, M. P., & McNulty, T. L. (2005). Institutional conditions and prison suicide: Conditional effects of deprivation and overcrowding. *The Prison Journal*, 85(4), 490-514.

Irwin, J., & Cressey, D. R. (1962). Thieves, convicts and the inmate culture. *Social problems*, 10(2), 142-155.

Jayne, R. (2006). Service user engagement in prison mental health in-reach service development. *The Mental Health Review*, 11(2), 21.

Joukamaa, M. (1997). Prison suicide in Finland, 1969–1992. *Forensic science international*, 89(3), 167-174.

Lacatena, A. (2020). Morire di fattanza al tempo del siamo tutti reclusi. Disponibile al <https://welforum.it/il-punto/emergenza-coronavirus-tempi-di-precarita/tempi-di-precarita/morire-di-fattanza-al-tempo-del-siamo-tutti-reclusi/>

Laganà, D. (2019). Psicologia del suicidio in carcere, una valutazione comparativa tra nuovi giunti e detenuti con “fine pena mai”. In *Psicologia e Giustizia*. Anno XX. N.1.

Mattevi, E. (2019). Il disagio psichico in carcere: un'introduzione. Inedito.

Pelissero, M. (2018). Salute mentale e carcere: una necessità dimenticata.

Pellegrini, P., & Paulillo, G. (2019). L'esperienza delle REMS: stato dell'arte e le prospettive. *ITALIAN JOURNAL OF CRIMINOLOGY*, 13, 24-35.

Pérez-Cárceles, M. D., Íñigo, C., Luna, A., & Osuna, E. (2001). Mortality in maximum security psychiatric hospital patients. *Forensic science international*, 119(3), 279-283.

Pompili, P., Censi, V., Moscati, F., Seggiorato, R., Alagia, N., Gennaioli, U., ... & Nicolò, G. (2019). RIFLESSIONI SULL'ESECUZIONE DELLA MISURA DI SICUREZZA IN REMS. *ITALIAN JOURNAL OF CRIMINOLOGY*, 13, 36-41.

Poneti, K. (2018). Salute mentale in carcere: l'incerto destino dei rei folli. *F. Corleone (a cura di), Mai più Manicomi. Una ricerca sulla Rems di Volterra. La nuova vita dell'Ambrogiana*, 85-109.

- Preti, A., & Cascio, M. T. (2006). Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1990-2002. *Medicine, Science and the Law*, 46(2), 127-134.
- Rohde, P., Seeley, J. R., & Mace, D. E. (1997). Correlates of suicidal behavior in a juvenile detention population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(2), 164-175.
- Schaffer, C. B., Carroll, J., & Abramowitz, S. I. (1982). Self-mutilation and the borderline personality. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I. M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners: national clinical survey. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 263-267.
- Soscia, F. e Cardamone, G. (2015) - La valutazione del rischio suicidario, l'autolesionismo e le strategie di gestione. Disponibile al http://www.antoniocasella.eu/archipsy/Soscia_Cardamone_3mar15.pdf
- Sykes, G. M. (2021). *The society of captives*. Princeton University Press.
- Tomasi, R., Gervasi, R., Iannucci, M., & Brandi, G. (2007). Valutazione dei problemi di salute mentale dei detenuti nella casa circondariale di Firenze Sollicciano e degli osservandi nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino. *Valutazione dei problemi di salute mentale dei detenuti nella casa circondariale di Firenze Sollicciano e degli osservandi nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino*, 1000-1070.
- World Health Organization. (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. Geneva: World Health Organization;
- World Health Organization. (2009). *Women's health in prisons: correcting gender inequity in prison health* (No. EUR/08/5086974). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization.
- Zara, G. (2016). *Valutare il rischio in ambito criminologico. Procedure e strumenti per l'assessment psicologico*. Bologna.
- Zara, G., & Farrington, D. (2015). *Criminal recidivism: Explanation, prediction and prevention*. Willan.

Sitografia

Ansa (2019). - Nelle carceri italiane 1 medico ogni 315 detenuti-

https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2019/03/16/ansa-nelle-carceri-italiane-1-medico-ogni-315-detenuti_a2322211-22f5-44e8-ae5d-0d274f9534af.html

Antigone - Osservatorio Antigone sulle condizioni di detenzione (2018-2021) -

<https://datastudio.google.com/reporting/4dc3cd3e-12e5-4ab7-9a01-02957acda92b/page/GCqt>

Ministero della Giustizia - Statistiche - Carcere e Probation -

https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14.page

Osservatorio StopOPG - Report Visita a Castiglione delle Stiviere 2019 -

http://www.conferenzasalutementale.it/wp-content/uploads/2019/07/2019_07_01_Report-visita-Castiglione-4.pdf

Ristretti Orizzonti - Differenze di Genere e malattia in ambito carcerario - disponibile al

<http://www.ristretti.it/areestudio/salute/inchieste/baccaro/problematiche.htm>

Ristretti Orizzonti - Morire di Carcere: dossier 2020-2021 - <http://www.ristretti.it/areestudio/disagio/ricerca/>

Appendice

Glossario e acronimi

Casa Circondariale (CC)

Sono gli istituti di pena più diffusi, presenti praticamente in ogni città sede di un tribunale. Vi sono detenute le persone in attesa di giudizio e quelle condannate a pene inferiori ai cinque anni, o con residuo di pena inferiore ai cinque anni.

Case di Reclusione (CR)

Istituti adibite all'espiazione delle pene di maggiore entità.

Istituto Penitenziario (IP)

Comunemente chiamato Carcere, è il luogo chiuso e isolato dalla società, destinato ad accogliere i detenuti. Gli istituti penitenziari fanno capo al Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Nel termine istituti penitenziari sono comprese: le Case Circondariali (CC), le Case di Reclusione (CR), l'Istituto penale minorile (IPM), gli istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza come colonie agricole, case di lavoro e case di cura e custodia.

Istituto Penale Minorile (IPM)

Istituto penale adibito alla detenzione dei minorenni (oltre i 14 anni).

Istituto di custodia attenuata per detenute madri (ICAM)

Compatibilmente con esigenze cautelari non eccezionalmente rilevanti, il giudice può disporre presso gli Istituti a custodia attenuata (ICAM), la custodia cautelare o l'espiazione della pena per le donne incinte o madri con prole minore dei sei anni, o per il padre qualora la madre sia deceduta o assolutamente impossibilitata ad assisterla.

Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)

Gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), in Italia, erano una categoria di istituti annoverabili tra le case di reclusione che a metà degli anni settanta sostituirono i vecchi manicomi criminali. Sono stati aboliti nel 2013 ma chiusi definitivamente solo il 31 marzo 2015, sostituiti dalle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Residenze per l'Esecuzione delle Misure di sicurezza (REMS)

La residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), in Italia, indica una struttura sanitaria di accoglienza per gli autori di reato affetti da disturbi mentali e socialmente pericolosi. La gestione interna è di esclusiva competenza sanitaria, poiché afferenti al dipartimento di salute mentale della ASL di competenza.

Altri acronimi utilizzati nel testo:

CEDU - Commissione Europea dei Diritti dell'Uomo

CPT - Comitato per la Prevenzione delle Torture e dei trattamenti inumani e degradanti

PTRI - Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale

SMOP - Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli Opg

CRC - Convention on the Rights of the Child

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime