

Genova, tenta il suicidio a Marassi il detenuto che aveva dato fuoco alla cella

Ristretti Orizzonti, 30 dicembre 2013

Ha tentato il suicidio nella sua cella del carcere di Marassi, ma è stato salvato in tempo dal tempestivo intervento del personale di Polizia Penitenziaria in servizio. È accaduto ieri, nel tardo pomeriggio, nella VI sezione del carcere di Genova ed ha visto protagonista un detenuto nordafricano con evidenti problemi psichiatrici, che il giorno della vigilia di Natale diede fuoco alla sua cella nel carcere di Marassi.

"L' uomo era in cella da solo ed ha tentato il suicidio stringendosi al collo un cappio realizzato strappando la polo che indossava", commenta Roberto Martinelli, segretario generale aggiunto del Sindacato Autonomo Polizia Penitenziaria Sappe, la rappresentativa organizzazione dei Baschi Azzurri. " Solo l'attenzione dei poliziotti in servizio ha evitato una tragedia. Ma quel che è grave è che un carcere come Marassi, sovraffollato da 800 detenuti, non ha uno psichiatra in servizio nella giornata di sabato. Assurdo! Non si può scaricare sulla Polizia Penitenziaria competenze professionali che sono di altri, come tracciare i profili psichiatrici dei detenuti".

Martinelli, che esprime l'apprezzamento e la vicinanza del primo Sindacato del Corpo al Reparto di Polizia Penitenziaria di Genova Marassi, intende sottolineare una volta di più quello che quotidianamente fanno i Baschi Azzurri: "Siamo attenti e sensibili, noi poliziotti penitenziari, alle difficoltà di tutti i detenuti, indipendentemente dalle condizioni sociali o dalla gravità del reato commesso. Negli ultimi vent'anni, dal 1992 al 2012, abbiamo salvato in Italia la vita ad oltre 16mila detenuti che hanno tentato il suicidio ed ai quasi 113mila che hanno posto in essere atti di autolesionismo, molti deturpandosi anche violentemente il proprio corpo".

Numeri su numeri che raccontano un'emergenza sottovalutata secondo Martinelli: "Nei 206 istituti penitenziari nel primo semestre del 2013 si sono registrati 3.287 atti di autolesionismo, 545 tentati suicidi, 1.880 colluttazioni e 468 ferimenti: 3.965 sono stati i detenuti protagonisti di sciopero della fame, mentre purtroppo 18 sono i morti per suicidio e 64 per cause naturali. Il sovraffollamento ha raggiunto livelli patologici, con oltre 65mila reclusi per una capienza di 40mila posti letto regolamentari. Il nostro organico è sotto di 7mila unità. La spending review e la legge di Stabilità hanno ridotto al lumicino le assunzioni, nonostante l'età media dei poliziotti si aggira sui 37 anni. Altissima, considerato il lavoro usurante che svolgiamo, come dimostrano i gravi episodi accaduti a Genova Marassi".

Lettere: morti di carcere, ipotesi di reato... omicidio colposo

di Marcello Dell'Anna (Carcere di Badu e Carros - Nuoro)

Ristretti Orizzonti, 29 dicembre 2013

Federico Perna: un tragico decesso nel carcere di Poggioreale che si poteva e si doveva evitare. Il conseguente ed ennesimo intervento ipocrita quirinalizio e senatoriale sul tema dell'indulto. Basta!!! Non se ne può più!!! Oggi in Italia questi dibattiti sulla detenzione, sulle sofferenze dovute alla carenza e all'inadeguatezza delle strutture sono controversi per le differenti opinioni che frequentemente si confrontano in maniera aspra e troppo spesso drammatica con sospetta parzialità o indifferente miopia non conoscendo bene il problema nella sua realtà sistemica. Molte sono le voci che nel dibattito pubblico si avvicendano nelle valutazioni, nelle ipotesi di soluzione, nelle proposte alternative alla detenzione, a fronte della (talora) giusta protesta e denuncia. Molte sono le luci che di volta a volta si accendono su questo mondo separato. Ma altrettanto sono le ombre che nascondono un'ignota realtà, colpevolmente occultando percorsi di sofferenza, di pena, di malattia che con tragica puntualità spesso col suicidio trovano l'inevitabile conclusione.

La sottrazione della libertà è già di per sé una grande pena che si impone a qualsiasi essere umano. Non c'è alcun bisogno di dovere aggiungere a questa pesante sofferenza un'altra ancora più insostenibile: vivere in una surrettizia forma di tortura in condizioni sub umane, in carceri affollate e malsane, impacchettati e sbattuti lontani dai propri affetti, costretti in ambienti insufficienti, privati di opportunità di recupero, sospingendo individui disperati e senza Speranza al suicidio in carcere. Purtroppo in Italia ci stiamo ormai abituando ad ascoltare dai notiziari dell'ennesimo suicidio tra le sbarre o di detenuti che sono deceduti per cause da accertare e se accertate non sempre corrispondo a quelle reali. Questi decessi non possono più essere definiti come suicidi o per cause da accertare. Quindi domando: in questi casi, può ipotizzarsi il reato di "omicidio colposo"?

Il magistrato del pubblico ministero deve procedere contro ignoti o contro un autore oramai ben noto a noi tutti? A discolparsi è chiamato, dunque, il nostro Stato. Consapevole e corresponsabile. Consapevole di detenere una persona in condizioni disumane e degradanti; condizioni queste, accertate e condannate dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (che con sentenza dell'8 01 2013 caso Torreggiani e altri c/ Italia, ha dichiarato incompatibile l'attuale situazione carceraria italiana con l'art. 3 della Cedu), consapevole che da tali condizioni possono derivare suicidi o decessi per assenza di adeguate strutture, di spazio e di adeguati interventi posti a tutela della vita della persona umana, soprattutto quando è privata della libertà. Di conseguenza, corresponsabile di questi delitti, perché delitti vanno definiti e non decessi. E se poi dietro queste atroci morti in carcere si celasse invece un pensiero

contorto e consapevole di istigare al suicidio il detenuto, ammalato, annullato della sua dignità, annientato nei suoi affetti e nella sua anima? Infondo, se muore un carcerato a chi importa? "Loro" - i buoni - dicono sempre: ... uno in meno.

Ecco, questa è, ancora oggi, la vita nel carcere: totalmente distruttiva nel corpo e nello spirito umano. Nella stragrande maggioranza dei casi poi, l'obiettivo della riabilitazione, del recupero sociale e della reintegrazione, in Italia è stato ed è ancora del tutto vanificato. In un paese ove la pena di morte è stata sulla carta abolita, come un invitato di pietra, essa di fatto rientra puntuale nell'inferno delle nostre carceri. Non v'è dubbio che il senso della civiltà (e di umanità) muova da queste semplici ma fondamentali considerazioni. Lo Stato nell'esercitare la giustizia e nell'interpretare con la necessaria equità questi valori, deve porsi in condizioni d'essere a sua volta credibile, perciò accettabile, quale primo assertore e attuatore di questi principi.

La Spezia: detenuto 27enne muore in cella per un "arresto cardiocircolatorio"

www.ligurianotizie.it, 20 dicembre 2013

Un detenuto di 27 anni è morto nel carcere Villa Andreino, a La Spezia. Il giovane è deceduto per un arresto cardiocircolatorio. Sul posto sono intervenuti i medici del 118 che ha messo in atto le manovre rianimatorie, già iniziate sul posto dalle infermiere della struttura carceraria, che si sono concluse con la constatazione di decesso.

Bergamo: muore il detenuto-poeta, i suoi testi diventeranno una canzone

di Rosanna Scardi

Corriere della Sera, 19 dicembre 2013

Era riuscito a far uscire emozioni e sentimenti dalle fredde mura del carcere di Bergamo attraverso la poesia. E ieri sarebbe stato in prima fila, nell'auditorium della casa circondariale, per ascoltare le parole e i versi dei suoi compagni musicate e arrangiate sotto forma di canzoni nel concorso "Anime fuori". Ma è morto all'improvviso e il concerto è stato rinviato a febbraio. Roberto Rossetti, 43 anni, originario del Bresciano, non ce l'ha fatta. Ad accorgersi che respirava con affanno il compagno di cella, ma nonostante l'intervento della Croce Rossa e i tentativi di rianimazione, è morto poco prima delle nove di ieri mattina. Il lutto ha colpito la comunità carceraria, tanto che tutti hanno voluto annullare le due ore di svago programmate da tempo. Carcerato dal 2008, e dal 2012 in via Gleno, Roberto doveva scontare la pena fino al 2020 per reati legati al traffico di stupefacenti.

"È stato un duro colpo, era un ragazzo grande e grosso, sempre allegro, lavorava nella struttura, consegnando i pacchi, partecipava alle iniziative sportive e frequentava i laboratori di teatro", raccontano Anna Maioli, responsabile dell'area pedagogica e Mariagrazia Agostinelli, supervisore delle attività scolastiche e formative del Ctp, il Centro territoriale permanente "Donadoni" operativo internamente. Al detenuto avrebbe fatto piacere assistere al concerto, anche perché lui il bando l'aveva vinto: si era classificato terzo, ex aequo, nella sezione poesia dell'edizione di quest'anno con "L'indifferenza".

Testo che, l'anno prossimo, diventerà una canzone. "Cancellano così anni di vita i signori con la tunica, quella vita che è unica e purtroppo è breve, non è infinita", aveva scritto fra le rime contenute nel libricino pubblicato dal Ctp e che racchiude le opere dei detenuti che partecipano al concorso artistico letterario "Pensieri ed emozioni". In via Gleno ci sono 550 carcerati, fra cui 40 donne. Oltre il 60 per cento sono stranieri. Centocinquanta i partecipanti al bando, che premia anche manufatti in ceramica e opere pittoriche. Il lutto ha colpito anche l'organizzatore del concorso, Graziano Pelucchi, direttore artistico del Cafè de la Paix, al Polaresco, ieri alle 8.30 davanti ai cancelli del carcere insieme ai musicisti. "Nessuno ha avuto voglia di divertirsi a fronte di una morte così improvvisa, tanto più che questo ragazzo partecipava all'iniziativa - racconta Pelucchi. Quel libricino di parole, che viene pubblicato ma non esce dalle mura del carcere, per noi è prezioso.

Ogni anno, dal 2009, cerco di far uscire fuori quelle voci, quelle sensazioni, rendendole pubbliche attraverso la musica le parole che altrimenti nessuno conoscerebbe mai". I testi che i detenuti compongono diventano quindi musica. Le parole sono affidate a venti gruppi musicali bergamaschi e, a partire da maggio, si svolge il contest. Ognuno porta nei locali quelle canzoni, al Bopo di Ponteranica, all'Arcibloom di Grumello, all'Edoné di Redona, al Barrio di Campagnola. Una canzone è di repertorio, un'altra con testo scritto dai detenuti. Una giuria selezionata valuta le composizioni.

Savona: detenuto 35enne tenta suicidio in cella, salvato da compagni di cella e agenti

Il Secolo XIX, 14 dicembre 2013

Suicidio impedito l'altro ieri notte al carcere Sant'Agostino. A tentarlo è stato Nicola Russo, 35 anni, napoletano. È conosciuto come rapinatore seriale delle farmacie di Savona e ieri ha provato ad impiccarsi con un cappio ricavato

da una striscia di lenzuolo legato alle sbarre della finestra della sua cella.

A dare l'allarme è stato uno dei suoi sette compagni di cella che lo ha visto penzolare. La Polizia penitenziaria è intervenuta prontamente, salvandolo insieme ai sanitari della guardia medica arrivati immediatamente. Tra la penitenziaria e Russo si erano registrati negli ultimi periodi dei dissapori. Il detenuto aveva denunciato gli agenti, accusandoli di mancato rispetto dei suoi diritti. Dall'altro canto, la penitenziaria lo aveva segnalato alla direzione del carcere.

Non osservava il regolamento interno. Gli agenti ne hanno segnalato a più riprese i comportamenti altalenanti, e uno stato persistente di irrequietezza. Atteggiamenti probabilmente collegati all'uso di cocaina da cui sta cercando di disintossicarsi, come Russo stesso ha confessato davanti al gip Donatella Aschero, nell'interrogatorio di convalida degli arresti.

Un tentato suicidio, quello del rapinatore, che nasconderebbe una forma di protesta per non sentirsi tutelato all'interno del carcere, raccontata in una lettera scritta da lui stesso. Russo è in cella dalla fine del mese scorso. Era stato arrestato dai carabinieri dopo aver seminato il panico in città con i suoi continui furti, che gli servivano per recuperare soldi per l'acquisto della droga. A un farmacista aveva rubato anche un orologio Rolex. Ora è controllato a vista.

Bergamo: detenuto di 44 anni muore in cella stroncato da infarto

Il Giorno, 14 dicembre 2013

Un detenuto bresciano di 44 anni, R.R., in espiazione di condanna definitiva con fine pena nel 2020, è morto nel carcere di Bergamo, colpito probabilmente da infarto mentre dormiva nella sua cella. A scoprirlo l'agente di Polizia Penitenziaria della sezione, il quale appena accortosi dell'accaduto, avvisava prontamente il Sanitario di turno. Quest'ultimo avviava le procedure d'urgenza ma non ha potuto far altro che constatarne il decesso. Lo comunica il Sindacato Autonomo Polizia Penitenziaria Sappe.

“È una notizia triste - dice Donato Capece, segretario generale Sappe, che colpisce tutti noi che in carcere lavoriamo in prima linea, 24 ore al giorno. Ma va anche detto che il Parlamento ignora colpevolmente il messaggio del Capo dello Stato dell'8 ottobre scorso, che chiedeva alle Camere riforme strutturali per il sistema penitenziario a fronte dell'endemica emergenza che tra l'altro determina difficili, pericolose e stressanti condizioni di lavoro per gli Agenti di Polizia Penitenziaria”.

Capece torna a sottolineare le criticità delle carceri italiane: “Nei 206 istituti penitenziari nel primo semestre del 2013 si sono registrati 3.287 atti di autolesionismo, 545 tentati suicidi, 1.880 colluttazioni e 468 ferimenti: 3.965 sono stati i detenuti protagonisti di sciopero della fame, mentre purtroppo 18 sono i morti per suicidio e 64 per cause naturali.

Il sovraffollamento ha raggiunto livelli patologici, con oltre 64mila reclusi per una capienza di 40mila posti letto regolamentari e il Capo Dap che alza le mani di fronte alla sentenza Torreggiani. Il nostro organico è sotto di 7mila unità. La spending review e la legge di Stabilità hanno cancellato le assunzioni, nonostante l'età media dei poliziotti si aggira sui 37 anni. Altissima, considerato il lavoro usurante che svolgiamo, come dimostrano i gravi episodi in nostro danno accaduti”.

Giustizia: 47 casi di suicidio in carcere da inizio anno, dal 2000 un'escalation senza fine

di Vincenza Foceri

www.clandestinoweb.com, 12 dicembre 2013

I Radicali chiedono da tempo un provvedimento di Amnistia. Il presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, lancia appelli alla politica in direzione del miglioramento delle condizioni detentive ma l'Italia continua a rimanere uno dei paesi peggiori per quanto riguarda le sue prigionie. Una condizione, questa, che non può evitare di essere correlata all'alto numero di suicidi che, negli ultimi anni si sono moltiplicate nelle celle dei nostri penitenziari, da nord a sud. I numeri resi noti da Ristretti Orizzonti ci presentano un quadro disarmante. "La frequenza dei suicidi tra i detenuti è 20 volte superiore rispetto alla norma", si legge sul sito.

E non finisce qui. Se a togliersi la vita sono spesso i ristretti, anche tra gli agenti di polizia penitenziaria vi sono molti casi di decessi volontari: anche in questo caso il numero è 3 volte superiore alla media. Sul sito Ristretti Orizzonti viene reso noto che, seppur qualcuno di questi casi può e deve essere legato a problematiche personali, circa i due terzi sono da addebitarsi ai fattori ambientali.

Morti in carcere, i numeri - Scendendo nel dettaglio dei numeri, resi noti da Ristretti Orizzonti, nel 2013 (dati aggiornati fino al 10 dicembre) i morti in carcere sono stati 145, di cui 47 suicidi. Un tasso elevato seppur in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente: nel 2012, infatti, la popolazione carceraria che si è tolta la vita è stata di 60 unità (totale morti in carcere 154).

Facendo lo storico degli ultimi tredici anni, infine, una cifra che induce a riflettere e che dovrebbe essere un monito per la politica: dal 2000 al 2013 i morti nei penitenziari italiani sono stati 2.233, di questi 799 si sono suicidati.

Viterbo: detenuto romeno di 51 anni si impicca, da inizio anno già 47 i suicidi in cella

Ansa, 11 dicembre 2013

Sono 47 i detenuti che si sono suicidati nelle carceri italiane dall'inizio dell'anno. L'ultimo caso risale a tre giorni fa, quando a togliersi la vita è stato nel penitenziario di Viterbo un romeno di 51 anni, Paul Badea, arrestato una prima volta il 13 novembre scorso, con l'accusa di detenzione di armi e di essere coinvolto in una serie di furti di rame; e poi tornato in carcere il 6 dicembre scorso, dopo una parentesi trascorsa ai domiciliari: si è ucciso il giorno dopo il nuovo arresto impiccandosi nella sua cella nel penitenziario di "Mammagialla". Secondo i dati di Ristretti Orizzonti il maggior numero di suicidi (nove) si è registrato nel mese di marzo e nella quasi totalità dei casi chi si è tolto la vita ha scelto di impiccarsi, come il detenuto di Viterbo. Poco meno della metà dei suicidi (22) era di nazionalità straniera.

Foggia: detenuto muore in infermeria, il Coo.S.P denuncia "una situazione al collasso"

Ristretti Orizzonti, 11 dicembre 2013

L'ennesima tragica storia che ci narra di un mondo ai margini, dimenticato, che attende interventi risolutivi ma che rimane, da troppi anni, abbandonato a se stesso. È il mondo delle carceri italiane e, in questo caso, pugliesi.

Domenico Mastrulli, segretario generale del Sindacato di polizia penitenziaria, Coo.S.P. (Coordinamento sindacale penitenziario) si dichiara preoccupato per rende nota la morte di un detenuto nell'infermeria del penitenziario di Foggia.

Si chiamava Salvatore Di Ceglie, di Bisceglie, classe 1955, il detenuto deceduto questa notte nel reparto della sezione infermeria del Carcere di Foggia. Di Ceglie espiava un condanna definitiva che sarebbe terminata il 30 luglio 2015.

Come riferisce il sindacato Coosp: "l'uomo divideva la cella con un altro recluso, quando alle 04,30 circa di questa notte scorsa è scattato l'allarme ed il poco personale di polizia penitenziaria - 15 poliziotti di servizio in tutto il carcere che contiene quasi 611 di cui 28 donne più un bambino minore reclusi - immediatamente recatosi sul posto ha subito attivato le procedure d'urgenza ed il ricovero in infermeria dell'istituto dove non hanno potuto fare altro che accertare il decesso.

In tarda mattinata il medico legale ha ispezionato il cadavere e le condizioni dell'ubicazione". Una morte che racconta condizioni di detenzione ai limiti dell'umano. In Puglia, infatti, "i detenuti sfiorano la soglia delle 4.000 - spiega ancora Mastrulli - persone ristrette contro i 2.400 posti letto nelle undici strutture penitenziarie al collasso quali Taranto, Lecce, Foggia e Bari".

Accanto un sovraffollamento record c'è anche una carenza di uomini e mezzi. "In Puglia la polizia penitenziaria è pari a 2.448 unità ma per i servizi necessari ed i turni imposti da ccnl servirebbero altre 600 unità", aggiunge il segretario del Coo.S.P. Di conseguenza i turni a cui sono sottoposti gli agenti sono massacranti: "Un singolo agente è costretto a vigilare dai 50 ai 140 detenuti - prosegue il sindacalista pugliese - contemporaneamente e le situazioni di criticità nelle carceri sono all'ordine del giorno".

Teramo: 35enne ucciso in cella da farmaci e droghe, indagini su provenienza sostanze

Il Centro, 7 dicembre 2013

Inchiesta sulla morte a Castrogno di Vincenzo Fabiano, 35enne pescarese, lo scorso aprile. Secondo l'esito dell'autopsia eseguita dall'anatomopatologo Gina Quaglione, da poco riconsegnata al pm Stefano Giovagnoni, l'uomo detenuto a Castrogno ad aprile sarebbe morto in cella per un edema polmonare provocato dall'assunzione di un miscuglio di medicinali (tra cui farmaci la cui assunzione non era legata alle sue condizioni di salute) e sostanze stupefacenti. E proprio partendo da questi particolari emersi dopo l'autopsia che il sostituto procuratore ha delegato la polizia a fare accertamenti.

Accertamenti e indagini che dovranno essere finalizzati soprattutto a capire che tipo di vigilanza fosse stata predisposta in carcere per Fabiano. Ma anche per capire come sia stato possibile che della sostanza stupefacente sia entrata in cella. L'uomo da tempo aveva avviato una battaglia legale per dimostrare la sua incompatibilità con il regime carcerario. Secondo i suoi familiari le precarie condizioni del giovane, che sarebbero state attestate da numerosi certificati medici, avrebbero imposto da tempo il ricovero in una struttura sanitaria.

Una decisione che il tribunale di sorveglianza avrebbe dovuto prendere qualche giorno dopo la morte dell'uomo. Dopo il decesso la procura teramana ha fatto acquisire tutta la documentazione sanitaria che lo riguardava presente nei carceri in cui Fabiano è stato detenuto. Non solo Teramo, ma anche le strutture penitenziarie di Pescara e Regina Coeli.

L'obiettivo del magistrato è quello di accertare se nelle strutture penitenziarie siano stati presi tutti gli accorgimenti possibili dovuti alle condizioni di salute dell'uomo. Il caso di Fabiano è stato più volte portato all'attenzione dell'opinione pubblica dai radicali nell'ambito della questione del sovraffollamento delle carceri italiane. Una questione a livello nazionale arrivata anche all'attenzione della Corte Europea, che ha parlato di condizioni degradanti dei detenuti nelle carceri italiane, e per cui la stessa Unione Europea ha aperto una pesante procedura di infrazione nei confronti dell'Italia.

Roma: morto per polmonite non curata, l'autopsia mette sotto accusa i medici di Rebibbia

di Lorenzo De Cicco

Il Messaggero, 3 dicembre 2013

C'è un buco temporale nel diario clinico di Danilo Orlandi, il detenuto di 31 anni morto il 1 giugno scorso nella sua cella dopo essere stato arrestato a gennaio per resistenza a pubblico ufficiale. Il ragazzo, con alle spalle problemi di tossicodipendenza, aveva avuto una condanna di sei mesi e sarebbe dovuto uscire di carcere di lì a pochi giorni. Invece alle 5.25 del 1 giugno è stato dichiarato deceduto e dal portone di Rebibbia è uscito in una bara, direzione Obitorio comunale di Roma. La famiglia del giovane non ha mai creduto alla prima versione fornita dalle autorità carcerarie, ovvero che Danilo fosse morto per un infarto. Anche perché la madre del ragazzo, Maria Brito, aveva visitato il figlio proprio poche ore prima del decesso, trovandolo "pallido, febbricitante e gravemente debilitato". E dopo la morte del giovane non si è arresa.

Da qui è nata un'inchiesta che è recentemente passata dalle mani magistrato di turno all'epoca dei fatti, il pm Michele Nardi, al pool delle colpe professionali, coordinato dall'aggiunto Leonardo Frisani, e al sostituto Mario Ardigò. I pm hanno ordinato un'autopsia al professor Costantino Ciallella dell'Università La Sapienza. L'esame medico pochi giorni fa è stato consegnato alla famiglia Orlandi e mette nero su bianco che la morte del ragazzo è avvenuta per colpa di una "polmonite bilaterale massiva", cioè grave, non diagnosticata. Nessun infarto accidentale, quindi. Ecco allora gli interrogativi su cui la magistratura dovrà fare luce: perché il ragazzo non è stato curato con farmaci adeguati? La relazione del professor Ciallella riporta le medicine che erano state somministrate a Danilo: si parla sempre di "Fans" ovvero di prodotti anti-infiammatori o analgesici, come Aulin, Ketoprofene e Randitina. Oppure di Augmentin. Niente di specifico per curare una forma grave di polmonite. Seconda domanda: dove è finito il bollettino medico del giorno prima del decesso? Il diario clinico del detenuto riporta le annotazioni mediche quotidiane degli ultimi giorni di vita.

Dal 26 maggio, quando è entrato in stato di isolamento, fino all'alba del 1 giugno, quando è stato dichiarato il decesso. Ma manca un giorno, quello prima della morte, il 31 maggio. Storia ancor più incredibile se si pensa che nei primi cinque giorni di isolamento, dal 26 al 30 maggio, i bollettini - come riportato nell'autopsia - parlano di "nessun fatto acuto da riferire". Insomma il ragazzo non era sicuramente considerato in pericolo di vita. Poi c'è il "buco" del 31 maggio e dopo poche ore la constatazione della morte. Cosa è successo quindi il 31 maggio? La madre di Danilo, che lo aveva visitato proprio quel giorno, come detto aveva notato le gravissime condizioni del figlio: "Era bianco in viso - ha raccontato - si vedeva che stava male". Perché quindi nessuno è intervenuto? La famiglia Orlandi da sei mesi chiede due cose: verità e giustizia. Il padre di Danilo, Paolo, attualmente è sotto psicofarmaci e preferisce non rilasciare dichiarazioni. La mamma del ragazzo, Maria Brito si è già detta sicura che il figlio "è morto di carcere". "Danilo me l'hanno ammazzato - si è sfogata - Non stava bene e nessuno lo ha curato.

Adesso vogliamo sapere come sono andate davvero le cose". Ora la famiglia di Danilo, insieme a tutti gli amici delle case popolari di via Valle dei Fontanili, zona Torrevecchia, aspetta che la magistratura accerti le responsabilità, se ce ne sono state. "Perché una cosa è certa - dicono - Danilo non doveva essere lasciato morire così".

Roma: a Rebibbia muore un detenuto 28enne, 142esimo decesso in carcere del 2013

Tm News, 29 novembre 2013

Avrebbe inalato il gas delle bombolette da cucina. "Cristian Mendoza, una ragazzo detenuto di 28 anni, è deceduto ieri notte nel carcere Rebibbia di Roma. Salgono così a 142 le persone detenute morte dall'inizio del 2013 nelle carceri italiane, tra cui ben 46 sono stati i suicidi". Lo rende noto Riccardo Arena che cura la rubrica Radio Carcere in onda su Radio Radicale. "Non sono ancora chiare le cause del decesso, ma - precisa Arena - pare che il ragazzo sia morto dopo aver inalato il gas delle bombolette che i detenuti usano per cucinare, ma solo l'esito dell'autopsia saprà fornire dati più certi. Cristian Mendoza è l'undicesimo detenuto che quest'anno è morto nel carcere di Rebibbia. Un penitenziario sovraffollato, che ospita oltre 1.700 detenuti, e dove da mesi manca ancora il direttore titolare", conclude Arena.

Il Vicesindaco Nieri: la morte del giovane detenuto era evitabile

"La morte del giovanissimo Cristian a Rebibbia - un istituto con una capienza regolamentare di 1.128 detenuti in cui sono, invece, presenti più di 1750 persone - era forse una tragedia evitabile. Se, come sembra, il ragazzo aveva una dipendenza da alcol e droghe, è evidente che non era il carcere il luogo adatto a curarlo e reinserirlo nella società". Lo afferma in una nota il vicesindaco di Roma Capitale, Luigi Nieri. "Il sovraffollamento strutturale delle nostre Carceri, del resto, è il frutto avvelenato delle politiche dissennate degli ultimi vent'anni. In Italia abbiamo il tasso di affollamento penitenziario più alto dell'Unione Europea perché, ad esempio, leggi liberticide come la Fini-Giovanardi sulle droghe riempiono gli istituti penitenziari senza però affrontare il problema delle tossicodipendenze - aggiunge Nieri. I detenuti in carcere per avere violato la legge sulle droghe sono oltre il 37% dell'intera popolazione detenuta: in nessuno Stato della Ue i numeri sono così alti. Il sovraffollamento dei nostri istituti di pena e le condizioni di estrema difficoltà in cui operano gli operatori penitenziari sono questioni che vanno affrontate a livello nazionale con la massima urgenza. Bisogna sanare in maniera sistemica veri e propri vulnus democratici: va rivisto il sistema della custodia cautelare, vanno rilanciate le misure alternative alla detenzione, vanno stanziati fondi per le attività rieducative negli istituti di pena".

Il Garante Marroni: avrebbe dovuto scontare una pena alternativa al carcere

Un detenuto salvadoregno di 30 anni, Cristian M. è morto all'interno della sua cella nel carcere di Rebibbia Nuovo Complesso. A dare la notizia del 16mo decesso avvenuto nelle carceri del Lazio dall'inizio del 2013 è il Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni. Secondo le prime informazioni, le cause della sua morte sono ancora da stabilire: quel che è certo è che nei locali dove l'uomo è stato trovato morto ieri sera si avvertiva un forte odore di gas fuoriuscita dalla bomboletta che alimenta il fornello che utilizzano i detenuti.

Originario di El Salvador, Cristian era stato arrestato lo scorso anno per violenza a pubblico ufficiale, ed aveva una fine pena a marzo 2014. Alcolista, era stato preso in carico dal Sert e, a quanto sembra, una struttura assistenziale della Capitale si era reso disponibile ad ospitarlo fino alla fine della pena. Quello di Cristian è il 16mo decesso registrato nelle carceri del Lazio da gennaio ad oggi: cinque sono stati i suicidi, quattro i decessi per malattia e sei per cause da accertare. Al computo va aggiunta anche una donna che lavorava come infermiera a Rebibbia. "Sarà la magistratura a stabilire se quello di Cristian sia stato un suicidio o un altro tipo di morte - ha detto il Garante dei detenuti Angiolo Marroni - Quel che è certo è che la sua era una storia di forte disagio e di emarginazione sociale. La dipendenza, in questo caso dall'alcool, è una malattia che, certamente, in carcere non può curare. Cristian doveva giustamente scontare la sua pena, ma fuori dal carcere, in una struttura in grado di aiutarlo concretamente a superare le sue problematiche".

Benevento: detenuto impiccato, la famiglia avanza dubbi sul suicidio

Il Mattino, 25 novembre 2013

I familiari di Mario Iacca, di 27 anni, il detenuto tarantino trovato morto due giorni fa in una cella del carcere di Benevento, hanno chiesto alla Procura campana "di svolgere tutti gli accertamenti necessari per chiarire le cause del decesso".

Secondo gli inquirenti il detenuto, con precedenti per reati contro il patrimonio, si sarebbe impiccato con le lenzuola del letto. Ma le cause, spiega l'avvocato Nicola Ciaccia del foro di Taranto, che segue gli sviluppi

dell'indagine per conto della famiglia Iacca, "dovranno ricercarsi anche al di fuori dell'ipotesi del suicidio. Si ritiene improbabile, infatti, che un soggetto che aveva un fine pena di pochissimi mesi a fronte di un'ininterrotta carcerazione che durava da qualche anno, potesse portare a termine un gesto così estremo senza un motivo apparente".

Intanto, sabato, Antigone, associazione "per i diritti e le garanzie nel sistema penale", ha annunciato, tramite il presidente regionale Mario Barone e il presidente onorario regionale e componente l'Osservatorio nazionale Dario Stefano Dell'Aquila, che approfondirà quanto accaduto venerdì "senza ovviamente interferire nelle indagini della magistratura".

"Non conosciamo ancora le dinamiche di quanto è accaduto - dice Dell'Aquila - ma approfondiremo la vicenda. È il settimo suicidio in carcere in Campania, su quarantacinque in Italia, e il primo a Benevento dall'inizio dell'anno. Per questi suicidi non c'è una responsabilità delle singole persone ma del sistema penitenziario che è al collasso. Il carcere di Benevento, ben diretto e dove si punta molto sulla funzione rieducativa, è tra quelli che in Campania presenta minori criticità rispetto agli altri, fermo restando il problema del sovraffollamento. A giugno risultavano oltre quattrocento detenuti rispetto a una capienza prevista per duecentottanta".

In sintonia Barone: "Fermo restando che ci sono istituti penitenziari come quello di Benevento ben diretti - dice - rimane il problema di fondo di un sistema penitenziario al collasso al cui interno registriamo il dilatarsi del fenomeno delle morti legate ai suicidi o alla mancata tutela del diritto di tutela della salute".

Giustizia: morti in cella, emergenza quotidiana, 46 i suicidi dall'inizio dell'anno
www.televideo.rai.it, 25 novembre 2013

È ormai trascorso più di un mese dal messaggio alle Camere del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano sulla questione carceraria, pronunciato dopo la sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo che condanna l'Italia a pesanti sanzioni a causa del malfunzionamento cronico del sistema penitenziario italiano. Nel messaggio il Presidente denunciava la situazione inumana delle carceri italiane, e la situazione della giustizia a essa collegata, ma di carcere si continua a morire. Sono 46 i detenuti che si sono tolti la vita da inizio anno, l'ultimo, sabato, a Benevento. Lo scorso anno sono stati 50 (37 da gennaio ad agosto); nel 2005 sono stati 57 (36 da gennaio ad agosto) e nel 2004 sono stati 52 (33 da gennaio ad agosto). Il tasso più elevato lo si è registrato nel 2001: 69 suicidi.

Una giustizia troppo lenta e che sembra non abbia rispetto dei diritti umani fondamentali, tanto per l'irragionevole durata dei processi (violazione art. 6 della Convenzione Europea sui diritti dell'Uomo) quanto per i trattamenti inumani e degradanti (violazione art. 3 della stessa Convenzione) a cui sottopone i suoi cittadini detenuti. Secondo i numeri del Dap, infatti, il numero complessivo di detenuti è pari a 64.323 unità, a fronte di una capienza di 47.668 posti letto. Di diverso avviso il Sappe, secondo il quale la capienza è di circa 10mila unità inferiore.

La questione più preoccupante riguarda però l'elevato numero di detenuti in attesa di primo giudizio, appellanti e ricorrenti, equivalente al 37,85% del totale della popolazione carceraria complessiva. Questo dato sfiora il 44% se si considera la sola popolazione straniera detenuta.

Altra preoccupazione è quella del numero di tossicodipendenti in carcere: "L'Italia è uno tra i paesi al mondo che ha la percentuale più alta di consumatori di sostanze in carcere - denuncia Felice Nava, responsabile della sanità penitenziaria di Padova e dirigente di Federserd - attualmente circa il 30% dei 66 mila detenuti sono consumatori di sostanze stupefacenti, percentuale che raggiunge il 50% tra i 27 mila detenuti in attesa di giudizio. Portando queste persone fuori dai penitenziari e nelle comunità, quindi, si risolverebbe il problema del sovraffollamento e si risparmierebbe". Il fenomeno della tossicodipendenza nelle carceri italiane è tornato alla ribalta anche a causa di recenti decessi, a Trento e a Napoli, di due detenuti, i cui casi sono stati denunciati a gran voce dai familiari.

Vi è infine la questione delle tante patologie cliniche diffuse nelle carceri, come evidenziato dal presidente della Simspe (Società italiana di medicina e sanità penitenziaria), Roberto Monarca: "Il carcere è un concentratore di patologie perché raccoglie e mette insieme popolazioni che arrivano da zone a elevato rischio di patologie infettive, con altri soggetti sani. Ci sono situazioni cliniche che non sono compatibili con il regime di detenzione, come ad esempio la dialisi, le patologie oncologiche, i trapiantati, ma anche i disturbi alimentari. E il magistrato, dopo aver visionato la valutazione del medico, decide in base alla pericolosità del soggetto le possibili alternative: arresti domiciliari, reparti ospedalieri detentivi o il ricovero in centri specializzati".

Il Ministro Annamaria Cancellieri, che ha definito l'amnistia un "imperativo categorico morale", sta introducendo i primi cambiamenti: entro aprile l'80% dei detenuti potrà trascorrere otto ore fuori dalla cella, ha annunciato in un recente convegno sul sistema carcerario a Milano. Il ministro ha evidenziato che i detenuti devono essere messi in condizione di lavorare e svolgere attività sportive e culturali per sviluppare un percorso di rieducazione che consenta loro di "uscire dal carcere migliori di come sono entrati". Nel corso dell'intervento, il ministro ha auspicato l'istituzione di un "garante nazionale dei detenuti" e la creazione di "sportelli legali" all'interno delle

carceri, sportelli attualmente presenti solo a Roma, Firenze e Milano.

Giustizia: l'ennesimo suicidio in carcere e l'iniziativa nonviolenta dei Radicali

di Valter Vecellio

Notizie Radicali, 25 novembre 2013

La notizia: un detenuto di 29 anni, originario di Taranto e recluso nel carcere di Benevento è stato trovato morto, secondo la prima ricostruzione si sarebbe impiccato con una coperta, lasciandosi penzolare dalla finestra della sua cella. Grazie a "Ristretti Orizzonti" che monitorizza la situazione nelle carceri si apprende che questo è il 46esimo detenuto che si toglie la vita dall'inizio dell'anno; 141 sono i decessi in carcere, per malattia, scarsa assistenza o per imperscrutabili "ragioni da accertare". A questa cifra, già di per sé spaventosa e inquietante vanno aggiunte le morti (di cui quasi nessuno si occupa) degli agenti della polizia penitenziaria. Non è esagerato, se ai "caduti" del 2013 si sommano quelli degli ultimi dieci anni, parlare di vera e propria strage.

Una strage silenziosa, che si consuma giorno dopo giorno, tra la sostanziale indifferenza di chi, al contrario ha il dovere, l'obbligo di intervenire.

Di obbligo ha parlato il presidente della Repubblica Giorgio Napolitano nel suo primo e finora unico messaggio alle Camere. Un atto di rilevanza costituzionale, che i presidenti della Repubblica, da Luigi Einaudi in poi, hanno utilizzato con molta parsimonia, evidentemente per non usurare lo "strumento"; e non può e non deve sfuggire la valenza del messaggio del presidente Napolitano, tra i suoi primi atti, dopo che il rinnovo del suo settennato è stato praticamente acclamato da un ceto politico che non sapeva come uscire dal cul de sac in cui si era ficcato. Come non si stanca di sottolineare e ripetere Marco Pannella, non foss'altro per un gesto di cortesia ed educazione istituzionale, i presidenti del Senato e della Camera avrebbero dovuto immediatamente convocare il capigruppo per stabilire i tempi di una possibile risposta. Naturalmente non è accaduto, perché partitocraticamente, è dal sinedrio delle segreterie che si attende il via libera, ennesima conferma di un Parlamento espropriato e che si lascia impunemente espropriare.

Nel corso della sua consueta domenicale conversazione a "Radio Radicale" Marco Pannella ha comunicato che assieme a Rita Bernardini, Marco Beltrandi e altre e altri compagni impegnati nello sciopero della fame e della sete su questa questione, hanno deciso di sospendere l'iniziativa. Una "pausa" per meglio mettere a punto modalità e tempistica di un'iniziativa che a breve riprenderà. Pannella ha già cominciato a delineare quello che si può definire l'obiettivo almeno nell'immediato: acquisito il primo importante successo (il messaggio del Presidente alle Camere), e preso atto che il ministro della Giustizia Anna Maria Cancellieri in più occasioni ha individuato nell'amnistia e nell'indulto la prima, ineludibile riforma strutturale da acquisire se si vuole poi dare corso alle altre riforme; e considerando che nessuno, nell'ambito dell'esecutivo ha sollevato obiezioni o manifestato dissensi, è giunto il momento di chiedere al Governo di attivarsi concretamente in tale senso. Poi si vedrà in Parlamento chi e perché si schiererà in un modo o in un altro. Ma intanto il Governo può attivarsi. Come è uso dire: se vuole, può; se può, deve. Per interrompere la lunga, interminabile catena di morti "per" e "di" carcere; per corrispondere all'imperativo che ci viene dalle Corti di Giustizia Europee, che hanno fissato quale limite per uscire dalla flagranza di reato continuato, il maggio 2014 (sei mesi). Per, soprattutto, corrispondere alle speranze e alle aspettative dell'intera comunità penitenziaria, che esemplarmente da anni lotta e si mobilita.

Nelle prossime ore si perfezionerà e si renderà noto il "percorso" di questa lunga marcia che coinvolgerà, come in passato, la comunità penitenziaria, i cattolici non rassegnati e tutte le persone consapevoli che questa lotta in favore degli ultimi, è in realtà una lotta per il rispetto della legge e per il diritto di tutti. E questo è quanto.

Giustizia: malattie in carcere, in 5 anni 100 posti in più per i detenuti disabili

di Elisa Manici

www.superabile.it, 20 novembre 2013

Quanti sono i detenuti disabili o con problemi fisici in Italia? Impossibile quantificarli con precisione, visto che molti si trovano al di fuori delle sezioni appositamente attrezzate: 131 posti per i disabili, 130 per i minorati fisici, 217 per malati di Hiv e 46 per affetti da Tbc.

L'Italia è un Paese che vive sulle emergenze. Così, perché l'attenzione dei media si volgesse, sia pur minimamente, verso le condizioni dei detenuti ammalati o disabili, è stato necessario che la ministra Cancellieri finisse nell'occhio del ciclone per l'ormai arcinoto caso Giulia Ligresti. Nei giorni scorsi sono poi avvenuti due episodi che fino a pochi giorni prima non avrebbero avuto risonanza alcuna: il senatore Luigi Manconi è andato a Rebibbia, in visita a un giovane, Brian Gaetano Bottigliero, affetto da grave insufficienza renale al punto da essere in attesa di trapianto, chiedendone la scarcerazione; un detenuto, a Regina Coeli, ha tentato il suicidio cercando di impiccarsi, ma è stato salvato dal suo compagno di cella che vive in sedia a rotelle.

Quanti sono, dunque, i detenuti con disabilità o problemi di salute? è un dato quasi impossibile da ottenere con certezza: l'ordinamento penitenziario prevede che le persone in condizioni di salute particolarmente gravi possano espiare la pena fuori dal carcere (quando non rimangono più di 4 anni da scontare), ai domiciliari o in strutture sanitarie, ma per provare a inserirsi in questo percorso è necessaria la perizia di un medico, che può essere smentita dal tribunale di sorveglianza. Si calcola quindi che solo una parte dei detenuti con disabilità o malattie importanti risiedano nelle sezioni apposite delle carceri: nell'episodio del detenuto in carrozzina che ha salvato il compagno di cella, riportato dal garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni, è evidente che il disabile risieda in una cella standard, e non in una sezione apposita. Le celle, per i disabili, sono una trappola infernale, dato che le carceri, per la loro stessa natura, traboccano di barriere architettoniche, e spesso i disabili sopravvivono in qualche modo grazie alla solidarietà dei compagni di cella.

Le cifre fornite dal Dipartimento amministrazione penitenziaria, aggiornate al 15 novembre, mostrano che, almeno per quanto riguarda numero di sezioni e disponibilità di posti nelle sezioni ufficialmente deputate a ospitare detenuti con problemi, le condizioni, rispetto a 5 anni fa, sono nettamente migliorate. A fronte di 64.758 detenuti per una capienza di 47.615 posti (dati aggiornati al 30 settembre), i detenuti che si trovano in sezioni mediche non patiscono il problema del sovraffollamento.

Disabili. Per disabilità il Dap intende essenzialmente quella fisica: i disabili mentali fanno un altro percorso, negli ospedali psichiatrici giudiziari, ma quella è tutta un'altra partita. Il numero di posti a disposizione è schizzato dai 32 per 16 presenze effettive del 2008, ai 131 posti odierni, per 67 presenze effettive, divisi tra 24 sezioni attrezzate di altrettanti istituti penitenziari. Il numero dei detenuti disabili nelle sezioni dedicate si è quindi quadruplicato negli ultimi 5 anni. Picco massimo a Messina, con 35 presenze per 22 posti, a seguire Parma con 15 presenze, per un totale che arriva a 67, considerando tutto il Paese.

Minorati fisici. Questo nome, antiquato e la cui semantica rimanda a un concetto - ampiamente dismesso - di non piena funzionalità sociale della persona, è stato mantenuto nonostante già nel 2008 il suo abbandono fosse annunciato come prossimo. Nell'organizzazione carceraria, si riferisce ai casi in cui la disabilità motoria è più lieve rispetto alla disabilità tout court. Sostanzialmente invariata la situazione di questa categoria rispetto al 2008: allora c'erano 143 posti in 4 sezioni apposite, per 21 presenze, mentre oggi ci sono tra i 130 e 141 posti (a seconda che si consideri la capienza "regolamentare" o quella "tollerabile") divisi in 5 sezioni, per un totale di 26 presenze, 24 delle quali a Parma e 2 a Turi.

Hiv. Ci sono in Italia 10 sezioni attrezzate a ospitare malati di Hiv, per un totale di 217 posti, di cui 190 risultano occupati. Le presenze più alte si riscontrano a Regina Coeli, con 36, seguita da Pisa con 31, da Milano Opera con 27, e da Rebibbia con 24.

Tbc. Solo l'istituto di Paliano ha una sezione destinata ai malati di Tbc da 46 posti, di cui al momento 6 occupati. **Centri clinici.** Sono in totale 17 i centri diagnostici terapeutici presenti nelle carceri italiane, per un totale di 614 posti, di cui occupati 542.

Il 96 per cento dei detenuti in Italia sono uomini, e il carcere è costruito soltanto a loro misura. Anche per quanto riguarda le sezioni speciali appena elencate, solo quelle per disabili e i centri clinici prevedono qualche posto femminile: uno soltanto per le detenute disabili, e 9 nei centri clinici, per un totale di 13 presenze (il massimo della capienza "tollerabile"). Nelle altre, nessun posto per le donne, a conferma ulteriore del fatto che molti numeri reali sfuggono a questa rilevazione ufficiale.

Lucca: tentato suicidio in carcere, Bergamini (Fi) scrive al Ministro Cancellieri
www.gonews.it, 19 novembre 2013

Intanto i dati dicono che in 18 istituti toscani, a fronte di una capienza prevista di 3.259 detenuti si registrano 4.185 detenuti effettivi. Il 16 ottobre un detenuto del carcere di Lucca ha tentato di impiccarsi e solo l'intervento della Polizia Penitenziaria ha evitato la tragedia. Si tratta del quarto caso di tentato suicidio in soli due mesi. Il sindacato della Polizia Penitenziaria Seppe lamenta l'inadeguatezza della struttura, ennesima dimostrazione di quella che anche in Toscana può essere chiamata "emergenza carceri". I 18 istituti toscani, a fronte di una capienza prevista di 3.259 detenuti registrano 4.185 detenuti effettivi. La maggior parte degli istituti, come il San Giorgio di Lucca, non rispondono agli standard previsti dalle normative vigenti e versano in cronica inadeguatezza per quanto attiene al numero del personale (educatori, assistenti sociali e Polizia Penitenziaria). Deborah Bergamini scrive alla Cancellieri quali iniziative il Ministro intenda porre in essere per limitare gli episodi di violenza che sempre più frequentemente si verificano nella casa circondariale di Lucca e quali misure intende prendere per tutelare il lavoro delle guardie penitenziarie.

Interrogazione a risposta in Commissione

Al Ministro della giustizia. Per sapere, premesso che: il 16 ottobre 2013, come ha reso noto il sindacato della

Polizia Penitenziaria Sappe, un detenuto di origine straniera recluso nella 3/a sezione del carcere di Lucca, ha tentato di impiccarsi nella propria cella. Solo grazie all'intervento del personale di Polizia Penitenziaria è stato evitato il peggio; negli ultimi due mesi sono ben quattro i reclusi del carcere di Lucca ad aver tentato il suicidio, salvandosi grazie all'estrema professionalità della Polizia Penitenziaria che opera con abnegazione e sacrificio in condizioni di lavoro stressanti e di estremo disagio; dal 5 agosto al 15 ottobre del 2013 si è registrata, presso la casa circondariale di Lucca, una lunga serie di accadimenti negativi che hanno visto protagonisti i detenuti, con aggressioni, violenze, proteste, fino ad atti di autolesionismo anche estremi; la casa circondariale di Lucca è ospitata fin dall'epoca napoleonica all'interno del centro storico in un edificio risalente al XV secolo ed è in condizioni fatiscenti, con spazi inadeguati sia sul piano quantitativo che qualitativo; il provveditore regionale dell'amministrazione penitenziaria toscana, presentando lo scorso 15 luglio 2013 in Consiglio regionale il bilancio dell'attività 2012 svolta dal garante toscano dei detenuti, ha avuto modo di rimarcare come la Casa circondariale di Lucca sia una struttura inadeguata; la situazione del carcere San Giorgio non è l'unica: nell'intera regione Toscana c'è un'emergenza carceri, come del resto in tutto il Paese. Il dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato statistica ed automazione di supporto dipartimentale - il 30 settembre ha reso noti i dati relativi ai detenuti presenti e alla capienza regolamentare degli istituti penitenziari. I 18 istituti toscani, a fronte di una capienza prevista di 3.259 detenuti registrano 4.185 detenuti effettivi; la maggior parte degli istituti, come il San Giorgio di Lucca, non rispondono agli standard previsti dalle normative vigenti e versano in cronica inadeguatezza per quanto attiene al numero del personale (educatori, assistenti sociali e Polizia Penitenziaria), strutture sorte secoli fa con altre destinazioni d'uso, come ad esempio a Lucca o Siena, non possono consentire una dignitosa attività di detenzione e recupero senza - quantomeno - una seria opera di ristrutturazione di quelle realtà in grande deficit: quali iniziative il Ministro interrogato intenda porre in essere per limitare gli episodi di violenza che sempre più frequentemente si verificano nella casa circondariale di Lucca, arginate dal personale della Polizia Penitenziaria in condizioni di rischio e di precarietà, così come denunciato più volte dalle organizzazioni sindacali; quali provvedimenti intenda adottare per porre gli agenti delle forze dell'ordine in servizio presso l'istituto di detenzione nelle condizioni di operare in sicurezza, verificando anche la corretta gestione, l'efficienza, l'operatività e la reale rispondenza alle attuali necessità dell'istituto dei vertici della struttura di gestione; quali iniziative intenda prendere al fine di superare definitivamente il degrado e la totale inadeguatezza della struttura lucchese, che non risponde alle esigenze di una popolazione carceraria che vive da tempo in condizioni critiche.

Brescia: tenta suicidio in carcere impiccandosi, ma viene stato salvato da altri detenuti

Ansa, 19 novembre 2013

Claudio Grigoletto, il pilota di aerei bresciano di 32 anni che a fine agosto a Gambara (Brescia) ha strangolato e ucciso la hostess brasiliana di 29 anni Marilia Rodrigues, sua dipendente e amante e dalla quale aspettava un figlio, ha tentato il suicidio in carcere. L'uomo avrebbe cercato di impiccarsi ed è stato salvato da altri detenuti. Poi condotto in ospedale per una visita ed infine dopo un'ora riportato in cella. Grigoletto, che ha confessato l'omicidio pochi giorni dopo l'arresto, è a Canton Mombello dal 3 settembre, incastrato dalle macchie di sangue ritrovate sul tappetino della sua vettura e dalle impronte sul luogo dell'omicidio, l'ufficio della Alpi Aviation do Brasil a Gambara.

Dentro al carcere: anche i survivor sono invisibili.

Riflessioni su chi è esposto alla traumatica esperienza della morte per suicidio (di Daniela Teresi.)



Il 23 Novembre è la **Giornata Mondiale dei Survivors**, ovvero, la giornata commemorativa per i *survivors*, cioè coloro che hanno perso un caro per suicidio. L'obiettivo dell'evento è quello di mettere a disposizione dei partecipanti uno spazio "comune" all'interno del quale poter condividere, in un clima di apertura e di ascolto reciproco e non giudicante, il proprio vissuto emotivo sul tema", così si legge nel comunicato a riguardo, reperibile su internet.

La giornata in Italia è organizzata dal Prof. Maurizio Pompili, referente italiano IASP, delegato dall'*American Foundation for Suicide Prevention*. Il **Servizio per la Prevenzione del Suicidio, per chi ha bisogno di aiuto e per chi ha perso un caro è attivo presso l' Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma.**

I numeri delle persone che muoiono per suicidio in carcere, come si legge dal **dossier** pubblicato su *Ristretti Orizzonti*, sono numerosi, in 13 anni (dal 2000 al 2013) se ne contano 794. Dei *survivors*, ovvero dei parenti dei detenuti che hanno perso un loro caro, la cronaca comincia a parlarne, seppure il dolore resta un fatto privato. **La morte per suicidio in carcere non tocca però solamente i parenti**, ma come è inevitabilmente presumibile, tocca i compagni di cella, la Polizia Penitenziaria, il personale Medico, tutta la Direzione che si trova sempre più spesso davanti al tema della morte per suicidio. Tale evento, non sempre imprevedibile è sempre traumatico, perché i mezzi per prevenirlo non ci sono, per carenze di risorse anche quando i segnali sono evidenti.

Però, si potrebbe obiettare che la persona in carcere non è un parente, ma **la paura della morte per suicidio in carcere, preoccupa tutti!** La cultura della morte in carcere assume sicuramente una miriade di forme e di ragioni, le condizioni carcerarie del sovraffollamento fanno la loro parte. Purtroppo, la messa in atto di un suicidio, da parte di molti detenuti sembra la via più facile **quando la morte è vissuta come liberazione dall' incapacità di soffrire o dal terrore di dover soffrire troppo**. Per coloro che operano in carcere e che cercano di combattere la cultura della morte, la stessa amplifica dolorosamente il senso di impotenza.

Putroppo anche il personale della Polizia Penitenziaria in servizio presso le carceri italiane, finisce per essere toccata in sordina dalla spinta alla morte per suicidi, seppur forse è difficile qualificare esattamente la ragione di questa spinta. L'ultimo Agente di Polizia Penitenziaria della Casa di Reclusione di Padova che aveva tentato il suicidio è morto qualche giorno fa senza lasciare un biglietto, come emerge da un fatto di cronaca pubblicato da www.alsippe.it, **17 novembre 2013** e in Ristretti orizzonti dello stesso giorno. Ma questo non è l'unico doloroso problema che si vuole evidenziare.

E' **il vissuto di chi è esposto a tali morti traumatiche**, come il detenuto che sostiene il peso del suicidio del compagno di cella (che per molti diventa come un familiare) o dell'agente di polizia penitenziaria che si trova davanti a chi ha deciso di morire. Dare massima importanza e attenzione clinica a questi eventi, è quello che si vuole evidenziare in questa riflessione considerandolo come fatto prototipo per un disturbo post traumatico, da condividere, ascoltare ed esplorare .",

Immaginiamoci, infatti, cosa può provare un detenuto che ha assistito alla morte del compagno di cella che ha deciso di togliersi la vita o ad un agente che si trova nell'immediato del fatto. In generale, di questo fatto non se ne parla mai perchè la morte è un tabù. Sentimenti di stigmatizzazione, vergogna e imbarazzo distinguono i *survivors* di coloro che hanno perso un caro per suicidio, sentimenti diversi sono quelli di coloro che soffrono per un lutto non connesso al suicidio. **Ma quali sentimenti può provare chi si trova a gestire una drammatica situazione di morte per suicidio di un uomo che muore in una cella?**

Se il detenuto suicida non è una persona cara per il compagno di cella, se non lo è per l'agente di polizia penitenziaria, che ha pure il compito di metterlo in un sacco nero, come si fa con i cani che muoiono a casa, cosa succede alla persona esposta a tale evento ed è magari portavoce del medesimo fatto? Cosa fare per aiutarlo ad elaborare questo vissuto?

Un tema sul quale nessuno troverebbe ragionevolmente motivo da obiettare se il suicidio in carcere cominciasse a essere guardato come evento traumatico o stressante, come causa di PTSD, (disturbo post traumatico da stress) da utilizzare come diagnosi di riferimento per affrontare la vasta fenomenologia dei problemi che gravitano intorno a tale fenomeno nel mondo penitenziario, tra la popolazione detenuta ed il personale che vi opera.

Probabilmente gli effetti di questa problematica sono ancora poco considerati, ma di fatto bisognerebbe cominciare a parlarne, per mettere anche a disposizione di chi è esposto all'esperienza traumatica della morte per suicidio in carcere, uno spazio comune per condividere esattamente il vissuto emotivo collegato alla drammatica realtà di queste morti. Uno spazio comune di ascolto, dunque, per evitare altre complicazioni.

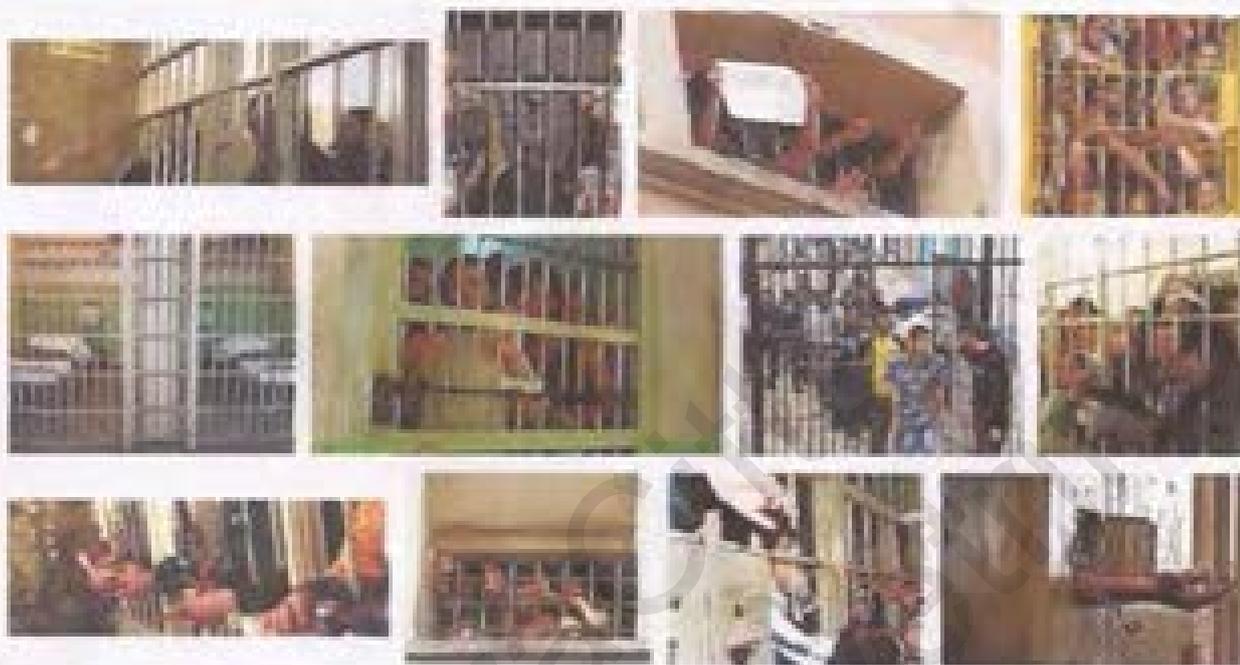
In fondo, ho posto la questione alla mia maniera, partendo dalla difficoltà che effettivamente è dentro di me, quando incontrando chi ha assistito al suicidio o al tentato suicidio di un compagno di cella, non mi parla solo del bene o del male, di chi si è tolto la vita, ma di una esperienza di dolore che sta vivendo tramite quella persona.

Una esperienza emozionale che forse non è paragonabile alla perdita della persona cara. *Eppure, se ci riflettiamo un po' più a fondo, forse anche questa è un'esperienza da condividere in uno spazio comune.*

A questo punto mi domando se il 23 Novembre nella **Giornata Mondiale dei Survivors**, potrebbe esserci un momento per riflettere anche su questo tema.

PROGETTO SALUTE IN CARCERE

AZIENDA USL -2 LUCCA



CARCERE: TORTURA AMBIENTALE.

Al momento attuale esiste un minimo comun denominatore che caratterizza l'ambiente carcerario negli Istituti della Toscana:

Il sovraffollamento della popolazione detenuta e ciò condiziona in modo preoccupante tutta l'organizzazione dei servizi ,rendendo inadeguato l'impegno stesso degli Operatori Penitenziari.

Sovraffollamento e promiscuità in ambienti fatiscenti sono gli elementi di una miscela esplosiva.

Il sovraffollamento attuale si configura come una sorta di tortura ambientale e rende tutto più difficile e aleatorio.

Dominano la scena gli stranieri, i tossicodipendenti, i malati psichiatrici.

Una babele di lingue, di religioni, di usi e costumi.

L'unità di misura di un carcere è la cella.

Ogni detenuto dovrebbe avere a disposizione uno spazio pari a 7 metri quadrati. In celle che dovrebbero ospitare uno o al massimo due detenuti, trovano collocazione invece anche 5-6 con conseguenze facilmente prevedibili. **(contrapposizioni, contrasti, tensioni sono all'ordine del giorno).**

Il caldo torrido, gli spazi ristretti, l'umidità, il sudore.

L'uso promiscuo dei servizi igienici.

Si realizza inevitabilmente un microclima molto nocivo per la salute dei detenuti.

Registriamo l'installazione di letti a castello fino al tetto e talora materassi per terra lungo i corridoi.

Dobbiamo sforzarci di capire l'atteggiamento che assume l'individuo allorquando si trovi nelle condizioni di vedere limitata ogni sua possibilità di movimento e ogni libertà di determinazione, dalle attività più semplici *(alimentazione, riposo)* a quelle più complesse *(lavoro, esperienze di vario tipo)*.



Detenuti presenti in Toscana al 30 Novembre 2013: 4060

Uomini: 3893 + 24 minorenni

Donne: 182 (di cui 15 minorenni)

Stranieri: 2227 (di cui 25 minorenni-15 di sesso maschile e 10 di sesso femminile)

(soprattutto Marocco, Tunisia, Albania, Romania)

Tossicodipendenti :1285

Sieropositivi per HIV:58

Internati: 105

Minorenni: 39-

IPM FIRENZE: 24 di sesso maschile

IPM PONTREMOLI: 15 di sesso femminile (di cui la maggior parte di etnia rom)

Mancano complessivamente circa 800 posti-letto.

Le condizioni sono leggermente migliorate, ma persistono ancora forti criticità.

Dato che alla pena si riconosce sempre più concordemente, una prevalente funzione emendativa, si comprende facilmente il motivo per il quale le amministrazioni penitenziarie si vadano preoccupando di organizzare gli istituti penitenziari in modo da rendere possibili le riforme necessarie, a cominciare da quelle che interessano più direttamente il cosiddetto ambiente carcerario.

In questo contesto acquisisce particolare importanza la realizzazione del Polo di accoglienza per ospitare i nuovi-giunti con la presa in carico di natura multiprofessionale per il disagio psichico.

Ciò richiede innanzitutto che l'ambiente carcerario sia formato e organizzato in modo che si possa applicare e utilizzare tutto ciò che

le scienze mediche, psicologiche, pedagogiche e morali segnalano a questo proposito.

Costituisce un serio ostacolo la mancanza ormai cronica delle risorse, per cui non sono praticabili lavori di manutenzione , di ristrutturazione e di bonifica.

Parecchie sezioni sono chiuse perché inagibili.

Fortemente critiche sono le strutture degli Istituti di SIENA,LUCCA, PISTOIA ,AREZZO, GROSSETO e MONTELUPO FIORENTINO ricavate in vecchi conventi o fortezze.

Più adeguate sono le strutture di Gorgona, Empoli, Massa Marittima, IPM PONTREMOLI , IPM FIRENZE e FIRENZE SOLLICCIANINO.

Quando si parla di ambiente carcerario, è necessario riferirsi a tutte le forze che lo costituiscono, da quelle fisiche a quelle culturali, da quelle interne a quelle esterne.

E' necessario poi riferirsi all'influenza della personalità di coloro che in esso vivono e agiscono.

E' da ricordare a questo proposito che l'ambiente dà e riceve, e che nella vita associata, ogni individuo, sia pure in misura diversa

contribuisce alla formazione del clima ambientale con la sua presenza fisica ,con i tratti della sua personalità e con il suo particolare comportamento.

Egli è sempre influenzato dal clima ambientale che lo circonda e il suo comportamento è da questo clima più o meno fortemente condizionato

Secondo quanto affermano vari autori, molto spesso nell'ambiente carcerario, si viene a costituire una particolare società dotata di proprie norme(codice carcerario) ,di propri canali di comunicazione ,di un proprio linguaggio ,di propri capi e dipendenti.

Si viene a realizzare in questi termini una specifica organizzazione sociale.

Si è anche riconosciuto che questa subcultura criminale, se spesso costituisce una ragione di più facile adattamento del detenuto alla vita penitenziaria, rappresenta non meno spesso un serio ostacolo per il suo recupero sociale.

Il modo con cui l'individuo si inserisce in un certo ambiente è sempre fortemente influenzato anche dai tratti della sua personalità.

Per questo motivo ogni soggetto è portato ad assumere, specie, nella vita carceraria, speciali atteggiamenti che possono essere più o meno chiaramente orientati o alla ripulsa o all'accettazione e all'indifferenza.

Si afferma che ogni qualvolta un individuo si trova inserito in un nuovo ambiente, si inizia un gioco complesso di azioni e reazioni che, in un primo momento, è tanto più evidente nelle sue manifestazioni quanto più i due elementi individuo-ambiente posti a confronto, sono fortemente caratterizzati e partono da posizioni lontane o addirittura antitetiche.

Questo incontro può in molti casi diventare un vero e proprio scontro e assumere quegli aspetti di manifesto contrasto che, nei confronti dell'individuo vengono definiti come fenomeni di *inadattamento* e di *antisocialità*.

Tali fenomeni si possono verificare con particolare frequenza fra l'individuo e l'ambiente carcerario con i suoi particolari aspetti fisici, culturali, interpersonali.

Sono specialmente i rapporti interpersonali diretti quelli che nel campo penitenziario, assumono un grande rilievo, dato che la vita carceraria costituisce una collettività in cui il comportamento del singolo è costretto a subire delle situazioni fisse e delle norme prestabilite che non possono non influire notevolmente sul comportamento stesso.

Data l'influenza che non può non avere la struttura fisica dell'ambiente carcerario, la sua ubicazione, lo spazio disponibile, le sue caratteristiche igieniche (luce, aereazione, umidità), è naturale che

ogni qualvolta tali elementi urtino con le tendenze, le attitudini, le abitudini del detenuto, provocano forme di comportamento abnormi, per lo più di insofferenza o di protesta contro l'ambiente.

Qualunque possa essere stato il motivo del loro comportamento criminoso, i detenuti sono caratterizzati da una più o meno grave e persistente incapacità di adattarsi alle limitazioni del vivere sociale e di sintonizzare il proprio comportamento con quello della collettività di cui fanno parte.

E' naturale, pertanto, che la convivenza carceraria sia generalmente contrassegnata da uno stato di irrequietezza e di tensione .

Da quanto sopra si desume l'importanza che l'ambiente carcerario sia organizzato in modo da facilitare in pieno l'adattamento di ogni detenuto.

L'internamento in una struttura carceraria rappresenta una delle occasioni più paradossali per lo stress, poiché ogni individuo che vi viene sottoposto avverte uno stato profondo di sofferenza, di affannosa incertezza, di paura, di costrizione, di impossibilità di intervento.

La detenzione può acquisire dei risultati concreti soltanto se si comprenderà che l'ho del detenuto riceverà un sostegno e sarà messo in condizioni di potersi sviluppare solo con tecniche di riabilitazione che siano positive e creative.

Acquisiscono pertanto la loro peculiare e significativa importanza sia il concetto di individualizzazione e di territorialità della pena, sia quella del lavoro penitenziario, inteso questo come fattore di rieducazione, come esperienza qualificante capace di aiutare il detenuto a ritrovare pienamente il senso della sua identità civile

e della sua dignità umana. In tale contesto sarebbe molto significativo ed importante acquisire spazi per coltivare gli interessi affettivi.

In considerazione delle direttive imposte dalla Corte Europea dei diritti dell'uomo, l'amnistia e l'indulto rappresentano l'unico strumento da perseguire per scongiurare una condanna che ci

riempirebbe di vergogna di fronte al mondo intero.

Quanto sopra si deve coniugare con la modifica di leggi attualmente liberticide come la Bossi-Fini e la Fini-Giovanardi.

La Magistratura di Sorveglianza deve valutare con maggiore appropriatezza la compatibilità o meno con il regime carcerario.

I detenuti seriamente malati non possono e non devono stare in carcere.

Bisogna incrementare le misure alternative al carcere.

Non si deve far ricorso al carcere in modo spasmodico per regolare le situazioni critiche del Paese , per assicurare risposta al bisogno di sicurezza dei cittadini.

Non si può ricorrere sempre ed esclusivamente al carcere per neutralizzare la povertà, il disagio, la marginalità.

Il carcere deve rappresentare l'estrema ratio.

Il momento è particolarmente drammatico ed implica il ricorso a un provvedimento straordinario di clemenza.

Francesco Ceraudo



Viterbo: detenuto malato di tumore, mi sento un condannato a morte in carcere

www.tusciaweb.eu, 18 novembre 2013

A Luciano, 26 anni, detenuto a Mammagialla, un anno fa è stato diagnosticato un tumore maligno. In una lettera a Radio Radicale racconta come gli siano stati negati i domiciliari, nonostante il parere dei sanitari. “Mi sento un condannato a morte, vegeto nella mia cella. Sono un morto vivente”. Luciano ha 26 anni, deve scontare trent’anni per omicidio. Rinchiuso nel carcere di Mammagialla, un anno fa gli è stato diagnosticato un tumore maligno con metastasi. La sua condizione, hanno certificato i medici, non è compatibile con il regime detentivo, ma il giudice gli ha negato per due volte i domiciliari.

Luciano, che si trova nella sezione di alta sicurezza, ha raccontato la sua storia in una lettera letta durante una trasmissione che si occupa della situazione carceraria, in onda su Radio Radicale. “Nel novembre 2012 - scrive Luciano a Radio Carcere - mi è stato diagnosticato un tumore maligno con diverse metastasi. Dopo accertamenti, la direzione sanitaria del carcere di Viterbo ha certificato la mia incompatibilità con il regime detentivo e io ho fatto istanza al magistrato di sorveglianza per ottenere la detenzione domiciliare, per evitare di morire qui dentro. Invece il magistrato ha rigettato la mia istanza e io ho dovuto fare i salti mortali per essere curato qui dentro”. Luciano racconta d’essere stato sottoposto a dodici cicli di chemioterapia e a ventidue cicli di radioterapia. “Purtroppo non sono servite a molto, il tumore è rimasto lì”. In compenso ha dovuto fare i conti con gli effetti di una terapia devastante. “Non è possibile immaginare come mi sentivo: senza capelli, il viso gonfio, poter dormire solo due ore per notte da seduto, continua nausea, difficoltà respiratorie. La direzione sanitaria del carcere ha fatto un’altra relazione dicendo di nuovo che ero incompatibile con il carcere, perché vi era un’impossibilità di gestire la mia malattia.

Però il magistrato di sorveglianza ha rigettato di nuovo la richiesta per i domiciliari, sostenendo che non c’è un concreto pericolo di morte”. Rimane in carcere: “Oggi io, malato di tumore, mi trovo ancora qui, chiuso in una cella e non passa giorno in cui i medici del carcere mi dicano che non possono fare più nulla. Mi sento un condannato a morte, le mie difese immunitarie non ci sono più e ho il terrore anche di prendermi una semplice influenza. Vegeto in una cella, aiutato da un compagno di detenzione. Sono un morto vivente”.

Il Presidente della Provincia scrive alla Cancellieri

Il presidente della Provincia di Viterbo Marcello Meroi ha accolto l’invito di Riccardo Fortuna, pubblicato su Tusciaweb, e ha inviato al ministro Cancellieri una breve mail per chiedere informazioni sul detenuto Luciano, 26enne recluso a Mammagialla, affetto da un tumore che non gli lascerà scampo e a cui è stato più volte negato il permesso di terminare i propri giorni ai domiciliari. Di seguito il testo della mail inviata da Meroi al ministro. Ministro Cancellieri, questo detenuto (in riferimento a Luciano, ndr) non è “speciale”. Ma lei aveva detto che il suo intervento su qualche altra situazione era dettato solo da umanità, non altro.

Venezia: il cappellano di Santa Maria Maggiore “giusto occuparsi di chi sta male in cella”

di Alvise Sperandio

Il Gazzettino, 18 novembre 2013

Il ministro Annamaria Cancellieri ha fatto bene. Spero che questo suo intervento serva ad aprire uno squarcio di speranza per tutti gli altri casi simili. Il cappellano di Santa Maria Maggiore don Antonio Biancotto commenta così, controcorrente, l’intervento del Guardasigilli sul caso di Giulia Ligresti, che ha tenuto banco nelle cronache di questi giorni. Il sacerdote lo dice partendo dalla sua esperienza personale di assistente spirituale che ormai da molti anni opera nella casa circondariale cittadina.

“Qui da noi c’è un detenuto sui 40 anni, ortodosso, che quando viene da me a parlare non riesce neanche a sedersi. È affetto da un’ernia al disco di cui è stato operato, ma senza guarire. L’ho visto piangere ed essere trasportato fuori in barella, tra i dolori, dal punto di pronto intervento. Io mi domando: che senso ha che questa persona resti in carcere? Plaudo al fatto che il ministro si sia attivato per diverse situazioni altrettanto critiche perché non può stare tra le sbarre chi versa in una condizione di salute incompatibile con la detenzione”.

Don Antonio, 56 anni, sacerdote da 1981, parroco a Rialto, è una persona mite, attenta, disponibile e dal piglio deciso: quasi tutti i giorni entra a Santa Maria Maggiore dove conosce tutti i suoi 290 reclusi che incontra a rotazione. “Di sotire ne ho viste tante - racconta - vengono da me per pregare o per questioni materiali.

Negli ultimi mesi ho conosciuto quest’uomo dell’Est Europa, in attesa di giudizio. Quando ci vediamo, lo vedo molto sofferente per una malattia vera ed accertata e conosciuta dalle autorità competenti. Lui non me l’ha mai detto esplicitamente, ma è come se mi chiedesse di intercedere presso chi di dovere per potergli trovare una sistemazione più adeguata. Quando ho sentito le critiche al Guardasigilli per il caso Ligresti, la mia reazione è stata di approvazione: chi sta male non deve più stare in prigione, è possibile che uno Stato che si professa democratico non sia in grado di dotarsi di una serie di percorsi ed opportunità specifici per queste persone?”.

Don Biancone allarga il ragionamento e conclude: “già l'ex cardinale arcivescovo di Milano, il compianto Carlo Maria Martini, ne parlava a metà anni Novanta: com'è possibile redimere un uomo che ha sbagliato se lo chiudo in una cella, magari in vita? Il carcere dovrebbe essere sempre l'ultima spiaggia, mettendo in campo, invece, un sistema di pene alternative che davvero favoriscano quella rieducazione come fine primario della pena che è sancita dalla Costituzione”.

Roma: a Rebibbia si impicca in cella, salvato da un altro detenuto che si lancia da una carrozzina
Ansa, 17 novembre 2013

Ha tentato di togliersi la vita impiccandosi alle sbarre della cella ma è stato salvato dal compagno di cella, un detenuto costretto su una sedia a rotelle che, accortosi di quanto stava cadendo, si è buttato per terra e lo ha sostenuto fino all'arrivo dei soccorsi. La notizia dell'episodio avvenuto nel Reparto G 11 di Rebibbia Nuovo Complesso, è stata resa nota dal Garante dei Detenuti del Lazio Angiolo Marroni. Il detenuto disabile che ha salvato il suo compagno di cella ha ricevuto un encomio dalla direzione del carcere.

“Nei giorni scorsi proprio il Garante aveva acceso i riflettori sulla difficile situazione sanitaria e logistica del G11 inviando una lettera al capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Giovanni Tamburino con allegate le denunce firmate da dieci detenuti - si legge in un comunicato -. Nella sua lettera il Garante denunciava la circostanza che il piano terra del reparto fosse utilizzato come Centro Clinico senza averne le caratteristiche tecniche e strutturali e senza la presenza di personale medico e paramedico adeguato. I problemi sono cominciati quando con i lavori di ristrutturazione del Centro Clinico di Regina Coeli, parte dei detenuti malati lì ricoverati sono stati trasferiti a Rebibbia e qui, per ospitarli, è stato adattato a Centro Clinico il piano terra del G 11”.

“Il tentativo di suicidio non è direttamente riconducibile alle condizioni della struttura - ha detto il Garante Angiolo Marroni - ma lascia riflettere la circostanza che a salvare questa persona sia stato un altro detenuto costretto a vivere su una sedia a rotelle. Un caso purtroppo non isolato all'interno del G 11. Il problema è che le celle ed i servizi utilizzati non sono adeguati per ospitare disabili”.

Ancona: non riesce a ottenere arresti domiciliari, detenuto 43enne si impicca in cella
Il Resto del Carlino, 16 novembre 2013

Michele Riccardi, il 43enne in carcere per estorsione al fratello della presidente della Camera, trovato morto a Montacuto.

Suicida in cella l'uomo che aveva tentato di estorcere 3.500 euro al fratello del presidente della Camera Laura Boldrini. È successo ieri pomeriggio all'interno del carcere di Montacuto, dove Michele Riccardi, riminese di 43 anni, si è impiccato alle sbarre con una corda.

Il detenuto era in attesa di giudizio da due mesi, dal giorno dell'arresto, avvenuto il 13 settembre scorso da parte della squadra mobile di Ancona e, in questo lasso di tempo, aveva più volte chiesto, attraverso il suo avvocato, di veder commutata la sua custodia cautelare ai domiciliari. Richiesta più volte respinta dal gip. La goccia che ha fatto traboccare il vaso. Lo stato depressivo di Riccardi - operaio metalmeccanico che di recente aveva perso il lavoro - è andato crescendo nelle ultime settimane fino a ieri, quando, attorno alle 15, un agente della penitenziaria, lo ha trovato privo di vita dentro la sua cella. Di fianco al corpo i soccorritori hanno trovato alcuni biglietti in cui l'uomo denunciava la sua situazione, con riferimento alla mancata concessione dei domiciliari. Materiale che adesso sarà valutato dalla procura di Ancona che sulla vicenda ha ovviamente aperto un'inchiesta. L'allarme è subito scattato ieri pomeriggio: sul posto sono arrivati i sanitari del 118, ma ormai per Riccardi non c'era più nulla da fare. Il fatto è accaduto attorno alle 15, il riminese era da solo nella sua cella, gli altri si trovavano a passeggio nell'area concessa dalla direzione carceraria di Montacuto ai detenuti.

Ugo Boldrini, fratello della Presidente della Camera, segretario comunale di Monteroberto e San Paolo di Jesi, vittima dell'estorsione, ha rilasciato soltanto una brevissima dichiarazione: “Notizia tremenda, l'ho appena saputo e scelgo di non commentare”, queste le parole di Boldrini.

Il fatto aveva destato grande scalpore visto il coinvolgimento indiretto dell'ex portavoce dell'Unhcr: “Sono innocente, non ho minacciato nessuno. Ho solo proposto un affare”. Così si era difeso Riccardi (che per l'estorsione aveva scelto un nome fittizio) dal carcere. In realtà, stando alla denuncia circostanziata avanzata dalla vittima dell'estorsione, agli atti del provvedimento, Riccardi avrebbe utilizzato altri termini: “Paga o presto tutti sapranno di te e di tua sorella. La costringerò a dimettersi”. Il gesto di un disperato. Dopo i primi due contatti telefonici, il 13 settembre a Monteroberto i due hanno fissato l'incontro decisivo per la consegna del denaro. Nel frattempo Boldrini aveva però preso contatti con la squadra mobile che aveva segnato le banconote. Al momento della consegna della mazzetta gli inquirenti sono intervenuti arrestando Riccardi in flagranza di reato.

Detenuto in attesa giudizio suicida ad Ancona (Ansa)

Detenuto suicida nel carcere di Ancona. Si tratta di Michele Riccardi, l'operaio che aveva tentato di ricattare la famiglia di Laura Boldrini. L'uomo si è ucciso oggi pomeriggio, impiccandosi nel carcere di Montacuto. Il suicidio nel bagno della cella con un lenzuolo. Riccardi aveva 43 anni, originario di Rimini ed era accusato di reati tentata estorsione. L'uomo era stato arrestato a settembre a Monteroberto quando il romagnolo si era presentato da Ugo Boldrini, segretario comunale e fratello del presidente della Camera, chiedendo 3.500 euro per non diffondere un dossier contenente farneticanti invenzioni sulla famiglia Boldrini. Inutili i soccorsi del 118, quando gli operatori sanitario sono arrivato l'uomo era già morto. "Sono 90 i detenuti morti in carcere dall'inizio dell'anno - commenta il segretario del sindacato di polizia penitenziaria Spp Aldo Di Giacomo, 46 i suicidi. Questo è il secondo caso nelle Marche". Di Giacomo ricorda che l'Italia ha tempo "fino a maggio" per porre rimedio alla situazione di sovraffollamento delle carceri, censurata dalla Ue. "Il problema - osserva - è che questo argomento non interessa i politici e si preferisce risolverlo con provvedimenti di amnistia e indulto che non risolvono la situazione, invece di fare riforme strutturali. Dal 1970 abbiamo avuto 15 tra amnistie e indulti, che ogni volta hanno lasciato le carceri sempre più affollate e i tempio della giustizia sempre più lunghi". Del suicidio avvenuto nel carcere di Montacuto è già stato avvisato il magistrato di turno, che disporrà l'esame autoptico. La cella è stata posta sotto sequestro, per i rilievi di rito e per cercare eventuali messaggi. Sembra che i legali del quarantatreenne (che probabilmente si trovava nell'istituto di Ancona temporaneamente e non era né in isolamento né sottoposto a misure particolari) avessero chiesto gli arresti domiciliari, ma che la richiesta fosse stata respinta.

Napoli: 34enne muore in carcere, "sputava sangue" da 10 giorni e non è stato curato

Agenparl, 15 novembre 2013

Federico Perna, 34 anni, originario di Latina e detenuto nel carcere di Poggioreale (Napoli), l'8 novembre muore per "collasso cardiocircolatorio". Il pm Pasquale Ucci, titolare dell'inchiesta, apre un fascicolo con l'ipotesi di reato di "omicidio colposo" e dispone l'autopsia, che si svolge oggi. Nobila Scafuro, madre del giovane, denuncia: "Mio figlio è morto venerdì scorso, alle 17 di sera. L'ho sentito al telefono l'ultima volta il martedì precedente, mi disse che perdeva sangue dalla bocca quando tossiva. Si trovava nel Padiglione Avellino, nella cella 6, assieme ad altre 11 persone. Federico non doveva restare in carcere, ma essere ricoverato in ospedale: aveva bisogno di un trapianto di fegato ed era stato dichiarato incompatibile con la detenzione da due diversi rapporti clinici, stilati dei Dirigenti Sanitari delle carceri di Viterbo e Napoli Secondigliano. Invece da Secondigliano è stato trasferito a Poggioreale, dove le sue condizioni di salute si sono ulteriormente aggravate: sputava sangue, letteralmente, e chiedeva il ricovero disperatamente da almeno dieci giorni lamentando dolori lancinanti allo stomaco. Abbiamo appreso della sua morte tramite la lettera di un compagno di cella, con il quale Federico aveva stretto amicizia. Non sappiamo nemmeno dove sia morto, perché le versioni sono diverse: ci dicono che è morto nell'infermeria del carcere di Poggioreale, di attacco cardiaco e senza la possibilità di essere salvato con il defibrillatore... poi ci dicono che è morto in ambulanza... poi ancora che è morto prima di essere caricato in ambulanza... o addirittura in ospedale, e anche su questo ci hanno nominato più di una struttura possibile".

Ieri sera, alle 19.45, la madre di Federico Perna è stata intervistata da Riccardo Arena su Radio Radicale, nel corso della trasmissione "Radio Carcere". Con la morte di Federico Perna sale a 139 il numero dei detenuti che hanno perso la vita da inizio anno. Su queste tragedie l'informazione da parte del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria è inesistente, nonostante quanto previsto dalla Circolare G-Dap - 0397498 - 2011 "Sala Situazioni. Modello Organizzativo e nomina Responsabile", datata 18 ottobre 2011 e firmata dall'allora Capo del Dap Franco Ionta, che all'art. 5 comma 6 prevede "Per garantire una trasparente e corretta informazione dei fenomeni inseriti nell'applicativo degli eventi critici le principali notizie d'interesse saranno, inoltre trasmesse al Direttore dell'Ufficio Stampa e Relazioni esterne per le attività di informazione e comunicazione agli organi di stampa e la eventuale diffusione mediante i canali di comunicazione di cui dispone il Dap (rivista istituzionale, newsletter siti istituzionali)".

Siracusa: detenuto tenta suicidio, salvato da un agente, è in coma farmacologico all'ospedale

Agi, 15 novembre 2013

Un detenuto ha tentato il suicidio in carcere a Siracusa ed è stato tratto in salvo da un agente della polizia penitenziaria. Adesso si trova in coma. Lo rende noto il segretario generale dell'Osapp, Domenico Nicotra. "Ancora una volta - dice Nicotra - lo scenario è un istituto penitenziario siciliano e nello specifico quello di Siracusa, dove l'estremo gesto autolesionista è stato scongiurato dal pronto intervento della Polizia penitenziaria. Adesso, il detenuto, si trova ricoverato e piantonato presso il reparto di rianimazione dell'ospedale siracusano e per i danni subiti dalla tentata impiccagione è in coma farmacologico". "È evidente - continua il sindacalista

dell'Osapp - che nonostante tutti gli sforzi profusi dal Provveditore regionale dell'Amministrazione Penitenziaria la situazione nelle carceri siciliane è gravissima. È impensabile ed inconcepibile che il capo del Dap e pure il vice capo del Dipartimento, non assumano provvedimenti per risollevare il sistema penitenziario siciliano". "Infatti, non si capisce - conclude - come si possono gestire efficacemente gli istituti siciliani se i vertici del Dap continuano ad assicurare in alcuni Istituti la presenza di più Dirigenti Penitenziari e funzionari del Corpo di Polizia Penitenziaria mentre in altri non viene assicurato con soluzione di continuità nessun titolare di dirigenza e di comando".

Napoli: fece commuovere Napolitano ma resta in cella, nonostante il tumore

Corriere del Mezzogiorno, 15 novembre 2013

La sua storia aveva fatto commuovere anche il Capo dello Stato. Napolitano s'impietosì e gli strinse la mano dalle inferriate della cella, durante la sua visita nel carcere di Poggioreale il 28 settembre scorso. Ma non è bastata a fargli ottenere un gesto di clemenza. Vincenzo, 35 anni, in carcere dal 2009 per un omicidio avvenuto dopo una rissa e ammalato di tumore al midollo spinale, ha infatti perduto circa 60 chili a causa della sua malattia. Per intenderci, ha perso ben 54 chili in più della detenuta eccellente Giulia Ligresti, scarcerata dopo 43 giorni per motivi umanitari (non mangiava e aveva perso sei chili) grazie all'intervento del Guardasigilli Cancellieri. Come se non bastasse ormai la testa gli penzola sul collo e Vincenzo deve indossare un collare per tenerla eretta. Si muove pochissimo, riesce a fare qualche passo solo sorretto dalle stampelle. Eppure resta sempre rinchiuso nel penitenziario più affollato d'Italia. Tutte le istanze di scarcerazione per gravi motivi di salute sono state sino a questo momento rigettate, perché secondo la giustizia, può essere curato in carcere.

La sua famiglia è stata costretta a trovare una struttura esterna dotata di piscina per la fisioterapia in acqua: costose cure a pagamento. È stato sottoposto a una decina di trattamenti con molta pena per le sue assolute difficoltà di movimento. Suor Lidia, la religiosa che gli porta conforto nella sua cella, piange ogni giorno per questo ex ragazzone che si sta spegnendo sotto i suoi occhi senza che nessuna autorità giudiziaria sia intervenuta per affidarlo a una struttura sanitaria. Risulta veramente difficile capire perché a Vincenzo, detenuto comune a Poggioreale, non sia stata ancora concessa una chance per vivere in maniera più umana la sua gravissima malattia. "Forse perché - maligna un suo parente - i nostri avvocati non possiedono il numero di cellulare del ministro Cancellieri". Adriana Tocco, garante regionale dei detenuti, è indignata: "Il caso di Vincenzo è uno dei più drammatici ai quali abbia assistito negli ultimi anni. Personalmente ritengo che non sia accettabile in un Paese civile far rimanere in cella un detenuto nelle sue condizioni di salute. Sono pronta a portare il suo fascicolo all'attenzione del ministro Cancellieri" conclude Tocco. In realtà, spiega, i casi come quello di Vincenzo sono tanti, troppi. Tocco ne elenca qualcun altro.

C'è il caso di Giovanni, 37 anni, rinchiuso a Poggioreale fino a qualche mese fa è divenuto paraplegico in carcere dopo un ictus. "Completamente incontinente, bisbiglia poche parole e ha bisogno di essere assistito continuamente per ogni tipo di attività. Eppure - aggiunge Tocco - solo da qualche mese ha ottenuto i domiciliari, dopo una marea di richieste corredata da certificati medici". È andata peggio ad Antonino, che invece scontava la pena a Melfi. Nell'agosto 2012 gli viene diagnosticato un tumore, ma non ottiene la sospensione della pena, Morirà in ospedale il 3 ottobre scorso. La sua storia è riportata a mo' di vergognoso monito sul sito internet dell'associazione "Ristretti Orizzonti".

E che dire delle vicissitudini di Francesco? "È un malato mentale - spiega la Tocco - detenuto nel carcere di Parma per reati associativi. È incontinente, depresso e ha perso oltre trenta chili. A causa delle sue condizioni mentali la tutela legale viene esercitata dalla moglie e dal figlio. Prima era ricoverato nell'Opg di Aversa, ma da quando è a Parma la famiglia non può andare a trovarlo perché non può permettersi di affrontare continue spese di viaggio. Così Francesco è solo e la sua patologia mentale peggiora. Abbiamo scritto a tutti, giudici di sorveglianza, Dap (il Dipartimento amministrazione penitenziaria) ma non si riesce a ottenere un avvicinamento alla famiglia. Eppure potrebbe essere rinchiuso in un carcere campano, perché invece ci si ostina a lasciarlo solo in Emilia Romagna?". Sono centinaia le istanze sulla scrivania di Adriana Tocco. "Si tratta di detenuti comuni, non di camorristi o mafiosi perché le famiglie di questi ultimi non pensano certo a rivolgersi al garante - argomenta la garante. Quindi anche la pericolosità sociale in molti casi è tutta da dimostrare, mentre la precarietà delle condizioni di salute è sempre documentata". C'è di più, secondo la professoressa Tocco "abbiamo casi di detenuti che restano in cella nonostante le dichiarazioni di incompatibilità certificate dai medici delle strutture". Insomma, un carcere disumano per i detenuti comuni, mentre le richieste della garante spesso cozzano contro muri di gomma come lei stessa ammette: "Ci rivolgiamo ai giudici di sorveglianza, al Prap (Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria), al Dap, ai magistrati inquirenti nel caso di detenuti in attesa di giudizio. Le risposte? Sempre riluttanti. Serve una legge che regoli con chiarezza e sancisca l'impossibilità che un detenuto gravemente ammalato resti in galera. Come invece avviene ancor oggi troppo spesso".

Aosta: tenta di impiccarsi in carcere, salvato dagli agenti di polizia penitenziaria di Cristian Pellissier

La Stampa, 14 novembre 2013

Un detenuto egiziano di 40 anni ha tentato di suicidarsi nel carcere di Brissogne ieri verso le 22,30. L'uomo, in carcere per reati legati allo spaccio di stupefacenti, si trovava in isolamento. "Il suo - spiega il direttore del carcere Domenico Minervini - non è stato un gesto dimostrativo, ha rischiato di morire. Lo abbiamo salvato solo grazie al tempestivo intervento dei nostri agenti". L'uomo ha utilizzato come cappio un lenzuolo che ha legato alle sbarre della cella. Minervini spiega: "Era stato trasferito in isolamento perché nei giorni precedenti aveva avuto dei problemi con gli altri detenuti, ma stavamo valutando di rimetterlo in un'ala comune. Proprio ieri mattina era stato visitato dal nostro medico, e nulla lasciava presagire questo gesto".

Il quarantenne è stato portato al Pronto soccorso dell'ospedale ed è stato dimesso già nella notte. "Lo psichiatra che lo ha visitato non ha ritenuto necessario tenerlo in ospedale" aggiunge Minervini. Leo Beneduci, segretario generale dell'Osapp, l'Organizzazione sindacale autonoma della polizia penitenziaria, evidenzia come "questo episodio dimostri come, nonostante i tagli del ministro Cancellieri la professionalità della polizia penitenziaria riesca a salvare delle vite umane". Il detenuto è ritornato in carcere: "Lo abbiamo di nuovo messo in isolamento - chiude Minervini - per tutelarlo. Ora c'è una sorveglianza più attenta nei suoi confronti. I motivi del gesto non ci sono chiari, le sue versioni sono contrastanti".

Torino: detenuto di 25 anni si impicca alle Vallette, ma è solo la punta dell'iceberg di Erica Di Blasi

La Repubblica, 12 novembre 2013

Dramma della disperazione l'altra notte alle Vallette. Un detenuto di 25 anni si è ucciso impiccandosi nella sua cella. Abdul Mourat, di origine algerina, si trovava in carcere per resistenza e lesioni: sarebbe uscito tra sette mesi, il 6 giugno 2014. Per togliersi la vita, il detenuto ha costruito un cappio rudimentale con un lenzuolo e l'ha poi agganciato a una grata. Teatro della tragedia, il blocco B delle Vallette. Si tratta del quarantatreesimo suicidio, dall'inizio dell'anno, che avviene nelle carceri italiane: il morto numero 139, se si guarda alla classifica assoluta dei decessi dietro le sbarre. "Quanto accaduto - sottolinea Leo Beneduci, segretario generale dell'Osapp, sindacato autonomo di polizia penitenziaria - è da mettere in relazione all'attuale situazione del sistema penitenziario italiano, tenendo conto anche del recente suicidio di un assistente di polizia penitenziaria di servizio a Padova". Il suicidio dell'altra sera non è però l'unico episodio drammatico avvenuto alle Vallette. A distanza di poche ore, un altro detenuto ha cercato di uccidersi, ferendosi l'addome con una lametta. Le guardie carcerarie sono però intervenute in tempo e sono riuscite a salvarlo. S. G., 22 anni, era riverso a terra con diversi tagli sulla pancia e altre parti del corpo. Portato d'urgenza in ospedale, i medici gli hanno bloccato l'emorragia con una cinquantina di punti. Nei prossimi giorni andrà a trovarlo il suo avvocato, Maria Giovanna Spataro, con l'intenzione di chiarire quanto accaduto. Il ragazzo, originario di Napoli, era finito in carcere per aver commesso una rapina nel capoluogo campano. Era però poi stato trasferito alla Vallette per partecipare a un percorso di riabilitazione attraverso lo studio ed il lavoro. Tra circa una settimana, era in programma l'udienza per discutere la concessione di una misura alternativa rispetto al carcere. "Qualsiasi cosa voglia sostenere l'attuale politica - commenta ancora Beneduci - a Torino, come nel resto d'Italia, la gestione delle carceri resta un inferno a cui sono destinati uomini e donne, anche di polizia penitenziaria, tenuto conto che i detenuti continuano a essere 21 mila più del previsto e i poliziotti penitenziari 8 mila in meno nell'organico". Una situazione drammatica. E molto spesso, come accaduto appena venerdì scorso, a farne le spese è il personale del carcere. In quell'occasione, un agente venne preso ripetutamente a pugni in faccia da un detenuto. Venne poi portato in ospedale dove i medici lo giudicarono guaribile in cinque giorni. "Chi si trova dentro il carcere - conclude l'Osapp del Piemonte e della Valle d'Aosta - perché sta scontando una pena o perché ci lavora, vive quotidianamente un vero e proprio inferno".

Cuneo: tentò il suicidio bevendo detersivo, condannato per minacce a pubblico ufficiale
www.targatocn.it, 8 novembre 2013

"L'ho chiesto quattro volte. Non potevo fare i colloqui con i parenti perché tutta la mia famiglia (padre, madre e la sorella. ndr) sono detenuti. Volevo essere trasferito nel carcere vicino ai miei genitori". Sarebbe stato questo il motivo per cui un uomo nel giugno 2011 aveva minacciato agli agenti di polizia penitenziaria di uccidersi. E aveva anche tentato di farlo, bevendo detersivo e procurandosi un taglio con la lametta all'avambraccio. Questa mattina il detenuto, un italiano, è stato condannato dal tribunale di Cuneo per minacce a pubblico ufficiale, per costringerli a compiere un atto nel loro servizio, a sei mesi di reclusione, pena sostituita con 45mila euro di multa. L'imputato era

in cella d'isolamento nella casa circondariale di Cerialdo per motivi disciplinari, da una decina di giorni. Un'agente ha spiegato che l'uomo "Era in stato di agitazione, reclamava dei vestiti che erano nella precedente cella, e disse che se non glieli portavano entro 10 minuti si sarebbe provocato tagli e avrebbe bevuto detersivo". Poco tempo dopo il detenuto mette in atto quanto minacciato: "Era steso a terra, con il sangue che usciva da avambraccio e ho chiamato subito il medico". Prima del gesto autolesionistico, aveva inserito nella toppa della cella della sostanza in modo impedire che gli agenti potessero ritornare nella sua cella: "Non volevo che entrassero, allora ho fatto tutto questo così poi mi portavano in infermeria. È stata una protesta perché volevo parlare col direttore". La difesa, sostenendo l'assoluzione per legittima difesa, ha replicato che il detenuto avrebbe avuto paura vedendo più agenti fuori dalla porta. In più si trovava "Dentro una cella in uno stato degradante e pericoloso dal punto di vista psicologico, ed è quindi possibile che si sia sentito minacciato".

Giustizia: Manconi (Pd); un'interrogazione al ministro, per chiarire ultime morti in carcere
Adnkronos, 8 novembre 2013

"Presenterò oggi stesso un'interrogazione urgente al ministro della Giustizia affinché vengano chiarite le circostanze in cui è avvenuta la morte di due detenuti nelle carceri di Roma Regina Coeli e di Trento". Lo scrive in una nota il presidente Commissione diritti umani del Senato, Luigi Manconi. "Danilo Orlandi, 31 anni, è morto nel mese di giugno 2013 nel carcere romano e solo oggi sono stati resi noti i risultati dell'autopsia: le cause della morte sarebbero da ricondurre a una polmonite non diagnosticata che sarebbe stata curata con una semplice aspirina -si legge nella nota-. Inoltre gli esami tossicologici hanno evidenziato una presenza non spiegata di benzodiazepine". "Il ventottenne deceduto nel penitenziario di Trento è stato trovato privo di sensi il 29 ottobre 2013 dai compagni di cella. L'uomo, che in carcere era sottoposto a terapia di metadone a scalare, secondo il medico di guardia è morto per un "arresto cardiaco", ma la procura, a tutt'oggi, ha respinto le richieste di effettuare un'autopsia", continua Manconi.

"Al di là di eventuali altre responsabilità che vanno immediatamente verificate perché sia fugato ogni dubbio sulle circostanze di questi decessi, quanto accaduto ci parla della drammatica situazione dell'assistenza sanitaria in carcere - prosegue Manconi. Basti ricordare, tra i mille scandalosi casi, quello di Brian Gaetano Bottigliero, del quale è stata respinta la richiesta di scarcerazione nonostante il suo peso corporeo in due anni di detenzione sia sceso dagli ottantatré ai sessantatré chili. Bottigliero, che per mesi denunciava dolori e malesseri, mai è stato visitato e, dopo i trattamenti assolutamente inadeguati ricevuti e la carcerazione in luogo non idoneo, la diagnosi dell'ottobre 2013 rileva una 'insufficienza renale cronica dalla quale, ormai, è impossibile guarire del tutto. La decisione di non scarcerare il ventiquattrenne -sottolinea infine il senatore- sottoposto a dialisi ormai tre volte la settimana discende dal fatto che, a parere del giudice, sussiste un "pericolo di fuga"".

Campania: Consigliera regionale Beneduce; diritto alla salute negato nelle carceri
Ansa, 7 novembre 2013

Si conclude il tour del consigliere regionale nei penitenziari. "Per i detenuti la sanità non può essere un'isola che non c'è". Così Flora Beneduce, consigliere regionale della Campania, commenta lo stato della sanità penitenziaria in Campania. Sanare le criticità e far luce sull'utilizzo dei fondi stanziati dalla Regione e trasferiti alle Asl per le carceri sono gli obiettivi dell'onorevole Beneduce, in seguito al tour negli istituti penitenziari della provincia di Napoli. "La situazione sanitaria degli istituti penitenziari campani è allarmante. Il sovraffollamento, i disagi psicologici, la percezione di ostilità che i detenuti avvertono nei confronti del personale, le lunghe attese per le visite specialistiche per i malati, l'assenza di figure professionali con formazione specifica rendono le condizioni dei reclusi particolarmente grave - dice Flora Beneduce, componente della Commissione Sanità del Consiglio regionale - nella struttura sanitaria del centro penitenziario di Secondigliano manca il personale medico e paramedico e le strumentazioni sono inadeguate o assenti.

Non sono garantite le attività specialistiche per cui c'è più domanda, come l'ortopedia, l'urologia, la diabetologia, la neurologia, la gastroenterologia e la chirurgia vascolare. Risultano del tutto insufficienti le ore assegnate ad altri specialisti. Assente anche la diagnostica per immagini. Gli esami di laboratorio, persino quelli di routine, non sono effettuati in sede e seguono una lunga trafila: una volta eseguito il prelievo ematico, lo stesso viene trasportato negli ospedali che insistono nella stessa Asl". Secondo la Beneduce "condizioni simili persistono anche al centro clinico di Poggioreale. Eppure l'articolo 3 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo stabilisce che ogni uomo debba avere un trattamento dignitoso: il diritto alla salute è inalienabile e preminente rispetto ad altre esigenze come, ad esempio, quella alla sicurezza. Ma, in queste carceri, le cure sembrano essere un'elargizione piuttosto che un diritto. La presenza dei medici, che subentrano a tempo determinato e cambiano ogni mese, è discontinua e non consente al detenuto di avere riferimenti stabili.

La richiesta al Cup di una visita specialistica genera lunghissime liste d'attesa, prassi burocratiche complesse e trasferimenti che impegnano risorse umane e mezzi. Emergono, dunque, diverse esigenze: innanzitutto quella di disporre personale medico specializzato e perlomeno del laboratorio di analisi all'interno della casa circondariale. "È auspicabile, poi, l'istituzione di una graduatoria di medici di Medicina Generale, appositamente formati, da assumere a tempo indeterminato". "Infine, bisogna predisporre day hospital oncologici per le chemioterapie in sede. Altra necessità, è quella di individuare una percentuale di posti di degenza in strutture convenzionate da riservare ai detenuti per la riabilitazione post infarto e post ictus". Non termina qui l'analisi dell'onorevole Beneduce, che, nel passaggio delle attribuzioni di competenze della sanità penitenziaria dal ministero di Grazia e Giustizia alle Asl avvenuto nel 2008, ha ravvisato l'ingenerarsi di nuove emergenze ed inadempienze. La Regione ha impegnato dei fondi per la sanità penitenziaria - spiega la Beneduce.

Alla Asl Napoli 1, dove insistono i centri clinici di Poggioreale e Secondigliano, sono stati assegnati nel 2012 oltre 10 milioni di euro. Sarebbero stati sufficienti ad evitare l'avvicendamento per i pazienti detenuti, destabilizzante per i pazienti, dei medici; per acquistare alcune delle apparecchiature necessarie e per assicurare i livelli essenziali di assistenza. Non so dove questi fondi siano finiti. Per ottenere risposte, forse dovrei rivolgermi all'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria, istituito nell'ottobre del 2010. Se solo funzionasse". "In questo cupo excursus sulle carceri partenopee, però - evidenzia la Beneduce - ci sono degli spiragli di luce e prospettive che aprono alla speranza. Nella casa circondariale di Pozzuoli, infatti, c'è una realtà diversa, dove sono attivi tutti gli ambulatori, grazie all'impiego di specialisti ambulatoriali, e dove c'è la Guardia medica h24. Inoltre, le detenute hanno la possibilità di studiare, di essere iniziate a diverse professioni, di acquisire competenze, di partecipare a laboratori e di recitare. Il vero disagio è quello affettivo, per la lontananza dai figli - conclude - ma il personale medico e paramedico spesso riesce a offrire supporti che non sono solo professionali, ma anche e soprattutto psicologici. Ecco, dunque, l'importanza di essere pronti per gestire il rapporto con i reclusi, spesso malati nel corpo e feriti nell'animo".

Roma: a Rebibbia il Reparto G11 è un Centro clinico, ma non ne ha le caratteristiche
Ristretti Orizzonti, 7 novembre 2013

Il garante dei detenuti del Lazio scrive al Capo del Dap per la situazione sanitaria del reparto G11 di Rebibbia Nuovo Complesso.

Sono le parole del ministro della Giustizia Anna Maria Cancellieri a riaccendere l'attenzione sulle carceri. "Oltre un centinaio di casi in tre mesi". Il ministro si riferisce alle decine di interventi per verificare e in alcuni casi alleviare la situazione di detenuti.

Così il Garante dei detenuti del Lazio, Angiolo Marroni, scrive al Capo del Dap Giovanni Tamburino sulla grave situazione sanitaria e logistica del reparto g11 di Rebibbia Nuovo Complesso: "Il piano terra del reparto G 11 del carcere romano di Rebibbia Nuovo Complesso è, di fatto, utilizzato come Centro Clinico senza averne le caratteristiche tecniche e strutturali e senza, soprattutto la presenza di personale medico e paramedico adeguato".
svuota-carceri.

Il G 11 è un reparto di Rebibbia N.C. destinato ad ospitare i cosiddetti detenuti comuni. Organizzato su tre piani, ognuno dei quali diviso in tre bracci, ospita attualmente oltre 500 detenuti. I problemi di carattere logistico e sanitario sono cominciati circa un anno fa quando, con l'avvio dei lavori di ristrutturazione del Centro Clinico di Regina Coeli, buona parte dei detenuti malati lì ricoverati sono stati trasferiti a Rebibbia e qui, per ospitarli, è stato adattato a Centro Clinico il piano terra del G 11.

"Trattandosi di una soluzione di ripiego - ha detto il Garante dei detenuti Angiolo Marroni - la situazione è rapidamente degenerata diventando, oggi, drammatica. Il reparto non ha le condizioni strutturali per ospitare detenuti affetti dalle più disparate patologie e con scarse o nulle capacità deambulatorie. Celle e servizi non sono adeguati per ospitare persone disabili. Mancano le carrozzine ed ogni altro supporto per cui non è infrequente che i detenuti siano costretti a stare tutto il giorno in cella. La presenza sanitaria è insufficiente a gestire una situazione del genere e moltissimi detenuti denunciano di non essere seguiti dalla sanità di reparto. È per questo che abbiamo chiesto un intervento urgente del Capo del Dap. Quelle che abbiamo segnalato sono tutte persone affette da patologie gravi, che avrebbero bisogno di ben altra attenzione; rispetto a ciò torna utile il dibattito sviluppato in questi giorni sul caso Ligresti, da parte del Ministro Cancellieri che ha posto all'attenzione nazionale le difficili condizioni di vita di molti detenuti".

Ecco le 10 denunce inviate al capo del Dap Giovanni Tamburino

Liviu C., è invalido al 100% per colpa di una patologia caratterizzata da atrofia muscolare e neuropatia sensitiva progressiva che colpisce le estremità degli arti. È alloggiato in una cella di 18 mq. con 4 letti, 6 armadi, 1 tavolo e 4 sgabelli. Il bagno è per normodotati, senza alcun appoggio per disabili. Non ha né carrozzina né canadesi.

Emilio T., ha la poliomielite alla gamba destra, che è a rischio di amputazione. Diabetico, è costretto a fare punture di insulina 4 volte al giorno. Da 4 mesi è in sciopero della terapia salvavita lamentando il disinteresse della sanità di reparto. Nella sua cella di 10 mq. non c'è spazio per la carrozzina e per questo vive allettato 24 ore al giorno.

Massimo C., ha l'artrite psoriasica su tutto il corpo che nella fase acuta provoca il blocco totale degli arti inferiori costringendolo a letto. Lamenta il disinteresse della sanità di reparto. La sua cella di 20 mq la divide con altre quattro detenuti disabili. Il bagno, senza sostegni per disabili, è senza doccia e senza acqua calda.

Fabrizio F., invalido all'85%, ha una protesi totale dell'anca destra e un chiodo endomidollare alla gamba sinistra. Da agosto è in attesa di un intervento chirurgico al "Sandro Pertini" e per denunciare la sua situazione ha fatto anche lo sciopero della fame e della sete. Nella sua cella ci sono 4 letti, 6 armadi poggiati a terra ed altri 11 appesi al muro, 1 tavolo e 4 sgabelli. Per muoversi occorre fare i turni spostando ogni volta tavolo e sgabelli. Il bagno è per normodotati, senza alcun appoggio per disabili e privo di doccia e di acqua calda.

Salvatore F., invalido al 100% con accompagnamento vive tutto il giorno in cella senza piantone e senza nessun supporto (carrozzine o canadesi). È uno dei compagni di cella di Fabrizio F..

Domenico C., è affetto da retinopatia diabetica ad entrambi gli occhi, da neuropatia diabetica alle gambe e da diabete mellito con discompensazione ipoglicemica. Ha subito anche un Infarto del miocardio. Per muoversi nella cella bisogna fare i turni spostando ogni volta tavolo e sgabelli.

Luciano L., già colpito da 3 infarti e 6 ischemie cerebrali, è stato operato a cuore aperto con sostituzione della valvola aorta sinistra. Quando aveva 11 anni di età una meningite settica gli ha provocato il distacco delle dita dei piedi. Gli è stata tolta la carrozzina ed i bastoni canadesi. Vive in una cella di 20 mq con altre 4 persone. Il bagno, per normodotati, è privo di doccia e di acqua calda.

Alberto B., invalido al 100% con accompagnamento, è affetto da epatite C cronica a causa di una infezione al midollo. Ha subito l'asportazione di 3 vertebre, sostituite da vertebre sintetiche, e per questo ha una semiparalisi degli arti inferiori. Trasferito da poco, quando era al G11 ha denunciato di non essere stato seguito in maniera adeguata.

Carlo D'A. ha una complessa situazione clinica. Lo scorso 9 settembre, doveva essere operato per la rimozione di un cerchio precedentemente installato sulla sua rotula sinistra. Errori, incomprensioni e burocrazia hanno fatto saltare l'intervento e, per questo, il detenuto lamenta di non essere stato adeguatamente seguito.

Roma: "polmonite non diagnosticata" causa morte di un giovane detenuto a Regina Coeli
di Ilaria Sacchettoni

Corriere della Sera, 7 novembre 2013

Danilo Orlandi, 31 anni, fu curato con una semplice aspirina. Il decesso risale a giugno, la svolta è arrivata dai risultati dell'autopsia. Maria Brito giura che suo figlio è morto "di" carcere. Disperso tra i numeri massimi di Regina Coeli (1.100 detenuti anziché i 600 che il vecchio penitenziario potrebbe contenere). Il fatto è che ora, forse inaspettatamente, i risultati dell'autopsia sembrano darle ragione.

Danilo Orlandi, 31 anni, arrestato per resistenza a un pubblico ufficiale, con problemi di tossicodipendenza, è morto il 1 giugno nella sua cella. Senza una terapia adatta né, a quanto pare, una vera diagnosi. Sul momento si parlò di infarto mentre "Radio Carcere" riportò voci, affiorate nell'ambiente carcerario, circa una presunta "overdose". La svolta è di questi giorni, arrivata con i risultati dell'autopsia.

Nella sua relazione, l'esperto della procura, professor Costantino Ciallella dell'Università La Sapienza parla di una polmonite non diagnosticata. E dunque, all'origine della morte di Orlandi, potrebbe esserci, ancora una volta, una negligenza. Il mancato approfondimento sulla salute di un detenuto ricorda altri casi ma, restando al presente, per ora, sulla morte di Danilo Orlandi si conoscono poche circostanze.

La prima è che a fine maggio scorso, il ragazzo si ammalò e iniziò a lamentare febbre e dolori. L'altra è che, come "terapia", gli fu somministrata una comune aspirina, un rimedio per abbattere i sintomi di un malessere non meglio approfondito e sul quale, a quanto pare, non vi furono riscontri. Oggi, tra le sostanze rilevate dall'esperto è stata rinvenuta la benzodiazepina. Un ipnotico che teoricamente non avrebbe dovuto avere. Come faceva allora a esserne in possesso? Possibile che in carcere un detenuto possa disporre pacificamente di droghe?

Dal magistrato di turno all'epoca dei fatti, il pm Michele Nardi, l'inchiesta è passata al pool delle colpe professionali, coordinato dall'aggiunto Leonardo Frisani, e al sostituto Mario Ardigò. Gli investigatori hanno già acquisito la documentazione dalla direzione penitenziaria del carcere e, nei prossimi giorni, potrebbe essere ascoltato il personale di servizio in quei giorni.

Una foto recente delle condizioni di vita di Regina Coeli è stata scattata dall'associazione Antigone: "Quasi tutti gli spazi destinati alla vita in comune, alla scuola e alle attività penitenziarie sono oggi utilizzati come dormitori. L'ora d'aria viene effettuata in stretti cortili cementificati. Le celle sono quasi sempre chiuse. Nella sola terza sezione, restano aperte durante la mattinata.

I detenuti che lavorano, quasi sempre per poche ore settimanali a causa della ristrettezza dei fondi, sono circa 130".

Su sollecitazione dell'ex ministro Paola Severino è stata avviata un'indagine della Regione Lazio sugli aspetti sanitari di Regina Coeli. Il garante dei detenuti, Angiolo Marroni, ha denunciato a più riprese "l'incompatibilità fra regime carcerario e situazioni di malati cronici" (ieri ha scritto una lettera al Dap per denunciare la situazione di Rebibbia). L'ultimo caso, pubblicato ieri da sito del Corriere è quello di Brian Gaetano Bottigliero. Condannato a nove anni per aver preso parte alla rissa a Monti (la cui vittima, Alberto Bonanni è tuttora in coma), Bottigliero, 24 anni, è in lista per il trapianto del rene. Entra ed esce per fare la dialisi, ma il tribunale ha sempre respinto l'istanza di scarcerazione.

Roma: detenuto malato e in dialisi, ma non si chiama Ligresti...

di Davide Falcioni

www.fanpage.it, 6 novembre 2013

Il padre di un detenuto di 24 anni denuncia il costante aggravarsi delle condizioni di salute del figlio, malato di insufficienza renale, costretto alla dialisi e dimagrito di 15 chili: "Due anni senza adeguate cure lo hanno distrutto, ridotto a uno scheletro. E adesso, gli arresti domiciliari alla Ligresti, causa eccessivo dimagrimento e prostrazione psicologica... Ma allora, da chi bisogna farsi raccomandare per salvare il nostro ragazzo?"

Un ragazzo di 24 anni, detenuto del carcere di Regina Coeli a Roma, gravemente malato e sotto dialisi, ha affidato ai genitori un appello al ministro della giustizia Anna Maria Cancellieri, finita negli ultimi giorni al centro di furiose polemiche per la sua telefonata "solidale" con la detenuta Giulia Ligresti: "Quando ho sentito del caso di Giulia Ligresti e dell'intervento presso i Dap che ha risolto la sua detenzione facendole guadagnare gli arresti domiciliari - dice il padre del giovane detenuto al Corriere - mi sono chiesto: ma allora abbiamo sbagliato tutto? Tutti i nostri ricorsi dovevano andare al Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria anziché al giudice competente? Oppure dovevamo rivolgerci anche noi al ministro Cancellieri?". B.G., gravemente malato, durante la sua permanenza in cella ha perso 15 chili e - di fatto - non può neppure essere operato perché gravemente debilitato. La storia del 24enne non è isolata: sono centinaia i detenuti che versano in condizioni di salute talvolta serie. B.G viene ricoverato nel gennaio scorso: la sua vita è in pericolo da tempo, ma gli viene diagnosticata una grave insufficienza renale e dopo una settimana viene trasferito all'ospedale Sandro Pertini, sezione medicina protetta (la stessa dove venne ricoverato Stefano Cucchi).

La diagnosi parla chiaro: insufficienza renale cronica. Dopo tre mesi viene dimesso e - malgrado la sua patologia non potesse essere curata dal centro clinico del carcere di Regina Coeli - il ragazzo viene riportato in cella. Qui nessuno gli consente di seguire la dieta prescritta dai medici e le conseguenze non tardano ad arrivare: in breve tempo B.G. perde 15 chili. Ad ottobre viene nuovamente ricoverato: i sanitari del Pertini contestano "un quadro clinico caratterizzato da nausea, vomito, astenia e dimagrimento insorti da alcuni mesi". Il 24enne pesa solo 63 chili, contro gli 83 di quando era stato arrestato. Non basta, evidentemente: qualche giorno fa, dimesso dall'Ospedale, viene nuovamente riportato in cella, "dove di nuovo non potrà essere assistito come la sua patologia richiede" spiega il padre. Che ricorda: "Abbiamo presentato istanza di scarcerazione per incompatibilità carceraria per gravi motivi di salute: la nostra richiesta è stata rigettata con la motivazione del pericolo di fuga. Ma dove può fuggire un ragazzo che non sta in piedi e che deve sottoporsi a dialisi in continuazione?"

"Se nostro figlio - conclude il padre - avesse avuto un'adeguata assistenza sanitaria all'insorgere dei primi sintomi, la sua patologia - in origine banale - non sarebbe degenerata. Due anni senza adeguate cure lo hanno distrutto, ridotto a uno scheletro. E adesso, gli arresti domiciliari alla Ligresti, causa eccessivo dimagrimento e prostrazione psicologica... Ma allora, da chi bisogna farsi raccomandare per salvare il nostro ragazzo?"

Brian Bottigliero detenuto. Famiglia: Cancellieri ci aiuti o nuovo caso Cucchi

Brian Gaetano Bottigliero ha 24 anni, è in carcere a Regina Coeli ed esce dalla cella 3 volte a settimana. Esce per fare la dialisi: Brian ha bisogno, urgente, di un trapianto di reni. Senza non avrebbe futuro. Ma per ora il trapianto non lo può fare: in carcere ha perso troppi chili, la sua magrezza è eccessiva. Brian è in carcere da oltre due anni: è in attesa della sentenza d'appello, in primo grado è stato condannato a 9 anni per una rissa con un ferito grave. Sono due anni che Brian sta male, due anni che lui e la sua famiglia chiedono che venga scarcerato: perché il suo stato di salute non è compatibile con il carcere. Due anni di richieste al giudice e al tribunale della libertà, finché non è esploso il caso Giulia Ligresti, rapidamente scarcerata per motivi di salute come emerso dalle intercettazioni che hanno coinvolto il ministro Cancellieri. Ed è al ministro della Giustizia che i familiari di Brian si rivolgono, proprio nello stesso giorno in cui il ministro pronuncia la sua difesa in aula sul caso Ligresti. Sperando che quello di Brian non diventi un nuovo "caso Cucchi". Dice Antonio Bottigliero al Corriere della Sera:

"Quando ho sentito del caso di Giulia Ligresti e dell'intervento presso i Dap che ha risolto la sua detenzione facendole guadagnare gli arresti domiciliari - dice Antonio Bottigliero, il padre di Brian - mi sono chiesto: ma allora abbiamo sbagliato tutto? Tutti i nostri ricorsi dovevano andare al Dipartimento dell'amministrazione

penitenziaria anziché al giudice competente? Oppure dovevamo rivolgerci anche noi al ministro Cancellieri?” Sono due anni che Brian esce dal carcere per essere ricoverato nel reparto protetto dell’ospedale Pertini di Roma, nello stesso reparto dove finì Stefano Cucchi. Due anni di permessi di scarcerazione negati. Per pericolo di fuga o per pericolo di reiterazione del reato.

“Se nostro figlio avesse avuto un’adeguata assistenza sanitaria all’insorgere dei primi sintomi, la sua patologia - in origine banale - non sarebbe degenerata”, sottolineano. “Due anni senza adeguate cure lo hanno distrutto, ridotto a uno scheletro. E adesso, gli arresti domiciliari alla Ligresti, causa eccessivo dimagrimento e prostrazione psicologica... Ma allora, cosa dobbiamo per salvare il nostro ragazzo?”.

Giustizia: malattie infettive e disagio psichico, salute dei 65mila detenuti a rischio

Adnkronos, 6 novembre 2013

La salute degli oltre 65 mila detenuti presenti nei 206 istituti di pena italiani è messa a rischio da due principali problemi: il disagio psichico e le patologie infettive. “Dagli ultimi dati che abbiamo, relativi al 2012, 1 detenuto su 3 è positivo all’epatite C, la prevalenza dell’Hiv e dell’epatite B è intorno al 5% (circa 1 detenuto su 20). Mentre a soffrire di disturbi psichici, più o meno gravi, è il 25-30% della popolazione carceraria”. È la fotografia scattata per l’Adnkronos Salute da Roberto Monarca, presidente della Scuola di formazione della Simspe, la Società italiana di medicina e sanità penitenziaria. “Il carcere è un concentratore di patologie perché raccoglie e mette insieme popolazioni che arrivano da zone ad elevato rischio patologie infettive (Africa ed Est Europa) con altri soggetti sani - aggiunge Monarca - ecco che si genera una situazione esplosiva dal punto di vista sanitario”. Secondo l’esperto, “ci sono situazioni cliniche che non sono compatibili con il regime di detenzione: ad esempio la dialisi, le patologie oncologiche, i trapiantati, ma anche i disturbi alimentari - osserva - e il magistrato, dopo aver visionato la valutazione del medico, decide in base alla pericolosità del soggetto le possibili alternative: arresti domiciliari, reparti ospedalieri detentivi o il ricovero in centri specializzati”. I penitenziari possono diventare anche il primo accesso alle cure soprattutto per chi arriva da Paesi del terzo mondo: “Molti giovani detenuti hanno per la prima volta una visita medica in carcere - sottolinea Monarca - un primo approccio che ci permette di scoprire malattie che il soggetto non sapeva di avere, visto che nel paese d’origine non aveva mai fatto controlli”. Dopo la riforma del 2008, che ha visto passare la sanità penitenziaria sotto l’ala del ministero della Salute, sono diverse centinaia i medici e diverse migliaia gli infermieri che lavorano negli istituti di pena.

Non va dimenticato però anche il problema dei tossicodipendenti: secondo il rapporto del Forum antidroge e di altre sigle, nel 2012 un detenuto su tre è entrato in cella per detenzione di droga. A preoccupare i medici penitenziari sono anche gli stili di vita dei detenuti. “Il tasso di fumatori tra questa popolazione è altissimo - suggerisce Monarca - ma anche l’alimentazione è spesso poco sana. Così queste persone hanno un rischio maggiore di sviluppare malattie cardiovascolari e oncologiche rispetto a chi è fuori dal carcere. Ma, ad oggi, non esistono studi epidemiologici su questo fenomeno. E - chiosa - l’affollamento è uno dei fattori più seri da affrontare quando si parla della salute dei detenuti”. Il tema della sproporzione del numero di ospiti (oltre 65mila) degli istituti di pena italiani (circondariali, di reclusione, mandamentali e case lavoro) rispetto ai posti disponibili (circa 47 mila), secondo i dati forniti a maggio dal ministro della Giustizia Anna Maria Cancellieri in un intervento al Senato, è per l’esperto l’elemento chiave e l’ostacolo maggiore che devono affrontare i medici e gli infermieri “penitenziari”. Per studiare a livello europeo le problematiche cliniche e sanitarie che devono affrontare i detenuti, il 15 ottobre a Londra è stata fondata la “European Federation for Prison Health” con la partecipazione di rappresentanti di Italia, Spagna, Francia, Belgio, Inghilterra, Svizzera, Austria e Germania. Ma sarà l’Italia, grazie all’impegno della Simspe, a guidare la Federazione nella sua fase iniziale per i primi 2 anni. Presidente della Federazione è stato eletto proprio Roberto Monarca, già direttore scientifico di Simspe e coordinatore per le malattie infettive in carcere della Società italiana di malattie infettive e tropicali (Simit).

Disturbi alimentari non compatibili con il carcere

“I disturbi alimentari che comportano un decadimento organico importante non sono compatibili con il regime carcerario. Il medico può segnalare il caso, il magistrato decide per l’applicazione delle misure alternative: dagli arresti domiciliari, al ricovero o al trasferimento in altra struttura”. Ad affermarlo all’Adnkronos Salute è Roberto Monarca, presidente della Scuola di formazione della Simspe, la Società italiana di medicina e sanità penitenziaria, commentando il caso di Giulia Ligresti, accusata di falso in bilancio e aggrottaggio dalla procura di Torino nell’inchiesta su Fonsai, e passata dal carcere di Vercelli agli arresti domiciliari per il repentino calo di peso corporeo, 6 chili in poco più di un mese. Vicenda al centro delle presunte intromissioni del ministro della Giustizia Cancellieri per favorire la situazione della Ligresti. “Molti detenuti attuano lo sciopero della fame per attirare l’attenzione delle direzioni del carcere, dei media e dell’opinione pubblica sulla loro situazione - spiega Monarca - ma la maggior parte di queste “proteste” non sfocia poi in condizioni di incompatibilità con il regime detentivo.

Direi - conclude - che solo in 2 su 100 arriva la misura alternativa da parte del magistrato”.

Giustizia: il 25-30 per cento della popolazione carceraria soffre di disturbi psichici

di Maurizio Gallo

Il Tempo, 6 novembre 2013

L'inferno dei vivi. Autolesionismo, suicidi, tossicodipendenza, malattie della mente e del corpo, come la depressione e l'epatite. Le sovraffollate carceri italiane, involontario "laboratorio" di convivenza tra individui con religioni, usanze, lingue e culture diverse costretti in gabbie da topo, sono brodo di coltura per disagi psichici e fisici. Nei 206 istituti di pena del Belpaese, che hanno una capienza regolamentare di 47.459 unità, ci sono circa 64.000 persone (erano 64.873 a fine luglio e oltre 65.000 a settembre). Di queste il 25%, quindi 16.000, sono in custodia cautelare, cioè in detenzione preventiva, cioè virtualmente innocenti, ha ricordato ieri il ministro della Giustizia Annamaria Cancellieri. Un immeritato anticipo di pena che riguarda un quarto della popolazione penitenziaria.

Le condizioni inumane delle nostre prigioni contribuiscono a far nascere o aggravare il disagio mentale, causando nello stesso tempo l'abbassamento delle difese immunitarie. Come ha spiegato Roberto Monarca, presidente della Sinspe (Società italiana di medicina e sanità penitenziaria), nel 2012 un detenuto su tre è risultato positivo all'epatite C, uno su 20 all'epatite B e all'Hiv, mentre a soffrire di disturbi psichici più o meno gravi è il 25-30% della gente che sopravvive dietro le sbarre.

“Il carcere è un concentratore di patologie perché raccoglie e mette insieme popolazioni che arrivano da zone a elevato rischio di patologie infettive, come l'Africa e l'Est Europa, con altri soggetti sani - spiega il presidente della Sinspe Roberto Monarca - Così si genera una situazione esplosiva dal punto di vista sanitario”. Secondo l'esperto, “ci sono situazioni cliniche che non sono compatibili con il regime di detenzione: ad esempio la dialisi, le patologie oncologiche, i trapiantati, ma anche i disturbi alimentari. E il magistrato, dopo aver visionato la valutazione del medico, decide in base alla pericolosità del soggetto le possibili alternative: arresti domiciliati, reparti ospedalieri detentivi o il ricovero in centri specializzati”. A dir la verità il ricorso alle misure alternative è decisamente scarso. I numeri del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria parlano chiaro: alla fine di luglio c'erano soltanto 2.946 detenuti che usufruivano della libertà vigilata, 194 di quella controllata (se la pena non è superiore ai 12 mesi), appena 11 erano in semidetenzione, un regime che sostituisce le pene detentive brevi ma comporta comunque l'obbligo di trascorrere dieci ore al giorno in prigione. Anche se non esistono dati ufficiali, si stima che le patologie più diffuse (oltre a quelle psichiche) siano quelle dell'apparato digerente (19%) e quelle infettive e parassitarie (12,5%), come epatite e tubercolosi. Frequenti pure i problemi osteo-articolari, le bronco-pneumopatie croniche ostruttive (in carcere si consumano fra le 20 e le 40 sigarette al giorno), le malattie metaboliche e del ricambio, come il diabete mellito, che dipendono dal tipo di dieta e dalla mancanza di movimento. Quelle cardio-vascolari, poi, colpiscono classi di età molto più basse che all'esterno. Per non parlare di circa 500 disabili che vivono in condizioni penose. A preoccupare i medici penitenziari sono anche gli stili di vita dei detenuti. “Il tasso di fumatori tra questa popolazione è altissimo - riferisce Monarca - ma anche l'alimentazione è spesso poco sana. Così queste persone hanno un rischio maggiore di sviluppare malattie cardiovascolari e oncologiche rispetto a chi è fuori dal carcere”. Non sempre, come avvenuto per Giulia Ligresti, i malati ottengono di scontare la pena ai domiciliari o usufruiscono di altre misure restrittive. Come dimostra l'ultimo caso salito alla ribalta della cronaca di un detenuto romano di 24 anni che soffre di insufficienza renale, ha perso 15 chili in due anni e deve fare spesso dialisi, ma resta ugualmente a Regina Coeli perché il tribunale del Riesame ha riconosciuto il “pericolo” di reiterazione del reato (è stato condannato in primo grado per il pestaggio di un musicista avvenuto nel rione capitolino di Monti).

Sempre l'anno scorso, in cella si sono registrati 56 suicidi, 1.308 tentativi di suicidio, 97 decessi per “cause naturali”, 7.317 episodi di autolesionismo. C'è poi il problema dei galeotti “tossici”. In base al rapporto del Forum antidroga, nel 2012 un detenuto su tre è entrato in galera per detenzione di sostanze stupefacenti. E in carcere un terzo sono drogati. Non solo. Molti si infettano proprio in cella. Basta pensare che l'anno passato i detenuti che avevano contratto l'Aids prima di entrare in prigione erano solo 2, quelli che avevano preso la “peste del XXI secolo” dentro le mura di un penitenziario ben 65. L'inferno per vivi, insomma, contribuisce a creare criminali e malati.

Monarca sottolinea che “l'affollamento è uno dei fattori più seri da affrontare quando si parla della salute dei detenuti”. E la sproporzione del numero di ospiti degli istituti di pena, tra circondariali, di reclusione, mandamentali e case lavoro, rispetto ai posti disponibili rappresenta l'elemento chiave e l'ostacolo maggiore che devono affrontare medici e infermieri impegnati nelle patrie galere. Per non parlare di rivolte e risse causate anche dall'effetto “topo in gabbia”. Proprio due giorni orsono due detenuti sono stati costretti a ricorrere alle cure ospedaliere in seguito a uno scontro fra italiani e stranieri, armati di forbici e macchinette del caffè usate come

oggetti contundenti, nell'affollata casa circondariale di via della Lungara. Sempre nel 2012 ci sono state 278.304 manifestazioni di protesta collettiva. Episodi che comprendono lo sciopero della fame, il rifiuto delle terapie, l'astensione da attività programmate, la percussione dei cancelli e delle inferriate, il rifiuto di rientrare in cella, mentre 93 sono stati evasioni e mancati rientri. Le aggressioni sono state 4.651, suddivise in ferimenti (1.023) e in "semplici" colluttazioni (4.651).

Ma il dramma della sovrappopolazione carceraria non incide solo sui "ristretti". Secondo il Dap, in dieci anni sono stati 64 gli agenti di polizia penitenziaria, anche loro obbligati a condividere le vergognose condizioni degli "ospiti", che si sono tolti la vita.

Tornando al problema sanitario, il 15 ottobre a Londra è stata fondata la Federazione europea per la salute in prigione, che vede la partecipazione di italiani, spagnoli, belgi, inglesi, austriaci e tedeschi. E sarà proprio l'Italia a guidarla per i primi due anni, sotto la presidenza di Roberto Monarca. Non sarà un compito facile, visto che l'8 gennaio l'Europa ci ha "condannato" all'unanimità per la violazione dell'articolo 3 della Convenzione dei diritti dell'uomo. Che stabilisce il divieto di trattamenti inumani e degradanti e di tortura. Sì, avete letto bene: tortura.

Giustizia: salvarne una non basta, negli ultimi sei mesi record delle morti in cella

Libero, 5 novembre 2013

Il sedicente ministro della Giustizia più umano della storia repubblicana, ovvero Anna Maria Cancellieri, settantenne ex prefetto, non è riuscito a cambiare il tragico record di morti in carcere del nostro ordinamento penitenziario (una media cinque volte superiore rispetto agli Stati Uniti d'America). Anzi, da quando si è insediata al dicastero di via Arenula i detenuti deceduti per malattia, suicidio o altre cause sono paradossalmente aumentati rispetto al passato. Sono i crudeli dati dell'osservatorio "Morire in carcere", un gruppo di lavoro di cui fanno parte il partito Radicale e associazioni come "Antigone" e "Ristretti orizzonti". Dall'1 maggio al 2 novembre 2013 sono morti in cella 56 persone, compresi due ultraottantenni di cui diremo dopo. Il suo predecessore Paola Severino, in questa Spoon River delle patrie galere, dovette registrare 55 defunti nello stesso semestre (maggio-novembre) del 2012. Medesimo numero di bare al tempo di Angelino Alfano, nel 2010. Nel 2007, in Guardasigilli del governo Prodi, Clemente Mastella fermò il macabro conteggio a 49 defunti.

Dunque Cancellieri ha certamente salvato la vita di Giulia Ligresti, ma non è riuscita a fare altrettanto con molti altri prigionieri. Dal 17 luglio, giorno in cui mostrò un'accorata partecipazione al dramma di Ligresti, sono morti 33 uomini. Tra di loro anche Egidio Corso, di 81 anni, spirato nel carcere di Ferrara per malattia e Sergio Caccianti, 82 anni, condannato per l'omicidio di un falegname e il ferimento a coltellate di una donna, dopo un pomeriggio di ordinaria follia. Nell'elenco dei sommersi e non salvati anche 24 suicidi. Tra loro Davide Valpiani, ex rampollo prima accusato della morte dei genitori e poi condannato per l'uccisione del cognato per 800 mila euro contesi. Ma sono i Radicali, sul loro sito, a raccontare le storie più agghiaccianti di questo cimitero dimenticato. Per esempio scopriamo che Corso "era in sciopero della fame da dieci giorni per protesta contro la mancata concessione di una pena alternativa". Caccianti, recluso a Roma (Rebibbia ha il triste record di morti recenti), ha avuto un malore in cella ed è morto in ospedale dopo due giorni di agonia. "Aveva gravi patologie ed era stato colpito da ictus. A inizio ottobre il Tribunale di sorveglianza aveva rigettato la richiesta di differimento della pena per motivi di salute". Il 16 ottobre è morto il sessantenne Antonino Vadala, per un tumore al cervello. I famigliari avrebbero presentato un esposto alla magistratura sostenendo "che gli sono state negate le cure necessarie". Il 26 settembre si è impiccato nel carcere di Secondigliano, a Napoli, Luciano De Marco, 35 anni, "malato terminale di Aids e in regime di osservazione psichiatrica". In provincia di Avellino, invece, si è impiccato con i lacci delle sue scarpe Angelo Panariello, 64 anni: "Aveva già scontato 26 anni di carcere e aveva confidato ai famigliari di non poter resistere in cella un giorno di più". Non mentiva.

A Opera (Milano) il 31 agosto è morto carbonizzato nella sua cella Walter Luigi Mariani, 58 anni, paraplegico a seguito di un'ischemia. Secondo i Radicali non è chiaro se si sia trattato di suicidio o incidente. Il 2 maggio è morto per un malore il settantottenne libico Sli-man Bombaker, "malato di diabete aveva già avuto un infarto e una grave insufficienza renale che lo aveva quasi paralizzato. Doveva scontare solo sei mesi di pena residua". Ha una storia altrettanto triste il sessantaseienne cittadino belga, Jacques De Dekker, accusato di traffico di stupefacenti e deceduto in carcere (ma ai tempi il Guardasigilli era Severino, Cancellieri guidava il ministero dell'Interno) per un cancro al pancreas diagnosticato nel 2008. Aveva chiesto inutilmente di curarsi fuori dal carcere e "sfumata ormai ogni possibilità di cura", nel 2010 aveva scritto una lettera-appello in cui aveva supplicato "di poter morire accanto ai miei due bambini e a mia moglie in Belgio". Nessuno lo ha accontentato. Tutti questi signori né i loro famigliari, ne siamo certi, avevano in agenda il numero di cellulare del ministro Cancellieri.

Roma: dai trapiantati ai dializzati; in cella decine di persone incompatibili col carcere

Corriere della Sera, 5 novembre 2013

La denuncia del Garante Angiolo Marroni: negata la sospensione della pena, morto 82 enne cardiopatico di Regina Coeli. “La misura Ligresti sembra non valere per tutti”.

Incompatibilità con il carcere? L'intervento presso il Dap che ha fatto liberare Giulia Ligresti si basa su una valutazione che “decisamente non vale per chiunque”. Lo afferma il Garante per i detenuti della Regione Lazio, Angiolo Marroni. “Lo scorso primo ottobre, un 82enne detenuto a Regina Coeli, Sergio Caccianti, è morto appena giunto al pronto soccorso dell'ospedale Santo Spirito di Roma - spiega il garante. Nonostante i gravissimi problemi cardiaci di cui era sofferente gli era stato negato il differimento provvisorio della pena a causa della malattia. Insomma, è stato detto di no alla sospensione della pena per sei mesi. Così è andato a morire al Pronto Soccorso quando ormai era troppo tardi...”.

Trapiantato resta in cella - Carceri e incompatibilità per ragioni sanitarie, un argomento di grande attualità dopo quanto è emerso nell'affaire Ligresti. Il garante Marroni denuncia: “Quel morto non doveva esserci... Così come non dovrebbero esserci tutte quelle incompatibilità per malattie croniche e invalidanti, che non ottengono quasi mai ascolto...”. Ci sono carcerati, come D.M., che vivono attaccati a un respiratore. D.M. è ricoverato al Centro0 diagnostico terapeutico dei Regina Coeli. Dialisi, amputazioni, carcerati diabetici gravi, detenuti con epatite, altri con situazioni cerebrali stravolte, condizioni sanitarie ai limiti estremi come quella di un detenuto L.G. che sta lottando dentro Regina Coeli per il rigetto di un trapianto di fegato. E non è l'unico trapiantato in carcere”.

Diagnosi mai tempestive - Non bastasse, l'elenco continua: “Piaghe da decubito, strascichi e complicazioni cliniche per chi è privo di denti, malattie oncologiche, polmonari, cardiovascolari, apnee notturne”. Questo il panorama frequente nelle carceri romane. “La condizione ambientale del carcere non consente diagnosi tempestive e spesso neanche i ricoveri - aggiunge Marroni -. Dal carcere esce una collezione di sofferenze. Su oltre tremila detenuti e detenute delle carceri romane i casi di incompatibilità sono tantissimi, troppi, ma quasi sempre non succede nulla a causa delle trafale burocratiche scadenti, perché la polizia penitenziaria è insufficiente, insomma perché la struttura non dà risposte adeguate...”.

Reparti cronici a Rebibbia - A Rebibbia è stato da tempo aggiunto un reparto cronici, dove si concentrano detenuti in carrozzina, amputati e altre situazioni limite. E' stato ricoverato invece all'ospedale Pertini, fino al 3 novembre, per gravi problemi cardiaci, un detenuto di 76 anni, L.D., finito in cella lo scorso agosto perché coltivava a casa sua una pianticella di marijuana. Ci sono voluti 3 mesi per concedergli gli arresti domiciliari. Se in generale ad impedire un regime attenuato o la libertà è stata la cosiddetta pericolosità sociale, nel caso del “coltivatore ultrasessantenne di cannabis indiana” l'argomento pericolosità è difficilmente impugnabile. Così non è avvenuto per il detenuto tunisino J.M. che - reduce da un percorso di vari istituti penitenziari, attraversati nella condizione di uno chi non ci sta troppo di testa - è stato portato al Pertini per essere operato in quanto aveva appena ingurgitato un pezzo di neon e alcune viti. Poi questo detenuto non nuovo all'autolesionismo, una volta liberato chirurgicamente del problema, non solo non è stato inviato in una struttura assistita ma è stato di nuovo trasferito in un altro carcere fuori del Lazio, a Reggio Emilia, dislocando altrove i suoi gravi problemi psichiatrici.

Sciopero totale della fame - Al Pertini è finito anche un cittadino mongolo B.B. incarcerato per un furto in un outlet e da due mesi in sciopero totale della fame. Molte situazioni di incompatibilità sono facilmente reperibili nelle infermerie delle carceri dove stazionano i detenuti in condizioni più gravi, assediati spesso da altri detenuti che per i dolori derivanti da emorroidi non curate - una patologia piuttosto diffusa - ricorrono all'autolesionismo pur di ottenere un minimo di attenzione.

Il calvario della dialisi - Non mancano neanche i dializzati, come i due detenuti di Regina Coeli, uno dei quali - B.G. un ragazzo molto grave che ha perso 15 chili - è stato ricoverato al Pertini, ma pochi giorni fa è tornato in cella. E non manca neanche chi arriva alle crisi epatiche con varici esofagee. Molto diffuso, poi, il mal di denti a fronte di pochissimi dentisti a disposizione. “Troppi casi, tantissimi, che noi continuamente segnaliamo all'amministrazione penitenziaria, ai direttori, alle Asl - spiega il Garante Marroni -. Non sempre viene chiesta la scarcerazione per motivi sanitari, ma quando viene chiesta molto spesso l'esito è negativo”.

MEDICINA PENITENZIARIA

La Riforma della Medicina Penitenziaria.

Risultati finora fallimentari.

Mai avremmo potuto solo immaginare che un giorno il **Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa** avrebbe messo sotto accusa il nostro Paese addirittura per l'inadeguatezza delle cure mediche fornite ai detenuti. Questo è francamente troppo e supera ogni immaginazione.

L'accusa è gravissima perché l'Italia fino a pochi anni fa (2007) è stata la capitale mondiale della Medicina Penitenziaria e la tutela della salute in carcere era una priorità assoluta da perseguire con tutti i mezzi da parte dell'Associazione Nazionale dei Medici Penitenziari (**AMAPI**), attraverso Congressi, seminari di studio, Corsi di Perfezionamento universitari.

I Medici Penitenziari sono arrivati persino a incatenarsi davanti alle carceri per protestare contro i tagli alla Medicina Penitenziaria che mettevano a rischio la tutela della salute in carcere.

Nel 2008 è subentrata la Riforma della Medicina Penitenziaria con il passaggio totale delle competenze dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

E qui sono cominciati i problemi e non da poco!

Vi era la piena consapevolezza di trovarci di fronte ad una Riforma epocale, una Riforma che avrebbe prodotto finalmente risultati importanti e significativi, assicurando la tutela della salute della popolazione detenuta.

Una tappa di civiltà attesa da tanti anni anche in aderenza alle direttive emanate ripetutamente dalla Comunità Europea.

Dopo circa 6 anni registriamo con viva preoccupazione risultati fallimentari.

Ci troviamo costretti a parlare di una Riforma tradita, di una Riforma purtroppo violentata nello spirito più concreto di applicazione.

Addirittura in alcune Regioni , in alcuni istituti penitenziari le cose sono ulteriormente peggiorate in riferimento soprattutto alle mancate traduzioni per visite specialistiche esterne e per accertamenti diagnostici(**per indisponibilità del nucleo di traduzione o addirittura per mancanza di carburante negli automezzi**).

Quelli che erano stati gli iniziali timori, si sono ormai stratificati in una realtà desolante che cade irrimediabilmente sotto l'attenzione di tutti e impone una presa di posizione finalmente autorevole per riannodare i fili di una matassa completamente sregolata.

Belle parole, principi importanti, espressioni di sicuro effetto, ma è stato terribilmente difficile passare poi in concretezza dalle parole ai fatti.

Si è partiti soprattutto con il piede sbagliato delegando la programmazione dei servizi e la gestione del personale a una Commissione Centrale senza alcuna esperienza specifica di Medicina Penitenziaria.

Questa Commissione in definitiva non è stata in grado di imprimere l'andatura necessaria per sviluppare modelli organizzativi adeguati a tutela della salute della popolazione detenuta.

E' mancata maledettamente la cultura del carcere.

Sono mancati gli investimenti.

E' mancata una seria programmazione.

E' venuta meno in termini paradossali una strategia complessiva.

La suddetta Commissione ha prodotto una miriade di protocolli talora anche contraddittori che non sono stati recepiti dalle singole Regioni, anzi sono stati completamente disattesi.

Al momento attuale questa Commissione ha esaurito ogni spinta propulsiva e va avanti per forza di inerzia, facendo mancare una guida autorevole.

E' assolutamente inutile continuare di questo passo.

Bisogna necessariamente cambiare passo.

D'altra parte registriamo un'Amministrazione Penitenziaria in grande affanno, letteralmente in ginocchio, arroccata a difendere oltre ogni limite il concetto esasperante della sicurezza .

Non ha saputo cogliere l'occasione irripetibile della Riforma della Medicina Penitenziaria per avviare un importante processo di modernizzazione e di riqualificazione delle proprie strutture(basti pensare alla posizione ingiustificata e sconcertante di non far transitare alle Aziende USL le degenze sanitarie dei Centri Clinici Penitenziari e degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari).

Un'Amministrazione Penitenziaria che invece di rendere attuativa una concreta, leale collaborazione si è chiusa a riccio difendendo miseramente ad oltranza pure centimetri di spazio.

Alle precise responsabilità dell'Amministrazione Penitenziaria bisogna far risalire anche il mancato coinvolgimento nel Presidio Sanitario degli Psicologi(*come invece stabilisce il comma 6 dell'Art.3 del **DPCM** dell'01/04/2008*).

E' venuta meno purtroppo una importante filosofia di fondo: se la Sanità Penitenziaria funziona , ne trae beneficio per primo l'intera organizzazione dell'Amministrazione Penitenziaria.

Invece niente di tutto ciò.

Alcune Aziende USL competenti per territorio erano intenzionate a fare opera di supplenza, pur di adeguare a norma i locali sanitari.

Non è stato consentito come a Pistoia, dove si rileva un' assurda, inconcepibile mancanza di locali a funzione sanitaria.

A nulla sono valse le denunce.

L'Amministrazione Penitenziaria ha privilegiato i locali per il rilievo del DNA come è successo a Pistoia, relegando il Presidio Sanitario in una posizione assolutamente illegale.

Ci si chiede come mai l'Ufficio di Medicina Preventiva dell'Azienda USL 3 di Pistoia consenta ancora quanto sopra ,mentre i Carabinieri del NAS tardano ad intervenire?

Solo così si può porre rimedio ad una situazione insostenibile.

Con la Riforma si è allargato invece inesorabilmente il contenzioso.

Picche e ripicche .

Inutili dispute bizantine all'ordine del giorno.

Mentre prima si cercava almeno la mediazione, ora prevale su tutto il vessillo intoccabile della sicurezza.

Tutto viene sacrificato alla sicurezza.

Questa e basta.

Tutto viene fatto in nome della sicurezza.

Non esistono altri parametri di riferimento.

Questo, nonostante la Corte di Cassazione abbia precisato anche di recente che la tutela della salute non può essere sacrificata alla sicurezza.

L'Amministrazione Penitenziaria non vuole fare, non ha le risorse per fare, ma quello che è ancora peggio non lascia neanche fare come nel caso della messa a norma di sicurezza dei locali a funzione sanitaria.

La Regione Toscana, con la profonda sensibilità sociale che la distingue, con apposita delibera ha stanziato 300.000 Euro per assicurare i lavori più urgenti, ma quasi tutto è rimasto ancora miserevolmente sulla carta come dimostrano Lucca, Siena, Pistoia,

Grosseto, Firenze Sollicciano, Firenze Solliccianino.

Del resto l'Azienda USL deve essere messa nella condizione logistica di poter operare in adeguatezza di termini attraverso una integrata rete dei servizi.

Questo non è avvenuto nella maggior parte degli istituti penitenziari.

La Riforma della Medicina Penitenziaria aveva il suo caposaldo nella valorizzazione del patrimonio di esperienze e di competenze specifiche acquisite dagli Operatori Sanitari in prima linea tra mille difficoltà e rischi di ogni tipo.

I Medici Penitenziari dovevano diventare i diretti protagonisti del processo riformatore, invece sono stati collocati in posizioni marginali, senza alcun potere decisionale e senza alcuna possibilità di assumere iniziative, quando talora sono stati messi brutalmente alla porta in riferimento a limitazioni che la legge(740/70) non prevede in alcun modo.

Tutto cala dall'alto .

Tutto viene imposto dall'alto.

Succede spesso che i Medici Penitenziari sono costretti a mettere per iscritto di declinare ogni responsabilità medico-legale di fronte alle ostinate inadempienze dell'Amministrazione Penitenziaria.

Siamo al FAR-WEST.

Si rileva un incredibile intreccio di illegalità, di forzature procedurali che tutti fingono di non vedere.

Ogni Azienda USL agisce secondo le proprie convenienze.

Questo in aderenza a un criterio esasperato di autonomia dell'Azienda USL che non tiene in alcun conto le stesse Delibere Regionali.

Non si è potuto cogliere neanche minimamente una efficace ricaduta sul funzionamento dei servizi sanitari di queste Delibere.

Ogni Regione(per non parlare delle Regioni autonome come la Sicilia che hanno accumulato pesanti ritardi nel recepire le norme fissate dal DPCM dell'1/04/2008) ,ogni Azienda USL ha gestito la Riforma a suo piacimento ,secondo precisi, freddi calcoli ragionieristici.

Non si è intervenuti a livello nazionale per cercare di uniformare le procedure, una sorta di omogeneità per non consentire un'assistenza sanitaria di serie A o di serie B a seconda della Regione dove si è detenuti.

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari che dovevano ottemperare le direttive emanate dal DPCM dell'1/04/2008 sono rimasti in un binario morto e solo l'intervento autorevole della Commissione Nazionale guidata dal Sen. Marino ha creato le premesse per una loro definitiva chiusura nel Marzo 2014.

E' stato sollecitato ripetutamente in materia di Riforma della Medicina Penitenziaria un intervento del Ministro della Sanità, ma non è pervenuta ancora alcuna risposta esaustiva.

Del resto i detenuti sono i nuovi ultimi e tali devono rimanere.

Non hanno alcun valore sociale e tanto meno politico.

Solo i Radicali di Marco Pannella e Rita Bernardini hanno la sensibilità di prenderli in seria considerazione e di questo bisogna rendere onore al merito.

Il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano è intervenuto ripetutamente , ma il Parlamento è rimasto sordo ad ogni seppur autorevole sollecitazione.

La prepotente urgenza di cui parla il nostro Presidente è rimasta un'espressione priva di significato concreto e lo stesso Messaggio inviato in questi giorni alle Camere non verrà recepito nei termini legittimi. Troppe strumentalizzazioni. Eccessivi interessi elettoralistici! Continueremo ad assistere al teatrino della Politica.

La situazione carceraria al momento attuale è drammatica e la Commissione di Strasburgo continua ad infliggere durissime reprimende al nostro Paese, come quella recentissima sulla inadeguatezza delle cure mediche in carcere e sul sovraffollamento.

Ma non eravamo un Paese-culla della civiltà giuridica?

Come ci siamo potuti ridurre in simili condizioni dove i detenuti vivono peggio delle bestie?

I cani, i polli, i maiali vivono meglio!

Le direttive contemplate nel DPCM dell'01-04-2008 sono state disattese, talora stravolte o interpretate a proprio uso e consumo dalle singole Regioni o Aziende USL, senza alcun controllo a livello centrale.

Ognuno ha fatto o meglio non ha fatto quello che ha voluto senza dover render conto a nessuno.

E' mancata in modo considerevole la cultura del carcere.

Gestiscono la Riforma soggetti che non hanno mai avuto la prudenza di entrare in un carcere e misurarsi con gli abissi di necessità esistenti.

Questa è un'autoreferenzialità estremamente negativa che riesce a produrre solo frutti avvelenati.

Registriamo una preoccupante involuzione.

Subentra una esasperante burocrazia e addirittura viene soppresso il Centro Regionale per la salute in carcere e il Comitato Consultivo di Sanità Penitenziaria e anche in Toscana viene allestita una mastodontica Commissione(OSSERVATORIO REGIONALE) .

La Medicina Penitenziaria difensiva, la Medicina Penitenziaria palliativa con il suo carico di implicazioni negative, trova sempre maggiore applicazione.

La Medicina Penitenziaria di iniziativa e di opportunità prevista dal Centro Regionale per la salute in carcere rimane sospesa tra le nuvole.

La rivoluzione copernicana tanto attesa è lungi dall'essere realizzata.

I Medici e gli Infermieri Penitenziari sono demotivati.

E' venuta meno la tensione.

Gli ordini calano inesorabilmente dall'alto senza alcun coinvolgimento degli Operatori Sanitari.

La Riforma non delinea più una Medicina Penitenziaria aderente ai bisogni di salute della popolazione detenuta, una Medicina Penitenziaria a misura d'uomo.

Un'analisi attenta della situazione attuale consente di rilevare le cause e le responsabilità del fallimento della Riforma.

A) L'Amministrazione Penitenziaria, in definitiva, ha fatto venir meno l'opera di leale collaborazione. In riferimento al trasferimento della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, si sente sollevata dalle responsabilità di gestione diretta e assicura un impegno ridotto ai minimi termini, lo stretto necessario e dopo aver garantito tutte le altre sue funzionalità.

B) La mancanza drammatica di risorse non ha consentito all'Amministrazione Penitenziaria di eseguire i lavori necessari per mettere i locali sanitari a norma di sicurezza in riferimento soprattutto alla rete elettrica e all'approvvigionamento idrico.

C) Manca a livello centrale una guida sicura ed autorevole che sappia imprimere al processo riformatore un'applicazione puntuale e concreta, perseguendo una progettualità omogenea.

Esiste un'applicazione sul territorio nazionale schizofrenica, a macchia di leopardo. Basta guardare le Regioni *in rosso* che hanno problemi di rientro nell'ambito delle spese sanitarie.

D) Le gravissime condizioni di sovraffollamento (nonostante i provvedimenti di emergenza presi di recente si contano **circa 65.000 detenuti per 45.000 posti-letto**) si annoverano tra le cause più importanti che hanno di fatto ostacolato la concretizzazione della Riforma.

Saltano tutti gli schemi di controllo medico.

Si vive alla giornata.

Si rincorrono con affanno solo le emergenze cliniche.

Viene meno una seria programmazione.

Viene meno la Medicina Preventiva.

Il sovraffollamento (sono presenti al momento attuale in Toscana 1100 detenuti in più) condiziona ed influenza molteplici aspetti, rendendo precarie sia la struttura edilizia sia le più elementari regole di igiene personale ed ambientale.

Il sovraffollamento favorisce il contagio, la diffusione di malattie infettive trasmesse aerosolicamente, rende insufficienti i già precari servizi igienici presenti nel carcere favorendo patologie veneree e infezioni intestinali.

Il sovraffollamento soprattutto quando riguarda edifici vecchi e fatiscenti (conventi, caserme) non comporta solo deterioramento delle condizioni igieniche, ma promiscuità, degrado e violenza.

Ci troviamo di fronte ad uomini ammassati alla rinfusa spesso estranei e insofferenti gli uni agli altri.

Il caldo torrido, gli spazi ristrettissimi, l'umidità, il sudore.

In cella le contrapposizioni, i contrasti, e le tensioni sono all'ordine del giorno.

E' un *trattamento disumano e degradante* che ci viene contestato ripetutamente dalla Corte dei diritti dell'uomo.

Tutti questi elementi portano ad una sola considerazione:

l'organizzazione penitenziaria è in ginocchio.

La politica penale è in crisi.

Siamo di fronte ad un carcere profondamente malato.

Un carcere inutile che non riesce a realizzare la finalità che la Costituzione gli assegna: **la rieducazione del condannato.**

Un carcere vendicativo : la forma peggiore per estrinsecare la sua funzione istituzionale.

Del resto è doveroso precisare che le Aziende USL competenti per territorio nel prendere in carico le strutture sanitarie e le apparecchiature medicali hanno trovato solo e ovunque macerie.

Del resto non poteva essere altrimenti dal momento che negli ultimi 10 anni si sono dovuti subire solo e soltanto tagli lineari ai capitoli di bilancio della Medicina Penitenziaria.

L'ammnistia e l'indulto diventano a questo punto un passaggio obbligato per decongestionare le carceri.

E)L'Azienda USL subisce negativamente le interferenze delle Direzioni degli Istituti e si adagia in una posizione subalterna.

Manca la coscienza dei propri diritti.

Manca la consapevolezza dei propri compiti.

L'Azienda USL è entrata in carcere in punta di piedi, fundamentalmente si sente estranea. Attraverso il Dipartimento di Medicina Preventiva ,l'Azienda USL deve controllare le condizioni igienico-sanitarie degli ambienti carcerari 2-3 volte l'anno.

I gravissimi rilievi formulati rimangono lettera morta e non sollecitano l'interesse di alcuno. Sono solo carta straccia.

Le Direzioni degli istituti penitenziari non vengono obbligate a rispettare le rilevazioni .

Le stesse Direzioni Generali delle Aziende USL alla fine di ogni anno devono essere sottoposte dal rispettivo Assessorato Regionale a valutazioni di merito in riferimento all'applicazione della Riforma della Medicina Penitenziaria.

Chi non agisce o agisce male deve pur rispondere a qualcuno.

Si frappa come alibi la mancanza delle risorse.

Di fronte a questo palese disfattismo, l'Azienda USL deve incominciare a chiedere l'intervento dell'autorità Giudiziaria come è successo nel caso drammatico degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, dove solo grazie alla Commissione Parlamentare presieduta dal Senatore Ignazio MARINO si è arrivati ad un provvedimento legislativo che sancisce finalmente la definitiva chiusura di una vergogna nazionale.

F)Paradossale e misera la destinazione dei Centri Clinici dell'Amministrazione Penitenziaria.

Secondo le precise direttive contemplate nel DPCM dell'1-04.2012, doveva essere allestita una struttura complessa con autonomia organizzativa. Niente di tutto questo.

Sono diventati dei baracconi per i quali viene richiesta l'immediata chiusura come quello di ROMA Regina Coeli.

Sono mancati in modo clamoroso i necessari investimenti sul Personale e sulle apparecchiature medicali.

Si è portata avanti la politica del basso profilo che non delinea alcun progetto di riqualificazione professionale e strutturale.

In queste condizioni diventa quasi impossibile assicurare il diritto alla salute e di questo deve tener conto la Magistratura in tutti i gradi di giudizio, senza trincerarsi dietro posizioni retrive e pilatesche.

Quando un detenuto è seriamente malato, non può rimanere in carcere.

Non esistono le condizioni per tutelare adeguatamente la sua salute.

Il carcere diventa una medicina troppo amara.

Devono subentrare necessariamente i benefici di legge.

Alcune iniziative legislative recenti non hanno prodotto risultati apprezzabili. Si rende necessario intervenire per l'abrogazione di alcune leggi liberticide (Bossi-Fini, Fini-Giovanardi,) che sono responsabili di un vergognoso, disumano sovraffollamento.

Stranieri: al 31 Dicembre 2012: 24.016

Etnie più rappresentate:

Marocco -4843

Romania-3685

Tunisia-3034

Albania-2837

Nigeria-1114

Una babele di lingue, di religioni e di usi e costumi.

Internati :1351

Donne: 2812

Tossicodipendenti: al 31Dicembre 2012- 25.000

La Riforma della Medicina Penitenziaria si carica di particolari valenze, perché non deve assicurare esclusivamente la tutela della salute in carcere, ma deve creare le premesse per un profondo, significativo cambiamento culturale e in definitiva deve essere in grado di rendere più vivibile l'ambiente carcerario restituendo dignità e umanità alle persone.

Di fronte al dramma carcere non basta l'indignazione a placare le inquietudini e le ansie della nostra coscienza, ma occorre agire concretamente, magari con fatica, pazienza e umiltà per tentare di cambiare le cose.

I detenuti chiedono attenzione sul piano della salute.

I detenuti chiedono il rispetto di elementari diritti.

Dopo aver perso la libertà e la salute rischiano di perdere la dignità.

Questo francamente ci sembra troppo.

La Riforma della Medicina Penitenziaria per essere credibile deve essere realizzata con i Medici e con gli Infermieri penitenziari.

Tanto meglio funzionerà la Riforma quanto più sarà condivisa.

La Riforma deve essere applicata.

Non si torna indietro anche perché indietro c'è solo l'abisso.

Bisogna guardare avanti con rinnovato vigore.

La Medicina Penitenziaria è una cosa seria.

Le sono affidate vite di esseri umani nella condizione più dura e difficile. La salute in carcere è una priorità assoluta.

E' un diritto e non una concessione eventuale.

E' un diritto non comprimibile, né negoziabile.

La Medicina Penitenziaria come paradigma di civiltà.

La professione del Medico Penitenziario, insieme scienza ed arte, ha la difficoltà ,ma anche la straordinaria nobiltà di chi pone se stesso e tutte le proprie capacità al servizio di chi soffre e dunque è più debole e più fragile, per difenderne i beni preziosi della salute e della vita.

Sono questi progetti importanti dove la Medicina Penitenziaria riesce a coniugare l'impegno professionale con la qualificazione dei servizi sanitari , costituendo un vettore significativo per sospingere il carcere verso obiettivi di umanità e civiltà.

Francesco Ceraudo

Giustizia: detenuto malato di cancro muore in carcere... dov'era la Cancellieri?

www.net.news.org, 4 novembre 2013

Un detenuto si vede diagnosticare un tumore ad agosto, ma le autorità gli negano la possibilità di curarsi in un ospedale costringendolo a stare in carcere fino alla morte. Un consigliere regionale calabrese si chiede: "Dov'era la Cancellieri?"

Il caso Cancellieri, ministro di Grazia e Giustizia intervenuta per sincerarsi del trattamento carcerario riservato a Giulia Ligresti, attribuisce eco nazionale al caso del detenuto, al quale era stato diagnosticato un tumore ad agosto, ma gli fu impedito di ricoverarsi in ospedale per ricevere cure adeguate. Solo il 3 ottobre gli fu concessa questa possibilità, quando ormai era troppo tardi, poiché egli è morto il 16 ottobre. Al figlio, detenuto, pure lui, gli fu impedito di vedere il padre poiché l'amministrazione competente aveva giustificato l'insussistenza di imminente pericolo di vita. Per questa persona nessuno è intervenuto per "Motivi di umanità".

Antonino Vadalà, 61 anni, è morto il 16 ottobre scorso all'ospedale Pellegrini di Napoli. Stava finendo di scontare una condanna a sette anni di carcere per associazione mafiosa, dopo essere stato giudicato nel processo scaturito dall'operazione "Bellu lavuru" che fece luce sulle infiltrazioni della 'ndrangheta negli appalti sulla Ss 106. Ad agosto, Vadalà si era sentito male nel carcere di Melfi, dove stava finendo di scontare una condanna a sette anni di carcere per associazione mafiosa, e gli era stato diagnosticato un neurinoma acustico, ovvero una neoplasia vicino al cervelletto. All'ospedale San Carlo era stato prescritto che il Vadalà si sottoponesse a cicli di radioterapia; l'avvocato della famiglia del detenuto aveva inoltrato istanza al Tribunale di Sorveglianza chiedendo il rinvio dell'esecuzione della pena e in via subordinata la concessione degli arresti domiciliari o comunque il ricovero in una struttura altamente specializzata che era già stata individuata dai familiari. Il giudice, però, ha rispedito Vadalà in carcere dove le sue condizioni si sono aggravate, anche a causa di una polmonite.

Il 25 settembre la famiglia ha presentato una nuova istanza e finalmente il 3 ottobre il magistrato di sorveglianza ha accolto la richiesta. Ma ormai la situazione era talmente grave che non è stato possibile notificargli l'atto; Antonino Vadalà, nel frattempo, era stato ricoverato nel reparto di rianimazione prima all'ospedale Cardarelli di Napoli e poi al Pellegrini dove è deceduto il 16 ottobre. Il figlio di Vadalà, Carmelo, in carcere nell'ambito della stessa operazione aveva chiesto di poter vedere il padre prima di morire, ma la sua richiesta non fu accettata perché, raccontano i familiari, l'amministrazione competente aveva giustificato l'insussistenza di imminente pericolo di vita.

I congiunti di Antonino Vadalà hanno sporto denuncia querela "perché anche se lui era colpevole, stava scontando la sua condanna. Sarebbe uscito tra pochi mesi. Ma qui sono stati calpestati i diritti umani e speriamo che non debba capitare più a nessuno". Aurelio Chizzoniti, avvocato e consigliere regionale della Calabria di centrodestra, ha presentato una esposto al procuratore della Repubblica di Roma, al presidente della Repubblica e al vicepresidente del Csm, in relazione al caso Fonsai facendo un parallelo con il caso Vadalà. Scrive Chizzoniti nel suo esposto: "La sensibilità del ministro Cancellieri sarebbe stata oltremodo lodevole ed apprezzabile ove fosse stata estesa anche alle condizioni di salute di una moltitudine di detenuti affetti da patologie ben più gravi rispetto a quella connessa al "denutrimiento" volontario della signora Ligresti e che restano puntualmente in carcere. A fronte di talune indulgenti decisioni appare evidente che non solo la giustizia, ma anche la morte non è uguale per tutti. Mentre per Giulia Ligresti si sono spalancate (in uscita) le porte del carcere di Vercelli, per un detenuto plebeo, con l'aggravante della calabresità, Antonino Vadalà, qualche giorno addietro la giustizia italiana ha scardinato le porte dell'aldilà, costringendolo a morire in carcere perché i familiari, evidentemente, non potevano interloquire con il ministro Cancellieri al contrario della famiglia Ligresti".

Giustizia: la strage dei detenuti rinchiusi in cella; in 10 anni 2.200 vittime, 790 per suicidio di Antonio Manzo

Il Mattino, 3 novembre 2013

Alfredo Liotta aveva quarantuno anni quando morì di anoressia nel carcere di Siracusa, il 26 luglio di un anno fa. Nel giro di sei mesi perse quaranta chili. La cartella clinica certificò: "Sindrome anoressica". Scrisse il medico del carcere, il giorno prima: "Il detenuto mi chiede insistentemente di farlo morire". E Alfredo Liotta il giorno dopo ottenne quel che voleva. Morire. Ma proprio in questi mesi, tra Roma e Milano, rischiano di morire anche due detenuti affetti da cancro, "per mancanza di cure", come denuncia l'associazione Antigone. Per uno di questi a Roma, a gennaio scorso, sono saltate due visite mediche presso una struttura pubblica: la prima volta mancava la scorta della polizia penitenziaria; la seconda, invece, il detenuto ammalato e l'agente che lo accompagnava sono dovuti tornare al carcere, perché non avevano con sé i documenti clinici. "Non puoi mica scegliere, da detenuto, una clinica privata. Se salta la visita, come è capitato, si deve ricominciare a sperare nella lista di attesa" dice Simona Filippi, avvocato romano, difensore civico di Antigone.

C'è chi rischia di morire, chi è morto e chi morirà, nell'inferno delle carceri italiane, ripetutamente denunciato dal

presidente della Repubblica Napolitano, a San Vittore come, recentemente a Poggioreale. “Cambiare con urgenti rimedi è un imperativo giuridico e morale” disse il capo dello Stato. Perché nelle carceri c’è già chi ha già contato la morte, e sono in tanti i familiari che attendono giustizia, non intendono deporre le armi di una battaglia civile. Racconta Patrizia Savoca, la moglie di Alfredo: “Ai colloqui vedevo mio marito trascinato su una sedia a rotelle, sempre più magro, un barbone. Io, inutilmente a protestare e i medici, inutilmente, a visitarlo. Io non ho mai chiesto che mio marito non scontasse la pena in carcere, ma chiedevo solo un trattamento umano”. Ricorre sempre questa invocazione di umanità, nelle centinaia di lettere che ogni giorno arrivano alle associazioni di volontariato, a quelle che lottano in difesa dei diritti dei detenuti. O alle centinaia di lettere, telegrammi, mail, telefonate in diretta che vengono indirizzate alla redazione di Radio carcere, il programma di Riccardo Arena su Radio Radicale attentamente seguito nelle carceri italiane e che spesso diventa l’ultima istanza per la denuncia di violenze, soprusi, diritti umani violati.

In Italia ci sono 66.888 detenuti a fronte di una possibilità delle carceri di ospitare, per regolamento, 44.608 detenuti. Tre metri quadrati per detenuto, è la regola. A San Vittore, il carcere milanese superaffollato c’è Gloria Manzelli, direttrice del carcere di San Vittore da nove anni. Il provvedimento svuota-carceri? “Efficace”. Ma il problema, in un carcere come quello di Milano è il fenomeno delle cosiddette porte girevoli, cioè quegli ingressi per poche ore o pochi giorni.

Nelle 206 carceri italiane si vive un’autentica tragedia nazionale e il sovraffollamento è causa di malattie, depressioni, patologie acute. Metà dei carcerati italiani è affetta da epatite, il 30% è tossicodipendente, il 10% soffre di patologie psichiche, il 5% affetto da Hiv. Ma è sempre più alto il numero dei morti dietro le sbarre: tra il 2000 e il 2013 nelle carceri italiane si sono contati 2.222 de-tenuti morti, dei quali 794 per suicidio.

Al ministero di Giustizia li definiscono “eventi critici”, con numeri drammaticamente in aumento. “Non c’è una sola lettera di aiuto - dice Simona Filippi, difensore civico dell’Associazione Antigone - dove si possa rintracciare il sospetto di una furberia del detenuto. Nelle carceri italiane sovraffollate il diritto alla salute, come lo garantisci?”. Ora sarà lei a difendere la ragione umanitaria invocata dai familiari di Alfredo Liotta che hanno denunciato il caso alla procura della Repubblica di Siracusa. Storie, richieste di aiuto, segnalazioni che i detenuti spediscono.

“Ogni anno seguiamo circa 200 casi di persone ristrette in tutte le carceri d’Italia. A volte le segnalazioni riguardano casi di detenuti morti in carcere e prima di presentare un esposto, il difensore civico effettua in via preliminare diversi approfondimenti, con documentazione e informazioni”. Morire in carcere di anoressia è spesso la conseguenza di una malattia psichica, sottolineano i medici penitenziari italiani. Otto anni fa la Cassazione sentenziò che l’anoressia è incompatibile con il carcere quando la patologia è tale “da non poter essere fronteggiata nell’Istituto penitenziario” e può costituire causa di differimento della pena.

I morti nelle carceri italiane sono cifre di una guerra al fronte del diritto violato tanto da indurre, varie Associazioni, a costituire un Osservatorio permanente sui morti in carcere. Radicali Italiani, Il detenuto Ignoto, Antigone, A buon diritto, e le redazioni di Radio carcere e Ristretti Orizzonti effettuano questo monitoraggio tragico. L’associazione Ristretti Orizzonti diretta da Ornella Favero quasi quotidianamente nelle newsletter aggiorna il numero dei morti per suicidio, tentato suicidio, disperazione.

C’è ormai una graduatoria nelle lettere dalle carceri agli ultimi sportelli della disperazione: sono prevalenti, se non maggioritarie, quelle di detenuti che denunciano gravi condizioni di salute spesso determinate dalle condizioni di sovraffollamento, poi ci sono le lettere di chi invoca trasferimenti in istituti di pena non lontani dai luoghi di residenza, infine, ricorsi sulle condizioni generali del trattamento nelle carceri. I detenuti - dicono i volontari delle associazioni - hanno preso maggiore coscienza dei loro diritti dopo la sentenza Torreggiani dell’8 gennaio scorso che condanna l’Italia per violazione dell’articolo 3 della Convenzione europea dei diritti dell’uomo: “Nessuno può essere sottoposto a trattamenti inumani o degradanti” Ma l’Europa è davvero lontana dall’Italia.

Giustizia: bene ministro, ma le galere abbondano di detenuti con patologie gravi
di Maurizio Gallo

Il Tempo, 2 novembre 2013

Siamo totalmente d’accordo col ministro Cancellieri sull’obbrobrio della carcerazione preventiva. E non ci vogliamo accodare a quanti hanno urlato allo scandalo per la promessa d’aiuto della Guardasigilli a una “illustre” detenuta malata. Ma la pietas, come la legge, deve essere uguale per tutti. E nelle sovraffollate carceri italiane i malati abbondano, sono spesso privi di assistenza medica e non hanno possibilità di usufruire di misure alternative, come i domiciliari concessi alla figlia di Ligresti. I radicali sono da sempre i primi a denunciarlo, noi de Il Tempo ne abbiamo parlato in un’inchiesta choc sul degrado delle celle italiane.

Gli esempi si sprecano: A.A. è italiano, ha 51 anni, ed è prigioniero due volte, perché sta in cella ed è costretto su una carrozzella. Il suo corpo è scosso da forti tremori. Soffre di “stipsi ostinata” e cistite, porta permanentemente il catetere, non riesce a deambulare e a mantenere la posizione eretta. È “assolutamente incapace” di accudire in

maniera autonoma alle più elementari funzioni della vita quotidiana. E le sue condizioni peggiorano giorno dopo giorno. A. A. ha chiesto più volte misure alternative al carcere, ma gli sono state rifiutate. Il secondo: M.C., anche lui italiano, 43 anni, è affetto da "beta talassemia di grado severo", una malattia ereditaria che comporta forte anemia e non può essere curata con interventi di emergenza come le emotrasfusioni, ma richiede "una continua e approfondita attività di monitoraggio e di intervento terapeutico". Interventi impossibili in prigione, tanto che solo nei primi due mesi dell'anno scorso M.C., che ha anche patologie come gastrite, duodenite, problemi alla tiroide, ipertrofia ventricolare e bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, è stato ricoverato tre volte al Pertini per trasfusioni di sangue. Anche lui resta in cella. Sono due dei numerosi casi, rilevati nel penitenziario romano di Rebibbia Nuovo Complesso, e citati nel IX rapporto della Onlus "Antigone" sulle condizioni di detenzione nel Belpaese. Titolo emblematico: "Senza dignità". Anche se non esistono dati ufficiali, infatti, molti galeotti sono malati. Nel 2012 - a quanto risulta a Il Tempo - nelle celle ci sono stati 56 suicidi, 1.308 tentativi di togliersi la vita e 97 decessi per "cause naturali". Di questi ultimi, 8 sono avvenuti nel Lazio, 4 in Abruzzo, uno in Molise. E le cose non sono migliorate quest'anno. "Nelle nostre prigioni vi sono serie difficoltà a garantire diritti fondamentali, come quello alla salute. Il risultato è che, dall'inizio del 2013 nella nostra regione si sono registrati ben 14 decessi - ha spiegato il Garante per i detenuti del Lazio Angiolo Marroni - Cinque suicidi, tre per malattia e cinque per cause da accertare. Quotidianamente riceviamo segnalazioni che riguardano attese di mesi per interventi chirurgici e ogni tipo di prestazione, per non parlare di visite prenotate fuori dal carcere da mesi che saltano all'ultimo momento per mancanza degli agenti che dovrebbero garantire la scorta". Passando a un'altra regione, La Toscana, si scopre che l'anno passato i detenuti malati superavano il 70%. Le patologie più comuni sono i disturbi psichici (26%), le malattie dell'apparato digerente (19,3%), quelle infettive e parassitarie (12,5), come epatiti e tubercolosi. Frequenti anche problemi osteoarticolari, bronco-pneumopatie croniche ostruttive, metaboliche e del ricambio, come il diabete mellito, che dipendono dal tipo di dieta e dall'assenza di movimento, mentre le malattie dell'apparato cardiovascolare colpiscono classi di età più bassa che all'esterno. Circa il 25 per cento degli "ospiti" dei penitenziari della Penisola, poi, sono tossicodipendenti, e 500 disabili che vivono in condizioni penose. "In un istituto campano c'era un detenuto con emiparesi che piangeva raccontando di come dovesse muoversi strisciando nella cella perché la porta era troppo piccola per fare passare la carrozzella - racconta Irene Testa, segretaria dell'Associazione "Il detenuto Ignoto". E già avere una carrozzella è considerata una fortuna. Anche nell'ultima visita che ho fatto a Rebibbia, dove esiste un'intera sezione dedicata ai disabili, ho dovuto constatare che mancano gli strumenti per condurre una vita dignitosa e i detenuti dovevano trascinarsi da soli fino al water per fare i loro bisogni. Le malattie più diffuse - continua Testa - sono la scabbia, l'Hiv, la sifilide. Le condizioni igieniche, spesso, sono spaventose e capita che l'amministrazione non ha i soldi per distribuire il sapone o gli stracci per pulire le celle, di conseguenza i detenuti provvedono con i loro indumenti. Qualcuno si è ferito cadendo dal letto a castello, quattro brande una sull'altra per fare entrare più gente nel carcere sovraffollato. A Regina Coeli - conclude Testa - alcuni ragazzi malati psichici si facevano i bisogni addosso nel letto e nessuno li aiutava, se non i loro compagni di cella. I casi di anoressia letale sono frequenti, anche perché ci sono prigioni nelle quali il cibo scarseggia e gli stranieri, che non hanno denaro e parenti in Italia, non possono provvedere in altro modo. E c'è addirittura chi è morto di ipotermia perché non riusciva a proteggersi dal freddo".

Giustizia: 306 i detenuti suicidi nelle prigioni italiane, in meno di cinque anni
di Stefano Pasta

Famiglia Cristiana, 2 novembre 2013

Sono 306 i detenuti suicidi nelle prigioni italiane, in meno di cinque anni. Di cui 103 stranieri e 203 italiani.

Troppi. Un grave sintomo di un sistema al collasso, che non solo è sovraffollato e congestionato, ma che soprattutto toglie dignità e speranza ai reclusi.

Yassine El Baghdadi, 17 anni, è morto il 17 novembre 2009 nel carcere minorile Meucci di Firenze, dove era recluso da tre mesi per un tentativo di furto. Non ce la faceva più e ha deciso di farla finita: nel momento della doccia, ha bagnato e arrotolato un lenzuolo, l'ha legato stretto alle sbarre della finestra del bagno, è salito su una scarpiera, si è legato il lenzuolo al collo, si è lasciato cadere ed è morto impiccato. La sua era una storia di solitudine e disagio: "Se Yassine fosse stato italiano e avesse avuto alle spalle una normale famiglia italiana, non sarebbe mai finito in carcere", commentarono i volontari di Altro Diritto Onlus, che da dieci anni frequentavano il Meucci.

Anche Francesco Pasquini, 77 anni, si è ucciso impiccandosi con un lenzuolo, nel carcere di Lanciano, il 3 febbraio 2013. Yassine e Francesco sono il più giovane e il più anziano tra i 306 detenuti suicidi nelle prigioni italiane in meno di cinque anni, dal 1 gennaio 2009. Di questi, 103 erano stranieri e 203 italiani; 7 le donne, di cui 4 straniere. Secondo l'Osservatorio permanente sulle morti in carcere, i detenuti suicidi sono per la maggior parte giovani: 4 avevano meno di 20 anni, 84 tra 21 e 30 anni, 101 un'età compresa tra i 31 e i 40 anni, 68 tra i 41 e i 50 anni, 34 tra

i 51 e i 60 anni, 12 tra i 61 e i 70 anni e 3 oltre i 71.

L'impiccagione è risultato il "metodo" utilizzato con maggiore frequenza per togliersi la vita (222 casi), seguito dall'asfissia con il gas delle bombolette da camping in uso ai detenuti (59). Più rari i casi di avvelenamento con farmaci (16), soffocamento con sacchi di plastica (5) e dissanguamento (4). Tutte e 7 le donne si sono suicidate impiccandosi.

In quali carceri si è registrato il maggior numero di suicidi (10)? Non a caso, a Sollicciano (Firenze) e Poggioreale (Napoli), che sono anche quelle che soffrono maggiormente il sovraffollamento.

I numeri dell'Osservatorio permanente sulle morti in carcere parlano di un forte malessere "al di là del muro", dove vivono 100 mila persone, tra carcerati e carcerieri. Un mondo in cui dovrebbero farsi strada la rieducazione, la legalità, il rispetto della dignità, per restituire alla società persone libere e responsabili. Per produrre, in definitiva, più sicurezza. Questo è il senso della pena detentiva, il significato imposto dalla Costituzione e dalle successive scelte riformatrici.

Eppure, la realtà è lontana anni luce. Il sistema carcere sembra aver gettato la spugna sua possibilità di trattare i detenuti con dignità e di "risocializzarli". Continua a considerare la chiave il simbolo della sicurezza, ma più sono le mandate, più sale la recidiva.

Il carcere "chiuso", senza progetti di recupero sociale, diventa un "cimitero dei vivi", ma soprattutto è patogeno e criminogeno: produce il 70% dei recidivi in circolazione. Tutto ciò al prezzo di 116,68 euro al giorno per ogni detenuto.

Oggi i detenuti sono quasi 65 mila, negli ultimi 20 anni sono più che raddoppiati

Le gravi condizioni igieniche e di vivibilità, peggiorate dal cronico sovraffollamento - 147 detenuti per ogni 100 posti, tra i Paesi del Consiglio d'Europa fanno peggio solo Serbia e Grecia -, hanno trasformato la pena in tortura legalizzata: i cosiddetti ospiti sono costretti a vivere in celle anguste, con infiltrazioni d'acqua, umide, buie; fanno i turni per stare in piedi e sgranchirsi le gambe, mangiano a un passo dal water. In alcuni casi, dormono a terra su materassini di gommapiuma fetidi e roscchiati dai topi, tra scarafaggi e insetti di vario genere.

C'è un dato su cui riflettere. Secondo il Centro Studi di Ristretti Orizzonti, "i suicidi sono cresciuti del 300%" dagli anni Sessanta ai giorni nostri. I motivi? Quarant'anni fa, "i detenuti erano prevalentemente criminali professionisti (che mettevano in conto di poter finire in carcere ed erano preparati a sopportarne i disagi), mentre oggi buona parte della popolazione detenuta è costituita da persone provenienti dall'emarginazione sociale (immigrati, tossicodipendenti, malati mentali), spesso fragili psichicamente e privi delle risorse caratteriali necessarie per sopravvivere al carcere".

Sul tema è intervenuto anche il Papa il 23 ottobre incontrando i cappellani delle carceri italiane. Francesco, raccontando che spesso la domenica telefona ai detenuti di Buenos Aires, ha detto: "È facile punire i più deboli, mentre i pesci grossi nuotano liberamente nelle acque".

"Papa Francesco ha ragione, il nostro è un sistema penale classista", ha commentato Patrizio Gonnella, presidente dell'associazione Antigone. "Non è un carcere per ricchi. In carcere troviamo i più poveri, due detenuti su tre fanno parte del sottoproletariato urbano. C'è chi sta dentro perché vende cd contraffatti".

Aggiunge Gonnella: "Nelle galere italiane abbiamo tassi di alfabetizzazione e malattie (Tbc e scabbia) che ci riportano all'Italia del secondo dopoguerra e dimostrano quanto detto dal Papa. Ventidue anni fa, i detenuti erano 31.053. 12 anni fa erano 55.393. Oggi sono 64.798. Il 35,19% è composto da stranieri. Il 39,44% ha un'imputazione o condanna per violazione della legge sulle droghe. Il 53,41% è dentro per reati contro il patrimonio. Solo il 10,2% ha una condanna o un'imputazione di mafia e dintorni. 24.364 detenuti (il 60,45% delle persone condannate) deve scontare una pena residua inferiore ai 3 anni. Sono 647 i detenuti in possesso di una laurea, 22.117 quelli con la licenza di scuola media inferiore, 789 gli analfabeti".

Modena: detenuto tenta il suicidio in carcere: salvato dalle guardie

www.modenaonline.info, 30 ottobre 2013

Emergenza dietro le sbarre, dove disagio e sovraffollamento non trovano soluzione. Tre agenti della polizia penitenziaria riceveranno un encomio.

Un detenuto del carcere Sant'Anna di Modena deve la vita agli agenti della polizia penitenziaria. Solo il loro intervento ha impedito all'uomo di suicidarsi dopo aver legato un cappio rudimentale alle sbarre della finestra della sua cella. L'episodio è accaduto nei giorni scorsi e denuncia ancora una volta la situazione di profondo disagio che si vive all'interno dei penitenziari. Gli uomini del comandante Mauro Pellegrino - l'agente di vigilanza e due colleghi - riceveranno un encomio per il loro coraggio e per il loro tempestivo intervento.

Ferrara: detenuto muore in carcere, era in sciopero della fame

www.estense.com, 29 ottobre 2013

Detenuto 81enne muore dopo sciopero della fame. Trovato nella sua cella. Era in carcere per un reato di abuso sessuale.

È morto sabato mattina nel carcere dell'Arginone di Ferrara un detenuto di 81 anni di origini calabresi. L'uomo, in prigione per espriare una condanna per abusi sessuali, era recluso nella sezione di sicurezza, separato dagli altri detenuti.

È qui che è stato trovato, nella sua cella, attorno alle 7 di mattina, dagli agenti di polizia penitenziaria. Nonostante il tempestivo tentativo di rianimarlo da parte dei soccorsi, per l'uomo non c'è stato nulla da fare. L'anziano aveva iniziato una decina di giorni fa lo sciopero della fame. Lo rende noto il Sappe, che riferisce come le cause della morte sembrerebbero essere naturali. "In "Emilia-Romagna - ricorda il sindacato di polizia penitenziaria - ci sono più di 3.800 detenuti, a fronte di una capienza di 2.400 posti, e mancano oltre 600 appartenenti al Corpo di polizia penitenziaria nei vari ruoli".

Benevento: tenta di impiccarsi in carcere con asciugamani, salvato dalle guardie

www.ntr24.tv, 22 ottobre 2013

Ha tentato di togliersi la vita impiccandosi nella sua cella, ma è stato salvato da alcuni agenti di polizia penitenziaria in servizio. Il fatto è avvenuto nel pomeriggio dello scorso 14 ottobre nella casa circondariale di Capodimonte, a Benevento: protagonista della vicenda un detenuto di origini italiane. L'uomo aveva infatti costruito una corda rudimentale con pezzi di asciugamani, assicurandola alle sbarre della finestra ed, avvalendosi dell'ausilio dell'altezza di una vasca, si era lasciato cadere. Solo l'intervento tempestivo delle guardie ha evitato la tragedia. Per questo motivo il Sinappe si è congratulato con gli agenti per la grande dimostrazione di professionalità e dedizione al servizio. Nell'occasione il sindacato ha ritenuto opportuno puntualizzare "quanto le gravi problematiche relative al mondo penitenziario rappresentino concausa non sottovalutabile nel verificarsi di atti di tal genere".

Bellizzi Irpino (Av): detenuto muore in cella, forse la causa è un infarto

Ansa, 21 ottobre 2013

Soccorsi inutili, 43enne doveva scontare condanna fino al 2030. Un detenuto nel carcere avellinese di Bellizzi Irpino (Avellino) è morto nella tarda mattinata all'interno della sua cella, forse stroncato da un infarto. L'uomo, 43 anni, originario di Napoli, è stato colto da malore mentre riassettava la cella che occupava da solo. Doveva scontare una condanna fino al 2030 ed era detenuto nel reparto di Alta Sicurezza. Si è seduto sulla brandina ed è deceduto subito dopo. Per rianimarlo, dopo che è scattato l'allarme, è stato utilizzato anche un defibrillatore, ma i soccorsi si sono rivelati inutile. Il magistrato di sorveglianza ha disposto l'autopsia. Il detenuto, secondo quanto si apprende, non aveva mai accusato problemi di salute.

Parma: morto il boss Angelo Nuvoletta, in regime 41 bis per l'omicidio Siani

Corriere della Sera, 21 ottobre 2013

Angelo Nuvoletta, boss della camorra condannato all'ergastolo per l'omicidio del giornalista del Mattino Giancarlo Siani, è morto domenica nell'ospedale di Parma, dove era ricoverato. Nuvoletta, 71 anni, capo della camorra a Marano, arrestato nel maggio 2001 dopo 17 anni di latitanza, era detenuto in regime di 41 bis nel carcere di Spoleto e poi in ospedale a Parma. Fra gli omicidi contestatigli, vi sono quelli di cinque affiliati del clan Alfieri, strangolati e poi sciolti nell'acido, oltre a traffico di stupefacenti, estorsione, possesso di armi ed esplosivo, intimidazione, controllo degli appalti pubblici.

Nuvoletta era considerato uno dei grandi capi della camorra, a lungo nell'elenco dei trenta latitanti di massima pericolosità. La sua "famiglia" da decenni aveva allacciato stretti rapporti di collaborazione con la mafia. Il clan era governato da i tre fratelli: Lorenzo, Ciro e Angelo. Il primo, morto in carcere, era considerato il capo; Ciro, ucciso in un agguato nella guerra di camorra fra i Nuvoletta-Gionta e i Bardellino-Alfieri-Galasso-Verde, era considerato il più sanguinario del gruppo; Angelo era invece la "mente" del clan ed era lui che ne gestiva gli affari economici e che teneva i contatti con Cosa Nostra e, in particolare, con la cosca dei Corleonesi di Riina e Provenzano. Secondo gli investigatori, durante i lunghi anni di latitanza Angelo Nuvoletta non si sarebbe quasi mai mosso da Marano, riuscendo sempre a trovare rifugio, forse in qualche nascondiglio segreto nello stesso centro della cittadina. E da lì avrebbe continuato sia a mantenere in piedi l'organizzazione criminale.

Teramo: detenuto tunisino di 41 anni muore in cella, forse aveva droga nello stomaco

di Alessia Marconi

Il Tempo, 20 ottobre 2013

Era entrato in carcere venerdì pomeriggio, dopo la convalida dell'arresto da parte del gip. Ma in quella cella del carcere di Castrognò è rimasto meno di 24 ore, per uscirne cadavere ieri mattina, stroncato da un arresto cardiocircolatorio. Una morte, quella di Amed Ccania, 41enne tunisino, sulla quale la magistratura vuole delle risposte, tanto che il pm di turno, il sostituto Irene Scordamaglia, ha aperto un fascicolo sull'accaduto disponendo l'autopsia sul corpo dell'uomo. Anche se dalle prime ipotesi investigative sembrerebbe che a causare la morte dell'uomo, arrestato giovedì sera dalla Guardia di Finanza di Giulianova, che lo aveva trovato in possesso di alcuni grammi di eroina, potrebbe essere stata l'ingestione e la successiva rottura di alcuni ovuli di stupefacente. Investigatori ed inquirenti, infatti, non escludono che alla vista dei militari l'uomo possa aver ingerito alcuni ovuli con l'obiettivo di far sparire la droga e che nel corso della notte quegli stessi ovuli si siano rotti liberando la sostanza e provocandogli un'emorragia intestinale. Un'ipotesi investigativa che adesso dovrà essere accertata dall'autopsia.

A dare l'allarme, ieri mattina intorno alle 11.30, era stato il compagno di cella dell'uomo, che vedendolo immobile nel suo letto aveva pensato ad un malore. Ma dopo essersi avvicinato ed aver cercato invano di svegliarlo si sarebbe reso conto della tragedia e avrebbe immediatamente dato l'allarme. Una prima ricognizione sul corpo dell'uomo avrebbe escluso ogni ipotesi di suicidio o morte violenta. Da qui l'ipotesi di un malore e del successivo decesso per l'ingestione di alcuni ovuli di eroina.

Quello avvenuto ieri mattina nel carcere di Castrognò non è che l'ultimo decesso in ordine di tempo avvenuto all'interno dell'istituto penitenziario teramano. Pochi mesi fa, a perdere la vita mentre si trovava all'interno del penitenziario teramano, era stato il 35enne Vincenzo Fabiano, che secondo l'autopsia sarebbe stato stroncato da un edema polmonare. Due casi molto diversi, ma che hanno riacceso ancora una volta i riflettori su uno degli istituti carcerari più affollati d'Italia e dove tra il sovraffollamento, la cronica carenza d'organico e l'arrivo continuo di detenuti con patologie fisiche e psichiche diventa sempre più difficile garantire la sicurezza sia dei detenuti che degli agenti. Tanto che solo qualche giorno fa, intervistato dal nostro giornale nell'ambito di un'inchiesta sulle condizioni delle carceri abruzzesi, il segretario del Sappe Giuseppe Pallini, nell'affrontare le tante questioni irrisolte del penitenziario teramano, sottolineava come il fatto di avere la presenza del medico 24 ore su 24 comporta se non solo un aggravio di lavoro ma anche problemi legati alla gestione di particolari categorie di detenuti. Senza contare che il carcere teramano è anche l'unico in Abruzzo ad avere una sezione femminile. Con tutto ciò che questo comporta anche in relazione alla gestione delle detenute con figli piccoli. "Tutti i soggetti che hanno problemi sanitari vengono dirottati a Teramo proprio per la presenza fissa del medico - aveva dichiarato Pallini - Se uno ha disturbi cardiologici deve per forza essere detenuto a Castrognò. Il medico spesso non basta e il personale di vigilanza è costretto continui viaggi verso l'ospedale. A Teramo abbiamo la presenza di un medico specialista in psichiatria venti ore alla settimana. Ecco, quindi, che in carcere arrivano tutti i detenuti con problematiche gravi. Aumenta il rischio suicidi. In questo momento abbiamo due detenuti che devono essere sorvegliati a vista. Ciò comporta che otto unità sono destinate in un giorno esclusivamente a quel servizio. E la questione del personale è un altro capitolo senza soluzioni". E se la morte di ieri mattina, probabilmente, non poteva essere evitata, altre sono state sventate solo grazie al pronto intervento degli agenti di polizia penitenziaria.

Napoli: famiglia detenuto denuncia "con diagnosi di tumore non è stato curato ed è morto"

www.today.it, 20 ottobre 2013

Nonostante le condizioni di salute, dicono i parenti, il congiunto non è stato curato. Antonino Vadalà, 61 anni, è morto il 16 ottobre scorso all'ospedale Pellegrini di Napoli. Stava finendo di scontare una condanna a sette anni di carcere per associazione mafiosa. La denuncia arriva dai famigliari di Antonino Vadalà, 61 anni, morto il 16 ottobre scorso all'ospedale Pellegrini di Napoli. Stava finendo di scontare una condanna a sette anni di carcere per associazione mafiosa, dopo essere stato giudicato nel processo scaturito dall'operazione "Bellu lavuru" che fece luce sulle infiltrazioni della 'ndrangheta negli appalti sulla Ss 106.

È stata presentata dai familiari dell'uomo una denuncia querela alla Procura di Napoli: nonostante le condizioni di salute, dicono i parenti, il congiunto non è stato curato. La salma è stata sequestrata e probabilmente in questa settimana verrà conferito l'incarico per l'autopsia. I fatti: lo scorso agosto Vadalà si era sentito male nel carcere di Melfi e gli era stato diagnosticato un neurinoma acustico, una neoplasia vicino al cervelletto. Era stato portato all'ospedale San Carlo, gli era stata prescritta la radioterapia. Francesco Floccari, il legale che assiste la famiglia, aveva inoltrato istanza al Tribunale di Sorveglianza chiedendo il rinvio dell'esecuzione della pena e in via subordinata la concessione degli arresti domiciliari o comunque il ricovero in una struttura altamente specializzata che era già stata individuata dai familiari. Però dopo due settimane il magistrato ha rigettato l'istanza motivandola

col fatto che un altro istituto a Rionero in Vulture dove il detenuto era stato ricoverato (e i famigliari lamentano di non essere stati avvertiti) era in grado di applicare un'altra tecnica di cura. Nel decreto però non ha disposto il ricovero bensì il rientro del malato nel carcere di Melfi. Le condizioni dell'uomo si sono aggravate nel tempo, a causa anche di una polmonite che lo ha debilitato ulteriormente. Poiché in quell'istituto penitenziario non era possibile curarlo, è stato trasferito al carcere di Secondigliano ma anche lì le difficoltà erano oggettive, non trattandosi di una struttura sanitaria.

Il 25 settembre il legale ha inoltrato una nuova istanza facendo presente che la situazione era grave e finalmente il 3 ottobre il magistrato di sorveglianza ha accolto la richiesta. Ma ormai la situazione era talmente grave che non è stato possibile notificargli l'atto. Antonino Vadala nel frattempo era stato ricoverato nel reparto di rianimazione prima all'ospedale Cardarelli di Napoli e poi al Pellegrini. Lì è deceduto il 16 ottobre.

Carmelo Vadala, il figlio, anch'egli detenuto perché coinvolto nella stessa operazione di polizia e condannato a sei anni e sei mesi di carcere, aveva chiesto di poter incontrare il padre in via eccezionale considerato che stava male. Il permesso non gli fu dato perché, raccontano i familiari, l'amministrazione competente aveva giustificato l'insussistenza di imminente pericolo di vita. Ora i parenti di Antonino Vadala hanno sporto denuncia querela "perché anche se lui era colpevole, stava scontando la sua condanna. Sarebbe uscito tra pochi mesi. Ma qui sono stati calpestati i diritti umani e speriamo che non debba capitare più a nessuno".

Trieste: detenuto suicida; autopsia e test tossicologici, fascicolo in Procura contro ignoti di Piero Rauber

Il Piccolo, 20 ottobre 2013

Potrebbe aprirsi e chiudersi in tempi brevi. Ma anche no. Immediati, per intanto, proprio non saranno, com'era invece trapelato inizialmente, dal momento che è stato stabilito che si passerà comunque, preventivamente, per autopsia, esami tossicologici, audizioni e approfondimenti documentali. Quello sul suicidio di Giulio Simgis in cella - su cui in Procura si comincerà a scrivere non appena sarà depositata la relativa segnalazione della polizia penitenziaria - non sarà insomma un fascicolo Ncr, riguardante cioè i cosiddetti fatti "non costituenti reato", e sarà anzi aperto a carico di ignoti. E non sarà poi - dati gli ultimi presupposti è presumibile che la strada diventi questa - la stessa Procura a chiuderlo. Se sarà confermata l'insussistenza degli estremi di un'eventuale responsabilità colposa per omessa vigilanza a carico delle guardie carcerarie - se non ci sarà traccia di imprudenze o violazioni di protocolli di sorveglianza - l'istanza di archiviazione sarà probabilmente avanzata al gip o al giudice di pace, a seconda delle ipotesi di reato approfondite. L'orientamento della Procura teso a fare un ulteriore approfondimento dopo il sopralluogo sul posto del suicidio subito dopo che era avvenuto - per sgomberare ogni dubbio, per illuminare ogni minimo cono d'ombra - emerge dalle ultime intenzioni del pubblico ministero di turno la mattina della morte di Simgis, titolare del fascicolo, cioè il "sostituto" Antonio Miggiani, d'intesa col procuratore capo facente funzioni Federico Frezza.

I passi che verranno seguiti - non appena tale fascicolo sarà aperto - saranno quindi, come detto, la disposizione dell'autopsia e di una serie di esami tossicologici. Questo per accertare che la decisione estrema, senza ritorno, non sia stata presa dal detenuto sotto l'effetto di alcol, psicofarmaci o chissà che altro assunto di nascosto. Dopodiché la Procura - riservandosi pure di sentire le guardie in servizio nelle ore che hanno preceduto e seguito il decesso di Simgis - dovrebbe procedere all'acquisizione di documenti ad ampio "raggio": oltre alle cartelle della struttura medica del Coroneo, attestanti lo stato di salute dello stesso gruista, l'attenzione potrebbe in effetti spaziare dai regolamenti carcerari generali, dati dalle norme nazionali, alle circolari ministeriali, fino ad eventuali ordini di servizio interni alla casa circondariale, al caso dedicati - sempre che ci fossero - alla condizione mentale di Simgis, che nel luglio del 2012 aveva già tentato di farla finita a Palazzo di giustizia mentre lo stavano portando al Tribunale del riesame. Le guardie l'avevano acciuffato per i piedi, dopo che s'era buttato oltre la balaustra del secondo piano che s'affaccia sul chiostro centrale. Un episodio che aveva pesato evidentemente nel recente diniego del Tribunale alla richiesta di un trasferimento ai domiciliari avanzata dal difensore, l'avvocato Sergio Mameli. Negli ultimi tempi - così è venuto fuori dopo la sua morte - Simgis aveva seguito un'autentica conversione, un profondo viaggio nella fede, diventando uno dei più stretti collaboratori di padre Silvio Alaimo, il gesuita cappellano del Coroneo. Cercava un perché all'atrocità che aveva commesso, una via di ritorno dall'omicidio della ex, Tiziana Rupena, datato 11 settembre 2011, per il quale era stato condannato in appello a 16 anni e otto mesi. Ma il rimorso che lo divorava, alla fine, l'ha sopraffatto.

Pesaro: dopo suicidio la rivolta dei detenuti e la protesta degli agenti, il carcere è l'inferno

Il Resto del Carlino, 20 ottobre 2013

Il carcere di Villa Fastiggi è fatiscente. Non è vecchio, ma è soltanto costruito male e mantenuto peggio. C'è

sovrappollamento, ma è del tutto assente anche un bidone di vernice per dipingere i muri. Gli intonaci cadono a pezzi, e nessuno ha pensato che anche un ambiente pulito e verniciato potrebbe essere d'aiuto a chi deve passare giorni e anni in quel posto. A beneficiarne sarebbero i detenuti ma pure il personale che vi lavora. Non è un caso che sia scoppiata una protesta nei giorni scorsi da parte dei reclusi dopo il suicidio di un giovane marocchino trovato impiccato in cella dopo aver avuto una condanna a sette anni di carcere. I detenuti hanno lanciato bombolette del gas (vuote) e si sono rifiutati di mangiare praticando lo sciopero della fame. Ci sono stati momenti di tensione che la polizia penitenziaria ha tenuto sotto controllo ma non senza qualche difficoltà per la volontà dei reclusi di far esplodere la protesta in maniera eclatante. Poi ieri è tornata la calma ed è stato sospeso lo sciopero della fame.

Ecco cosa ci ha scritto Andrea Chiatti, segretario Uil degli agenti penitenziari: "Un detenuto magrebino 33 enne, si è tolto la vita impiccandosi nel bagno della camera detentiva con i lacci delle scarpe. È successo nel carcere di Pesaro giovedì sera poco prima della mezzanotte, era stato condannato a sette anni, qualche giorno fa. Nulla è valso l'intervento tempestivo del personale di polizia penitenziaria facendo intervenire i sanitari, dove purtroppo hanno appurato il decesso. La polizia penitenziaria è sempre più sola a fronteggiare questo tipo di emergenze, purtroppo, sempre meno in grado di risolverle. Anche oggi gli operatori hanno dovuto a far fronte ad una vera e propria rivolta da parte di alcuni detenuti con lanci di bombolette di gas al rientro dai passeggi creando disagi compromettendo la sicurezza nell'istituto. Grazie solo al senso del dovere, alla deontologia degli agenti, si è riuscito a riportare l'ordine nel penitenziario. Purtroppo aver evitato, parzialmente, un'ecatombe da numeri spropositati, forse, contribuisce al silenzio e all'indifferenza della quasi totalità dello schieramento politico rispetto al dramma che si consuma ogni giorno nelle nostre prigioni, è evidente, certificato sovrappopolamento di Villa Fastiggi occorre coniugare anche le condizioni strutturali che conseguono alla mancata manutenzione degli ambienti". Riferisce il padre di un detenuto che ha telefonato ieri in redazione: "Venerdì sono andato a trovare mio figlio e c'era in corso lo sciopero della fame. Poi ho visto salire del fumo. Mi hanno detto che i detenuti avevano dato fuoco a lenzuola e coperte anche se poi le fiamme sono state prontamente spente. C'era un gran chiasso, battevano dei ferri sulle bombolette del gas che hanno in dotazione. Mi dicevano che per fortuna quelle bombole erano vuote perché altrimenti c'era il rischio di esplosione. Sono preoccupato. Spero che si sistemi meglio quella struttura perché ci vivono degli esseri umani"

Pesaro: dopo suicidio detenuto, dirigente Sindacato Polizia penitenziaria in sciopero fame
Il Resto del Carlino, 19 ottobre 2013

Detenuto si suicida al carcere di Villa Fastiggi di Pesaro. Aveva 33 anni ed era di origini marocchine, si è impiccato stringendosi il collo con i lacci delle scarpe. Lo ha reso noto Aldo Di Giacomo, segretario generale del sindacato di polizia penitenziaria (Spp). Il giovane era stato condannato a 7 anni di carcere. Di Giacomo si dice "molto dispiaciuto" per l'episodio. "Purtroppo la responsabilità è di tutti, ma in particolar modo della politica che si è disinteressata di un problema così importante come il sovrappollamento delle carceri arrivando alla situazione di oggi". Di Giacomo fa sapere che "erano diversi anni che non capitava un suicidio a Pesaro. Il carcere ospita circa trecento detenuti rispetto a circa 200 posti disponibili. È un caso di sovrappollamento importante".

E ha annunciato di aver "ripreso lo sciopero della fame, per scongiurare il ripetersi di casi come questo. Serve una riforma strutturale, complessiva della giustizia. È uno sciopero per far capire alla politica che non ha senso avere leggi punitive e riempire le carceri se poi si procede con indulti e amnistie sistematiche. È una giustizia malata che va rivista. Servono riforme per depenalizzare i reati in modo da ridurre i processi e avere meno persone in carcere. La Giustizia ha tempi particolari e ogni anno abbiamo 178 mila prescrizioni". Lo sciopero, fa sapere Di Giacomo, "durerà a oltranza finché qualcuno non si accorgerà". Ma intanto ieri ha ricevuto le prime chiamate. "Mi ha contattato Antonio Di Pietro e il responsabile della Giustizia per il Partito Democratico Danilo Leva. Con l'ex ministro Di Pietro stiamo organizzando una conferenza stampa mercoledì alla Camera dei Deputati per sensibilizzare tutto il mondo della politica e portare alla ribalta questo tema. Non possiamo far finta di niente, bisogna intervenire con riforme strutturali al più presto".

Trieste: suicidio in carcere; nessuna omessa vigilanza, un gesto studiato nei minimi dettagli
di Piero Rauber

Il Piccolo, 19 ottobre 2013

Come s'aprirà, così poi pure si chiuderà. Questione di ore e, nel momento in cui verrà depositata dalla polizia penitenziaria la relativa segnalazione, in Procura ci sarà un fascicolo sulla morte in cella di Giulio Simsig. Ma si tratterà di un atto dovuto. Destinato, in tutta probabilità, ad essere archiviato a stretto giro come un cosiddetto "modello 45", quello del "registro degli atti non costituenti notizia di reato". Antonio Miggiani - il pubblico

ministero che giovedì mattina ha fatto un lungo sopralluogo nel carcere del Coroneo non appena gli è stato comunicato che un detenuto si era tolto la vita - non avrebbe in effetti ravvisato, nel corso dei suoi accertamenti, gli estremi di un'eventuale responsabilità colposa per omissione di vigilanza a carico delle guardie carcerarie e, più in generale, dei vertici della casa circondariale triestina. Il gruista 49enne in carcere dall'11 settembre di due anni fa - giorno in cui aveva ucciso a coltellate l'ex convivente Tiziana Rupena, e condannato in secondo grado a 16 anni e otto mesi - è riuscito evidentemente a compiere senza destare il minimo sospetto, né tra i compagni di cella né nelle maglie della struttura carceraria (i medici e persino il cappellano, padre Silvio Alaïmo, al quale s'era molto legato) il suo terribile disegno. Un disegno mirato a levargli il peso, divenuto insostenibile, del rimorso e della sofferenza. Il sostituto procuratore, di turno nella tragica mattinata di due giorni fa, ha ispezionato appunto il luogo del suicidio. Una cella a "elle", piuttosto ampia rispetto ad altre, "casa" quotidiana per quattro ospiti, tra cui Simg. Due letti a castello a fianco di altrettante pareti opposte, e poi il bagno, non a vista, con la porta richiudibile dall'interno, ma con la sola maniglia e non con la chiave, come d'altronde qualunque porta del Coroneo a portata di detenuto. Al mattino - mentre in cella si trovavano solo Simg e un altro, perché altri due erano stati accompagnati fuori per una delle varie attività previste dai protocolli del carcere - il gruista è andato in bagno e si è fatto una lunga doccia. Solo che, senza farsi notare, ha portato dentro un piccolo sgabello e un laccio di canapa, di quelli usati per confezionare pacchi. È diventato la sua chiave, perché l'ha usato per bloccare la maniglia dall'interno. Il resto, com'era già trapelato 24 ore prima, l'ha fatto con la cintura dell'accappatoio, agganciata alla cerniera superiore della porta stessa. È salito col cappio al collo e ha mollato lo sgabello da sotto i piedi. Ed è rimasto lì. Nell'unico stretto angolo cieco del bagno rispetto alla vista che dà su di esso lo spioncino esterno, dal quale le guardie possono controllare, sempre, i detenuti. Il compagno rimasto in cella, dato il protrarsi della permanenza di Simg in bagno, s'è insospettito. L'ha chiamato. Niente. La porta bloccata. Ha dato l'allarme e l'intervento dei poliziotti penitenziari ha scoperto la cruda verità. Erano le dieci meno un quarto. L'omicida della sua ex aveva messo fine alle sue sofferenze così. Nel luglio del 2012 aveva tentato di gettarsi nella tromba delle scale di Palazzo di giustizia, mentre lo stavano accompagnando al Tribunale del riesame, ma le guardie lo avevano afferrato in tempo per i piedi. Da allora non aveva - da quanto si apprende - sparso altri sintomi di volerla chiudere per sempre. L'episodio del tentato suicidio di quasi un anno e mezzo prima era finito nelle motivazioni con cui era stata respinta la richiesta di domiciliari del suo avvocato, Sergio Mameli. Nulla aveva potuto fare, evidentemente, per placargli il rimorso, nemmeno il suo avvicinarsi - convinto, pieno - alla fede. Accanto al posto di Simg in cella, infatti, da qualche tempo c'erano attaccate varie immagini di Papa Francesco, di Giovanni Paolo II, di Giovanni XXIII. Le aveva messe lui stesso, che era diventato uno dei principali collaboratori di padre Silvio, il cappellano gesuita del Coroneo. Lo aiutava a dire Messa, la domenica. Ci parlava. Si confidava. Una cosa sola, però, la più inconfessabile, se l'è tenuta per sé fino all'ultimo.

Trieste: Giulio Simg si impicca in carcere, era stato condannato per l'omicidio della ex di Laura Tonerò

Il Piccolo, 18 ottobre 2013

Si è tolto la vita ieri mattina annodandosi la cintura dell'accappatoio intorno al collo e appendendosi alla cerniera della porta del bagno di una cella del Coroneo. Si è suicidato così Giulio Simg, 49 anni, in carcere dall'11 settembre del 2011 per aver ucciso a coltellate la sua ex convivente, Tiziana Rupena. A scoprire il corpo esanime dell'ex gruista della Fincantieri che stava scontando la condanna di 16 anni e 8 mesi inflittagli dalla Corte d'Appello, sono stati i suoi quattro compagni di cella. Qualcuno si era appena svegliato, altri stavano ancora sonnecchiando. Simg, come faceva ogni mattina, si è appartato in bagno. Erano le 9.40 quando chi condivideva con lui la cella, dopo che erano passati parecchi minuti, si è insospettito. Lo ha chiamato, poi ha sentito un tonfo ed è corso a vedere cosa era accaduto. Trovandosi di fronte alla terribile scena ha immediatamente dato l'allarme chiamando gli agenti della polizia penitenziaria. "I tentativi di rianimarlo da parte del personale sanitario della casa circondariale e del 118 sono stati tempestivi ma purtroppo sono risultati vani", spiega il direttore del Coroneo, Ottavio Casarano che non intende rilasciare dichiarazioni specifiche in merito all'accaduto. Una tragedia nella tragedia, dunque. Un suicidio che alle spalle si lascia un tremendo delitto: quello dell'uccisione di Tiziana Rupena, aggredita una domenica mattina nella sua stanza da letto al primo piano della villetta della madre a Patriciano. Il suo ex convivente era salito fino al terrazzo usando una scala a pioli. Stretto nella mano destra aveva il coltello da marinaio con cui ha vibrato sette colpi, uno dei quali ha reciso la carotide della donna che aveva osato lasciarlo. Poi era rimasto sul luogo del delitto, si era costituito. Una volta in carcere è scivolato in un profondo stato di depressione. Si era subito pentito.

Già il 24 luglio del 2012 aveva tentato di togliersi la vita gettandosi dalla tromba delle scale del palazzo di Giustizia e solo grazie al pronto intervento di due agenti della polizia penitenziaria quell'episodio non si era trasformato in una tragedia. Ieri mattina la notizia del suicidio dell'assassino di Tiziana Rupena ha fatto subito il

giro del carcere. Tutti si erano accorti fin da subito che era accaduto qualche cosa di grave. Il viavai degli operatori del 118, la frenesia con la quale si muovevano gli agenti e le facce sbarrate e attonite di chi viveva con lui nella piccola cella non lasciavano dubbi. Per molti quella di Giulio Simg era una morte annunciata. E qualcuno si chiede come mai, visto che ai detenuti non è consentito possedere cinture per evitare vengano usate per gesti estremi, a Simg, che già aveva tentato di uccidersi, era stata lasciata quella dell'accappatoio. "Quando una persona muore in carcere - dichiara Sergio Mameli, l'avvocato che ha difeso Simg fin dal momento dell'arresto - non possiamo non esimerci dal fare un esame di coscienza. Non vi è dubbio che Giulio Simg fosse una persona molto depressa, che in carcere aveva perso oltre 50 chili. Viveva in uno stato di prostrazione, era pieno di sensi di colpa per l'omicidio della povera Rupena - continua il legale - e questa sua situazione, forse, non è stata presa in dovuta considerazione ". Viste le condizioni del suo assistito, Mameli aveva più volte chiesto gli arresti domiciliari a casa del figlio che aveva dato disponibilità a ospitarlo e che gli è sempre stato vicino fin dal momento dell'arresto. "Purtroppo - conclude l'avvocato - i domiciliari non gli sono mai stati concessi. E ora è finita". Giulio Simg era praticamente morto il giorno stesso in cui ha ucciso la sua ex convivente Tiziana in un mix di disperazione, violenza, amore e follia. Non si dava pace per averla persa, ma aveva agito nel peggiore dei modi. I giudici avevano tenuto conto di questo particolare stato d'animo altrimenti gli avrebbero inflitto l'ergastolo per un delitto che non era proprio frutto di una improvvisa esplosione di rabbia. Era comunque andato a casa sua, a Padriciano, dopo che l'aveva lasciato. Da quel giorno in carcere Simg ha cominciato a consumarsi lentamente, a spiare la sua colpa. Quando dopo mesi era apparso nei corridoi del Tribunale per il processo sembrava un altro uomo. Emaciato, vistosamente dimagrito, con gli occhi spenti. Aveva tentato anche un plateale suicidio nel Palazzo di Giustizia. Data la sua condizione psichica, tuttavia, si sarebbe probabilmente ucciso anche agli arresti domiciliari, chiesti di recente dal suo avvocato. Portava dentro un grande macigno, ormai impossibile da sopportare in vita.

Pesaro: detenuto marocchino di 33 anni si è suicidato, ha usato i lacci delle scarpe
Corriere Adriatico, 18 ottobre 2013

Un detenuto marocchino di 33 anni si è suicidato nel carcere di Villa Fastiggi a Pesaro impiccandosi con i lacci delle scarpe. Lo ha reso noto Aldo Di Giacomo, ex sindacalista del Sappe e ora segretario generale del Spp. Sembra che di recente il giovane fosse stato condannato a 7 anni di carcere. Per Di Giacomo, che ha annunciato di aver ripreso lo sciopero della fame, per scongiurare il ripetersi di casi come questo serve una "riforma strutturale, complessiva della giustizia".

Lucca: Sappe; detenuto tenta suicidio, in due mesi già quattro casi sventati dagli agenti
Ansa, 17 ottobre 2013

Un detenuto del carcere di Lucca ha tentato il suicidio ieri mattina. Lo rende noto il sindacato Sappe. Il recluso, di origine straniera, detenuto nella 3/a sezione, ha tentato di impiccarsi nella propria cella: solo grazie all'intervento del personale di polizia penitenziaria, spiega il Sappe, è stato evitato il peggio. Il detenuto è stato trasportato d'urgenza al pronto soccorso dell'ospedale di Lucca per accertamenti clinici. Negli ultimi due mesi, afferma ancora il sindacato, sono quattro i reclusi del carcere di Lucca ad aver tentato il suicidio, salvandosi "grazie alla professionalità della polizia penitenziaria che nonostante si senta abbandonata dai vertici della direzione locale e dall'amministrazione regionale continua la propria attività con abnegazione e sacrificio".

Roma: detenuto 82enne muore dopo un malore in cella
Il Velino, 16 ottobre 2013

Si è sentito male all'interno della sua cella. Subito soccorso e trasportato all'ospedale romano di Santo Spirito, è deceduto dopo due giorni di agonia. È morto così un detenuto di 82 anni recluso nel carcere di Regina Coeli. La notizia di questo nuovo decesso nelle carceri del Lazio, il 15esimo dall'inizio del 2013, è stata diffusa dal Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni. "Due settimane fa - ha detto il Garante - il Tribunale di Sorveglianza aveva rigettato la richiesta, presentata dai legali, di differimento della pena per motivi di salute. L'uomo, 82 anni, era affetto da gravi patologie ed era anche stato colpito da ictus. Forse bisognerebbe riflettere sul fatto che una persona con questo quadro clinico ed anagrafico avrebbe dovuto scontare la sua pena in una struttura diversa dal carcere e maggiormente adatta alle sue condizioni".

La vittima, S. C., aveva un fine pena previsto nel 2026. Nel 2005 a 75 anni di età, in preda ad una crisi depressiva dovuta alla sua situazione finanziaria, in quello che fu definito "il suo giorno di ordinaria follia", aggredì una coppia cui aveva venduto l'appartamento e la falegnameria che gestiva. L'uomo venne ucciso, la donna gravemente

ferita. Nel corso della sua detenzione S.C. era stato anche a Rebibbia. Non aveva contatti con l'esterno se non qualche saltuario colloquio con un anziano fratello. Questo è il decesso numero 15 registrato nelle carceri del Lazio da gennaio: cinque sono stati i suicidi, quattro i decessi per malattia e cinque per cause da accertare. Al computo va aggiunta anche una donna che lavorava come infermiera a Rebibbia.

“La morte di quest'uomo - ha detto Marroni - riporta in primo piano la questione dei detenuti anziani e malati reclusi nelle carceri di tutta Italia. Si tratta di decine di persone che spesso sono ospitate nelle infermerie e nei centri clinici perché hanno bisogno di un'assistenza continua che, in una situazione di emergenza, comporta costi umani ed economici sempre più difficili da sostenere. Auspico che il Parlamento faccia al più presto proprio il grido d'allarme lanciato, una settimana fa, dal Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano. Questi drammi rischiano di diventare all'ordine del giorno perché sovraffollamento, ristrettezze economiche e vuoti di organico sono fattori che, purtroppo, nascondono le persone, i loro problemi e le loro debolezze”.

AltraCittà
www.altravetrina.it



Forum piemontese
per il diritto alla salute dei detenuti



Ristretti
Orizzonti



DETENZIONI / 2013

14 novembre 2013

Aula Magna Campus "Luigi Einaudi"
Lungo Dora Siena, 100 – Torino

CORRE LIBERO MARCO CAVALLO?

Superamento degli O.P.G. e piena attuazione della Legge Basaglia
Un percorso ad ostacoli

In collaborazione con:

Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino

Cgil e Fp Cgil Piemonte

Associazione Antigone Piemonte

Comitato StopOPG

Forum piemontese per il diritto alla salute dei detenuti

Ristretti Orizzonti

Camera Penale Vittorio Chiusano

Sessione mattutina

ore 9,30 – arrivo di Marco Cavallo

Introduce **Anna Greco**, presidente Forum piemontese per il diritto alla salute dei detenuti

ore 10,00 – Saluti istituzionali

Laura Scomparin, direttrice Dipartimento di Giurisprudenza

Laura Seidita, segreteria CGIL Piemonte

Giovanni Esposito, segretario generale CGIL Funzione Pubblica

Marco Rabino, fondatore Detenzioni

Enrico Sbriglia, provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria
Piemonte e Valle d'Aosta

ore 10,30 – **LO STATO DELL'ARTE DEL PERCORSO. DIFFICOLTA' E
PROSPETTIVE.**

Modera **Claudio Sarzotti**, professore ordinario Sociologia del diritto, Università di Torino

Stefano Cecconi, Comitato nazionale StopOPG.

Giovanna del Giudice, portavoce nazionale Forum salute mentale

Roberto Di Giovanpaolo presidente Forum nazionale per il diritto alla salute dei
detenuti

Patrizia Caputo, sostituto procuratore della Procura della Repubblica di Torino

Laura Baccaro, psicologa, Ristretti Orizzonti

ore 12,30 - pausa dei lavori

ore 14,30 – Action (intervento teatrale a cura di **Stalker Teatro-Officine Caos**)



Sessione pomeridiana

ore 15,00 - "OLTRE L'O.P.G. ESPERIENZE REGIONALI A CONFRONTO"

Modera **Michele Miravalle**, dottorando Diritti e Istituzioni Università di Torino

Enrico Zanalda, Commissione per il superamento degli O.P.G. Regione Piemonte, direttore DSM ASL TO3

Sergio Schiaffino, responsabile Settore prevenzione, sanità pubblica, fasce deboli, sicurezza alimentare e sanità animale Regione Liguria

Stefano Rambelli, psicologo, direttore generale comunità Ca' Zacchera coop. Generazioni (Forlì)

Antonella Barbagallo, Comitato StopOPG Piemonte

Sara Cassin, presidente Fenascop (Federazione Nazionale Strutture Comunitarie terapeutiche)

Davide Mosso, Osservatorio carcere "Camera penale Vittorio Chiusano"

Ore 16,45 - Dibattito

ore 17,00 - Testimonianze dell'artista **Pigi**, di **Prince** e **Claudio Bottan** a cura di Detenzioni e Sapori Reclusi

Conclusione lavori.

Rossana Dettori, segretaria generale Cgil Funzione Pubblica

E' stato invitato l'Assessore alla Tutela della Salute e Sanità della Reg. Piemonte **Ugo Cavallera**

Per gli studenti di Giurisprudenza, la partecipazione all'evento è titolo per l'attribuzione di un credito formativo - info michele.miravalle@unito.it

E' in corso la procedura di riconoscimento di crediti formativi presso l'Ordine degli Avvocati di Torino.

Partecipano all'evento le Associazioni:

Associazione Museo Nazionale del Cinema, Cecchi Point - Hub Multiculturale Ferro and Fuoco Jail Design, Esia, Società Fotografica Subalpina, Psychetius, QuBi, Sapori Reclusi, Stalker Teatro, Videocommunity, Cooperativa Extraliberi Cooperativa Papily

DETENZIONI /2013**PRISON CULTURE****29 ottobre – 30 novembre 2013****CLE - Campus Luigi Einaudi Torino**

Lungo Dora Siena, 100 – Torino

In collaborazione con:

Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino**Cgil e Fp Cgil Piemonte****Associazione Antigone Piemonte****Forum piemontese per il diritto alla salute dei detenuti****Ristretti Orizzonti****Camera Penale Vittorio Chiusano****Comitato StopOPG**

L'edizione **2013 di DETENZIONI** si occupa del **disagio mentale nell'ambito della detenzione**, in relazione sia al trattamento del detenuto con problemi psichiatrici che all'effetto prodotto dalla detenzione sulla salute mentale dei soggetti. Attenzione particolare è stata rivolta alla discussione sulla **chiusura degli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari)**.

La manifestazione vuole offrire una panoramica degli argomenti e per questo si è fatta la scelta della contaminazione culturale. Una **giornata di incontri**, a cura di **Anna Greco e Michele Miravalle** porterà al CLE esperti ed operatori a fare il punto sulla questione della chiusura degli OPG. **Sei mostre di arte e fotografia** illustreranno la realtà degli OPG e ne proporranno una rappresentazione figurativa.

A cura di Anna Greco e Michele Miravalle

Detenzioni 2013 – Giornata di incontri**"Corre Libero Marco Cavallo? – Superamento degli OPG e piena attuazione della Legge Basaglia: un percorso ad ostacoli"****CLE - Campus Luigi Einaudi Torino**

14 novembre 2013 - dalle ore 9 alle ore 18

Il 14 Novembre 2013, dalle ore 9 alle ore 18, si svolgerà presso il Campus Luigi Einaudi – Lungo Dora Siena, 100 – Torino un'iniziativa sul percorso di **superamento degli OPG** (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) promossa da Antigone Piemonte, Cgil e Fp Cgil Piemonte, Forum piemontese per il diritto alla salute dei detenuti, Ristretti Orizzonti, Camera Penale "Vittorio Chiusano".

L'evento, realizzato in collaborazione con il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino e con il Comitato StopOPG, costituirà una tappa del viaggio di **Marco Cavallo**, la macchina teatrale di legno e cartapesta realizzata nell'Ospedale Psichiatrico di Trieste nel 1973 divenuta simbolo della chiusura dei manicomi e della legge 180 (riforma Basaglia) che restituisce dignità e cittadinanza alle persone malate di mente. Quarant'anni dopo, **Marco Cavallo** è ancora in viaggio, per chiudere gli OPG, dove sono ancora internati malati di mente autori di reato, rivendicare il loro diritto alla cura anziché alla segregazione, scongiurare l'apertura al loro posto dei manicomi regionali (miniOpg). L'arrivo di **Marco Cavallo** a Torino, nel Campus Luigi Einaudi, segnerà il momento inaugurale della edizione 2013 del progetto Detenzioni, nato con la finalità di creare un incontro tra l'universo della detenzione e i protagonisti dell'arte e della cultura, e dedicato quest'anno al disagio mentale.

L'iniziativa sarà animata da una azione performativa di **Stalker Teatro** ideata da **Gabriele Boccacini**. **"Action"** è un mosaico di quadri performativi che trasformano semplici oggetti e gesti quotidiani in sorprendenti giochi scenici, a cui gli stessi spettatori avranno la possibilità di partecipare. Partendo dall'idea di **"abitare"** i suggestivi spazi del nuovo campus universitario "Luigi Einaudi" e ispirandosi ad alcune celebri opere di arte contemporanea, i performer di Stalker Teatro creeranno un'originale **drammaturgia dell'ambiente** attraverso la realizzazione "in diretta" di alcune originali costruzioni sceniche. Gli spettatori si ritroveranno così catturati in una sorta di happening, evento unico e irripetibile che fonde gli elementi della creazione artistica e del gioco collettivo, del rito comunitario e della festa.

Party inaugurale**Qubi** Via Parma 75/C – Torino

14 novembre 2013 - dalle ore 19.30

Durante la serata interverranno i rappresentanti di alcune cooperative ed associazioni operanti all'interno delle carceri che presenteranno i loro ultimi progetti e i loro prodotti.

Pane e Acqua - Installazione edibile di Roberta Toscano, Marco Rabino, Angelo Toppino. Reading a cura di Bakary.

Il **DJ set** è a cura dell'Associazione Sapori Reclusi con Simon.

A cura di Marco Rabino e Roberta Toscano

Detenzioni 2013 – Il film

Lo Stato della follia

Hub Culturale Cecchi Point - Via Antonio Cecchi alle ore 21, Torino

Martedì 19 novembre, in occasione degli eventi dedicati quest'anno alla chiusura degli O.P.G. il progetto (dell'Associazione culturale Interno4) **DETENZIONI** in collaborazione con Videocommunity porterà a Torino Francesco Cordio regista, attore, videomaker indipendente. Il suo pluripremiato film **Lo Stato della follia** verrà proiettato presso la Sala delle Arti dell'Hub Culturale Cecchi Point di Via Antonio Cecchi alle ore 21 dove il regista potrà interagire con il pubblico presente. Alla presentazione saranno presenti: Michele Miravalle (Antigone Piemonte, il Professor Franco Prono (Dipartimento di Studi Umanistici), Vittorio Scloverani. Evento in collaborazione con **l'Associazione Museo Nazionale del Cinema, Videocommunity e Cecchi Point – Hub Multiculturale.**

Ingresso libero fino ad esaurimento posti.

A cura di Marco Rabino e Roberta Toscano

Detenzioni 2013 - La mostra di arte figurativa

Dov'è la libertà?

CLE - Campus Luigi Einaudi Torino

29 ottobre – 30 novembre 2013

L'edizione 2013 della mostra in collaborazione con il CLE - Campus Luigi Einaudi di Torino, prende spunto da un film italiano del 1952 diretto da **Roberto Rossellini**. Il protagonista della vicenda si chiama Lo Iacono Salvatore, barbiere, ed è interpretato dal grande Totò. Salvatore viene rilasciato dopo 22 anni di carcere, condannato per aver ucciso il suo miglior amico "Cannolicchio", colpevole di aver mancato di rispetto alla moglie dell'ex-detenuto. Con **"Dov'è la libertà?"** intendiamo proporre agli artisti una riflessione sulla reale condizione di libertà. Salvatore nel film scopre che la libertà potrebbe risiedere nella vita sicura e regolata del carcere. Questa domanda, a cui è difficile risposta, si può estendere al tema della chiusura degli OPG e all'individuazione di una valida alternativa che proponga un reale programma di recupero della persona. All'interno della mostra verranno esposte le **locandine originali del film** a cura di Antigone.

A cura di Pippo Torre e Roberta Toscano

Detenzioni 2013 - Il contest fotografico

La collina dei folli rei

CLE - Campus Luigi Einaudi Torino

29 ottobre – 30 novembre 2013

La malattia mentale reclusa: tema problematico da rappresentare con un'immagine fotografica ma che può costituire una grande sfida creativa. Coerentemente con la mission di **DETENZIONI** l'artista è invitato a proporre un diverso punto di vista sulla realtà. L'opinione pubblica si è dimostrata ultimamente più sensibile rispetto al problema OPG e questo può essere un punto di forza e un'ottima opportunità per il fotografo di rivolgersi ad una platea vasta e interessata.

A cura di Roberta Toscano

Detenzioni 2013 - Mostre Fotografiche

Istanti inquieti. Fotografie: dall'OPG alla rappresentazione del disagio interiore

CLE - Campus Luigi Einaudi Torino

29 ottobre – 30 novembre 2013

Opere di:

Gin Angri

Valentina Quintano

Anna Marconi

Fotografi Associazione Galleria Subalpina

Il lato dolente ed oscuro dell'animo umano ripreso dal vivo all'interno delle strutture sanitarie o reinterpretato attraverso l'obiettivo della macchina fotografica

A cura di Roberta Toscano

Detenzioni 2013 – Installazione**In-cub-out****CLE - Campus Luigi Einaudi Torino**

29 ottobre – 30 novembre 2013

L'installazione è realizzata con la collaborazione dello scultore **Franco Marabotto**, la cooperativa di produzione **Papili**, l'**Associazione Esia** e l'**Associazione culturale Psychetius**.

Una struttura in acciaio autoportante firmata e offerta generosamente dall'artista Franco Marabotto diventa icona e figura della reclusione attraverso una serie di interventi artistici e critici.

All'interno dell'Installazione si potranno leggere gli interventi scritti degli autori dell'**Associazione culturale Psychetius** che hanno commentato in forma tecnica ma estremamente lirica casi noti di criminali seriali.

A cura di Sapori Reclusi

Detenzioni 2013 - Mostra Fotografica**Pure 'n carcere 'o sanno fa**

QuBi Via Parma 75/C - Torino

6 - 22 novembre 2013

"Pure 'n carcere 'o sanno fa" è un progetto nato per raccontare con **immagini** e **testi** la vita in cella e soprattutto le storie di alcuni detenuti, raccolte attorno al rito della preparazione di una tazzina di caffè e della sua condivisione. Il lavoro presentato è un piccolo **assaggio** di questo **incontro** con i **detenuti** del **Carcere di Fossano**, in provincia di Cuneo: seduti insieme in cella, abbiamo preparato una moka di caffè sul fornellino a gas e ci siamo raccontati quelle storie.

Sapori Reclusi **presterà** inoltre "*bianco, rosso, libero*", l'iniziativa legata alla commercializzazione di **vini** e **storie** con il marchio dell'Associazione e la nascita del progetto legato al mondo della musica.

Detenzioni 2013 | Prison Culture sarà presente a **The Others** dall' 8 al 10 novembre 2013, presso l'ex carcere delle Nuove in Via Paolo Borsellino, 3 Torino.

Concluse tutte le manifestazioni verrà pubblicato on-line un numero speciale monografico della rivista di Cooperativa Letteraria FuoriAsse-DETENZIONI. Il magazine conterrà immagini, estratti, interviste e testi riassuntivi di tutta la rassegna DETENZIONI 2013.

Partecipano alla manifestazione le Associazioni:

Associazione Museo Nazionale del Cinema

Cecchi Point – Hub Multiculturale

Ferro and Fuoco Jail Design

Esia

Società Fotografica Subalpina

Psychetius

QuBi

Sapori Reclusi

Stalker Teatro

Videocommunity

Cooperativa Letteraria

Cooperativa Extraliberi

Cooperativa Papili

IL VIAGGIO DI MARCO CAVALLO

Il 14 Novembre 2013, dalle ore 9 alle ore 17 e 30, si svolgerà a Torino, presso il Campus Luigi Einaudi, Lungo Dora Siena 100, un'iniziativa sul percorso di superamento degli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) promossa da **Antigone Piemonte, Cgil e Fp Cgil Piemonte, Forum piemontese per il diritto alla salute dei detenuti, Ristretti Orizzonti, Camera Penale "Vittorio Chiusano"**.

L'evento, realizzato in collaborazione con il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino e con il Comitato StopOPG, costituirà una tappa del viaggio di Marco Cavallo.

Marco Cavallo nasce nel 1973, nel manicomio aperto di Trieste, dove in uno dei primi reparti svuotati da Franco Basaglia sono arrivati gli artisti ed è stato avviato un singolare laboratorio.

Esso accoglie centinaia di ricoverati, invitati a scrivere, disegnare, raccontare, partecipare, esprimersi. Così nasce Marco Cavallo, una macchina teatrale realizzata da Vittorio Basaglia in legno e cartapesta. Nella sua pancia conterrà i desideri dei ricoverati. Il cavallo uscirà dal manicomio il 25 marzo dello stesso anno, seguito da pazienti, medici, infermieri, volontari, artisti.

"Il cavallo azzurro e l'avvio tumultuoso del laboratorio stravolsero definitivamente quello che restava dell'ordine e della disciplina manicomiale (e asburgica) già minata nelle fondamenta dalle porte aperte. Fino a quel momento i bisogni, sepolti nella malattia, inavvertiti e annientati, prendevano timidamente il sopravvento sulla totalizzazione, sull'omologazione, sull'appiattimento" (Peppe Dell'Acqua).

Quarant'anni dopo, Marco Cavallo è ancora in viaggio per chiudere gli OPG, dove sono tuttora internati malati di mente autori di reato, per scongiurare l'apertura al loro posto dei manicomi regionali (miniOpg), per rivendicare il diritto alla cura al posto della segregazione.

L'arrivo di Marco Cavallo a Torino segnerà il momento inaugurale della edizione 2013 del progetto Detenzioni, nato con la finalità di creare un incontro tra l'universo della detenzione e i protagonisti dell'arte e della cultura, e dedicato quest'anno al disagio mentale.

Convegno “Psichiatria e distorsione della Giustizia”: comunicato sullo svolgimento dei lavori

Mercoledì 23 ottobre, al Grand Hotel Villa Torretta di Sesto S Giovanni (Mi), si è tenuto il convegno “Psichiatria e distorsione della Giustizia”, organizzato dal CCDU (Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani) e dalla sezione italiana della LIDU - Lega Internazionale per i Diritti dell’Uomo. Hanno partecipato quasi cento persone. Obiettivo: far luce su una pericolosa deriva del sistema giudiziario, quasi appiattito su perizie psichiatriche che tendono sempre più ad assumere valenza di prova oggettiva, e su come questa deriva sia lesiva dei diritti umani.

I lavori sono stati aperti da Silvio De Fanti, vicepresidente del CCDU con una citazione dal libro “Whores of the Court” (“Prostitute dei Tribunali”), una descrizione disincantata e dissacrante di come la giustizia abbia abdicato in favore della psichiatria, a opera di Margaret Hagen, ricercatrice del Dipartimento di Psicologia dell’Università di Boston. De Fanti ha citato l’esempio della perizia psichiatrica in cui si sosteneva che l’Ing. Elvio Zornitta “avrebbe potuto essere” una bomber - l’inizio di un incubo kafkiano destinato a rovinare la vita di un innocente.

Ha poi preso la parola il prof. Morris Ghezzi, presidente della LIDU e ordinario di Filosofia e Sociologia del Diritto all’Università degli Studi di Milano. Il giudice non è più peritus peritorium - esperto degli esperti, che ascolta i pareri dei periti ma poi si riserva di fare una valutazione indipendente - ma ha ceduto la funzione di controllo sociale alla medicina, e alla psichiatria in particolare. Il controllo sociale avviene attraverso la catalogazione (lecito-illecito nel caso della giustizia; umano-disumano se si tratta di sociologia; sano-malato per la psichiatria) e successiva stigmatizzazione del comportamento sbagliato. Se però l’accusa di illecito è soggetta a contraddittorio, nel corso del quale l’imputato può difendersi e produrre prove a suo sostegno, l’imputato accusato da una perizia psichiatrica scopre ben presto di avere poche speranze.

La perizia psichiatrica rappresenta infatti un’anomalia nel sistema giudiziario. Le perizie tecniche sono basate sul principio di riproducibilità dell’esperimento - ripetibilità soggette a variazione statistica, ma pur sempre documentabile e valutabile, e aiutano il giudice a farsi una sua idea. Il comportamento umano, invece, è influenzato da un così grande numero di fattori, molti dei quali imponderabili, da essere per sua natura unico e irriproducibile. Così un perito balistico può riprodurre in laboratorio la traiettoria di un proiettile, ma nessuno potrà mai riprodurre la moltitudine di circostanze che hanno portato l’imputato ad ammazzare la vittima.

Il concetto di malattia mentale è basato sulla valutazione del comportamento umano, valutazione a sua volta variabile in funzione dell’ambiente, degli usi e costumi, del livello culturale e del benessere economico. Così una persona colta e ricca ha più probabilità di difendersi da una perizia psichiatrica

rispetto a un altro. La stessa capacità d'intendere e di volere, un'etichetta psichiatrica capace di determinare l'esito di un processo, dipende da fattori economici e sociali - non medici.

La dottoressa Silvia Raimondi, psicologa e consulente del Tribunale di Bergamo, ha spiegato bene il funzionamento tecnico dei processi, soprattutto nei casi di divorzio e affidamento, la sua specialità, descrivendo come spesso si crei una specie di simbiosi tra giudice e CTU (il Consulente Tecnico d'Ufficio: quello, cioè nominato dal giudice) per cui un certo giudice si avvale spesso del perito con cui ha una comunione d'idee o di vedute. Il giudice sempre più spesso si appiattisce sulla perizia evitando una valutazione autonoma, e la sentenza si riduce a un copia-incolla della perizia. "La perizia - specialmente se fatta su un bambino - è un episodio molto stressante: a volte i genitori non si rendono conto del danno che creano quando, in una causa di divorzio, richiedono la perizia sul bambino."

Interessante e ricco di aneddoti l'intervento di Giorgio Pompa, ex Telefono Viola e ora rappresentante dell'Associazione dalle Ande agli Appennini. "Tra le perizie d'ufficio, quella psichiatrica rappresenta una triplice anomalia" - spiega Giorgio Pompa - "per l'oggetto dell'indagine (non un oggetto visibile e misurabile ma un soggetto - e non una persona qualsiasi: l'imputato!) per il rapporto con la sentenza (spesso il giudice non esercita la sua funzione di perito dei periti, ma recepisce in maniera acritica il parere psichiatrico, che poi diventa la sentenza) e per i diritti dell'imputato (come mi difendo se uno psichiatra dice che sono un papà violento anche se non c'è nessuna prova oggettiva di violenza?)."

L'avvocato Francesco Morcavallo fino a pochi mesi fa era giudice presso il Tribunale dei Minori di Bologna, e in quella veste ha sperimentato direttamente l'influenza nefasta della psichiatria sulla giustizia. "Dalla perizia psichiatrica non ci si può difendere perché è un'opinione, non un fatto" spiega Morcavallo, aggiungendo come "l'attribuzione di rilevanza giuridica alla malattia mentale - a prescindere dal fatto che essa esista o meno - costituisce semplicemente la stigmatizzazione della diversità, e non dovrebbe decidere l'esito di un processo."

Ha chiuso i lavori un medico, il dott. Roberto Cestari, presidente del CCDU, con una carrellata storica sulle origini della psichiatria e sulla catalogazione dell'anormalità. "In mancanza di prove oggettive (radiologiche, biochimiche o altro) la diagnosi psichiatrica non ha la stessa valenza di una diagnosi medica, e dovrebbe essere considerata una semplice teoria, un'ipotesi - non un 'fatto'. Nell'aula di un tribunale, essa non dovrebbe avere valore probatorio".

Per illustrare l'invalidità probatoria delle indagini psichiatriche e l'impossibilità di analizzare il comportamento con la certezza richiesta in un tribunale, il dott. Cestari ha raccontato la storia di James Thurber sull'unicorno in giardino. Un anziano signore passa le sue giornate a guardare il giardino, ma la cosa disturba la sua anziana moglie, che vorrebbe farlo rinchiudere. Un giorno il signore dice alla moglie di vedere un unicorno in giardino. La moglie pensa "adesso l'ho in pugno - lo faccio rinchiudere", e chiama uno psichiatra. Lo psichiatra, armato di camicia di forza, viene a

visitare il malcapitato signore ma lo trova normale ed equilibrato. Per smontare l'apparente messinscena, lo psichiatra lo sfida, e gli chiede se lui veda un unicorno in giardino. L'uomo risponde: "Un unicorno? Ma sono creature immaginarie! Come potrebbe essercene uno nel mio giardino?". Lo psichiatra allora sentenza: "Portate via la signora - è matta da legare!" Il marito da quel giorno visse felice e contento.

Al termine del convegno alcuni dei partecipanti, rappresentanti di varie associazioni, si sono intrattenuti coi relatori, esprimendo il desiderio di creare un network stabile, che possa lavorare a vari livelli per riportare la funzione di controllo sociale nell'ambito della Giustizia, sottraendola all'abbraccio mortale con la psichiatria.

Alberto Brugnetini

Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani onlus

Mail info@ccdu.org

www.ccdu.org

AltraCittà
www.altravetrina.it

Salute mentale nelle carceri fiorentine
all'insegna della integrazione organizzativa e operativa

Gemma Brandi
Responsabile Salute Mentale Adulti Firenze 1 e 4 e carceri Firenze
Raquel Lenzi
Psicologa Prevenzione Suicidio Sollicciano e Gozzini (PPSSG)
Barbara Manzini
PPSSG
Mario Iannucci
Psichiatra Supervisore PPSSG
Riccardo Lo Parrino
Responsabile Salute Mentale Infanzia Adolescenza Firenze 1 e 4 e IPM

Sarebbe impossibile illustrare in un solo pezzo le attività di salute mentale della Azienda Sanitaria (ASF). Nel capoluogo toscano si è voluta una salda relazione con il territorio, allo scopo di applicare compiutamente il DL 230/99, la norma che regola il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale (SSR): garantire ai reclusi la stessa risposta di salute dei cittadini liberi. Incombevano sull'ambizioso percorso la minaccia di una omologazione di comodo con quanto preesisteva *intra moenia* e il rischio di disperdere valide professionalità acquisite. Si è pertanto optato per l'inserimento degli operatori attivi in carcere nella organizzazione dei territori di riferimento esterni -i Quartieri 4 e 1 della città- tanto per gli adulti che per i minorenni. Per puro caso è accaduto che i Responsabili di tali articolazioni funzionali, Gemma Brandi e Riccardo Lo Parrino, avessero una consolidata e virtuosa esperienza clinica penitenziaria, con conseguente facilitazione del percorso che ha preso avvio nell'ottobre 2008. Iniziamo la presentazione a puntate delle risposte nel settore con i presidi a favore dei giovanissimi reclusi e l'attività psicologica di prevenzione del suicidio degli adulti, implementata nel 2012 dalla Regione Toscana e riorganizzata su tale *imput* dalla ASF. Se sei suicidi erano stati registrati tra gennaio e settembre 2012 negli istituti Sollicciano e Gozzini, non se ne è verificato nessuno dopo l'ingresso, nell'ottobre 2012, di efficaci e propositive energie psicologiche, adeguatamente formate e monitorate.

All'interno dell'Istituto Penale Minorile (IPM) "G. Meucci" di Firenze la risposta alle esigenze di salute mentale dei giovani detenuti è garantita da una rete della ASF, costituita da medico, infermiere, psicologo e medico specialista (neuropsichiatra infantile e psichiatra), che opera in maniera integrata con gli operatori della Giustizia. Il modello di assistenza di riferimento, compatibilmente con le caratteristiche del contesto in cui si attua, è quello dell'assistenza *community based*, volto ad assicurare una presa in carico del paziente articolata (multiprofessionale-multidimensionale) e tempestiva (attenzione ai fattori di rischio e ai primi segnali di disagio), che prevede un rapporto di stretta connessione fra personale sanitario e Area Educativa, Area della Sicurezza, operatori sociali della Giustizia e del territorio, Tribunale per i Minorenni. In IPM operano, con impegno part-time, due Psicologhe della Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza (UFSMIA) di Firenze, attive anche nei presidi territoriali. Tale organizzazione bifronte favorisce il rapido coinvolgimento delle strutture esterne (Servizi Sociali Comunali, Centri Diurni, Comunità Residenziali, Centri di Formazione) necessarie per la stesura e la realizzazione dei progetti

d'intervento a favore dei minori ristretti e consente, per i residenti nel territorio comunale fiorentino, la continuità assistenziale dopo l'uscita dal carcere. Inoltre, una Psicologa dell'UFSMIA si occupa (part-time), in maniera specifica, dei percorsi integrati socio-sanitari per i minori afferenti all'Area Penale Esterna (misure alternative alla detenzione). Viene in tal modo rinforzato il ponte gettato fra dentro e fuori le mura dell'istituzione penitenziaria con il passaggio al SSR di tutte le funzioni sanitarie precedentemente di pertinenza dei Dipartimenti della Giustizia. Anche l'assistenza neuropsichiatrica è assicurata da un medico che si muove fra interno ed esterno, dove opera come componente di un'équipe multiprofessionale dell'UFSMIA di Firenze, elettivamente dedicata agli interventi nella psicopatologia grave e/o urgente in adolescenza. I principali quadri psicopatologici per cui in IPM è richiesto un intervento neuropsichiatrico sono i seguenti : agiti autolesivi (tentativo di suicidio, grave autolesionismo), perdurante stato di agitazione psicomotoria, stati dissociativi, disturbi del comportamento (con agiti eteroaggressivi), stati psicotici, gravi disturbi dell'umore. Particolare attenzione è rivolta alla tempestiva individuazione di segnali di sofferenza psicopatologica e, in particolare, agli elementi di rischio di agiti aggressivi auto/eterodiretti. In tal senso è fondamentale il colloquio psicologico di primo ingresso rivolto a tutti i detenuti all'entrata in Istituto (al termine del quale viene redatta una "scheda psicologica" sintetica, consegnata in copia al medico e all'educatore della Giustizia Minorile di riferimento ed inserita nella cartella clinica psicologica), ma anche il puntuale scambio di informazioni fra gli operatori delle diverse Aree che si trovano ad interagire quotidianamente con i minori ristretti. La risposta all'emergenza-urgenza psichiatrica in IPM, per la sua complessità, sta impegnando da tempo gli operatori sanitari in una approfondita riflessione su aspetti metodologici e organizzativi. E' in fase conclusiva un audit su tale tema che ha portato alla stesura di una specifica procedura aziendale da condividere con gli operatori della Giustizia Minorile e con l'Autorità Giudiziaria (Tribunale per i Minorenni e Procura Minorile).

L'intervento psicologico nelle carceri per adulti, Sollicciano e Gozzini, è parte del Servizio di Salute Mentale del Quartiere 4 di Firenze, con l'obiettivo di una integrazione fruttuosa per attuare lo specifico progetto regionale. Sollicciano è un complesso penitenziario ad alto rischio, per la documentata intensità psicopatologica che la connota e l'alta concentrazione di soggetti a rischio suicidario. Per contenere e curare in maniera più efficace il problema, dall'ottobre del 2012 vi operano psicologi oculatamente reclutati, accuratamente formati, persuasi della necessità di integrarsi con gli operatori penitenziari e della Salute Mentale. Costoro svolgono una capillare funzione terapeutica in alcune sezioni di Sollicciano (A,B, Transito, Femminile) e presso l'Istituto Mario Gozzini. Due altri psicologi, attivi da tempo nel Servizio di Salute Mentale di Sollicciano, si occupano dei detenuti a rischio in aree calde: Reparti Transessuali e Assistiti, Casa di Cura e Custodia. E' stata elaborata una procedura d'intervento che ha reso la Sezione Transito strategica, in quanto stazione di accoglienza dei detenuti che arrivano in carcere. Qui viene rilevato il diffuso rischio suicidario, somministrando ai nuovi giunti la checklist di Alboreda Florez (strumento per l'individuazione del rischio suicidario, rivista e integrata da Bonamassa Brandi Iannucci, 2011 e successivamente adattata alla specifica realtà carceraria). In principio gli psicologi hanno affiancato nella rilevazione gli infermieri a Sollicciano, gli OSS presso il Gozzini. Una volta che infermieri e OSS sono diventati autonomi nella gestione dello strumento, gli psicologi si sono limitati a

supervisionare e monitorare le somministrazione effettuate, in sinergia con il medico e con la caposala. La procedura prevede che il medico, qualora la checklist evidenzi il rischio di comportamenti autolesivi e/o anticonservativi, chieda un controllo dello psicologo o dello psichiatra, evitando invii contemporanei ai due professionisti. Resta la possibilità di un duplice presa in carico (psichiatrica e psicologica), affidata però alla valutazione di secondo livello del SSM. E' quindi previsto che gli psicologi raccolgano segnalazioni di pazienti a rischio nelle varie aree da parte dei medici di medicina generale e di guardia o degli psichiatri. Nell'arco dell'anno trascorso le persone segnalate agli psicologi sono state 205, di cui 174 prese in carico e attualmente ammonta a 46 il numero dei soggetti seguiti. L'arrivo delle nuove risorse professionali è stato accolto assai positivamente dall'ambiente. Particolarmente significativa è stata la collaborazione con gli educatori penitenziari, grazie alla puntuale segnalazione di situazioni a rischio e alla sinergia operativa. Lavoro di rete e approccio multidisciplinare sono i punti di forza del progetto, accanto alla presa in carico personalizzata delle singole sofferenze, che non esclude percorsi psicoterapeutici a lungo termine. Va detto che, la definizione di una procedura chiara di segnalazione del rischio, ha favorito l'attenzione di tutti al problema e in generale alla sofferenza psicologica. Sono emersi aspetti sui quali concentrarsi nel prossimo futuro: il bisogno di una maggiore integrazione con i servizi presenti in carcere, dopo l'avvio di una collaborazione preziosa; la necessità di consolidare la procedura di somministrazione della checklist e di invio dei casi che destano allarme. Purtroppo il monte orario dedicato al progetto ha subito una riduzione nella seconda parte dell'anno. Non resta che attendere l'arrivo delle risorse aggiuntive promesse dalla Regione Toscana.

FOCUS

Gli interventi dell'azienda sanitaria di Firenze a favore dei detenuti



Carceri, sinergie per la salute

Minori: assistenza psichiatrica Doc - Prevenzione anti-suicidio negli adulti

L'azienda sanitaria fiorentina, per applicare compiutamente la norma che regola il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario regionale (Ssr) e garantire ai reclusi la stessa risposta di salute dei cittadini liberi, ha scelto di indirizzare i propri sforzi per creare una salda relazione tra carcere e territorio. Un percorso ambizioso che ha visto l'inserimento degli operatori attivi in carcere nella organizzazione dei territori di riferimento esterni - i Quartieri 4 e 1 della città di Firenze - tanto per gli adulti che per i minorenni.

Dall'ottobre del 2008, supportati da una consolidata esperienza clinica penitenziaria, sono state date risposte con i presidi a favore dei giovanissimi reclusi e l'attività psicologica di prevenzione del suicidio degli adulti. Attività implementata nel 2012 dalla Regione Toscana e riorganizzata su tale input dall'azienda sanitaria fiorentina. Se tra gennaio e settembre 2012 negli istituti Sollicciano e Gozzini si sono verificati sei suicidi, dall'ottobre dello stesso anno - con l'avvio dell'attività e grazie a efficaci e propositive energie psicologiche, adeguatamente formate e monitorate - non se ne è verificato nessuno.

All'interno dell'Istituto penale minorile (Ipm) "G. Meucci" di Firenze la risposta alle esigenze di salute mentale dei giovani detenuti è garantita da una rete della Asl 10 di Firenze, costituita da medico, infermiere, psicologo e medico specialista (neuropsichiatra infantile e psichiatra), che opera in maniera integrata con gli operatori della Giustizia. Il modello di assistenza di riferimento è quello dell'assistenza community based, volto ad assicurare una presa in carico del paziente articolata (multiprofessionale-multidimensionale) e tempestiva (attenzione ai fattori di rischio e ai primi segnali di disagio), che prevede un rapporto di stretta connessione fra personale sanitario e area educativa, area della sicurezza, operatori sociali della giustizia e del territorio, Tribunale per i minorenni. In questo istituto operano due psicologhe della Unità funzionale salute mentale infanzia adolescenza (Ufsmia) di Firenze, attive anche nei presidi territoriali, favorendo così il rapido coinvolgimento delle strutture esterne (servizi sociali comunali, centri diurni, comunità residenziali, centri di formazione) necessarie



Il carcere di Sollicciano

per la stesura e la realizzazione dei progetti d'intervento a favore dei minori ristretti e consente, per i residenti nel territorio comunale fiorentino, la continuità assistenziale dopo l'uscita dal carcere. Inoltre, una psicologa si occupa in maniera specifica dei percorsi integrati socio-sanitari per i minori afferenti all'area penale esterna (misure alternative alla detenzione). Viene in tal modo rinforzato il ponte gettato fra dentro e fuori le mura dell'istituzione penitenziaria.

Anche l'assistenza neuropsichiatrica è assicurata da un medico che si muove fra interno ed esterno, dove opera come componente di un'équipe multiprofessionale dell'Ufsmia di Firenze, elettivamente dedicata agli interventi nella psicopatologia grave e/o urgente in adolescenza. I principali quadri psicopatologici per cui in Ipm è richiesto un intervento neuropsichiatrico sono gli agiti autolesivi (tentativo di suicidio, grave autolesionismo), perdurante stato di agitazione psicomotoria, stati dissociativi, disturbi del comportamento (con agiti etero-aggressivi), stati psicotici, gravi disturbi dell'umore. Particolare attenzione è rivolta alla tempestiva individuazione di segnali di sofferenza psicopatologica e agli elementi di rischio di

agiti aggressivi auto/eterodiretti. Fondamentale quindi il colloquio psicologico di primo ingresso rivolto a tutti i detenuti all'entrata in Istituto (al termine del quale viene redatta una "scheda psicologica" sintetica, consegnata in copia al medico e all'educatore della Giustizia minorile di riferimento e inserita nella cartella clinica psicologica), ma anche il puntuale scambio di informazioni fra gli operatori delle diverse Aree che si trovano a interagire quotidianamente con i minori ristretti. La risposta all'emergenza-urgenza psichiatrica in Ipm, per la sua complessità, sta impegnando da tempo gli operatori sanitari in una approfondita riflessione su aspetti metodologici e organizzativi. È in fase conclusiva un audit su tale tema che ha portato alla stesura di una specifica procedura aziendale da condividere con gli operatori della Giustizia minorile e con l'Autorità giudiziaria (Tribunale per i minorenni e Procura minorile).

L'intervento psicologico nelle carceri per adulti, Sollicciano e Gozzini, è parte del Servizio di salute mentale del Quartiere 4 di Firenze, con l'obiettivo di una integrazione fruttuosa per attuare lo specifico progetto regionale. Sollicciano è un complesso peni-

tenziario ad alto rischio, per la documentata intensità psicopatologica che la connota e l'alta concentrazione di soggetti a rischio suicidario. Per contenere e curare in maniera più efficace il problema, dall'ottobre del 2012 operano psicologi oculatamente reclutati, accuratamente formati, persuasi della necessità di integrarsi con gli operatori penitenziari e della Salute mentale, e svolgono una capillare funzione terapeutica in alcune sezioni di Sollicciano e presso l'Istituto Gozzini. Altri due psicologi, attivi da tempo nel Servizio di salute mentale di Sollicciano, si occupano dei detenuti a rischio in aree calde: reparti transessuali e assistiti, casa di cura e custodia.

È stata elaborata una procedura d'intervento che ha reso la Sezione transito strategica, in quanto stazione di accoglienza dei detenuti che arrivano in carcere. Qui viene rilevato il diffuso rischio suicidario, somministrando ai nuovi giunti una apposita checklist, strumento per l'individuazione del rischio suicidario, che negli ultimi due anni è stata rivista, integrata e adattata alla specifica realtà carceraria. In principio gli psicologi hanno affiancato nella rilevazione gli infermieri a Sollicciano, gli Oss presso il

Gozzini. Una volta che infermieri e Oss sono diventati autonomi nella gestione dello strumento, gli psicologi si sono limitati a supervisionare e monitorare le somministrazioni effettuate, in sinergia con il medico e con la caposala.

La procedura prevede che il medico, qualora la checklist evidenzii il rischio di comportamenti autolesivi e/o anticonservativi, chiedi un controllo dello psicologo o dello psichiatra, evitando invii contemporanei ai due professionisti. Resta la possibilità di un duplice presa in carico (psichiatrica e psicologica), affidata però alla valutazione di secondo livello del Ssm. È quindi previsto che gli psicologi raccolgano segnalazioni di pazienti a rischio nelle varie aree da parte dei medici di medicina generale e di guardia o degli psichiatri. Nel 2013 le persone segnalate agli psicologi sono state 205, di cui 174 prese in carico e attualmente ammonta a 46 il numero dei soggetti seguiti.

Lavoro di rete e approccio multidisciplinare sono i punti di forza del progetto, accanto alla presa in carico personalizzata delle singole sofferenze, che non esclude percorsi psicoterapeutici a lungo termine. Va detto che, la definizione di una procedura chiara di segnalazione del rischio, ha favorito l'attenzione di tutti al problema e in generale alla sofferenza psicologica. Sono emersi aspetti sui quali concentrarsi nel prossimo futuro: il bisogno di una maggiore integrazione con i servizi presenti in carcere, dopo l'avvio di una collaborazione preziosa; la necessità di consolidare la procedura di somministrazione della checklist e di invio dei casi che destano allarme.

Gemma Brandi

Responsabile Salute mentale adulti
Firenze 1 e 4
e carceri Firenze

Riccardo Lo Parrino

Responsabile Salute mentale infanzia
adolescenza Firenze 1 e 4
e Istituto penale minorile

Raquel Lenzi

e **Barbara Manzini**
Psicologhe prevenzione suicidio
Sollicciano e Gozzini

Mario Iannucci

Psichiatra Supervisore psicologia
prevenzione suicidio Sollicciano
e Gozzini

Presidenza del Consiglio dei Ministri



LA SALUTE DENTRO LE MURA

Publicato 11 ottobre 2013

Approvato il 27 settembre 2013

www.altraCittàvetrina.it

INDICE

Presentazione.....	3
Premessa.....	5
1) Salute in carcere e diritti umani: i principi ispiratori.....	5
2) La popolazione carceraria: lo stato di salute.....	7
3) Un approccio globale alla salute in carcere: indicazioni internazionali	8
4) Dalla sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale: il decreto di trasferimento delle funzioni sanitarie e gli obiettivi di programmazione	10
5) Tra diritto alla cura ed esigenze di sicurezza.....	12
6) Il personale sanitario: aspetti etici specifici.....	15
7) Aree chiave di intervento	17
8) I migranti e i Centri di Identificazione ed Espulsione	24
9) Raccomandazioni	24

Presentazione

Il Parere affronta, in continuità e ad integrazione del precedente parere “Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici” (25 giugno 2010), il tema del diritto alla salute per detenuti e detenute. Il tema acquista un rilievo etico particolare, per molteplici ragioni: in primo luogo, perché la popolazione detenuta rappresenta un gruppo ad alta vulnerabilità, il cui livello di salute, ancor prima dell’entrata in carcere, è mediamente inferiore a quello della popolazione generale. Inoltre, il principio della pari opportunità (fra detenuti e liberi) all’accesso al bene salute da un lato incontra ostacoli nelle esigenze di sicurezza, dall’altro entra in contraddizione con una pratica di detenzione che produce sofferenza e malattia. Ne consegue per tutte le autorità competenti, ad iniziare da quelle sanitarie, un dovere di sorveglianza e verifica dell’effettivo rispetto del diritto alla salute dei detenuti.

In linea con gli organismi internazionali e col dettato della riforma sanitaria in carcere del 2008, il diritto alla salute, anche e soprattutto in carcere, non si esaurisce nell’offerta di prestazioni sanitarie adeguate: particolare attenzione deve essere prestata alle componenti ambientali, assicurando alle persone ristrette condizioni di vita e regimi carcerari accettabili, che permettano una vita dignitosa e pienamente umana. Perciò, problemi quali il sovraffollamento, l’inadeguatezza delle condizioni igieniche, la carenza di attività e di opportunità di lavoro e di studio, la permanenza per la gran parte della giornata in cella, la difficoltà a mantenere relazioni affettive e contatti col mondo esterno, sono da considerarsi ostacoli determinanti nell’esercizio del diritto alla salute.

Il Parere intende mettere in luce le carenze del sistema carcerario in relazione alla salute dei carcerati e individuare alcune aree chiave di intervento. Nelle raccomandazioni, il CNB, prendendo spunto dalla condanna dell’Italia a causa del sovraffollamento carcerario da parte della Corte Europea di Strasburgo del gennaio 2013, ribadisce il valore della prevenzione, affinché sia assicurato ai detenuti e alle detenute un ambiente rispettoso dei diritti e dei principi di umanità. Infine, invita a sorvegliare affinché un settore come il carcere, che abbisogna di molti sforzi per raggiungere standard accettabili di vivibilità, non abbia al contrario a soffrire per la contrazione delle risorse.

Il Parere è stato elaborato dalla Prof.ssa Grazia Zuffa, coordinatrice del gruppo di lavoro. Numerose audizioni hanno consentito di mettere in luce gli aspetti che richiedevano attenzione da parte del CNB. Un ringraziamento particolare da parte del Comitato agli auditi per il loro contributo: Dott.ssa Laura Baccaro (Ristretti Orizzonti – Padova); Dott.ssa Teresa Di Fiandra (Dirigente Psicologia Ministero della Salute, Direzione generale Prevenzione); Dott.ssa Ronco (Associazione Antigone); Dott. Antonio Cappelli (medico volontario a Rebibbia per l’Associazione Antigone); Dott.ssa Paola Montesanti (Dirigente del Dipartimento per l’Amministrazione Penitenziaria); Dott. Fabio Voller (Dirigente del Settore Sociale Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità Toscana); Dott. Alberto Barbieri (Coordinatore generale dell’organizzazione Medici per i Diritti Umani); Dott.ssa Adriana Tocco (Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale); Avv. Riccardo Arena (Direttore radio carcere); On.le Rita Bernardini.

Al gruppo di lavoro hanno partecipato i Proff.: Canestrari, Caporale, Gensabella, Palazzani, Toraldo di Francia, Guidoni. In particolare hanno

contribuito alla stesura di parti del testo e alla discussione Amato, Canestrari, d'Avack, Toraldo di Francia.

Il testo è stato approvato all'unanimità del presenti: Proff. Amato, Battaglia, Canestrari, D'Agostino, d'Avack, Da Re, Dallapiccola, Flamigni, Forleo, Garattini, Guidoni, Isidori, Morresi, Neri, Palazzani, Piazza, Possenti, Scaraffia, Toraldo di Francia, Umani Ronchi, Zuffa. Ha successivamente espresso la sua adesione la Prof. Marianna Gensabella.

Il Presidente
Prof. Francesco Paolo Casavola

AltraCittà
www.altravetrina.it

Premessa

Il Comitato Nazionale di Bioetica si è già espresso in passato in merito ai gravi problemi di chi vive costretto “dentro le mura”: dalla dichiarazione del gennaio 2003 di denuncia delle drammatiche condizioni di sovraffollamento delle carceri italiane, al più recente parere “Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici”, del 25 giugno 2010. In quel documento, si sottolinea che il fenomeno non può leggersi unicamente in chiave individuale, come spia di disagio psicologico o di disturbo/patologia psichiatrica del detenuto; bensì anche come sintomo di mancata o carente responsabilizzazione collettiva verso i diritti fondamentali dei detenuti, in particolare del diritto alla salute. Né nelle sue precedenti prese di posizione il CNB ha evitato di alludere allo scottante problema della pressoché insanabile incompatibilità del sistema carcerario col diritto alla salute che, inteso nel suo senso ampio, ha una specifica rilevanza bioetica: incompatibilità che si rivela di giorno in giorno - almeno in Italia - assolutamente evidente, almeno per chi non voglia chiudere gli occhi di fronte alla realtà.

E' comunque opportuno ricordare molto schematicamente, già in questa premessa, alcuni elementi-principi che costituiscono la cornice teorica e concettuale entro la quale il CNB ha affrontato, in diversi documenti dedicati a temi e condizioni specifiche, i problemi connessi alla tutela della salute umana¹. Un primo elemento è costituito dal riconoscimento che il problema della salute si inquadra necessariamente nella più ampia cornice della discussione sui diritti umani fondamentali, come risulta dall'art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, diritti il cui effettivo godimento è fattore primario per un'efficace protezione del bene salute². Da qui anche la sottolineatura di come lo stato di salute individuale sia determinato dalla possibilità di usufruire di una molteplicità di risorse, dirette e indirette (quali ad es. le situazioni abitative, la salubrità dell'ambiente, lo stile di vita, il grado di istruzione, le condizioni di lavoro ecc.), corrispondenti a diversi livelli di possibili interventi sui fattori suscettibili di modificazione e correzione per attenuare le diseguaglianze esistenti. Un secondo elemento riguarda, più specificamente, proprio il tema di quelle diseguaglianze in salute che sono da considerare inique in quanto prevedibili, prevenibili e correggibili, e pertanto „moralmente ingiuste”. Sotto questo profilo il CNB ha a più riprese ribadito il principio secondo il quale lo sforzo delle istituzioni preposte a garantire pari opportunità di raggiungimento del massimo potenziale di salute consentito a ciascuno - che necessariamente sarà diverso da individuo a individuo - dovrebbe esser teso a favorire, nella distribuzione di risorse scarse come quelle proprie del settore sanitario, i gruppi e gli individui più svantaggiati; in altri termini sarebbe lo stesso concetto di equità (distributiva), o se si vuole di uguaglianza sostanziale (espresso nel 2°c.art.3 della nostra Costituzione), a richiedere non solo trattamenti diseguali per compensare svantaggi situazionali³; ma anche un'attenta vigilanza affinché

¹ Si vedano in particolare CNB, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* (25 maggio 2001), *Bioetica e diritti degli anziani*, 20 gennaio 2006; *Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio sanitaria*, 16 luglio 2010.

² Cfr. CNB, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* cit.

³ Cfr. A. Pizzorusso, *Eguaglianza; Diritto*, in *Enciclopedia delle scienze sociali*, vol III.

forme di „razionamento occulto“ non costituiscano delle barriere di fatto all'accesso alle prestazioni sanitarie per le fasce più deboli della popolazione.

Tornando alla situazione carceraria, la sproporzione fra le dimensioni dei gesti di autolesionismo e di auto-soppressione della vita dentro e fuori “le mura” ha portato il Comitato a considerare le dure, spesso inumane, condizioni di vita nelle carceri italiane, quale fattore ambientale che influisce negativamente sulla salute fisica e psichica del detenuto e aggrava il disagio insito nella perdita della libertà.

Da qui il proposito di affrontare i vari aspetti della salute in carcere, nella convinzione che il diritto alla salute rappresenti per i detenuti il primo dei diritti, che condiziona il soddisfacimento di altri; e all'inverso, che il godimento dei più elementari diritti umani condizioni lo stato di salute. Per comprendere appieno questa affermazione, occorre precisare il significato complessivo del diritto alla salute: intesa non solo come diritto del detenuto a essere curato e per quanto possibile a non ammalarsi, ma anche come diritto a condurre una vita dignitosa e pienamente umana, in cui sia possibile la realizzazione di sé attraverso una qualche progettualità esistenziale. Affermare il diritto alla salute in tale accezione globale è fondamentale per chi è costretto a vivere in carcere un tempo troppo spesso privo di scopo e di significato. Proprio per questo, il raggiungimento di questo diritto incontra ostacoli gravi nella concreta realtà del carcere: tanto più perché i non liberi hanno difficoltà, per la loro stessa condizione, a far sentire la propria voce.

*La prigione è un luogo di contraddizioni*⁴: contraddizione fra il principio della parità dei diritti dentro e fuori le mura (eccetto la libertà di movimento), e le esigenze di sicurezza che tendono a limitarli; fra le norme secondo cui le istituzioni devono garantire “la salubrità degli ambienti di vita” e “gli standard igienico sanitari previsti dalla normativa vigente”⁵, e le reali condizioni di vita nelle celle sovraffollate; fra il significato della pena, basato sulla responsabilità individuale, e la concentrazione in carcere di un numero crescente di persone che appartengono agli strati più deprivati della popolazione; fra il deficit di salute di chi entra negli istituti penitenziari e un carcere che produce sofferenza e malattia.

Sono queste alcune delle ragioni che chiamano alla responsabilità etica nei confronti dei detenuti, in quanto gruppo ad alta vulnerabilità bio-psico-sociale.

Ci sono anche altre ragioni per esercitare una costante attenzione pubblica sulla salute dei detenuti. L'effettivo esercizio dei diritti dei ristretti entra in contraddizione, come si è detto, con la condizione stessa di privazione della libertà, di cui un aspetto centrale è costituito dalla “sottrazione alla vista” dei corpi dei detenuti e degli ambienti in cui vivono. Seppure negli ultimi decenni sia stato introdotto come obiettivo democratico un carcere (più) “trasparente” e

⁴ *La santé et la médecine en prison*, Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, avis n.94, 26 octobre, 2006. In particolare il Comitato denuncia (p.8): “le prigioni sono anche la causa di malattia e di morte: sono la scena della regressione, della disperazione, della violenza auto inflitta, del suicidio”.

⁵ *Linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale* del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 (*Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*): “garantire la salubrità degli ambienti” è stabilito come obiettivo prioritario.

collegato al territorio, le prigioni moderne conservano ancora in larga parte il carattere storico di "segrete".

Ciò implica un dovere costante di conoscenza e sorveglianza sul rispetto dei diritti dei detenuti, nonché di denuncia delle violazioni e inadempienze.

A tal proposito, segnaliamo con sgomento l'aggravamento delle condizioni di vita carcerarie, nei dieci anni che ci separano dalla prima dichiarazione del CNB del 2003, alla sentenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo dell'8 gennaio 2013⁶, che ha giudicato la vita nelle celle italiane sovraffollate come "trattamento inumano e degradante".

1) Salute in carcere e diritti umani: i principi ispiratori

Non si intende in questa sede entrare nel merito del dibattito sulla funzione della pena. Si parte dalla presa d'atto che il carcere in sé possa risultare un'istituzione patogena, un induttore di turbe psico-fisiche che determinano nel recluso, sotto forma di sofferenza legale, un surplus di afflizione e quindi di condanna. Gli studi di Daniel Gonin, nella seconda metà degli anni Ottanta del secolo scorso, hanno descritto in modo scientifico ed articolato le sofferenze nella detenzione ed i mali che colpiscono il corpo recluso nel corso della segregazione⁷. La sofferenza legale, se non altro, con ampia strumentalizzazione del reo, è sempre la causa principale della destrutturazione e della debilitazione del recluso e determina una sfera di patologie, di "malattie dell'ombra", ritenute caratteristiche essenziali del "carcere immateriale". La fortunata espressione di Nils Christie riassume icasticamente l'essenza di un dolore inclassificabile e di una sofferenza fine a se stessa, del tutto estranea all'elaborazione valoriale del castigo, inteso come evoluzione e trasformazione del detenuto⁸. Gli *standard* più elevati richiesti nell'ambito della protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali nelle società moderne comportano, corrispondentemente e inevitabilmente, una maggior fermezza nel valutare le violazioni dei valori essenziali nelle società democratiche, anche nei confronti dei detenuti.

E' opportuno ricordare come l'art.3 della Convenzione Europea dei Diritti Umani (Cedu) - in linea di continuità con la previsione di cui all'art.27, III co., della Costituzione - accordi al detenuto una protezione assoluta e inderogabile, vietando la sottoposizione a pene che rivestano carattere disumano e degradante. Le più recenti applicazioni dell'art.3 Cedu possono essere considerate il cardine normativo per la tutela psico-fisica del detenuto⁹.

I giudici di Strasburgo, pur rilevando una soglia minima di sofferenza, intrinsecamente connaturata a qualsiasi forma di privazione della libertà personale, hanno individuato un'ampia casistica di situazioni di carattere oggettivo (quali il sovraffollamento, l'inadeguatezza delle condizioni igieniche, la mancanza di areazione) e soggettivo (riferite all'incompatibilità della

⁶ Torreggiani e altri c. Italia (Sent.8 gennaio 2013).

⁷ Daniel Gonin (1991), *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, L'Archipel, Paris; trad.ital. *Il corpo incarcerato*, EGA, Torino, 1994.

⁸ Nils Christie (2007), *Limits to pain. The role of punishment in penal policy*. Nils Christie è epigone del pensiero abolizionista della pena carceraria.

⁹ Art.3 CEDU: nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti.

detenzione con le condizioni di salute del recluso) che integrano una violazione dell'art.3 Cedu.

L'ipotesi statisticamente più frequente è senz'altro rappresentata dal sovraffollamento carcerario, oggetto di una recente e fondamentale condanna nella citata sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo (*Torreggiani e altri c. Italia*).

Secondo l'ormai costante giurisprudenza, la Corte considera automaticamente integrato un trattamento inumano e degradante allorché ciascun detenuto disponga di uno spazio personale pari o inferiore a tre metri quadri (a fronte degli almeno quattro raccomandati dal Comitato per la Prevenzione della Tortura del Consiglio d'Europa).

Ciò che conta, ai fini del presente documento, è il fatto che la Corte abbia posto chiaramente in luce l'esistenza dei problemi strutturali che sono all'origine delle violazioni lamentate dai ricorsi seriali. Inoltre, pur sottolineando come il suo compito non possa essere quello di indicare le specifiche misure da adottare in questo contesto, la Corte non si esime dal fornire qualche importante indicazione in questo senso, richiamando anzitutto le raccomandazioni, Rec. (99) 22 e Rec. (2006) 13 del Comitato dei Ministri che invitano gli Stati, ed in particolare pubblici ministeri e giudici, a ricorrere il più ampiamente possibile alle misure alternative alla detenzione e a riorientare la loro politica penale verso un minor ricorso alla detenzione allo scopo, tra l'altro, di ridurre la crescita della popolazione carceraria (§ 95).

In secondo luogo, la Corte evidenzia come lo Stato italiano debba dotarsi - al più tardi, come più volte sottolineato, entro un anno dal passaggio in giudicato della sentenza - di un sistema di ricorsi interni idonei tanto a garantire un rimedio *preventivo* contro le violazioni dell'art 3 CEDU a carico dei detenuti (e dunque idonei a far cessare le violazioni in atto), quanto un rimedio *compensatorio* nei casi di avvenuta violazione (§ 96).

In conclusione, è evidente l'esigenza di un complessivo ripensamento del "governo dell'eccedenza", in un approccio pluralistico e polidimensionale, che consenta di consolidare diverse prospettive. Nella misura in cui la pena detentiva sia ritenuta inevitabile, essa dovrebbe essere considerata un'entità espressiva che non può imporre la difesa della libertà attraverso la sua negazione.

2) La popolazione carceraria: lo stato di salute

Nei penitenziari si concentrano le persone appartenenti ai gruppi più marginalizzati della società, con bassi livelli di istruzione, con standard inferiori di salute e con patologie croniche non curate. Questa affermazione è contenuta nella "Dichiarazione di Mosca sulla salute in carcere quale settore della salute pubblica", emanata nel 2003 dall'Ufficio Regionale per l'Europa della OMS¹⁰. Fra i soggetti sovra rappresentati nel carcere rispetto alla popolazione generale, sono citati anche i consumatori di droghe, i soggetti particolarmente vulnerabili e coloro che praticano comportamenti a rischio come l'uso di droghe per via iniettiva e il sesso a pagamento. In realtà, gli studi epidemiologici sulla popolazione carceraria sono limitati, a riprova che il carcere è tuttora considerato come un mondo a parte: l'integrazione della salute in carcere

¹⁰ WHO Regional Office for Europe (2007), *Health in prisons*, p.10.

nell'alveo della salute pubblica è da considerarsi un auspicio, più che una realtà. Basti pensare alle indagini nazionali sullo stato di salute della popolazione generale che non includono quasi mai le persone detenute: ciò vale ad esempio per il *National Health Interview Survey* (Stati Uniti) e per le indagini Istat sulla popolazione italiana.

Questa dimenticanza (o discriminazione) è tanto più deprecabile se si considerano gli alti numeri delle persone rinchiusi in carcere, in costante ascesa: nel 2012, si registravano nel mondo più di 10,1 milioni di detenuti, e la cifra sale a 10,75 milioni se si considerano i cosiddetti "centri di detenzione" ove sono rinchiusi persone che pure non sono sottoposte a procedimento penale. Sono gli Stati Uniti a detenere il primato del più alto tasso di carcerazione nel mondo (743 per 100.000 abitanti), seguiti dal Rwanda (595), dalla Russia (568)¹¹.

Nonostante la carenza di rilevazioni sistematiche, la OMS ci informa che i principali disturbi in carcere sono di natura psichica, infettiva e gastroenterica. Alcuni comportamenti poco salutari, come il consumo di tabacco e l'abuso di alcol, associati alla malnutrizione e alla mancanza di attività fisica, possono aggravare gravi patologie croniche come il diabete e l'ipertensione, che hanno prevalenza più elevata rispetto alla popolazione non istituzionalizzata. Una larga parte di malattie non trasmissibili, come diabete e malattie cardiache, potrebbero essere ridotte agendo sui principali fattori di rischio. Da qui le indicazioni OMS: 1) aumentare l'attività fisica; 2) informazione ed educazione sugli stili di vita più corretti; 3) corsi speciali per soggetti più vulnerabili, gli anziani, i soggetti sovrappeso; 4) corsi speciali di ginnastica per gruppi vulnerabili¹².

Quanto alle malattie trasmissibili, la popolazione detenuta è esposta al contagio di malattie infettive legate a uso iniettivo di droghe e a pratiche sessuali a rischio. Un allarme particolare è lanciato dalla OMS per la HCV (Epatite C). Infine, i detenuti sono sottoposti a elevati livelli di stress, ansia, privazione di sonno che influiscono sulla salute fisica e psichica.

In Italia, col decreto di passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale (vedi oltre, par.4), la acquisizione e l'organizzazione delle conoscenze epidemiologiche sono state individuate come priorità: le Regioni dovrebbero attivare in tutti gli istituti di pena una rilevazione sistematica dei dati "sulla prevalenza e l'incidenza degli stati patologici, descrivendo altresì condizioni e fattori di rischio che ne favoriscono l'insorgenza o ne ostacolano la cura"¹³.

In realtà, sono poche le Regioni che hanno avviato tale rilevazione sistematica, tanto meno in ogni istituto di pena¹⁴.

¹¹ Wamsley R. (2012), *Prison Population List* (9th Edition), International Centre for Prison Studies.

¹² Who Regional Office, *Final Report of the network meeting on Prison and Health*, Copenhagen, 11-12 October 2012, presentazione di Emma Plugge, Oxford University.

¹³ Linee di indirizzo cit., All. A, p.4.

¹⁴ Tra queste va segnalata la Toscana, che provvede a rilevazioni periodiche tramite la Agenzia Regionale di Sanità. La ARS toscana ha condotto una indagine sullo stato di salute dei detenuti in Toscana nel 2009, e una seconda è in corso dal 2012. Riportiamo i dati più significativi dell'indagine 2009, che offrono uno spaccato di valenza generale: i detenuti sono prevalentemente giovani (86,4% fra i 18 e i 49 anni), quasi la metà stranieri (47,6%, contro una presenza del 9,1% di stranieri su tutta la popolazione toscana). Il livello di istruzione è basso: 84,7% con la licenza media inferiore (mentre solo il 50,5% ha questo titolo di studio sul territorio toscano).

Un recente studio condotto su dati nazionali conferma la differente distribuzione delle problematiche di salute fra detenuti e popolazione generale: è a rischio il 13% della popolazione carceraria contro il 7% della popolazione generale. La sproporzione è particolarmente evidente per alcuni disturbi: la dipendenza da droghe raggiunge il 21,5% fra i detenuti contro il 2,1% della popolazione generale; il 15,3% dei detenuti ha problemi dentali (contro il 4,5 fra la p.g.); il 13,5% presenta malattie osteoarticolari e post traumatiche (contro l'11,9 fra la p.g.); il 2,08% soffre di infezione da HIV (contro lo 0,2 della p.g.)¹⁵.

Nell'insieme, il carcere si conferma come ambiente a rischio: per i disturbi mentali e in particolare per i disturbi nevrotici e di adattamento, che sono presenti in misura dieci volte maggiore fra i detenuti, a conferma dello stress da vita carceraria; per le malattie infettive, la cui possibilità di trasmissione è aggravata dalla promiscuità; per le patologie cardiovascolari e per il diabete, legate alla sedentarietà e alle cattive abitudini alimentari.

3) Un approccio globale alla salute in carcere: indicazioni internazionali

Come già ricordato, l'uguaglianza nel diritto alla salute fra detenuti e liberi non significa solo uguaglianza nell'offerta di servizi sanitari: una buona rete di servizi sanitari è semmai uno strumento, necessario ma non sufficiente, per *raggiungere l'uguaglianza dei livelli di salute*. Si tratta dunque di offrire ai detenuti *pari opportunità nell'accesso al bene salute* tenendo conto delle differenze (in questo caso, deficit) di partenza nei livelli di salute, nonché delle

Si registra un elevato tasso di obesità (11,5% fra i detenuti contro il 9,2% sul territorio) e un'alta prevalenza di uso di tabacco (70,6% contro il 33,2% fra i liberi). Fra le malattie non trasmissibili, prevalgono i disturbi dell'apparato digerente (25,1%), di cui più della metà costituiti da patologie dei denti e del cavo orale (che riguardano il 13,7% dei carcerati). Le malattie dell'apparato digerente sono più frequenti tra la popolazione carceraria rispetto a quella non istituzionalizzata, così come il diabete e l'obesità. Seguono le malattie del sistema osteo muscolare (11%) e del sistema circolatorio (10,8%).

Fra le malattie infettive, le più frequenti sono l'epatite C Virus (HCV), l'epatite B Virus (HBV) e l'infezione da HIV. Si tratta di percentuali elevate rispetto alla diffusione di queste patologie infettive fra la popolazione libera: per HCV la prevalenza è del 9% contro il 3% della popolazione generale; per HIV, la prevalenza è del 1,4% contro lo 0,1% della popolazione residente.

In più, le infezioni sono differentemente distribuite fra italiani e stranieri. Ad esempio, fra gli italiani alcune infezioni risultano molto più alte: la HCV raggiunge il 14,9%, e la HIV il 2%. Queste differenze così marcate fra italiani e stranieri destano però molti interrogativi. Infatti, sembrano contrastare con la letteratura internazionale che segnala alta prevalenza di infezioni da virus C in particolare in Africa (va ricordato che gli africani costituiscono larga fetta degli stranieri nelle carceri toscane). Sembra dunque che i diversi numeri riscontrati fra italiani e stranieri siano inficiati dai differenti livelli di adesione ai test virologici (che necessitano di consenso da parte dell'interessato): su questi influiscono le diversità culturali o semplicemente la difficoltà di comunicazione¹⁴.

Riguardo alla salute mentale, la prevalenza di disturbi psichici fra i detenuti è del 33,3% rispetto all'11,6% della popolazione generale.

Tra i disturbi: diagnosi di dipendenza da sostanze (12,7%), seguita da disturbi nevrotici e reazioni di adattamento (11,6%). Nel confronto fra ristretti e liberi, si osserva una prevalenza maggiore di disturbi alcol correlati fra i primi (5,7% contro 2%) e di disturbi nevrotici e di adattamento (10,9% contro 0,8%), mentre i disturbi depressivi non psicotici sono più rappresentati nella popolazione generale (il 6,5% fra i liberi contro il 1,9% fra i ristretti) (Voller F. et al., 2011, *Lo stato di salute della popolazione detenuta all'interno delle strutture penitenziarie della Regione Toscana*, "Epidemiologia & Prevenzione", 35, 5-6, pp.210-218).

¹⁵ Esposito M. (2010), *The Health of Italian Prison Inmates Today: a Critical Approach*, "Journal of Correctional Health Care", 16 (3), 230-238.

particolari condizioni di vita in regime di privazione della libertà, che di per sé rappresentano un ostacolo al conseguimento degli obiettivi di salute. Va ricordato che la mancanza di libertà è un grave *vulnus* al patrimonio-salute, nelle componenti sociali e psicologiche. Il portato più invasivo dell'istituzionalizzazione è la perdita della dimensione privata dell'individuo e della sua capacità di controllo sull'ambiente di vita quotidiana, che si traduce in perdita di identità e percezione di insicurezza.

Per tale ragione, la condizione carceraria richiede con ancora maggiore urgenza un *approccio globale alla salute in carcere*, a partire da una accurata ricognizione dei bisogni di salute (e non solo dei bisogni di servizi sanitari) della popolazione carceraria, col coinvolgimento dei detenuti stessi e delle associazioni di volontariato che operano nel carcere. In questa ricognizione, sono centrali le variabili ambientali della salute, ponendo attenzione agli aspetti del regime carcerario e della quotidianità dentro il carcere.

Non a caso, la OMS sottolinea come condizioni di rischio comuni nelle prigioni il bullismo, il mobbing, la forzata inattività. Si raccomanda perciò di perseguire l'obiettivo di un carcere "sicuro", sia sotto l'aspetto igienico sanitario che della sicurezza intesa come protezione dalla violenza e dal sopruso. *Il rispetto dei diritti umani, insieme a condizioni accettabili di vita carceraria, costituiscono le fondamenta della promozione della salute poiché abbracciano tutti gli aspetti della vita del detenuto.*

La scelta dell'approccio globale alla salute permette di inquadrare sotto diversa luce e di rafforzare aspetti, quali il trattamento e la riabilitazione del detenuto: questi diventano elementi essenziali del diritto alla salute, che si presenta dunque come il diritto basilare, su cui poggiano tutti gli altri. Allo stesso modo, acquistano rilievo i bisogni relazionali dei detenuti, tanto che i contatti col mondo esterno e il mantenimento dei rapporti familiari sono oggetto di raccomandazioni specifiche da parte di istituzioni europee¹⁶. In quest'ambito, dovrebbe rientrare la possibilità di godere di intimità negli incontri fra detenuti e coniugi/partners, in modo da salvaguardare l'esercizio dell'affettività e della sessualità¹⁷. In tal modo si sostanzia il principio etico della centralità della persona, anche in condizioni di privazione della libertà.

A livello internazionale, si sottolineano le seguenti azioni, ritenute fondamentali per la tutela della salute del detenuto: 1) il trattamento dei detenuti deve sempre rispettare la legge; 2) le celle e i servizi devono essere puliti e bene attrezzati; 3) occorre dare attenzione alle richieste dei detenuti; 4) occorre proteggere i detenuti dai pericoli; 5) il regime carcerario deve essere sopportabile; 6) il personale deve tenere un comportamento corretto e di sostegno.

¹⁶ Si vedano la raccomandazione n.1340 (22 settembre 1997) del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa, che all'art.6 afferma la necessità di "migliorare le condizioni previste per le visite da parte delle famiglie, in particolare mettendo a disposizione luoghi in cui i detenuti possano incontrare le famiglie da soli"; e la raccomandazione n.2 (11 gennaio 2006) alla regola n.24, comma 4 stabilisce che "le modalità delle visite devono permettere ai detenuti di mantenere e sviluppare relazioni familiari il più possibile normali".

¹⁷ Sono molti gli stati europei in cui le visite dei partner si svolgono in spazi riservati. In Italia, ciò è impedito dall'art.18 dell'ordinamento penitenziario che impone la sorveglianza a vista degli incontri fra detenuti e familiari da parte della Polizia Penitenziaria. Su questa norma è stata sollevata eccezione di incostituzionalità da parte del Tribunale di sorveglianza di Firenze (ordinanza n.1476/2012). Disegni di legge sull'affettività in carcere giacciono in Parlamento da molte legislature.

Sono anche indicati alcuni interventi sanitari di base in rapporto alla specificità della vita carceraria, cui va data in ogni caso risposta¹⁸:

- informazione e counselling sulla prevenzione delle malattie trasmissibili, ivi incluse quelle trasmissibili per via sessuale, la HIV e l'epatite;
- informazione e counselling sugli stili di vita ad alto rischio, incluso il rischio di overdose da droghe immediatamente dopo il rilascio;
- Sostegno a stili di vita salutari, inclusa l'attività fisica e la dieta appropriata;
- Misure per promuovere la salute mentale, compreso uno spazio temporale adeguato per la vita sociale; un'occupazione che abbia un significato per il detenuto (lavoro, attività artistica, ginnastica); contatti col mondo esterno e aiuti per mantenere i rapporti con la famiglia. Se è vero che il carcere è di per sé un fattore di rischio per la salute, è anche vero che può offrire opportunità di salute alle persone particolarmente emarginate, che non hanno avuto da liberi accesso (o pieno accesso) alla sanità pubblica: in particolare, i migranti e i gruppi di popolazione più svantaggiati e stigmatizzati.

4) Dalla sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale: il decreto di trasferimento delle funzioni sanitarie e gli obiettivi di programmazione

Per assicurare ai detenuti livelli adeguati di prestazioni per la salute, occorre che la sanità in carcere divenga parte a pieno titolo della sanità pubblica, sotto le stesse autorità che presiedono ai servizi del territorio. Questa indicazione è stata ribadita nel 1998 dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa. Alcuni paesi europei si erano in precedenza adeguati, come ad esempio la Norvegia negli anni ottanta o la Francia nel 1994. Altri l'hanno fatto successivamente, come il Regno Unito nel 2002. In Italia, il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale è avvenuto nel 2008¹⁹. Nell'allegato contenente le linee di indirizzo, sono particolarmente significativi e avanzati i cosiddetti "principi di riferimento", fra cui "il riconoscimento della piena parità di trattamento degli individui liberi e degli individui detenuti e internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"; "la necessità di una piena e leale collaborazione inter istituzionale" fra Servizio Sanitario Nazionale e Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile.

Inoltre, in piena adesione al concetto comprensivo di salute di cui si è detto, si stabilisce *la complementarità fra gli interventi a tutela della salute e gli interventi mirati al recupero sociale del reo*, attraverso azioni e programmi condotti con il concorso di tutte le istituzioni interessate, delle cooperative sociali, delle associazioni del volontariato". In più, si raccomanda il protagonismo dei detenuti nei percorsi di costruzione della salute²⁰. Ancora, si fa esplicito riferimento a *"garantire condizioni ambientali e di vita dei detenuti rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona: evitare il sovraffollamento, rispettare i valori religiosi e culturali etc."*.

Il paragrafo sugli "Obiettivi di salute e livelli essenziali di assistenza" non si limita al campo dell'erogazione dei servizi di cura e all'adeguamento dell'offerta dentro "le mura", ma punta alla prevenzione sia sotto l'aspetto della

¹⁸ WHO (2007) (cit), pp. 16-17.

¹⁹ Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1 aprile 2008 (cit).

²⁰ "L'efficacia di tali interventi integrati è favorita dalla partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura, riabilitazione, e ai percorsi di preparazione all'uscita".

responsabilizzazione individuale (programmi di educazione sanitaria per promuovere abitudini salutari), che della responsabilizzazione collettiva ("promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà").

Le priorità programmatiche sono identificate in: 1) medicina generale; 2) prestazioni specialistiche; 3) risposte alle urgenze; 4) patologie infettive; 5) dipendenze patologiche; 6) salute mentale; 7) tutela delle donne detenute; 8) tutela delle persone immigrate.

Inoltre, il DPCM (allegato C) indica le linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e per le case di cura e custodia, in vista del loro superamento: in particolare, in osservanza al principio di territorialità, sono stabiliti i bacini d'utenza regionali dei singoli istituti, in modo da favorire la presa in carico degli internati in vista della loro dimissione dopo la conclusione della misura di sicurezza; ed è prevista l'attivazione di sezioni di cura e riabilitazione all'interno degli istituti di pena per soggetti con diagnosi psichiatrica.

Per favorire e coordinare l'azione dei livelli istituzionali coinvolti nell'applicazione della riforma - in particolare la collaborazione fra le istituzioni sanitarie e quelle penitenziarie -, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri citato ha istituito due tavoli nazionali di coordinamento in sede di Conferenza Stato Regioni: il primo per la sanità in carcere, il secondo per il superamento degli OPG.

A livello regionale, il coordinamento è affidato agli osservatori permanenti regionali per la sanità penitenziaria, per una costante verifica della qualità dell'assistenza in carcere.

A distanza di cinque anni dal DPCM del 2008, si registrano ancora diverse problematiche, sia dall'ottica istituzionale - di messa a punto del funzionamento del nuovo sistema -, sia - assai più importante - dall'ottica della fruizione dei servizi da parte dei detenuti e, ancora di più, dall'ottica di una reale equiparazione dei livelli di salute dentro e fuori le mura.

Le principali problematiche aperte

Fra le diverse problematiche e disfunzioni segnalate nel corso delle audizioni, ricordiamo in particolare:

- *le conseguenze della diversità dei livelli di prestazione sanitaria fra Regione e Regione.* In seguito al processo di regionalizzazione della sanità pubblica (modifica titolo V della Costituzione), le competenze non sono passate dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, bensì dal primo alle Regioni e alle ASL dei territori dove sono ubicati i penitenziari. Questo processo di decentramento ha conseguenze assai diverse sui detenuti rispetto ai liberi: i primi infatti si trovano spesso ad essere trasferiti da un istituto ad un altro, collocati in regioni diverse, e possono ricevere perciò prestazioni diverse. Come si sa, la misura generale scelta per assicurare una qualche omogeneità nazionale al sistema regionale è l'istituzione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Questa misura ha un'indubbia utilità per la popolazione generale e riveste un'importante finalità sociale. Tuttavia, questa omogeneità di base non basta, per chi, come i detenuti, sono trasferiti da una regione all'altra non di propria volontà e dunque possono vedersi negate cure che fino al giorno prima avevano ricevuto in un carcere diverso. In altre parole, viene *leso il diritto alla continuità di cura*. La continuità di cura è inoltre inficiata dalla mancanza di una

cartella clinica informatizzata, con pregiudizio della *tempestività* nella trasmissione delle informazioni sanitarie, come si approfondirà in seguito.

- *La disomogeneità fra Regione e Regione nell'implementazione dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria.* Il mancato, o insufficiente funzionamento dell'Osservatorio, non solo ritarda l'acquisizione delle conoscenze epidemiologiche necessarie per la programmazione sanitaria, fondamentale per una reale applicazione della riforma stessa; ma compromette il confronto/dialogo/dialettica fra istituzioni preposte alla salute e istituzioni preposte alla custodia, visto che l'Osservatorio rappresenta il maggiore strumento di coordinamento inter istituzionale. Mancando il quale, la logica custodiale rischia di avere la meglio sul diritto alla salute, in nome delle preponderanti esigenze di sicurezza.

- *La difficoltà a reperire un quadro dell'implementazione della riforma a livello nazionale, sempre in seguito al processo di regionalizzazione.* Per ovviare a ciò, il Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria presso la conferenza Stato Regioni ha effettuato nel corso del 2011 una serie di audizioni con rappresentanti degli osservatori permanenti regionali. Tuttavia il problema rimane.

Oltre la parità di trattamento

Alcune problematiche derivano da una malintesa concezione dell'uguaglianza nel diritto alla salute, che viene a volte intesa come "parità" di trattamento, senza considerare i differenti bisogni di salute della popolazione carceraria.

Un esempio è costituito dalle prenotazioni per *le visite specialistiche esterne o per ricoveri ospedalieri per interventi da programarsi: l'inserimento dei detenuti nelle liste di attesa ordinarie* li penalizza, poiché la possibilità di poter accedere alla visita una volta arrivato il proprio turno dipende dalla disponibilità delle scorte di polizia, non sempre assicurata. In questi casi, il detenuto perde la prenotazione e può passare anche molto tempo prima che si ripresenti un'altra possibilità. Più grave ancora è il caso in cui l'amministrazione penitenziaria deve interpellare i singoli ospedali alla ricerca di disponibilità ai ricoveri: nell'attesa della risposta, non sono espletati altri tentativi verso diverse strutture e nel caso, non raro, in cui gli ospedali non rispondano, il ricovero non avviene o è rinviato molto lontano nel tempo²¹. Le difficoltà nell'ottenere le visite esterne da parte dei detenuti sono confermate dai dati: la media di attesa in Italia è di 40 giorni, con un massimo di 90 e un minimo di 10 giorni²².

Un altro campo critico è costituito *dall'assistenza odontoiatrica* e dalla fornitura di protesi dentarie. E' vero che il SSN offre questo servizio in maniera assai limitata a tutti i cittadini italiani ed ovviamente non si tratta di rivendicare per i detenuti prestazioni superiori. Sono però da tenere presenti i particolari bisogni sanitari del gruppo rappresentato dai detenuti, sui quali questa carenza generale della sanità pubblica ha risvolti assai più gravi in rapporto alla particolare gravità delle loro condizioni orali (vedi sopra, par.2). Perciò l'assistenza odontoiatrica in carcere deve rappresentare una priorità di programmazione sanitaria: la ricostruzione ad esempio di una corretta funzione masticatoria ha riflessi positivi importanti sulle condizioni dell'apparato

²¹ E' il caso ad esempio del carcere di Poggioreale.

²² Esposito M. (2010), cit. p.236.

digerente e contribuisce a restituire un aspetto dignitoso alle persone. Ciononostante, la riforma non ha incrementato questa forma di assistenza in maniera omogenea in tutte le Regioni; anzi in alcuni casi, l'assistenza si è perfino ridotta, venendo meno alcuni interventi di associazioni di volontariato²³.

Insufficienti risposte a bisogni specifici di salute della popolazione detenuta si registrano anche nel campo della riabilitazione fisioterapica e dell'assistenza psicologica²⁴. In genere, l'assistenza psicologica è offerta al momento dell'ingresso in carcere, ma manca la continuità nei tempi successivi. Per ciò che riguarda la presa in carico dei disturbi mentali, si registra una carenza negli interventi di prevenzione del disagio mentale, in particolare nella formazione di gruppi di auto aiuto.

Infine, *il rispetto della privacy* rimane un punto critico, come risulta da studi condotti fra i detenuti²⁵.

5) Tra diritto alla cura ed esigenze di sicurezza

Come già affermato, esiste una contraddizione fra l'affermazione del diritto alla salute del detenuto e della detenuta e le esigenze di sicurezza che tendono a limitarne l'esercizio (vedi in premessa). Le esigenze di sicurezza esistono e peraltro anche nelle citate *Linee di indirizzo per gli interventi a tutela della salute dei detenuti* si fa riferimento alle prestazioni da erogarsi "nel rispetto delle misure di sicurezza". Proprio per questo è importante che la contraddizione sia sempre presente, specie alle istituzioni che si occupano della salute. Ma anche le istituzioni che presiedono alla sicurezza devono esserne pienamente consapevoli, in modo da esercitare la loro azione avendo chiaro il limite rappresentato dal rispetto di diritti fondamentali delle persone detenute. Dal governo consapevole di questa contraddizione, dipende la traduzione o meno del diritto alla salute in concreto "bene salute", facendo sì che il diritto non sia nei fatti vanificato in nome di una logica preponderante di sicurezza.

Anche sotto questo aspetto, la riforma sanitaria è un'innovazione importante perché apre le porte del carcere ad un'istituzione, quella sanitaria, *il cui mandato primo e unico è la promozione della salute della persona e la sua tutela come paziente*.

Perciò le ASL dovrebbero avere il compito, non solo di fornire gli interventi necessari, ma anche di "rappresentare" l'interesse della persona, tanto più se malata, di fronte alle istituzioni giudiziarie e penitenziarie. Solo nell'esplicitarsi delle diverse esigenze e nella piena consapevolezza di dover trovare soluzioni ad una contraddizione di fondo, si possono fare passi avanti sulla via dell'affermazione del diritto alla salute, trovando un accordo soddisfacente fra le diverse esigenze e i diversi livelli istituzionali. Occorre sempre ricordare che nel carcere la logica di custodia è di per sé preponderante: perciò il raggiungimento dell'obiettivo salute non può che essere il frutto di sforzi

²³ E' il caso ad esempio di Rebibbia.

²⁴ La carenza generalizzata di psicologi è denunciata anche nelle audizioni degli Osservatori permanenti regionali del 2011 già citata.

²⁵ Sarzotti, C. (2007), *I medici penitenziari tra istanze securitarie e paradigma del rischio: un'indagine sul campo*, in Esposito M. (a cura di), *Malati in carcere*, Milano, Franco Angeli. Metà del personale sanitario intervistato cita la denuncia dei detenuti per il mancato rispetto della privacy.

consapevoli, come del resto riconosciuto dalla stessa Amministrazione Penitenziaria²⁶.

La conoscenza degli ostacoli che si frappongono alla salute in carcere e la loro comunicazione all'opinione pubblica rivestono dunque una particolare importanza e costituiscono un requisito della "trasparenza" del carcere di cui si è detto: questa è necessaria per rendere concretamente esigibili i diritti dei detenuti.

In molti casi, si scoprirà che alcuni degli impedimenti hanno a che fare più con la logica e la routine dell'istituzione carceraria che con la sicurezza vera e propria.

Segnaliamo alcune aree critiche, in genere motivate da precauzioni di sicurezza:

- *Carenza nelle cure e ritardi per i detenuti sottoposti a misura di media e alta sicurezza*²⁷. Anche quando sono documentati stati patologici che necessitano continuità e assiduità di cure, in genere la Magistratura non consente a questi detenuti il ricovero esterno, ma dispone il ricovero nei reparti sanitari esistenti all'interno dei penitenziari. Tuttavia, il carente numero di questi reparti e la disomogenea dislocazione sul territorio nazionale non permettono cure adeguate.

- *Mancato riconoscimento dello stato di incompatibilità col carcere di soggetti con gravi malattie e invalidità*. In più audizioni, ci sono stati segnalati casi drammatici di malati o invalidi, che vivono condizioni al limite dell'umana sopportabilità. In questi casi, la permanenza in carcere significa la negazione del diritto alla dignità²⁸.

- *Negazione del diritto a morire in dignità*, come documentata in casi di cronaca²⁹.

- *Ritardi nelle urgenze* con esiti a volte fatali sono segnalati da altri casi di cronaca. Va considerato che durante la notte esiste nelle celle solo la chiamata a voce del piantone, il che di per sé comporta ritardo nell'allertare le unità di pronto soccorso.

Altre disfunzioni appaiono senza motivo solido, se si eccettua la semplice routine carceraria di cui si è detto. Si citano:

- *Il mancato diritto alla scelta del medico di base*. Questa facoltà, comunemente esercitata dal cittadino libero, spesso non esiste per i detenuti poiché questi sono obbligati a rivolgersi al medico di reparto; oppure la visita

²⁶ Ministero della Giustizia (2005), *Documento di programmazione del Terzo Ufficio, Servizio Sanitario del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria*: "La principale difficoltà per la trasformazione del modello di servizio sanitario in carcere è ancora il largo divario fra il profilo di sicurezza e il profilo sociale/trattamentale ivi inclusa la salute. Per colmare il divario fra sicurezza e salute, sono da prendere in considerazione interventi di natura culturale prima ancora di regolamenti, che non possono fermarsi alle porte delle prigioni..".

²⁷ Questa denuncia è presente anche nelle audizioni dei rappresentanti degli osservatori regionali permanenti da parte del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria della Conferenza Unificata delle Regioni: il CNB ha potuto consultare la relazione.

²⁸ Drammatici i casi riportati nel corso delle audizioni dalla garante dei detenuti della Campania. Si cita ad esempio quello di un detenuto paraplegico, che vive su sedia a rotelle, in cella con altri tre paraplegici, con un solo piantone, che deve occuparsi di tutti, per quanto concerne pulizie e altro. E di un altro, che per gli esiti di un intervento chirurgico per tumore al midollo spinale è costretto a camminare con bastoni e a portare un collare perché non riesce a tenere il collo eretto. Avrebbe bisogno di idrochinesiterapia, naturalmente non praticabile in carcere.

²⁹ E' il caso ad esempio di un detenuto belga, che scontava la pena a Sassari: malato terminale, aveva chiesto di poter morire in famiglia ma è deceduto in carcere nell'aprile 2013.

da parte del proprio medico viene intesa come una concessione una tantum. Accade poi, soprattutto nei grandi istituti penitenziari, che il detenuto non abbia la garanzia che a seguirlo sia sempre lo stesso medico di reparto. Per questo si potrebbe almeno prevedere l'istituzione della figura del "medico di sezione", garantendo così al detenuto che il medico che lo segue abbia memoria storica della sua situazione e una riconosciuta responsabilità nei suoi confronti³⁰.

- *L'inadeguata informazione al paziente stesso e ai suoi parenti.* Le carenze nella comunicazione e nella relazione personale sanitario/paziente esistono anche "fuori dalle mura", tuttavia in carcere hanno ripercussioni più pesanti e contribuiscono alla percezione di "abbandono" da parte della persona detenuta, tanto più grave quando si trovi in stato di malattia. Quanto alla difficoltà dei parenti ad avere notizie sui congiunti, queste possono avere esiti drammatici. Un indizio dello scarso dialogo col personale sanitario è costituito dall'insoddisfazione manifestata da molti detenuti di fronte alla prescrizione dei cosiddetti farmaci generici: ciò significa che non c'è stato tempo per offrire al paziente/detenuto informazioni sufficienti sulla terapia farmacologica. In altri casi si lamenta che non vengono restituiti al paziente i risultati delle analisi cliniche effettuate.

Infine, va ancora una volta ricordata l'emergenza sovraffollamento: nonostante le indicazioni internazionali e gli indirizzi della riforma sanitaria in carcere raccomandino di farsi carico degli aspetti ambientali e sociali della salute, la riforma non è finora riuscita a incidere significativamente su questi aspetti. *Il sovraffollamento, con le conseguenze igieniche e psicologiche altamente nocive, insieme ai regimi carcerari (specie di custodia cautelare) che costringono in cella più di venti ore al giorno, aggravati dalle difficoltà ad accedere ad attività lavorative e formative, costituiscono un'emergenza che ha ormai assunto nel nostro paese una drammatica stabilità.* Su questi aspetti, così lesivi del diritto alla salute, poco si avverte la voce delle autorità sanitarie preposte.

6) Il personale sanitario: aspetti etici specifici

Un altro aspetto della riforma sanitaria in carcere è la collocazione amministrativa del personale sanitario alle dipendenze del SSN e non più dell'Amministrazione Penitenziaria. Questo passaggio rappresenta una garanzia per l'autonomia del personale sanitario. L'autonomia ha un particolare valore per i medici e la riforma rimarca, anche simbolicamente, il dovere primo del medico di porsi a presidio del benessere del paziente, in piena indipendenza dall'amministrazione penitenziaria. Questo passaggio, da "medico penitenziario" a "medico tout court" comporta però una maturazione culturale, così che i medici si considerino davvero autonomi e al servizio della persona, senza farsi impropriamente carico di altre esigenze e punti di vista che non sono richiesti di rappresentare; e che anzi sono chiamati a controbattere "dalla parte del paziente". Questo processo di autonomia del medico non si è del tutto concluso. Nel corso delle audizioni, è stato più volte sottolineato che i medici più giovani, che hanno esperienza del SSN "fuori dalle mura", meglio interpretano il loro mandato; laddove una parte dei medici che

³⁰ Si tratta di una proposta avanzata dai detenuti della casa circondariale di Padova.

provengono dalla vecchia sanità penitenziaria sono più propensi a mantenere il vecchio ruolo.

E' spia dell'insufficiente acquisizione dello spirito della riforma il fatto che i medici siano spesso chiamati a svolgere due ruoli assai diversi: quello proprio del terapeuta, e quello di esperto cui si chiede di giudicare le condizioni di salute del detenuto, in relazione a provvedimenti che deve prendere l'autorità giudiziaria o carceraria (vedi differimento pena per incompatibilità col carcere o rilascio anticipato per condizioni di salute). Sarebbe invece opportuno che questo giudizio fosse lasciato a un medico diverso da quello di reparto, per evitare di ledere il rapporto medico paziente³¹. Peraltro, questa è l'indicazione a livello internazionale. L'intento di salvaguardare il mandato fiduciario del medico nei confronti del paziente emerge con chiarezza anche in altre misure raccomandate dalla OMS. In particolare:

- nel caso di regimi speciali di detenzione (in Italia il 41bis, ad esempio) e di particolari condizioni di detenzione come l'isolamento, in cui l'amministrazione vuole limitare quanto più possibile i contatti col detenuto, si raccomanda che il personale sanitario debba sempre poter visitare i detenuti e che *debba reclamare questo diritto qualora gli sia negato*.

- sempre in nome del principio etico secondo cui il medico è chiamato a perseguire il benessere del paziente, si raccomanda ai medici di non prestarsi in nessun caso a certificare che un detenuto sia in grado di sostenere l'isolamento o qualsiasi altra forma di punizione. In particolare, per l'isolamento per motivi disciplinari, secondo la OMS si avrebbero evidenze circa i danni che tale regime provoca alla salute, tanto che le Nazioni Unite hanno raccomandato di eliminarlo³². A partire dagli esiti nocivi dell'isolamento registrati sulla salute dei detenuti, è stata individuata una specifica sindrome (*Secure Housing Unit Syndrome*)³³.

7) Aree chiave di intervento

Dati sulla salute, cartella clinica informatizzata e telemedicina

La cartella clinica informatizzata è un passo avanti decisivo per l'agibilità e la tempestività delle informazioni sulla salute di tutti i cittadini e le cittadine. Lo è ancora di più per i ristretti, soggetti a trasferimenti da un carcere all'altro e da una regione all'altra. Al momento, la cartella clinica informatizzata per i carcerati esiste solo in Emilia Romagna e, in via sperimentale, in Toscana. Per il resto, ci si avvale ancora di documentazione cartacea, che accompagna il detenuto nei suoi spostamenti, spesso con grande ritardo. Inoltre, ancora una volta, si presenta il problema di conciliare l'organizzazione del sistema sanitario, su base regionale, con la necessità di avere dati a livello nazionale.

³¹ Antinarelli et al. (2012), *I rapporti fra sanità penitenziaria e Autorità giudiziaria*, "Salute e Territorio", settembre-ottobre.

³² *Basic Principles for the Treatment of Prisoners*, risoluzione 45/111 adottata nell'Assemblea Generale del 14 dicembre 1990.

³³ Nel dicembre 2007, un gruppo di 24 esperti internazionali ha promosso la dichiarazione di Istanbul su *Uso ed Effetti dell'isolamento carcerario*, chiedendo agli stati di limitare l'isolamento a casi veramente eccezionali e per periodi molto brevi, ricorrendovi solo come ultima opzione. Per una revisione della letteratura sugli effetti sulla salute dell'isolamento disciplinare, vedi Sharon Shalev, del centro di Criminologia dell'università di Oxford (presentazione al *Network Meeting on Prison and Health* cit.).

La cartella clinica regionale è inadeguata al carcere: occorre invece approntare un fascicolo sanitario nazionale del detenuto, che raccolga dalle cartelle gestionali informatizzate in uso nelle regioni i dati informativi essenziali per ricostruire la storia clinica del detenuto. Il fascicolo sanitario nazionale dovrebbe dunque essere costruito e gestito dal DAP sulla base delle informazioni derivanti dalle Regioni e dalle Asl. È stato segnalato uno scollegamento in questa materia fra gli strumenti informatici del DAP, e il Servizio Sanitario: il database dell'AFIS (Sistema automatizzato di identificazione delle impronte) in uso al DAP, che consente in ogni carcere una rapida consultazione di informazioni sui detenuti, già contiene un "diario clinico", che tuttavia non è utilizzato dal personale sanitario.

Se la cartella clinica è lo strumento ideale per garantire la continuità del rapporto terapeutico, costituisce solo il primo passo per realizzare quelle forme di telemedicina che consentono il monitoraggio e il consulto specialistico a distanza attraverso l'invio elettronico di esami, dati e immagini a centri di eccellenza, senza dover affrontare tutti i problemi, con i relativi costi e ritardi, del trasporto dei detenuti o dei medici. Sono, ad esempio, estremamente significativi i casi di Porto Azzurro e di Regina Coeli. Nel primo caso una convenzione con il reparto di Dermatologia dell'Ospedale di Livorno consente la trasmissione di immagini ad alta risoluzione di melanomi o altre infezioni o lesioni cutanee, oltre a tutti i relativi esami e referti anamnestici, offrendo un'assistenza terapeutica rapida e altamente qualificata. Nel secondo caso il telemonitoraggio e il teleconsulto specialistico riguarda l'assistenza cardiologica ed è realizzato attraverso una convenzione con l'ospedale San Giovanni di Roma.

La telemedicina offre, quindi, innegabili vantaggi in termini di efficienza del servizio, aumento della sicurezza e, una volta entrata pienamente in funzione, riduzione dei costi. La sua realizzazione esige tutti gli investimenti necessari alla modernizzazione delle strutture, dall'introduzione della banda larga all'acquisizione delle apparecchiature adeguate per l'acquisizione e la trasmissione dei dati. Presuppone, insomma, come si è sottolineato più volte nel corso di questo documento, quel cambio di mentalità che impone di considerare la pena detentiva come un aspetto, per quanto drammatico e controverso, dello sforzo di adeguarsi alla crescita di civiltà da parte di una società tecnologicamente avanzata e non il residuo ancestrale di una gestione approssimativa della sofferenza e dell'emarginazione.

Per quanto si tratti per ora purtroppo di una preoccupazione solo astratta, va riaffermato, anche di fronte a tutti i vantaggi offerti dalla cura a distanza attraverso la telemedicina, il diritto di ogni paziente³⁴, e quindi anche di ogni detenuto, a un rapporto diretto e personale con il medico. La telemedicina va intesa come il miglior completamento possibile di questa e non come un suo modello alternativo o sostitutivo.

Salute mentale

L'area della salute mentale dovrebbe costituire una priorità nella programmazione sanitaria negli istituti di pena, sia perché, come si è visto, è

³⁴ "Etica, salute e nuove tecnologie dell'informazione" del 21 aprile 2006.

una delle aree con maggiore prevalenza di disturbi³⁵; sia perché la condizione stessa di ristretto è ad elevato indice di rischio psichico. Questa analisi trova sostegno a livello internazionale: su nove milioni di persone, detenute in tutto il mondo, almeno la metà soffre di disordini di personalità, mentre un milione sono affetti da gravi disturbi mentali, come psicosi e depressione. Quasi tutti i carcerati hanno esperienza di stati depressivi e di sintomatologia da stress³⁶.

È necessario che la rete dei servizi territoriali si prenda in carico le persone con problemi psichici, seguendo i principi della riforma sanitaria stessa: con interventi mirati a progetti individuali di cura, coinvolgendo tutte le risorse di supporto disponibili dentro e fuori il carcere; e con progetti di aiuto al reinserimento all'atto della scarcerazione. Ciò implica non solo una buona copertura di personale specialistico (colmando la carenza di psicologi di cui si è detto), ma anche l'assunzione di un approccio di promozione della salute mentale, con un controllo attivo sulle generali condizioni di vita in carcere. Come sottolinea la OMS, "la presenza di personale sanitario non garantisce di per sé la salute", tantomeno quella mentale. Ancora una volta, si ribadisce l'importanza di assicurare condizioni ambientali accettabili, trattamento secondo principi di umanità, rispetto dei diritti. La OMS dà conto dei fattori più rilevanti per la promozione della salute mentale, secondo quanto emerge dalla ricerca: al primo posto, assistenza e servizi che facilitino l'autopromozione e garantiscano l'altrui rispetto; al secondo posto, la soddisfazione del bisogno di essere apprezzati e di essere oggetto di cura (care); al terzo posto, la possibilità di svolgere attività e di avere distrazioni³⁷. Tali esiti suggeriscono misure generali anche semplici per migliorare il regime carcerario: come la possibilità di ricevere regolari visite di familiari e amici, oppure l'aver accesso ad attività lavorative o di studio. È tuttavia importante che tali e altre misure siano considerate per la valenza di fattori protettivi di salute mentale, e che rientrino a pieno titolo nella programmazione sanitaria, in una interlocuzione attiva interistituzionale, fra autorità sanitarie e amministrazione penitenziaria.

Di recente, la prevenzione dell'autolesionismo e del rischio suicidario è diventata un obiettivo specifico e prioritario, con diversi atti: dalla circolare DAP del 25 novembre 2011 per promuovere staff di accoglienza e sostegno al momento dell'ingresso in carcere, all'accordo Stato Regioni del 19 gennaio 2012 "Linee di indirizzo per la riduzione dei rischi autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", al progetto interregionale di durata triennale, sostenuto dal Ministero della Salute, per la sperimentazione di un modello operativo di prevenzione³⁸.

Il CNB prende atto degli sforzi compiuti a vari livelli istituzionali per ridurre la drammatica emergenza e, sulla scia delle indicazioni già fornite nel parere del giugno 2010 (Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici), raccomanda un approccio che non si concentri solo sui fattori individuali di rischio psichiatrico, ma tenga nella dovuta considerazione i fattori situazionali che possono aggravare lo stress legato alla detenzione, e più in generale il rischio legato a

³⁵ Nella citata ricerca della Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2009), risulta che il 29% dei detenuti ha una diagnosi di patologia psichica.

³⁶ WHO (2007), cit., pp.133-144.

³⁷ WHO (2007), cit., p.138.

³⁸ Accordo di collaborazione del 29 agosto 2012 per la realizzazione del progetto *Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale per il monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari* (Regioni Veneto, Liguria, Umbria, Lazio, Campania e Toscana come capofila).

un ambiente carcerario non adeguato o che addirittura non rispetti la dignità e i diritti delle persone: elemento su cui insiste la OMS, come si è appena visto.

Ciò consente di evitare la “psichiatrizzazione” della problematica del suicidio in carcere, nonché la stigmatizzazione delle persone che tentano di togliersi la vita: col pericolo di arrivare a misure controproducenti, come l’isolamento delle persone e la loro esclusione dalle attività che si svolgono nel penitenziario.

Su questa linea, di promozione attiva della salute mentale, è importante che gli sforzi compiuti per dare maggiore attenzione al momento dell’accoglienza ai nuovi giunti siano estesi anche ai momenti successivi: servizi essenziali, come la tempestiva e continua informazione sulla propria situazione giudiziaria, il collegamento con la famiglia e con altre persone significative fuori dal carcere, il facile accesso a colloqui con gli psicologi e in generale alle prestazioni sanitarie di base, sono importanti elementi protettivi; così come lo è un clima relazionale favorevole, dove la persona detenuta abbia la possibilità di avere relazioni di supporto da parte di tutto il personale con cui è quotidianamente in contatto. Ci sono esperienze pilota interessanti (per esempio, a Bollate-Milano e a Sollicciano-Firenze), di creazione di sportelli salute in cui le informazioni ai detenuti e il rapporto con i servizi sanitari sono gestiti con un forte ruolo dei detenuti stessi. Questi programmi andrebbero generalizzati.

Per ciò che riguarda gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, è ormai in fase avanzata il loro superamento avviato col DPCM del 1 aprile 2008, sebbene la data di scadenza per la definitiva chiusura degli OPG sia stata prorogata di un anno nel febbraio 2013. In sintesi, è lasciato inalterato l’istituto del proscioglimento per soggetti ritenuti non imputabili per infermità mentale, così che gli stessi restano destinatari di misura di sicurezza (o di misura di sicurezza provvisoria quando non ancora giudicati): con la riforma, coloro che sono stati dichiarati prosciolti ma pericolosi (e perciò destinatari di una misura di sicurezza) saranno presi in carico con progetti terapeutici sul territorio predisposti da apposite articolazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale; oppure nelle nuove strutture residenziali psichiatriche, che dovrebbero rispondere, per dimensioni e funzionalità, alle finalità terapeutiche (ma con controllo esterno di polizia). Sebbene la chiusura degli OPG sia innovazione positiva, rimangono questioni importanti da risolvere, quali i criteri di riferimento, al momento assenti, per un’assegnazione appropriata delle persone alle due tipologie di presa in carico sopradescritte: il rischio è che la gran parte dei prosciolti siano semplicemente destinati alle nuove strutture. E’ opportuna una riflessione su queste residenze psichiatriche che le Regioni stanno approntando, per evitare che la pressione per economie di scala porti a strutture sovradimensionate che rischiano di ricreare condizioni tipiche dell’istituzione manicomiale, con la concentrazione della popolazione e il suo allontanamento dai servizi e dai contesti di appartenenza.

Donne detenute

Nel 2009, è stato pubblicato dalla OMS Europa e dal UNODC un documento che già nel titolo fornisce una linea di intervento: “La salute delle donne in carcere: correggere la mancanza di equità di genere”. Al primo posto nelle raccomandazioni finali, è la creazione di un sistema di giustizia penale sensibile al genere, che sappia cioè tenere in considerazione specifici bisogni e

circostanze di vita del genere femminile: per esempio, che consideri i tipi di reato compiuti dalle donne. Le donne sono spesso condannate per reati minori, a fronte dei quali la carcerazione ha un impatto sproporzionato sulla loro salute (e su quella dei figli, se madri).

Venendo alla detenzione, si riscontra un paradosso: i numeri enormemente ridotti della detenzione femminile rispetto a quella maschile (2.800 donne su 66.568),³⁹ non sembrano affatto avvantaggiare le donne. Molto spesso queste sono rinchiusi in sezioni femminili di carceri maschili, organizzati su bisogni maschili, mentre sono pochi i carceri femminili⁴⁰. Sebbene non esista il problema del sovraffollamento per le donne detenute, in generale, nei carceri maschili c'è minore attenzione al funzionamento delle sezioni femminili e ci sono minori offerte trattamentali.

Il carcere sembra avere un maggiore impatto di sofferenza sulle donne, non solo perché è tuttora più pesante lo stigma della carcerazione; ma anche perché la padronanza sui tempi e soprattutto sugli spazi di vita quotidiana è una dimensione rilevante per il benessere delle donne, dunque la perdita è avvertita dalle donne in maniera più drammatica.

Il trattamento delle donne è collegato alla concezione della trasgressione femminile: il reato tende ad essere visto come "errore" prima che come trasgressione: da qui lo scivolamento verso il paternalismo educativo/correzionale. Le donne sono viste come soggetti "deboli", in maniera non dissimile dai minori: meno (intenzione di) "durezza" ma col rischio di maggior arbitrio e di minori diritti: la logica del riformatorio più che del carcere, che però può portare a maggiore sofferenza e sentimento di *helplessness*⁴¹.

La rete femminile di relazioni affettive, in genere più ricca di quella maschile, potrebbe costituire un fattore di protezione e sostegno. Spesso però si trasforma nel suo contrario, perché le donne vivono più acutamente la separazione; e perché poco si fa in carcere per facilitare il mantenimento e l'assiduità dei contatti con l'esterno.

Inoltre, non va trascurata la presenza dei bambini che hanno meno di tre anni e che vivono in carcere con le loro madri. Attualmente in Italia sono circa 50 i bambini reclusi. La legge prevede gli arresti domiciliari per le madri di figli con meno di tre anni. Tuttavia questa situazione non è prevista se le detenute non hanno residenza o sono recidive. La maggior parte dei bimbi reclusi sono figli di nomadi. I rischi e danni sono gravi: malattie, traumi psicologici, linguaggio poverissimo, ecc.

In teoria la carcerazione dei bimbi dovrebbe finire in virtù di legge del 21.04.2011, N. 62 (Disposizioni in tema di detenute madri) che prevede la custodia attenuata negli Icam (Istituti a custodia attenuata per detenute madri), istituti penitenziari più vivibili, o in case famiglia protette. In base a tale normativa entro il gennaio 2014 tutte le mamme di figli dai tre ai sei anni dovrebbero essere trasferite. È tuttavia facile prevedere che ciò non possa accadere in quanto allo stato esistono solo due Icam, Milano e Genova e un altro in costruzione nel Lazio. Peraltro, vi sono voci autorevoli contrarie anche agli Icam sul presupposto che nessun bambino dovrebbe varcare la porta di un

³⁹ DAP, dati presenze al 30 settembre 2012.

⁴⁰ Carceri femminili sono presenti solo a Trani, Pozzuoli, Empoli, Roma Rebibbia, Genova Pontedecimo, Venezia Giudecca, mentre le sezioni femminili di carceri maschili sono 64. Esiste un unico centro clinico femminile, a Pisa.

⁴¹ Cfr. Campelli E., Faccioli F., Giordano V., Pitch T. (1992), *Donne in carcere*, Feltrinelli, Milano.

carcere. Da qui l'auspicio di una soluzione alternativa rappresentata dalle case famiglia, dove sarebbe possibile tenere i bimbi fino a sei anni e ricostruire anche con i fratelli la rete familiare.

Dipendenze da sostanze illegali

Nonostante i dichiarati intenti dei legislatori che si sono succeduti dal 1990 in poi di evitare il carcere ai tossicodipendenti, rimane elevata la percentuale di persone dipendenti da sostanze illegali sul totale della popolazione carceraria. Negli ultimi anni questa è perfino in ascesa. Ciò vale per gli ingressi in carcere nell'arco dell'annata (il 28,6% nel 2005, a fronte del 32,4% nel 2012), ma anche per le presenze calcolate in un determinato giorno dell'anno (il 37,5% al 31/12/2006, a fronte del 38,4% al 31/12/2012)⁴².

L'area della tossicodipendenza è passata sotto il Servizio Sanitario Nazionale nel 2002, in anticipo rispetto al passaggio delle competenze generali, come area pilota della riforma sanitaria in carcere. Ciò ha comportato miglioramenti in alcune fasi critiche della gestione della tossicodipendenza in carcere: ad esempio, è oggi intervento comune il trattamento delle crisi assistenziali cui possono andare incontro i consumatori di oppiacei. Questi interventi sono importanti, poiché le procedure di ingresso possono comportare tempi anche lunghi (arresto, convalida dell'arresto, trasferimento al carcere, immatricolazione)⁴³. La presenza del Sert dovrebbe anche avere lo scopo di approntare piani terapeutici per favorire l'accesso delle persone dipendenti alle misure alternative, come l'affidamento speciale per tossicodipendenti.

Nondimeno, rimangono criticità, segnalate anche a livello internazionale. L'Osservatorio Europeo sulle droghe e la tossicodipendenza (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction) lamenta il ritardo nell'adeguamento dei trattamenti in carcere agli standard dei servizi fuori dal carcere (circa 8/9 anni di divario). Una recente revisione su 21 studi condotti sui programmi con metadone a mantenimento in carcere riporta benefici simili a quelli riscontrati per i programmi sul territorio, quali: la capacità di attrarre le persone in trattamento, la riduzione dell'uso di oppiacei illegali, la riduzione di comportamenti a rischio (specie l'utilizzo promiscuo di materiale per iniezione). Soprattutto, si riduce il rischio (elevato) di overdose nel periodo immediatamente successivo alla liberazione⁴⁴. Si ricorda inoltre l'importanza della continuità del trattamento nei servizi sul territorio, dopo il rilascio.

L'Osservatorio Europeo analizza nei vari paesi europei la copertura dei programmi metadonici in carcere, ossia la percentuale di persone che ricevono il trattamento sul totale di coloro che si stima ne avrebbero bisogno: l'Italia è inserita nella categoria "a copertura limitata", stimando che siano trattate con metadone meno della metà delle persone che potrebbero beneficiarne⁴⁵.

⁴² Fonte DAP, Ufficio sviluppo e gestione del sistema informativo automatizzato-Sezione Statistica. La gran parte delle persone dipendenti entra in carcere per violazione della stessa normativa antidroga, oppure per reati drogacorrelati.

⁴³ Cfr. Libianchi S. et al. (2012), *La tossicodipendenza e il carcere*, "Salute e Territorio", n.194, p.287 e segg.

⁴⁴ Hedrich, D. et al. (2012), *The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review*, in "Addiction", 107 (3), p.501 e ss.

⁴⁵ EMCDDA (2012), *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, Selected Issue, pp.22-23.

Malattie trasmissibili: il virus HIV

Come già segnalato, il virus Hiv è una delle infezioni trasmissibili che destano più preoccupazione, sia perché la prevalenza è più alta fra la popolazione carceraria, sia per i rischi di stigmatizzazione cui vanno incontro le persone con questa infezione. Le organizzazioni internazionali insistono sia sulla prevenzione che sul trattamento, tanto che di recente è stato pubblicato un documento sottoscritto da tutte le agenzie ONU competenti (UNODC, ILO, UNDP, OMS, UNAIDS)⁴⁶. Nel testo, dopo aver lamentato che solo pochi paesi nel mondo forniscono programmi adeguati, si raccomanda un pacchetto comprensivo di 15 interventi chiave: 1) informazione e educazione su HIV, epatite e malattie sessualmente trasmissibili; 2) disponibilità di preservativi ai detenuti (in forma discreta); 3) Prevenzione della violenza sessuale (in particolare proteggendo i soggetti vulnerabili come le persone con differente orientamento sessuale e i giovani); 4) Trattamento della dipendenza da droghe compresa la terapia con oppiacei sostitutivi; 5) Disponibilità in forma confidenziale di materiale sterile per iniezione ai consumatori di droghe; 6) Prevenzione della trasmissione che può avvenire attraverso forniture mediche e dentali infette; 7) Prevenzione della trasmissione che può avvenire tramite tatuaggi; 8) Profilassi post esposizione a situazioni di possibile contagio; 9) Facile accesso al test HIV volontario e al counselling; 10) Trattamento per HIV, compresa la terapia antiretrovirale; 11) Prevenzione, diagnosi e trattamento della tubercolosi (considerati l'alta percentuale di co-morbilità HIV-TBC); 12) Prevenzione della trasmissione madre-bambino; 13) Prevenzione e trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili; 14) Vaccinazione, diagnosi e trattamento dell'epatite virale (compresa la vaccinazione per l'epatite B per tutti, per l'epatite A per i soggetti a rischio, e prevenzione/trattamento per epatite B e C); 15) Protezione del personale (che dovrebbe ricevere informazione, educazione e training da parte di sanitari, per svolgere i propri compiti di lavoro in sicurezza).

8) I migranti e i Centri di Identificazione ed Espulsione

Gli stranieri rappresentano una parte consistente della popolazione carceraria, circa il 36%. Sono presenti diverse nazionalità, fra cui spiccano persone provenienti dall'Africa e dai paesi dell'Est Europa. Molti non possiedono documenti di identificazione e ciò comporta diverse criticità, fra cui la difficoltà a stabilire l'età di chi incorre nella giustizia, fatto rilevante per la protezione dei minori.

La detenzione comporta per lo straniero e la straniera, specie se privi di permesso di soggiorno e di documento identificativo, molti problemi e sofferenze aggiuntive, fra cui⁴⁷:

⁴⁶ United Nations Office on Drugs and Crime, International Labour Organization, United Nations Development Programme, World Health Organization, UNAIDS (2012), *HIV prevention, treatment and care in prisons and in other closed settings: a comprehensive package of interventions*. L'urgenza di intervento per lo HIV/AIDS è ribadita anche in altri documenti. Vedi WHO (2007), cit., p.51; UNODC, UNAIDS, WHO (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*.

⁴⁷ Libianchi S. (2012), *La detenzione dello straniero*, "Salute e territorio", 194, p.293 e ss.

- una più difficile comunicazione col personale operante negli istituti, per problemi di lingua ma anche per ostacoli culturali alla completa comprensione dei differenti ruoli

- la mancanza di legami familiari o di relazioni sul territorio e la difficoltà a mantenere i rapporti a distanza: le telefonate alla famiglia sono spesso ostacolate dalle ristrettezze economiche del detenuto e dalla difficoltà degli accertamenti sulle utenze nei paesi stranieri.

- il lavoro interno è poco accessibile per mancanza di documenti e di codice fiscale

- l'istruzione e i corsi professionali sono tarati sulle esigenze degli italiani

- la frequente mancanza di domicilio fisso e di legami sociali sul territorio restringe la possibilità di ottenere i benefici e di poter usufruire di misure alternative al carcere

Inoltre, le differenze culturali comportano una diversa idea del corpo, della sua cura, del concetto stesso di salute.

Per far sì che gli stranieri possano esercitare gli stessi diritti, è prioritaria la presenza in carcere, non episodica, del servizio di mediazione culturale. Sulla mediazione culturale punta il progetto "Salute senza bandiere", avviato alla fine del 2012, per promuovere l'integrazione sanitaria degli stranieri detenuti attraverso il pieno e consapevole accesso al SSN, anche nel periodo di detenzione. Il progetto coinvolge nove istituti con maggiore presenza di stranieri, fra cui Roma-Rebibbia e Milano-Opera.

Gli stranieri privi di documenti, che non sono stati identificati durante il periodo di carcerazione, vengono internati nei **Centri di Identificazione ed Espulsione**.

In questi centri, il diritto alla salute degli internati è soggetto a tali limitazioni da rendere dubbio l'uso del termine stesso di "diritto".

In primo luogo, i centri sono ubicati in contenitori impropri, fortemente carenti dal punto di vista igienico. Vi sono concentrati soggetti di diversa ed eterogenea provenienza, molti di loro particolarmente vulnerabili: come le persone richiedenti lo status di rifugiato e le vittime della tratta, che rischiano di trovarsi rinchiusi insieme ai propri carnefici. L'assistenza nei centri non è a carico del SSN, bensì è fornita dall'ente gestore del Centro. Nella generalità dei casi, si tratta di un'assistenza sanitaria elementare, tarata sulla precedente normativa che permetteva il trattenimento non oltre i trenta giorni. Dopo che il periodo è stato prolungato a sei mesi, l'assistenza sanitaria risulta del tutto insufficiente e si registrano casi gravi di soggetti non curati a dovere. Inoltre, ci sono grandi problemi per avere la documentazione clinica, nel passaggio dal carcere ai CIE.

A queste difficoltà, si aggiungono gli aspetti psicologici avversi: gli internati vivono questo periodo come una pena aggiuntiva a quella già scontata, per di più con minori garanzie (non si sa quanto tempo dovranno rimanere nel Centro) e con minori possibilità di svolgere una qualche attività.

Occorre agire prontamente, con alcune misure urgenti e immediate:

- i CIE andrebbero chiusi o quanto meno ricondotti alla loro funzione originaria di misura eccezionale, come previsto dalla direttiva UE, ristabilendo come misura ordinaria il rimpatrio volontario assistito (finanziato da apposito fondo europeo)⁴⁸;

⁴⁸ Barbieri A. et al. (2013), *Arcipelago CIE. Indagine sui centri di identificazione ed espulsione italiani*, Medici per i Diritti Umani, maggio 2013. L'indagine di MEDU è stata condotta nei centri

- il Servizio Sanitario Nazionale deve prendere in carico i CIE o quanto meno vanno immediatamente attivati accordi e convenzioni in tal senso. Non solo vanno fornite prestazioni adeguate, occorre anche controllare lo stato dei locali, l'adeguamento dei servizi e lo stato igienico, l'adeguamento del regime di vita a requisiti di rispetto della dignità delle persone;
- l'identificazione deve avvenire durante il periodo della carcerazione;
- vanno protette le categorie vulnerabili, fra cui le vittime della tratta, regolarizzandole per motivi umanitari.

9) Raccomandazioni

- Il CNB raccomanda alle istituzioni competenti che il diritto alla salute dei detenuti sia inteso nella piena accezione, al fine di raggiungere un effettivo riequilibrio dei livelli di salute dentro e fuori le mura, ben oltre la garanzia dell'uguaglianza di accesso alle prestazioni sanitarie.

- Il CNB ricorda che il fondamento della salute del detenuto è l'essere trattato con dignità e rispetto, nella piena osservanza dei diritti umani fondamentali. Fra questi, il diritto ad essere curato fuori dal carcere quando la detenzione aggravi la sofferenza dell'infermità fino a limiti intollerabili.

- Il Comitato ricorda che la riforma sanitaria non si esaurisce nel passaggio delle competenze dall'autorità penitenziaria a quella sanitaria. In coerenza con un approccio globale alla salute, le autorità sanitarie devono prendere pienamente in carico il controllo sulle condizioni igieniche degli istituti, lo stato delle celle e dei servizi, le condizioni di vita dei detenuti, la sopportabilità del regime carcerario. La sentenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo del 8 gennaio 2013 che ha giudicato la vita nelle celle italiane sovraffollate come "trattamento inumano e degradante" indica che la riforma è ancora ben lontana dal raggiungimento dei propri obiettivi.

- Il CNB segnala che alcuni aspetti del sistema sanitario erogato su base regionale vanno corretti, se si vuole offrire ai detenuti pari opportunità nell'accesso alle prestazioni sanitarie. In particolare, occorre che amministrazione penitenziaria e Regioni operino per varare al più presto *la cartella sanitaria informatizzata nazionale*, che segua in tempo reale il detenuto nei suoi spostamenti da regione a regione; che sia assicurata la continuità delle cure nel passaggio da un carcere all'altro, anche in presenza di diversità nei livelli di assistenza da regione a regione.

- Il CNB invita a prendere immediati provvedimenti per gli aspetti in cui più gravi permangono le disuguaglianze o non sono rispettate le pari opportunità nell'accesso alle prestazioni: non sufficiente tempestività negli interventi d'urgenza, ritardi nelle visite specialistiche e nella programmazione di interventi in ospedali esterni, insufficienti prestazioni per bisogni specifici della popolazione detenuta.

- Il CNB raccomanda le aree chiave di intervento, con particolare riguardo alla salute mentale e alla prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo, alla prevenzione dell'HIV e di altre malattie trasmissibili. Maggiore attenzione va prestata ai diritti e alle esigenze delle donne detenute, nel quadro di un sistema di giustizia penale sensibile al genere.

- Il CNB invita il SSN nelle sue articolazioni regionali a prendere immediatamente in carico la grave situazione igienico sanitaria e di condizioni di vita all'interno dei Centri di Identificazione ed Espulsione, in attesa di misure di più ampia portata per decidere la sorte di queste strutture e risolvere l'insieme dei problemi legati alle persone senza passaporto.

- Il CNB raccomanda infine di prestare attenzione affinché un settore così delicato come quello del carcere, che abbisogna di ogni sforzo per raggiungere standard accettabili di vivibilità, non abbia al contrario a soffrire per la contrazione delle risorse.

AltraCittà
www.altravetrina.it

Pavia: a Torre del Gallo tentativo di suicidio sventato dalla polizia penitenziaria
di Anna Ghezzi

La Provincia Pavese, 14 ottobre 2013

Ha annodato le lenzuola facendone una corda, ne ha messo un capo intorno al lampadario della cella in cui era arrivato da poche ore e l'altro se l'è messo intorno al collo. Poi si è abbandonato nel vuoto. Per fortuna è stato salvato in tempo da due agenti di polizia penitenziaria, che l'hanno tratto in salvo. L'uomo infatti si trovava nel reparto isolamento, ovvero quello di prima accoglienza. Era arrivato nel pomeriggio, gli erano stati revocati gli arresti domiciliari che scontava a casa sua, in un paese della provincia di Pavia. E alle 22 ha deciso di farla finita, senza che nessun compagno di cella potesse vederlo, o fermarlo. È stato portato al policlinico San Matteo, dove sono state prestate le cure necessarie.

Ma l'altro ieri è stata una giornata dura per gli agenti di polizia penitenziaria del carcere pavese di Torre del Gallo: solo poche ore prima, alle 14 circa, due guardie erano state aggredite da un detenuto con un manico di scopa sulla soglia della cella in cui lo stavano riconducendo dopo una visita medica. L'aggressione è avvenuta nella sezione infermeria, dove medici e infermieri che dipendono dall'Azienda ospedaliera della provincia di Pavia garantiscono le cure mediche ai detenuti.

I due agenti sono stati colpiti a un braccio e alla schiena, e poi sono riusciti a far rientrare il detenuto in cella, e sono stati portati in ospedale per accertamenti. Con l'apertura dei nuovi padiglioni nel carcere di Torre del Gallo, di Voghera e anche Cremona arriveranno da San Vittore almeno 300 persone già condannate in via definitiva o in secondo grado, come annunciato dal guardasigilli Anna Maria Cancellieri. L'apertura del padiglione di Torre del Gallo, inizialmente prevista per settembre, era slittata al 15 ottobre. I sindacati, nelle scorse settimane, avevano sollevato perplessità e posto l'accento sul problema degli organici: per 300 nuovi detenuti arriveranno 10 agenti in più, portando l'organico a 273. Ma la direttrice di Torre del Gallo, Iolanda Vitale ha spiegato che è tutto pronto per far fronte all'arrivo dei nuovi detenuti.

Perugia: muore suicida ergastolano di 49 anni, si proclamava innocente

Ansa, 14 ottobre 2013

La testa infilata in un sacchetto e, accanto, il fornellino a gas: è stato trovato morto così ieri dalla polizia penitenziaria, riverso sul pavimento della cella nel carcere di Perugia, il forlivese Davide Valpiani, 49 anni, condannato all'ergastolo per l'omicidio di Vincenzo Di Rosa, fratello della sua compagna avvenuto nel 2005 a Cervia (Ravenna).

Due giorni prima, riferisce il Resto del Carlino, aveva parlato al telefono con il difensore, Gianluca Alni: "Sono innocente. Faccia qualcosa". Dieci anni fa Valpiani era stato assolto dall'accusa di aver ucciso i genitori tra maggio e luglio 1999: la madre Marisa, 61 anni, fu trovata semicarbonizzata nella vasca da bagno della sua abitazione forlivese; il padre Giovanni, 68 anni, morì apparentemente per un malore nella sua casa estiva a Lido di Savio (Ravenna). Il presunto movente, secondo l'accusa, una ricca eredità perché lui si era rovinato con il miraggio del guadagno facile in Borsa.

Due perizie giocarono a suo favore: la madre si suicidò, il padre era stato colpito da ictus. Valpiani fu condannato a tre anni per la morte del padre quale conseguenza del fatto che, pur ammalato, il figlio l'aveva lasciato solo in casa. Nel 2008 venne invece condannato all'ergastolo per l'omicidio di Vincenzo Di Rosa, ucciso con un colpo di pistola alla nuca il 4 agosto 2005 a Pinarella, sulla riviera ravennate: il motivo di quel gesto, secondo i giudici, stava nella polizza sulla vita dell'uomo, a cui la sorella di Valpiani in quel periodo era fidanzata.

Secondo le indagini Valpiani aveva indotto il "cognato" a firmare due polizze assicurative per infortunio (lesioni e morte) per un indennizzo complessivo di 800.000 euro, la cui unica beneficiaria era la sorella, cioè la sua fidanzata. Venne arrestato nel 2007 e condannato all'ergastolo, pena confermata in Cassazione.

"Davide era in uno stato di profonda depressione ed era stato sottoposto a una serie di accertamenti clinici - ha riferito l'avvocato Alni - Venerdì mi aveva detto che una perizia effettuata di recente aveva concluso con l'incompatibilità del suo stato con la detenzione in carcere. Mi aveva anche detto che attraverso un avvocato di Perugia, che lo seguiva sotto il profilo dell'esecuzione della pena, era in corso la ricerca di una struttura adeguata che potesse accoglierlo".

Giustizia: suicidi & psicologi nelle carceri italiane, in arrivo un nuovo bando per 500 operatori

di Sergio Paleologo

www.linkiesta.it, 9 ottobre 2013

A settembre il presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, in visita al carcere di Poggioreale di Napoli aveva annunciato l'invio di un messaggio alle Camere. Aveva lasciato la necessità di un suo intervento, un provvedimento

mirato. Le ipotesi viaggiano dalla clemenza all'amnistia, passando per l'indulto. Il ruolo del Parlamento è comunque fondamentale. Così come è estremamente importante legare qualsiasi scelta calata dall'alto ad altri due pilastri. La riforma della giustizia e le necessità umane di chi dentro le mura vive o lavora. Nulla di tutto ciò sarà facile.

Gli psicologi

Al contrario sembra che la riforma della giustizia e l'annesso intervento sul sistema carcerario con le conseguenze umane correlate (suicidi tra detenuti e guardie) si allontanino dall'agenda politica. E al momento l'unico cambiamento in atto sembra coinvolgere il ruolo degli psicologi che operano dentro le mura. Si sta andando verso una nuova fase, depotenziata e maggiormente frammentaria. È partito infatti l'iter per i bandi di selezione legati alle nuove disposizioni che finiranno per cambiare l'approccio dei circa 500 operatori psicologi.

Si tratta di coloro che si occupano di tutte le realtà non cliniche, ovvero dell'osservazione dei detenuti, finalizzata a stabilire un programma di reinserimento sociale con minori rischi possibili per i cittadini. I nuovi bandi sembrano voler mettere da parte gli psicologi penitenziari con esperienza trentennale. L'Amministrazione chiede di rifare la selezione già superata nel 1985, 1989 e 2003 senza che l'esperienza pregressa possa fare punteggio. Rispetto all'ultimo bando effettuato, i colloqui che termineranno intorno a dicembre prevedono rapporti di lavoro, sempre a partita Iva (17 euro all'ora e 19 nelle carceri geograficamente disagiate) come un tempo, ma con una scadenza annuale rinnovabile fino a quattro mandati. Il 2005 è stato assunto a linea di demarcazione. Col risultato che un laureato in quell'anno, che abbia svolto il tirocinio successivamente, si trova ad avere più titoli dello psicologo che gli ha fatto da tutor.

Avanti i giovani? A prima avviso potrebbe sembrare così. In realtà col mandato quadriennale non si offre un futuro nemmeno a medio termine. La riforma nasce invece da un fatto contingente. Alcuni psicologi negli anni scorsi hanno avviato cause con l'obiettivo di trasformare il rapporto lavorativo autonomo in uno subordinato. Così il timore (anche se le cause sono state quasi tutte vinte dallo Stato) che i casi isolati potessero diffondersi, in tempi di tagli al budget, ha fatto scattare la cesoia. Secondo gli psicologi il risultato sarà una maggiore difficoltà operativa e una minore tutela dei detenuti. Ci saranno più suicidi? Ovviamente si spera di no, ma certo i trattamenti si spezzeranno per poi ricominciare con un nuovo psicologo. Senza contare che, rimanendo in tema di spending review, impegnare ogni quattro anni i direttori degli istituti per circa 40 giorni in colloqui selettivi toglierà loro tempo per le altre (principali) mansioni.

In sostanza, anche se l'amministrazione non è chiamata a un esborso diretto, difficilmente si può dire che ci sarà risparmio di denaro. "A complicare la situazione", spiega a Linkiesta Carla Fineschi, psicologa impegnata nel carcere di Siena dal 1989 (20 ore mensili per 90 detenuti), "si aggiunge il fatto che la circolare ministeriale viene applicata a macchia di leopardo e a livello regionale, non facilitando certo un piano nazionale. Così io dovrei sottopormi a una selezione già fatta 25 anni fa con un punteggio inferiore ai miei tirocinanti mentre colleghe di altre regioni non dovranno farlo. Non parteciperò, dunque, perché ritengo che questa richiesta sia lesiva dei diritti e non posso in nessun modo avvallarla". Uno scoramento che sembra diffuso anche tra molti altri operatori e che non dovrebbe aver un buon impatto sulla popolazione carceraria, già gravata da numerose problematiche.

I veri numeri dei morti di carcere

Le statistiche sui suicidi nelle carceri europee sono elaborate annualmente dal Consiglio d'Europa e gli ultimi dati disponibili a livello Ue sono quelli relativi al 2007. Prendendo in considerazione anche i due anni precedenti (2005 e 2006) risulta una media annua di 9,4 suicidi ogni 10mila detenuti, tra i presenti in tutte le carceri del continente. Confrontando invece i tassi di suicidio nelle popolazioni detenute dei singoli Paesi, il valore mediano risulta di 7,4 suicidi l'anno ogni 10mila persone.

Negli Stati Uniti fino a 30 anni fa il tasso di suicidio tra i detenuti era simile a quello che si registra oggi in Europa. "La svolta avvenne nel 1988", spiega un report del centro studi Ristretti Orizzonti, "quando il governo istituì un Ufficio "ad hoc" per la prevenzione dei suicidi in carcere, con uno staff di 500 persone incaricate della formazione del personale penitenziario: in 25 anni i suicidi si sono ridotti del 70%. In dieci anni su una media Usa di circa 2 milioni di detenuti ci sono stati circa 1.700 suicidi. Nello stesso periodo in Italia con una popolazione media carceraria di un trentasettesimo rispetto a quella americana si è assistito a poco meno di 500 suicidi. Circa un terzo rispetto a quelli Usa. In 40 anni da noi il numero dei detenuti è raddoppiato (ora sono circa 68mila), i posti letto sono aumentati di sole 10mila unità. Con circa 15mila tentati suicidi negli ultimi 20 anni e 98mila atti di autolesionismo, e i suicidi medi all'anno sono passati da 20 a oltre 60. Una frequenza 21 volte superiore a quella che si registra tra le persone in libertà e il dramma è che la statistica non è completa.

Nel 2012 ci sono stati 60 suicidi e 154 decessi per cause naturali. Tutti i detenuti morti sull'ambulanza, all'arrivo al

pronto soccorso o in ospedale non rientrano nei conteggi. Tecnicamente il loro decesso non è infatti stato constatato dentro le mura. Ciò significa che il dato sui suicidi deve essere aumentato almeno di un dieci/quindici per cento e quello sui decessi per altre cause molto di più. A confermare a Linkiesta le stime è l'associazione Ristretti Orizzonti oltre a due operatori sanitari. Cifre scomode. Il rischio è volerle ignorare. Il dubbio però sorge: è proprio il caso di andare al risparmio sul sostegno psicologico?

Brindisi: s'impicca 48enne ai domiciliari per stalking alla moglie

Ansa, 6 ottobre 2013

Un uomo di 48 anni di San Pancrazio Salentino si è tolto la vita stasera impiccandosi con un cavo elettrico alla trave del soffitto della sua abitazione: l'uomo, detenuto ai domiciliari, era stato arrestato il 6 settembre scorso dai carabinieri per maltrattamenti in famiglia.

Era stata una delle primissime applicazioni in provincia di Brindisi della legge sul femminicidio varata il 14 agosto 2013, che consentì ai carabinieri di intervenire con un provvedimento restrittivo eseguito in flagranza, nonostante la moglie, che a quanto pare era stata malmenata, avesse ritirato la querela. L'uomo viveva in casa con la figlia, ancora minorenne, che si è accorta di quanto accaduto e ha chiamato i soccorsi. All'arrivo del personale del 118, però, non c'era più nulla da fare.

Spoletto (Pg): detenuto 38enne tenta il suicidio, salvato da un agente

Ansa, 6 ottobre 2013

Agenti della penitenziaria sventano suicidio nel carcere di Maiano. Ha provato a impiccarsi sabato mattina intorno alle 10 il detenuto rumeno di 38 anni, condannato per violenza sessuale e omicidio e con fine pena nel 2031.

Fortunatamente l'assistente capo in servizio è riuscito in tempi rapidissimi, prima, a intuire che all'interno della cella stava accadendo qualcosa di grave e, poi, con estrema freddezza, a entrare, sollevare l'uomo e liberarlo dal cappio.

Salvato Attimi di panico che, anche grazie al tempestivo intervento dei sanitari del 118, precipitatosi nel carcere di Maiano, hanno permesso il celere trasporto in ospedale dove, dopo alcuni tentativi, il detenuto è stato rianimato. Il comandante Marco Piersigilli si è già premurato di comunicare che proporrà l'encomio per l'assistente di polizia penitenziaria e ringrazia tutto il servizio sanitario dell'istituto per la prontezza di riflessi e la professionalità dimostrata nell'episodio.

La Spezia: Osapp; detenuto marocchino nella notte tenta il suicidio, salvato da agenti

Ansa, 4 ottobre 2013

Un giovane detenuto di nazionalità marocchina questa mattina verso le due ha tentato il suicidio nel carcere di La Spezia. Il giovane, in una cella al primo piano della seconda sezione, si è legato intorno al collo un lenzuolo che aveva annodato all'inferriata della finestra, posta ad un'altezza di 2,5 metri. Il detenuto è stato salvato grazie al pronto intervento degli agenti di polizia penitenziaria. Dopo la visita medica, il ragazzo ha iniziato a sbattere violentemente la testa contro il muro e gli agenti hanno tentato di farlo desistere ma sono stati aggrediti a pugni dal detenuto. "Alla fine siamo sempre noi poliziotti penitenziari a rimetterci e a essere aggrediti da coloro a cui salviamo la vita - commenta Leo Beneduci, segretario generale dell'Osapp, l'organizzazione sindacale autonoma della polizia penitenziaria - non è certo piacevole. Quello che i ministri della giustizia, compresa la attuale responsabile del dicastero, Anna Maria Cancellieri, non comprendono è che qualsiasi riforma per la riorganizzazione/umanizzazione delle carceri passa necessariamente per la polizia penitenziaria".

Genova: carcere di Marassi, 25enne marocchino ha tentato di impiccarsi con un lenzuolo

Ansa, 3 ottobre 2013

Nel pomeriggio di ieri un carcerato ha tentato il suicidio. Il detenuto, un 25enne di origine marocchina, ha provato a togliersi la vita nella cella della seconda sezione detentiva del carcere. Secondo quanto riportato, il marocchino avrebbe preso un lenzuolo e avrebbe provato ad impiccarsi. Tempestivo l'intervento dei poliziotti penitenziari che sono subito intervenuti ed hanno impedito che l'uomo compisse quel tragico gesto.

Giustizia: suicidi e risse, così si muore in cella
di Maurizio Gallo

Il Tempo, 2 ottobre 2013

I dati segreti sulle violenze e gli atti di autolesionismo per il sovraffollamento L'anno scorso in 1300 hanno provato a togliersi la vita, ben 56 ci sono riusciti.

Proteste, aggressioni, evasioni. Anche se non si può stabilire un rapporto diretto fra cause ed effetto, il sovraffollamento carcerario non aiuta certo a far diminuire la tensione dietro le sbarre. Anzi.

I dati del Dap sono impressionanti. Nel 2012 le proteste collettive nei penitenziari italiani sono state quasi 280 mila. Il record spetta alla Lombardia, con 48.598 episodi. Poi viene la Sicilia (40.098) e, al terzo posto, c'è il Lazio con 22.796 casi. In Abruzzo siamo a 7.716 e in Molise a 482. Infine, ci sono quelle che vengono definite "proteste non collettive", come lo sciopero della fame o della sete, che l'anno scorso ha coinvolto oltre ottomila detenuti, il rifiuto del vitto e delle terapie (1.657) e i danneggiamenti dei beni dell'Amministrazione (915).

Ma non ci sono solo le proteste e le rivolte. Per quanto riguarda le evasioni e i mancati rientri, siamo a quota 202, otto nel Lazio e ben sessanta in Abruzzo (nessuno in Molise). Tra i duecento casi abbondanti, 52 rappresentano quelli di persone che non sono tornate in cella al termine di un permesso premio, 13 dal lavoro esterno, 27 dalla semilibertà.

Le cifre più preoccupanti sono, però, quelle relative alle aggressioni, che sono divise in ferimenti (1.023) e in colluttazioni (4.651) per un totale di 5.674 in 12 mesi. La suddivisione geografica registra in pole position la Toscana, con 140 ferimenti, seguita da Campania (107), Lombardia (102) e Sicilia (100). Nel Lazio siamo a 74 ferimenti e 276 colluttazioni, in Abruzzo rispettivamente a 26 e 100 e in Molise 13 e 3. È indicativo andare a vedere le motivazioni delle proteste che si verificano all'interno delle mura carcerarie.

La maggior parte (228.546 casi lo scorso anno) sono state inscenate a favore o contro misure o proposte legislative che coinvolgevano le condizioni dei penitenziari, come indulti, amnistie e disegni di legge vari. Un'altra parte, abbastanza consistente (40.150), ha avuto a che fare proprio con il sovraffollamento e le condizioni di vita "intramuraria", come si dice in gergo, oppure a causa dell'incompatibilità con altri detenuti, la carenza di assistenza sanitaria o l'insoddisfazione per i servizi offerti, dall'acqua al cibo, dal riscaldamento alla pulizia dei locali. Solamente 42 sono state in relazione al tipo di rapporto instaurato con la magistratura di sorveglianza e appena 20 per reclamare contro il trattamento dei detenuti, come il mancato pagamento di "mercedi", la difficoltà di accesso al lavoro o alla formazione.

Gli strumenti per farsi ascoltare sono sempre gli stessi: concerti di pentole e stoviglie, materassi e lenzuola incendiati. Ma non sempre la protesta è di gruppo. Più spesso i reclusi, soprattutto quelli stranieri e molto giovani, rivolgono contro se stessi la rabbia che maturano in celle sovraffollate e sporche. E allora si tolgono la vita impiccandosi alle grate, inalando un'overdose di gas da una bomboletta o, se ne hanno la possibilità, tagliandosi le vene con una lametta. Nel 2012 i suicidi sono stati 56, i tentati 1308. E sembra che siano destinati a crescere.

Napoli: detenuto dell'Opg "organizza" incendio in sezione e si impicca con un lenzuolo

Il Mattino, 27 settembre 2013

Trentacinque anni, malato all'ultimo stadio: convince i detenuti dello stesso braccio a dar fuoco alle suppellettili: e prende un lenzuolo.

Si è ucciso, impiccandosi con delle lenzuola alla grata della sua cella, nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Napoli. E per farlo ha creato una situazione di caos nel reparto convincendo gli altri internati ad incendiare alcune suppellettili: quattro agenti di polizia penitenziaria e due infermieri sono rimasti intossicati. È accaduto la scorsa notte.

Il detenuto, 35 anni, all'ultimo stadio dell'Hiv, pur di distogliere l'attenzione degli agenti e mettere a segno il suo gesto, ha organizzato l'incendio. Un episodio, quello verificatosi, denunciato dall'Osapp che chiede, in merito, maggiore attenzione da parte del ministro della Giustizia e del mondo della politica. "Vogliamo sensibilizzare il ministro Cancellieri e gli organi politici - dice Pasquale Montesano, segretario generale aggiunto Osapp - devono pensare come risolvere il problema, sia a tutela degli internati che della polizia penitenziaria".

Sappe: chiusura Opg peggiorerà situazione delle carceri

"Il detenuto, proveniente dalla Casa Circondariale di Napoli Poggioreale, era ricoverato presso l'Ospedale psichiatrico giudiziario ed era in cella singola quando ha compiuto l'insano gesto - Spiega Donato Capece, segretario generale Sappe.

Definitivo per reati comuni contro la persona, il patrimonio e per evasione, segna ancora una volta la disastrosa decisione di detenere soggetti infermi per patologie mentali, o semplicemente in osservazione psichiatrica in strutture detentive come quelle degli Opg".

E sottolinea i problemi operativi che determinano le persone detenute con instabilità psichica: "È evidente che con

la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) si acuirà a danno delle donne e degli uomini della Polizia Penitenziaria il problema del sovraffollamento in carcere, già ora a livelli record con 150 detenuti per 100 posti, contro i 107 del resto d'Europa. Quando chiuderanno tra un anno, una parte dei loro detenuti tornerà in carcere, e se la situazione non cambierà, potrebbe diventare esplosiva. Già oggi un terzo dei detenuti è ad alto rischio di malattie mentali”.

Torino: Sappe; agenti salvano detenuto da suicidio, oltre 2.000 sventati tra il 2011 e il 2012

Adnkronos, 27 settembre 2013

Un altro suicidio sventato nelle carceri italiane. “Ieri - fa sapere Donato Capece, segretario generale del Sappe - verso le 22,40 un detenuto tunisino di giovane età, alla nona sezione del blocco B del carcere Lorusso Cotugno di Torino ha tentato per l'ennesima volta di impiccarsi all'interno della sua cella mediante un cappio ricavato da un lenzuolo, appendendolo alla branda che aveva messo in verticale. È stato salvato in extremis grazie al pronto intervento di due agenti di polizia penitenziaria, che nell'intervento si sono procurati il primo lesioni ad una spalla e il secondo un taglio ad un dito della mano”.

“Un gesto particolarmente importante e da mettere in evidenza - aggiunge Capece - tanto che il Sappe chiederà all'Amministrazione penitenziaria di Roma una adeguata ricompensa (lode o encomio) al personale di Polizia che è intervenuto per salvare la vita al detenuto.

Un gesto eroico e da valorizzare che nelle carceri italiane accade con drammatica periodicità: si pensi che nel 2011 e 2012 la polizia penitenziaria ha sventato oltre 2.000 tentativi di suicidio di detenuti e impedito che più di diecimila atti di autolesionismo posti in essere da altrettanti ristretti potessero degenerare ed ulteriori avere gravi conseguenze”. Il leader dei baschi azzurri del Sappe esprime quindi “sincero e convinto apprezzamento del primo sindacato della polizia penitenziaria, ai colleghi del carcere di Torino che hanno sventato il suicidio”.

AltraCrisi.it
www.altravetrim.it

Lettere: la morte oltre le mura... più di duemila i detenuti deceduti negli ultimi dieci anni
di Marco Solimano, Garante dei diritti dei detenuti Comune di Livorno
Il Tirreno, 25 settembre 2013

Aveva 37 anni il detenuto, di nazionalità marocchina, che questa notte è morto all'interno della Casa Circondariale di Livorno. È accaduto in piena notte in una delle celle sovraffollate della Sezione Transito, è accaduto in silenzio, chissà in quale angolo di una cella piccolissima che accoglie quattro persone, stivate in meno di dieci metri quadrati, dove non esiste spazio neanche all'intimità dei propri pensieri.

I periti e le indagini della Autorità Giudiziaria ci diranno delle cause o delle concause che hanno determinato la morte. Abbiamo bisogno di sapere di cosa si muore in carcere, ma soprattutto abbiamo il dovere di capire perché si muore. Il nome di quest'uomo allungherà la lista dei decessi in carcere, oltre 2000 negli ultimi dieci anni, una ecatombe inaccettabile per la coscienza civile di un Paese democratico. Il carcere dei nostri tempi è sempre più luogo dell'assenza: assenza di diritti, assenza di umanità, assenza di prospettive, assenza di legalità.

Poco importa se la Corte Europea di Giustizia condanna il nostro Paese per la condizione inaccettabile in cui versano le nostre carceri, per la costante e reiterata violazione di diritti umani inalienabili. Questo carcere è sempre più il paradigma della nostra realtà civile e sociale, luogo in cui si ritiene di poter riversare le più profonde e drammatiche contraddizioni che attraversano i territori, vera e propria discarica sociale ove nascondere e comprimere vecchie e nuove marginalità. In questa situazione di devastazione sembra illusorio il richiamo all'art. 27 della Costituzione, quasi inconcludente un ragionamento profondo e positivo sul senso della pena e soprattutto di quale pena.

C'è una responsabilità non emendabile delle Istituzioni del nostro Paese e del sistema dei partiti per non aver portato a compimento un processo di riforma fortemente sollecitato anche dal Capo dello Stato. Intanto in carcere si continua a morire e a sopravvivere.

Quel muro alto e spesso insormontabile ci impedisce di vedere e coglierei la parcellizzazione di tante esistenze in faticosa ricerca di unità ed identità. Ma il muro più resistente ed impenetrabile è quello sedimentato nelle nostre teste, il muro del pregiudizio, dello stigma sociale, di una concezione punitiva e vendicativa della pena.

Quel muro che spesso nega la straordinaria energia del cambiamento e fotografa la vita di un individuo unicamente al momento in cui commette un reato, vanificando purtroppo l'importante lavoro del personale interno, del volontariato e di quanti pensano che un'altra idea di carcere è possibile. Perché in carcere succede di morire per paura, per solitudine, per assoluta incapacità nella costruzione di una prospettiva di vita possibile, per abbandono, per fragilità, perché non ce la fai a resistere alla dimensione totalizzante di questa realtà e cerchi qualcosa che ti allontani da questo terribile confronto. Nonostante questa ulteriore tragedia non bisogna fermarsi, anzi, da oggi abbiamo un motivo in più per continuare nel nostro impegno.

Livorno: detenuto di 37 anni ritrovato morto in cella, ora la Procura apre un'indagine
Il Tirreno, 25 settembre 2013

Domenica sera alle 20.30, tre ore prima di morire, aveva cenato e riso con gli amici. E ieri mattina avrebbe iniziato un corso di inglese insieme a un compagno di cella.

La morte di Assanlal Foad, il detenuto marocchino di 37 anni deceduto due notti fa alle Sughere, nel bagno della sua cella, ha sconvolto il carcere. Sarà l'autopsia, disposta dal pm, a stabilire le cause della sua morte. L'esame sarà eseguito nei prossimi giorni.

La Procura, che indaga sul caso, vuole capire cosa abbia stroncato il giovane. L'ipotesi più accreditata è che il decesso sia stato causato non solo dall'inalazione del gas della bombola del fornello in dotazione alla cella (come è emerso sin dai primi minuti dopo la tragedia), ma forse anche da farmaci e sostanze che il 37enne assumeva. Il detenuto aveva infatti problemi di droga.

Prima di essere arrestato per motivi inerenti gli stupefacenti, Foad viveva a Piombino con la moglie e due figli. Alle Sughere si trovava nella sezione transito, la più affollata e disagiata, ed era in una cella da due insieme ad altri tre compagni. Nell'ambiente era conosciuto come una persona molto gioviale. Ieri Marco Solimano, garante dei detenuti, s'è recato in carcere e ha parlato cella per cella con tutti i detenuti del transito. "C'è molto dolore e sgomento, sentimenti che in carcere sono amplificati: il 37enne era ben voluto e molto comunicativo. La cosa positiva, però, è che ho colto nei detenuti un desiderio di andare avanti, di non arrendersi a un destino che sembra segnato, ma di reagire".

Livorno: detenuto di 37 anni trovato morto nel bagno della cella, avrebbe inalato gas
Ansa, 24 settembre 2013

Vittima un detenuto di 37 anni, Assanlal Foad, in carcere per reati di droga: forse ha inalato gas. Lo hanno trovato i

compagni, inutili i soccorsi. Era con altre tre persone in una camera da due. Morto nel bagno della cella. A trovarlo sono stati i compagni. Un detenuto marocchino di 37 anni ieri, domenica alle 23.30, è deceduto alle Sughere dove si trovava per reati riguardanti la droga. Si sospetta che avesse inalato gas dalla bombola del fornello: nel bagno infatti si sentiva un forte odore di gas. Immediati i soccorsi del personale interno al carcere.

Il medico e i suoi assistenti hanno subito tentato la rianimazione e in un primo momento sembrava che il cuore del giovane avesse ripreso a battere, ma in realtà si trattava delle ultime esalazioni. Per lui non c'è stato niente da fare. Poi sul posto in carcere sono accorsi i volontari della Misericordia, inviati dal 118, i quali hanno fatto ulteriori tentativi di rianimare il 37enne, ma è stato tutto inutile. Secondo quando appreso, il detenuto aveva dei problemi con la droga.

Il decesso alle Sughere riporta l'attenzione sul fenomeno delle morti in carcere e sul disagio che molti detenuti sono costretti a vivere: il 37enne era insieme ad altri 4 compagni in una cella predisposta per due. Le Sughere da due anni sono in ristrutturazione, ma i lavori hanno subito vari rallentamenti e tuttora non sono ancora stati ultimati.

Civitavecchia (Rm): detenuto di 42 anni ritrovato morto in cella al carcere di Aurelia

Ansa, 20 settembre 2013

Sarà l'autopsia ad accertare le cause del decesso di un detenuto di 42 anni, morto nella sua cella del carcere di via Aurelia di Civitavecchia. La notizia di questo nuovo decesso registrato nelle carceri del Lazio, il 14esimo dall'inizio del 2013, è stata resa nota dal Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni. Il decesso risale allo scorso martedì. Della vittima, un detenuto italiano di 42 anni, non sono state rese note le generalità. A quanto appreso dai collaboratori del Garante che operano quotidianamente nei due istituti di pena di Civitavecchia, la vittima era in attesa di primo giudizio ma, in passato, era già stato in carcere per altre circostanze.

Tossicodipendente conclamato, era stato preso in cura dal Sert. Dal gennaio scorso ad oggi i decessi registrati nelle carceri del Lazio sono stati 14: cinque suicidi, tre per malattia e cinque per cause da accertare. Al computo va aggiunta anche una donna che lavorava come infermiera a Rebibbia.

“Dalle prime informazioni assunte - dichiara il Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni - quello di Civitavecchia non dovrebbe essere classificato come suicidio. Al di là delle circostanze che hanno portato alla morte di quest'uomo - continua Marroni - resta da affrontare il nodo dei detenuti tossicodipendenti in carcere che rappresentano oltre il 25% dei reclusi in tutta Italia. La tossicodipendenza è una malattia, non un reato - sottolinea il Garante dei detenuti del Lazio - e chi vi è affetto non dovrebbe stare in un carcere ma in una comunità terapeutica di recupero, soprattutto se è accusato di reati minori. Il problema è che non è in grado di offrire alcun conforto medico e terapeutico per i tossicodipendenti, per i più deboli e per quanti sono affetti da problematiche di carattere psichiatrico. Il sovraffollamento, la ristrettezze economiche, i vuoti di organico - conclude Marroni - sono tutti fattori che costringono a guardare ai grandi numeri e non alle persone, ai loro problemi ed alle loro debolezze”.

Bologna: detenuto morto alla Dozza, lacrime e dolore per Nicola “ti ricorderemo sempre”

www.bolognatoday.it, 18 settembre 2013

Il lutto di amici e colleghi dell'uomo trovato morto in carcere viaggia su Facebook, qui ricordi e parole d'addio si susseguono e un fiocco nero ricorda il 40enne, deceduto per cause tutte da chiarire. È stato trovato morto ieri mattina in una cella della Dozza dove si trovava rinchiuso, Nicola Continanza, 40enne bolognese.

Le cause del decesso rimangono da chiarire. Amici e colleghi, increduli e affranti dalla tragica notizia, affidano ai social network il loro cordoglio. Su Facebook in queste ore si sono susseguite frasi di dolore e ricordi, e in tanti hanno indossato un lutto “virtuale” mettendo come simbolo sul loro profilo un nastro nero.

“Fratello lasci un'impronta importante dentro di me. Sei stato un fratello più che un collega e un amico”, così ricorda Nicola, il suo amico Enrico. Alle sue parole fanno eco quelle di un collega: “Ciao Nicola Continanza un onore aver lavorato con te e avverti avuto come amico ci manchi già”. “Ci mancherai tantissimo” scrive Michele, e così via. Il web raccoglie il dolore e le foto che gli amici condividono per ricordare quel sorriso che ora si è spento per sempre. In attesa di capire cosa sia accaduto dietro le sbarre di un carcere che, come lamenta il Sappe - sindacato polizia penitenziaria - nell'ultimo anno ha contato decessi, gesti di autolesionismo e tentativi di suicidio dal numero allarmante.

Spoletto (Pg): detenuto magrebino di 43 anni muore per sospetto ictus

Il Velino, 18 settembre 2013

“È deceduto ieri alle ore 13.30 circa nell'infermeria del carcere di Spoleto, per cause naturali (ictus) un detenuto

magrebino di 43 anni. Il detenuto era definitivo con fine pena 2018 ed era stato condannato a seguito di violazione della legge stupefacenti. Lo stesso era già ricoverato da diverso tempo nell'infermeria dell'istituto, era tossicodipendente ed in terapia con metadone". A darne notizia è Donato Capece, segretario generale del Sindacato Autonomo Polizia Penitenziaria Sappe che sottolinea come oltre 15.600 detenuti, il 24% circa di quelli presenti, ha problemi di tossicodipendenza.

"Il Sindacato autonomo polizia penitenziaria Sappe è fermamente impegnato per incrementare l'utilizzo del ricorso alle misure alternative al carcere delle persone tossicodipendenti reclusi". Il Sappe torna a sottolineare come "nonostante l'Italia sia un Paese il cui ordinamento è caratterizzato da una legislazione all'avanguardia per quanto riguarda la possibilità che i tossicodipendenti possano scontare la pena all'esterno, i drogati detenuti in carcere sono tantissimi. La legge prevede che i condannati a pene fino a sei anni di reclusione, quattro anni per coloro che si sono resi responsabili di reati particolarmente gravi, possano essere ammessi a scontare la pena all'esterno, presso strutture pubbliche o private, dopo aver superato positivamente o intrapreso un programma di recupero sociale.

Nonostante ciò queste persone continuano a rimanere in carcere. Noi riteniamo sia invece preferibile che i detenuti tossicodipendenti, spesso condannati per spaccio di lieve entità, scontino la pena fuori dal carcere, nelle Comunità di recupero, per porre in essere ogni sforzo concreto necessario ad aiutarli ad uscire definitivamente dal tragico tunnel della droga e, quindi, a non tornare a delinquere. I detenuti tossicodipendenti sono persone che commettono reati in relazione allo stato di malattia e quindi hanno bisogno di cure piuttosto che di reclusione".

Avellino: detenuto 55enne muore in tribunale, aveva subito trapianto cardiaco
Adnkronos, 17 settembre 2013

L'uomo, Raffaele Pellecchia, aveva 55 anni ed era sotto processo per essere evaso dagli arresti domiciliari. Pellecchia era malato e tempo fa aveva subito un trapianto. Era stato trasferito in carcere in quanto trovato lontano dal domicilio dove stava scontando la pena.

Stamattina era stato trasferito dal carcere di Bellizzi al Tribunale dagli agenti penitenziari. Il decesso è avvenuto nell'aula del Tribunale di Avellino durante uno sciopero degli avvocati penalisti. Il detenuto era stato portato in tribunale in quanto stamattina era in programma l'udienza che lo riguardava. I soccorsi sono scattati immediatamente, ma per l'uomo non c'è stato niente da fare.

Sappe: detenuto muore in camere sicurezza tribunale Avellino

"Un detenuto di origini irpine, definitivo con un fine pena breve, già noto ai sanitari dell'Istituto penitenziario di Avellino, è deceduto questa mattina mentre si trovava presso le camere di sicurezza di Avellino, presso il tribunale. Non sono ancora chiare le cause del decesso, si presume arresto cardiocircolatorio". È quanto fa sapere Donato Capece, segretario generale del Sappe. "La notizia della morte del detenuto intristisce tutti - sottolinea Capece - specie coloro che il carcere lo vivono quotidianamente nella prima linea delle sezioni detentive, come le donne e gli uomini della polizia penitenziaria che svolgono quotidianamente il servizio con professionalità, zelo, abnegazione e soprattutto umanità in un contesto assai complicato per l'esasperante sovraffollamento".

Salerno: tragedia nel carcere di Fuorni, detenuto 66enne stroncato da un infarto

www.metropolisweb.it, 16 settembre 2013

Si sente male in cella, viene portato in ospedale ma giunge cadavere: dramma per Francesco Paiusti, 66 anni, domiciliato a Boscoreale, nativo di Torre Annunziata ma assai noto a Scafati. Era in carcere a Fuorni per scontare una pena per furto ed era in attesa di giudizio. Era da poco passata la mezzanotte di sabato quando si è sentito male. Era in cella con altri detenuti ed ha chiesto aiuto alla polizia penitenziaria che, prontamente intervenuta, è riuscita a portarlo presso l'ospedale di via San Leonardo.

Purtroppo il 66enne, che in passato aveva lavorato per anni in Veneto, è morto per un arresto cardiaco ed i medici del nosocomio salernitano hanno solo potuto constatarne la morte. Oggi, presso la sala mortuaria dell'ospedale salernitano, sarà effettuato l'esame autoptico su disposizione del pubblico ministero di turno Rosa Volpe. Ma sul decesso del 66enne boschese, però, non ci sarebbero dubbi: ucciso da un infarto fulminante. Resta da stabilire da cosa sia stato causato l'arresto cardiocircolatorio e se il detenuto avesse nel recente passato avvertito malori. Sabato notte il malore in carcere, poi la morte all'ospedale San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno mentre attendeva il giudizio.

“Nonostante la carenza di organico e i turni massacranti ai quali siamo sottoposti il nostro personale è riuscito a soccorrere il detenuto - ha detto Lorenzo Longobardi della Uil Penitenziaria - purtroppo per l'uomo non c'è stato nulla da fare, è morto all'ospedale San Leonardo poco dopo il trasporto.

Questo episodio evidenzia, in ogni caso, la necessità di regolamentare e migliorare il lavoro degli agenti penitenziari che in caso di urgenze rappresentano l'unico aiuto per i detenuti. Proprio per far fronte alle esigenze della popolazione carceraria continuiamo a tenere alta l'attenzione, nonostante le carenze di personale e il mancato rispetto del contratto di lavoro per quanto riguarda il pagamento degli straordinari”, conclude il sindacalista della Uil appena appresa la notizia del decesso del sessantaseienne di Boscoreale

Bologna: detenuto di 40 anni ritrovato morto, accertamenti per stabilire cause decesso

Adnkronos, 16 settembre 2013

Questa mattina un detenuto del carcere della Dozza a Bologna è stato trovato a terra, privo di vita da un altro detenuto che stava lavorando all'interno del penitenziario. Lo segnala in una nota il segretario generale aggiunto del Sappe, Giovanni Battista Durante. Al momento non si conoscono le ragioni del decesso dell'uomo, di circa 40 anni, e sono in corso gli accertamenti da parte delle autorità del carcere.

“Ricordiamo - scrive Durante - che lo scorso anno i decessi per cause naturali, in regione, sono stati 5, i tentativi di suicidio 67, dei quali 12 a Bologna, ed i gesti di autolesionismo 157, dei quali 34 a Bologna, dove sono presenti 916 detenuti. Dopo la visita effettuata sabato scorso nel carcere della Dozza, a Bologna, lunedì 23 settembre una delegazione del Sappe - conclude la nota - visiterà il carcere Sant'Anna di Modena e alle 10.30 terrà una conferenza stampa, sempre all'interno del carcere modenese”.

Campania: Caputo (Pd); assistenza sanitaria, tutelare diritto alla salute dei detenuti

Il Mattino, 12 settembre 2013

All'audizione sullo stato della sanità penitenziaria, il presidente della Commissione regionale Trasparenza Nicola Caputo ha annunciato verifiche sullo stato delle carceri.

“Visiteremo con la Commissione regionale Trasparenza alcune case circondariali per verificarne da vicino lo stato dell'assistenza sanitaria. Chiederò che questa ricognizione sia affiancata dai dirigenti del Dipartimento della Salute della Regione”. Lo hanno dichiarato Nicola Caputo, consigliere regionale del Pd e presidente della commissione Trasparenza, e Giulia Abbate consigliere regionale del Pd e vicepresidente della Commissione Trasparenza, a margine dell'audizione sullo stato della sanità penitenziaria.

Alla stessa audizione hanno preso parte Costantino Verrone, Camillo De Lucia, Silvana Cella, Pietro Del Vecchio, il consigliere regionale e vicepresidente della Commissione Giulia Abbate e Aurelio Buchet e Vittorio Borrelli per l'assessorato alla Sanità. “Occorre verificare consistenza e qualità dei livelli essenziali assistenziali - aggiungono Caputo e Abbate - della case circondariali. Temiamo che le carenze che già erano presenti siano state accentuate dai provvedimenti di riassetto del personale presi nel 2011”. “Il riordino della medicina penitenziaria, contempla il principio fondamentale della parità di trattamento in tema di assistenza sanitaria dei cittadini liberi e degli individui detenuti ed internati. All'interno delle strutture penitenziarie invece, si continua ad offrire un servizio sanitario insoddisfacente, con tempi lunghissimi per le visite specialistiche, carenza di personale e l'assenza di un rapporto di continuità assistenziale tra i sanitari e i detenuti. Quello alla salute è un diritto costituzionalmente garantito, anche ai detenuti. L'obiettivo della visita che effettueremo nelle prossime settimane è quello di verificare la situazione di persona e chiedere ai soggetti preposti di dare risposte celeri e risolutive”, concludono Caputo e

Abbate.

Avellino: detenuto di 64 anni si uccide nella sua cella a Sant'Angelo dei Lombardi di Giulio D'Andrea

Il Mattino, 6 settembre 2013

La morte in carcere a Sant'Angelo dei Lombardi, proprio mentre ad Avellino si parla della struttura altirpina come una delle migliori d'Italia. Un'incredibile coincidenza.

La Uil-Pa Penitenziari è in conferenza stampa nel capoluogo. Negli stessi minuti un detenuto di 64 anni si toglie la vita a Sant'Angelo. Si è impiccato con i lacci delle scarpe, legandosi alla sponda di un letto a due piani, nella sua cella. Poi si è lasciato andare. Immediati ma inutili i soccorsi. L'uomo si chiamava Gennaro Panariello.

È morto per la frattura di una vertebra cervicale. Era originario di Scafati. L'episodio si è verificato intorno alle 9.30 di ieri mattina. Il decesso a mezzogiorno.

“La notizia del suicidio presso la Casa di Reclusione di Sant'Angelo dei Lombardi ci turba e ci addolora ma nulla toglie ai giudizi positivi che abbiamo espresso sulla struttura penitenziaria di Contrada Selvatico”, commenta il segretario nazionale della Uil-Pa Penitenziari, Eugenio Sarno.

“La persona deceduta era molto seguita dagli operatori. Si sottoponeva a visite quotidiane per emicrania - aggiunge. Si tratta del primo suicidio in sei anni. Penso che questa morte non possa essere correlata con le condizioni della Casa di Reclusione”. Condizioni più che dignitose nonostante il sovraffollamento. Così la delegazione Uil al Circolo della Stampa di Avellino. L'occasione è stata la presentazione di una delle tappe del tour fotografico “Lo scatto dentro”, che il sindacato ha organizzato per documentare lo stato delle prigioni italiane.

“Volendo ricorrere ad una metafora direi che il nostro sistema penitenziario si compone di tantissimi inferni, pochi purgatori e rari paradisi. Sant'Angelo dei Lombardi può rivendicare a pieno titolo di essere collocato sul podio delle eccellenze - sostiene Sarno. Purtroppo nemmeno una delle strutture più all'avanguardia è esente dall'atavico problema del sovraffollamento. I posti disponibili a Sant'Angelo sarebbero 117 ma ieri erano presenti 209 detenuti, di cui 176 italiani. I detenuti con sentenza definitiva sono 186, tre sono quelli in attesa di primo giudizio, dodici gli appellanti, otto i ricorrenti in Cassazione. L'organico della polizia penitenziaria non è stato ancora ufficialmente decretato ma una commissione dipartimentale individuò in 135 unità il contingente necessario rispetto alle 107 unità attualmente in servizio”.

Poi il segretario nazionale precisa: “L'elevata automazione e la salubrità dei posti di servizio rendono giustizia all'elevata professionalità della polizia penitenziaria. Così come le tante attività scolastiche e formative si coniugano ad una intensa attività di lavorazioni che ha portato all'occupazione lavorativa a vario titolo di 81 detenuti, con una media del 41 per cento rispetto alla media nazionale che vede solo l'8 per cento dei detenuti impiegate in attività di lavoro”.

La Uilpa Penitenziari ha inoltre comunicato che proporrà al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria di riconoscere lo stato di “sede disagiata” della casa di reclusione alla stregua del riconoscimento già ottenuto dal locale Tribunale e che in vista del decennale dell'inaugurazione maggio 2014 solleciterà il Dap ad intitolare la struttura ai tre agenti di custodia periti nel crollo del vecchio carcere durante il sisma del 1980. Inoltre, per arrivare all'attualità delle vertenze irpine, Eugenio Sarno si è detto fermamente contrario alla riforma della geografia giudiziaria. “Quando si toglie un presidio di giustizia - ha dichiarato - è una sconfitta per lo Stato”.

Un detenuto di Scafati si impicca in carcere, Alfonso T. Guerritore (La Città di Salerno)

Angelo Panariello era rinchiuso nel penitenziario di S. Angelo dei Lombardi. Stava scontando una condanna per truffa. Restano ignoti i motivi del gesto.

È stato ritrovato morto ieri nella sua cella presso la Casa di Reclusione di Sant'Angelo dei Lombardi, Angelo Panariello, sessantaquattrenne di Scafati. Stando alle ricostruzioni dei Carabinieri, l'uomo si sarebbe impiccato al letto servendosi dei lacci delle scarpe, che avrebbe legato alla struttura di ferro. In cella non sarebbero stati ritrovati messaggi dell'uomo, né indizi tali da consentire di risalire alle motivazioni che lo hanno spinto al gesto ultimo e irrimediabile. Sulla questione incombe il massimo riserbo da parte dell'autorità giudiziaria, che nella mattinata di ieri ha disposto il sequestro della salma per l'esame autoptico, e ha affidato le procedure di accertamento alla locale Compagnia dei Carabinieri.

Trasferita presso l'obitorio del presidio ospedaliero “G. Criscuoli” di Sant'Angelo dei Lombardi, la salma è stata presidiata dalle forze dell'ordine, in attesa di verdetto ufficiale. Panariello era stato trasferito nella struttura da circa un anno, dove avrebbe dovuto scontare una condanna per truffa. “La notizia del suicidio di un detenuto 64enne presso la Casa di Reclusione di Sant'Angelo dei Lombardi, avvenuto nella mattinata odierna, ci turba e ci addolora ma nulla toglie ai giudizi positivi che abbiamo espresso sulla struttura penitenziaria di Contrada Selvatico”.

Così Eugenio Sarno, Segretario Generale della Uil-Pa Penitenziari, si esprime sulla notizia che giunge dal

penitenziario che proprio ieri aveva ospitato una delle tappe del tour fotografico “Lo scatto dentro” che la Uil-Pa Penitenziari ha organizzato per documentare lo stato delle prigioni italiane. “Volendo ricorrere ad una metafora direi che il sistema penitenziario italiano si compone di tantissimi inferni, pochi purgatori e rari paradisi. Sant’Angelo dei Lombardi può rivendicare a pieno titolo di essere collocato sul podio delle eccellenze penitenziarie italiane. Purtroppo nemmeno una delle strutture più all’avanguardia è esente dall’atavico problema del sovraffollamento. I posti disponibili sarebbero 117 ma ieri erano presenti 209 detenuti, di cui 176 italiani. I detenuti con sentenza definitiva sono 186, 3 quelli in attesa di primo giudizio, 12 gli appellanti, 8 i ricorrenti in Cassazione”.

Ancora: “L’organico della polizia penitenziaria non è stato ancora ufficialmente decretato ma una commissione dipartimentale individuò in 135 unità il contingente necessario rispetto alle 107 unità attualmente in servizio”.

Sappe: situazione carceri insostenibile

È un detenuto definitivo di 64, A.P., l’ennesimo detenuto suicida in un carcere italiano. Si è tolto la vita, mediante impiccamento, nella sua cella del carcere di S. Angelo dei Lombardi. A darne notizia è la Segreteria Generale del Sindacato Autonomo Polizia Penitenziaria Sappe, la prima e più rappresentativa di Categoria, che ha sottolineato come “anche questo carcere, come altri, non è purtroppo immune da tragedie e criticità”. Un evento che per il Sappe è “sintomatico di come purtroppo ci sia ancora molto, moltissimo da fare per il sistema carcere. A cominciare proprio dal carcere di S. Angelo dei Lombardi, rispetto al quale vi sono molte incertezze ed approssimazioni”.

“Le contraddizioni dell’Amministrazione Penitenziaria retta da Giovanni Tamburino sono talmente evidenti che non sappiamo cosa aspetti la Ministro Guardasigilli ad avvicinarlo dalla guida del Dap” aggiunge Donato Capece, segretario generale Sappe, che sottolinea come “per l’apertura ed il funzionamento del carcere di S. Angelo dei Lombardi sono state depauperate le carceri calabresi da decine di poliziotti mandati a fare lì servizio.

E questo nonostante i penitenziari calabresi soffrono di una grave carenza organica di Baschi Azzurri ed è in atto un piano di mobilità a domanda del Personale che aspira ad essere trasferito in quella sede. Così facendo il Dap di Tamburino scontenta coloro che, da anni in servizio in carceri del Nord, aspirano ad essere trasferiti a S. Angelo dei Lombardi e contestualmente aggrava la già precaria situazione penitenziaria calabrese. Servono urgenti determinazioni, che auspichiamo verranno adottate con sollecitudine dal Ministro della Giustizia Annamaria Cancellieri”.

Sulmona (Aq): l’Ugl denuncia; un altro caso di tubercolosi tra i detenuti

Agi, 5 settembre 2013

Altro caso di tubercolosi al carcere di Sulmona. Dopo l’episodio di legionella dei giorni scorsi, Mauro Nardella, segretario regionale Uil penitenziari, e Andreano Picini, segretario regionale Ugl, denunciano l’episodio. Le parti sociali si complimentano questa volta con la direzione del carcere per il protocollo avviato contro ogni contagio. È stato, infatti, attivato lo screening delle persone che sono state a contatto col detenuto affetto dalla malattia, sia parenti che gli hanno fatto visita, che agenti che lo controllavano. “La presenza di numerosi extracomunitari sta rigettando nel panico tubercolosi chi opera nelle carceri italiane – scrivono in una nota Nardella e Picini – a ciò si aggiunga la lungodegenza dei detenuti colpiti da questa malattia con tutto ciò che ne comporta dal punto di vista delle carenze di organico del personale. Carenze che il Dap non sembra non tenere in considerazione, visto che nuovi agenti sono stati assegnati a L’Aquila (6), Teramo (2) e Pescara (1). A Sulmona, dove ingegneri e geometri nei giorni scorsi sono venuti per fare un primo sopralluogo per la costruzione del nuovo padiglione da 200 posti, niente nuove assegnazioni. I lavori dovrebbero partire a novembre”.

Caltanissetta: detenuto egiziano 24 enne si è impiccato nella cella del carcere Malaspina

Agi, 4 settembre 2013

Un detenuto egiziano di 24 anni, Mouhamed Ahmed Mokhar, si è impiccato nella sua cella del carcere Malaspina di Caltanissetta utilizzando i lacci delle scarpe. Era stato assegnato a metà agosto nella casa circondariale di via Messina. È stato soccorso dai poliziotti penitenziari, che lo hanno liberato dal cappio rudimentale. È poi intervenuto personale del 118 con un defibrillatore, e l’egiziano è stato trasportato all’ospedale Sant’Elia, dove i medici hanno tentato invano di salvarlo.

Foggia: Coosp; nuovo tentato suicidio, detenuto trasportato d’urgenza in ospedale

Ansa, 31 agosto 2013

Ancora tentati suicidi nel carcere di Foggia. Lo comunica il Coosp. coordinamento sindacale penitenziario: “uno dei 652 detenuti uomini - 32 le donne - ha tentato oggi il suicidio con un gesto di autolesionismo”.

“L'Agente di sezione della Polizia Penitenziaria - che mediamente controlla tra i 70-100 detenuti per due sezioni detentive - ha subito soccorso l'uomo, trasportandolo d'urgenza con scorta agli Ospedali Riuniti”. “Il detenuto è stato suturato e medicato dai medici del Pronto soccorso e subito dimesso, per poi essere trasportato nuovamente nel sovraffollato Carcere Dauno e mantenuto sotto stretta attentissima vigilanza sanitaria e dei Baschi Azzurri”.

“La Puglia - ricorda il Coosp - è una Regione con una capienza regolamentare di 2.450 detenuti mentre ne ospiterebbe 4.050. Proprio a Foggia sarebbe stata segnalata la presenza di detenuti uomini e donne non mentalmente stabili le cui difficoltà nella gestione da parte del personale di polizia femminile e maschile appare sempre più critica”. “Il Coosp segnala la criticità della carenza di Polizia a Foggia nella misura di 80 unità contro una probabile assegnazione di solo 4 donne della polizia penitenziaria dal Dipartimento che si ritiene un'offesa all'intelligenza ed alla pazienza degli operatori della Sicurezza di Foggia”, dice tra l'altro il segretario generale Mimmo Mastrulli.

Taranto: detenuto di 29 anni si impicca in cella mentre i compagni sono all'ora d'aria

Ansa, 30 agosto 2013

Un detenuto georgiano di 29 anni, Suladze Shota, si è suicidato nel carcere di Taranto. Ne dà notizia il Coordinamento sindacale penitenziario (Coosp) che spiega che il suicidio è avvenuto mentre gli altri detenuti erano fuori per l'ora d'aria. L'uomo era detenuto per reati contro il patrimonio e la persona. Il Coosp, che torna a denunciare la grave situazione di sovraffollamento delle carceri, afferma che nei giorni scorsi sono avvenute aggressioni ai danni di due poliziotti penitenziari nel carcere di Lucera e di otto poliziotti nel penitenziario di Bari.

Modena: detenuto straniero tenta il suicidio nella Casa Lavoro di Castelfranco Emilia

Agi, 30 agosto 2013

Un uomo di origine straniera, ristretto nella Casa di Lavoro di Castelfranco Emilia (Modena), è stato salvato da un agente della polizia penitenziaria dopo un tentativo di suicidio. A darne notizia è il segretario generale aggiunto del Sappe (sindacato autonomo polizia penitenziaria), Giovanni Battista Durante.

L'uomo, di oltre 50 anni, ha inalato il gas della bomboletta che deteneva legalmente, per cucinare e riscaldare cibi e bevande. Secondo la ricostruzione del Sappe, si sarebbe trattato di un tentativo di suicidio dovuto ad un momento di sconforto, derivante dallo stato di detenzione e da problemi personali. “Sarebbe opportuno, come più volte ribadito - ha dichiarato Durante - che l'amministrazione vietasse l'uso delle bombolette di gas”.

Lettere: la contenzione, dall'Opg... agli Spdc di Franco Scarpa*

Ristretti Orizzonti, 27 agosto 2013

Ho molto apprezzato l'articolo della D.ssa Tuoni riguardo la contenzione. Ci vuole sicuramente coraggio nell'affrontare, senza averne competenze come Lei stessa afferma, un tema così scottante ed irrisolto come quello della contenzione fisica applicata nel campo sanitario.

Si parla infatti dell'applicazione di mezzi, o presidi, per limitare i movimenti di una persona, che potrebbe fare a se stessi o ad altri un danno, se sussiste uno stato clinico di incoscienza o di discontrollo della condotta. Si tratta di una

Credo sia però necessario fare una sintetica ricostruzione di quanto accaduto dopo l'irrompere della Commissione Marino negli Opg, ed in specifico nell'Opg di Montelupo. A proposito, nulla è stato più utile, in tanti anni di visite e di ispezioni varie, di queste "irruzioni" per avviare una volta e per tutte il processo di chiusura degli Opg i cui frutti devono ancora completamente maturare ed essere colti (l'effettiva chiusura è stata prorogata e la creazione di un sistema stabile di cura, e di recupero, di tutte le persone autori di reato, sottoposte a misura di sicurezza, è ancora in via di costruzione).

Per quanto riguarda Montelupo, quando ho iniziato a lavorarci nel 1986 il numero delle contenzioni era davvero elevatissimo ed ancora più era elevato il numero delle ore, se non dei giorni, di ognuna di esse. Può essere utile, come ricordo aneddotico che descriva adeguatamente le metodologie e la cultura di tale atto, citare quanto uno Specialista Psichiatra ebbe ad affermare riguardo i criteri del ricorso alla contenzione: a suo parere, la contenzione avrebbe dovuto essere adottata ogniqualvolta un paziente si rifiutasse di parlare con lo Psichiatra o apparisse mutacico e non collaborativo. Da notare inoltre, per chiarire come alcune abitudini errate erano incardinate nella cultura del Carcere pre-riforma Dpcm del 2008, che frequentemente venivano inviati in Opg detenuti dagli Istituti

Penitenziari, sia regionali che extraregionali, in "osservazione psichiatrica" con la motivazione del rifiuto terapia e la richiesta, più o meno esplicita, di adottare "terapie in maniera coattiva" non attuabili in Carcere.

Le condizioni di vivibilità dell'Opg negli anni 90 erano peraltro davvero insostenibili: estrema promiscuità della popolazione presente in Opg, detenuti appartenenti, o sospetti di appartenere, a criminalità organizzata, cameroni da 10-15 posti, estrema riduzione di spazi e di risorse professionali sanitarie, celle permanentemente chiuse 20 ore al giorno, mancanza di progetti ed attività di riabilitazione, sia all'interno che all'esterno dell'Istituto, mancanza di attività o di laboratori interni e di ingresso della Comunità Sociale. Condizioni che rendevano insostenibile per i pazienti, e per gli operatori stessi, il regime di vita quotidiano.

La riduzione del ricorso alla contenzione è stato pertanto un obiettivo fondamentale e specifico sia prima del 2008, con una serie di azioni di miglioramento interno e di contatto con la Società civile esterna, sia dopo il 2008 con transito del Servizio Sanitario alle Usl.

La neoformata Uoc Salute in Carcere, che ha assunto il compito di cura delle persone internate, ha immediatamente formulato l'obiettivo di ridurre, fino ad azzerarla, la contenzione come numero di episodi e durata di ognuna di esse. Contestualmente si è lavorato per formulare una procedura, sulla scia di quelle già vigenti nelle Usl e nei Dsm, per formalizzare le modalità di intervento nelle crisi, non escludendo il ricorso alla contenzione ma prevedendo tutta una serie di interventi di "raffreddamento" e di azioni per la gestione delle "crisi", inclusa l'attivazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio, e la frequenza dei controlli da effettuare.

La contenzione in Opg si era pertanto già molto ridotta ed anche in altri Opg era stata affrontata l'abolizione della contenzione (non ho notizie aggiornate se questo accada ancora o vi siano state modifiche). I dati delle schede degli obiettivi di budget mostrano un progressivo calo annuale, passando dai 48 casi del 2010 ai 17 del 2011, con una corrispettiva durata delle ore complessive e di ognuna di esse.

In realtà la contenzione, mai del tutto esclusa, fu definitivamente abolita poiché la Commissione del Senato, nelle ripetute e varie ordinanze di sequestro emesse a carico della struttura, adottò nel 2011 il provvedimento di chiusura della stanza adoperata come contenzione, dichiarandola inadatta, poiché:

"...priva di strumenti di monitoraggio a distanza e di segnalazione delle emergenze da parte del soggetto coercito, nonché irraggiungibile in maniera sollecita ed autonoma dal personale sanitario, essendo le chiavi di accesso nella esclusiva disponibilità del personale penitenziario".

È curioso come tale provvedimento non escluda il ricorso alla contenzione ma ne preveda la disciplina secondo procedure sanitarie (peraltro è ben noto che i mezzi contenitivi sono usati nei Servizi Sanitari, e non solo in quelli della Psichiatria). È inoltre utile segnalare che nel Documento finale della medesima Commissione, in uno specifico paragrafo, si affronta il problema della contenzione in Opg e si ritiene tale strumento "anti terapeutico oltre che illegale" in quanto essa "...non può trovare automaticamente legittimazione nell'applicazione della misura di sicurezza..." e il ricorso all'art. 54 del Codice Penale ("...stato di necessità...").

Ad ogni buon conto il provvedimento della Commissione del Senato ha indotto, senza alcun indugio, la Direzione Opg a condividere l'obiettivo della Direzione Sanitaria Uoc sul fatto che, mancando questi requisiti, non era possibile adottare alcun provvedimento di contenzione o di limitazione personale in una situazione che non offriva alcuna garanzia di sicurezza al paziente ed al personale stesso.

Non è stato facile rendere consapevoli tutti, personale sanitario e personale penitenziario, che la contenzione, attuata in un ambiente non pienamente e strutturalmente sanitario, non offre alcun valore o garanzia terapeutica (seppure qualcuno ne adombra un potenziale significato in tal senso).

I tentativi di ricostituire la "stanza della contenzione" sono stati respinti ed alla d.ssa Tuoni riconosco l'indubbio merito di aver sostenuto, nei confronti delle componenti della parte penitenziaria, la necessità di provvedere in altri modi per garantire la sicurezza delle persone e degli operatori individuando forme di limitazione individuale personale per affrontare il problema della garanzia di sicurezza personale individuale del paziente e di sicurezza del personale tutto.

È utile sottolineare che l'Opg è sempre stato un Istituto Penitenziario, e lo è diventato ancor più, in mancanza di una reale organizzazione strutturale ospedaliera, o minimamente residenziale comunitaria (analogo prescrizione di adeguamento dell'Opg era stata dettata dalla Commissione del Senato nel 2011 ma mai attuata nonostante le proposte avanzate).

Infine la contenzione è stata definitivamente abolita: ma allora quello che si faceva prima era un intervento arbitrario o riconosceva le proprie basi nella necessità di tutela del paziente e del personale? Come si è ovviato dopo tale radicale modifica?

La procedura aziendale concernente la gestione emergenze è stata arricchita introducendo il ricorso al Tso extra-ospedaliero per la somministrazione di terapie necessarie ed il ricovero in Spdc con il Trattamento Sanitario Obbligatorio Ospedaliero in caso di necessità di interventi non attuabili in Opg.

In alcuni casi si è provveduto con il ricorso al Tso ospedaliero in Spdc, soluzione semplice che richiede il ricovero esterno del paziente, ma la presenza della scorta da parte della Polizia Penitenziaria

In altri casi si è fatto ricorso al Tso extra ospedaliero, adottato nei locali sanitari (Ambulatorio od Infermeria) dell'Opg per la somministrazione di terapia e con la collaborazione del personale di Polizia Penitenziaria nell'eventuale uso necessario della persuasione e, solo raramente, con l'applicazione di forza fisica, in molti casi più paventata come deterrenza che come vera e propria concreta messa in atto

Ambedue i provvedimenti sono divenuti oggetto di monitoraggio e di verifica inserendoli negli obiettivi della struttura operativa in quanto rappresentano indicatori di esito dei trattamenti terapeutici o comunque di presenza di fattori destabilizzanti ambientali extra terapeutici.

Il gruppo che settimanalmente si riunisce per esaminare i "casi critici" monitora i singoli pazienti che presentano tale rischio e, ancora settimanalmente, si discute in equipe con i Capi Area della Direzione Penitenziaria per individuare le forme congiunte di azione e di miglioramento.

Particolarmente frequente è invece diventato il ricorso a forme di "contenimento interno" adottate per prevenire e ridurre i rischi al personale o ad altri pazienti.

Mi riferisco ai provvedimenti di chiusura delle celle, cioè di provvedimenti che determinano la compressione del regime di apertura della stanza che ordinariamente, come in ogni Comunità vera e nei Carceri a Custodia attenuata, dovrebbe essere aperta e consentire alla persona di circolare negli spazi comuni, determinando pertanto una conseguente limitazione negli spostamenti. Tali misure spesso non offrono garanzie rispetto al rischio di autolesionismo, anche grave, poiché la persona resta in una cella chiusa senza possibilità di gestire relazioni sociali. Ma chi, e come, gestisce questi provvedimenti? Il confronto con la Direzione Penitenziaria su questo aspetto è serrato, ed ancora aperto, poiché, allo stato attuale, per ogni provvedimento di chiusura della cella viene richiesta una proposta sostenuta da un "semplice certificato" del sanitario.

Ciò avviene in molti casi spesso anche dopo che la chiusura della cella è stata già adottata dal personale di Polizia Penitenziaria per motivi di sicurezza, parola che nel Carcere spesso ingloba, rendendola priva di potere e significato, qualsiasi altra opinione. Non lo riteniamo una procedura condivisibile ma troveremo una soluzione soprattutto se si definiranno adeguatamente i profili di intervento e di responsabilità, particolarmente complessi in una situazione organizzativa non ancora chiaramente definita (e soprattutto transitoria visto che gli Opg saranno chiusi).

Il carcere, e la pena che vi si sconta, rappresenta, già di per sé, una restrizione della libertà personale e la misura di sicurezza non è certo difforme da essa né esclude un analogo significato (l'internamento è in ogni caso una misura di restrizione della libertà personale e viene scontata in una struttura penitenziaria).

Ma l'ulteriore limitazione, cioè la chiusura della cella, può essere sostenuta dall'esigenza di sicurezza determinata dal rischio di commissione di atti aggressivi nei confronti di altri pazienti, od operatori, ed anche nei confronti di sé stesso ?

Nell'Uoc abbiamo avviato i processi di Gestione del Rischio Clinico, sulla scorta della Delibera Regionale n. 967 del 14.11.2011, approfondendo i temi della valutazione e del Management del rischio clinico ed introducendo, per ogni evento sentinella, l'analisi degli eventi tramite Audit e la proposta di azioni di miglioramento scaturite dal risk assessment. Gli eventi sono così frequenti che richiedono, e richiederanno, un focus specifico di approfondimento congiunto con l'Amministrazione Penitenziaria a tutti i livelli.

Siamo pertanto arrivati all'adozione di differenziate forme di contenimento ambientale fisico, e non corporeo come la contenzione, ammesse dalla norma, seppure avvalorate dalle procedure e dalle norme di sicurezza del penitenziario. E cosa accade se la persona si rifiuta di entrare in cella o mette in atto condotte reattive e/o aggressive incompressibili?

È del tutto evidente che l'estrema ratio è rappresentata dall'uso della forza da parte del personale di Polizia Penitenziaria, pertanto altra forma di contenimento fisico, contemplata nell'art. 41 della Legge 354/75.

Il ricorso al Tso in ospedale sarebbe pertanto la misura più idonea se non ci fossero evidenti limiti di tempo o di risorse di personale di accompagnamento (ometto di affrontare invece il problema delle risorse degli Spdc e della contaminazione della specifica sua funzione ma sarebbe utile conoscere il parere dei colleghi dei Servizi).

Concludo facendo una manifestazione di intenti su alcune questioni chiave che chiariscano la mia posizione rispetto al problema contenzione, e non solo. Mi è sembrato più opportuno collocare tali considerazioni alla fine dell'articolo ("in cauda venenum") e non all'inizio dell'articolo come forma di premessa.

A) Gli Opg devono chiudere, senza se, senza ma e, soprattutto, senza indugio od altre disastrose proroghe; non voglio con questo dire che non sia necessario tempo per chiudere gli Opg ma dettare la tempistica di un'operazione solo come annuncio, senza avere certezze dei tempi di attuazione, è un'operazione priva di sostanza ed assomiglia molto alla molteplice posa delle "prime pietre" di opere senza certezza di realizzazione. Mi auguro che non sia così davvero

B) Sono necessarie strutture sanitarie, non manicomi ma comunque strutture terapeutiche di cura e di assistenza, che si facciamo carico delle persone con malattia mentale, autori di reato, nella fase in cui viene disposta misura detentiva o non sia possibile l'accoglienza in strutture residenziali dei Servizi.

C) la contenzione non serve né può a mio parere essere considerata un atto sanitario ma solo una extrema ratio, e limitata come tempo, per consentire l'adozione di misure di trattamento più idonee a risolvere stati acuti patologici che possono creare o accrescere il rischio di gesti aggressivi.

D) L'abolizione della contenzione negli Spdc, campo dove non sussistendo il tema della responsabilità rispetto alla prevenzione di comportamenti da parte di soggetti ritenuti già socialmente pericolosi, è prevista già dal Documento della Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome n. 10/081/CR07/C7 del 29 luglio 2010 che elabora specifiche raccomandazioni e strategie per la prevenzione del ricorso alla contenzione in psichiatria. Siamo in un campo non giudiziario e pertanto non sussiste, se non in forma specifica, il problema della responsabilità rispetto ad una già accertata e pronunciata pericolosità sociale giuridico penale, come nel caso di pazienti sottoposti a misure di sicurezza

F) I Dipartimenti di Salute Mentale devono farsi carico della salute mentale dei detenuti con problemi psichici presenti negli Istituti Penitenziari del loro territorio. Intervenire non solo con le terapie psichiatriche ma, soprattutto, come promotori di interventi di prevenzione dei danni psichici e di promozione della salute mentale, attuati da tutti i soggetti che operano in carcere, per migliorare le condizioni di vita, ossia le vere cause del numero elevatissimo di detenuti con patologia psichica registrato dalla recente ricerca dell'Agenzia Regionale della Toscana.

Mi auguro che questo scritto inviterà a raccogliere lo stimolo al dibattito promosso dalla D.ssa Tuoni producendo dati e prevedendo un monitoraggio del ricorso alla contenzione e degli eventi sentinella previsti nella Gestione Rischio Clinico.

*Psichiatra, Criminologo, Direttore Uoc Salute Mentale in Carcere Usl 11 Opg Montelupo Fiorentino - Ccf Empoli, Coordinatore Tavolo di bacino interregionale, Coordinatore sottogruppo regionale per il superamento Opg

Verbania: Sappe; detenuto tenta il suicidio, i poliziotti penitenziari gli salvano la vita
Adnkronos, 25 agosto 2013

“Un detenuto italiano di 34 anni ha tentato il suicidio ieri pomeriggio, nella cella del reparto detentivo del carcere di Verbania”.

“Aveva tentato di impiccarsi con un lenzuolo, tempestivo l'intervento dei poliziotti penitenziari, che gli hanno salvato la vita” - riferisce in una nota Donato Capece, segretario generale del Sindacato autonomo polizia penitenziaria (Sappe).

“Solo nel 2012 - ricorda Capece - sono stati 56 i detenuti morti in carcere per suicidio e 97 quelli per cause naturali, 1.308 i suicidi sventati dalla polizia. Il 2011 invece, ha registrato 63 detenuti morti per suicidio e 102 per cause naturali, circa 1.000 quelli salvati dalla polizia penitenziaria”.

“Autorevoli studi scientifici - sottolinea - hanno dimostrato come il suicidio costituisca solo un aspetto di quella più ampia e complessa crisi di identità che il carcere determina, alterando i rapporti e le relazioni, disgregando le prospettive esistenziali, affievolendo progetti e speranze”. “La via più netta e radicale per eliminare tutti questi disagi - conclude Donato Capece - è quella di un ripensamento complessivo della funzione della pena e, al suo interno, del ruolo del carcere”.

Modena: detenuto libico tenta di impiccarsi, salvato dagli agenti di Polizia penitenziaria

Ansa, 22 agosto 2013

Ha fabbricato un cappio rudimentale e si è buttato dallo sgabello in piena notte. “Non c’è neanche il sapone per lavarsi”. Momenti di tensione questa notte nel carcere di S. Anna per il tentato suicidio di un detenuto di origine libica.

L’uomo, dopo aver fatto un rudimentale cappio con pezzi di stoffa, e salito su uno sgabello e si è lanciato andare ma il compagno di cella, svegliato dal rumore, lo ha sollevato ed ha chiamato gli agenti in servizio che lo hanno salvato. La notizia dell’accaduto è stata diffusa da Giovanni Battista Durante, segretario generale aggiunto del sindacato di polizia penitenziaria Sappe.

Il libico avrebbe detto di essere stanco della detenzione, di non avere neanche il sapone per lavarsi. Ora è sottoposto a sorveglianza per scongiurare ulteriori gesti inconsulti. “La situazione nelle carceri in tutta Italia - sostiene Durante - è sempre più difficile a causa della carenza di personale, mancano 7.500 agenti. Il sovraffollamento è molto grave: ci sono 24.000 detenuti in più”.

Padova: 21enne suicida in cella, rivolta dei detenuti per sospetti su violenze dagli agenti di Enrico Ferro

Il Mattino di Padova, 17 agosto 2013

L’ennesimo suicidio in carcere ha scatenato una rivolta dei detenuti che si sono rifiutati di rientrare dall’ora d’aria. È successo ieri pomeriggio alla Casa Circondariale diretta da Antonella Reale, dove polizia e carabinieri sono intervenuti in massa insieme alle guardie carcerarie. In serata sul posto i vigili del fuoco per illuminare il perimetro del carcere.

La tragedia si è consumata giovedì verso le 20, quando Aziz Bouadili, marocchino di 21 anni in carcere dal gennaio 2012, si è impiccato nella sua cella. È stato soccorso, trasportato d’urgenza in ospedale e successivamente trasferito nella terapia intensiva del Sant’Antonio. Tre ore dopo, verso le 23, il suo cuore si è fermato.

I detenuti dicono che è stato picchiato selvaggiamente dagli agenti della polizia penitenziaria. In effetti una colluttazione ci sarebbe stata. La notizia della morte del giovane, in carcere, è arrivata nel primo pomeriggio di ieri. Ed è scoppiato il finimondo. Tutti sono stremati per le condizioni disumane in cui sono costretti a stare: situazioni limite, in nove all’interno di celle di 24 metri quadrati.

Ovviamente la situazione precipita nei mesi estivi, quando la temperatura rende le giornate ancora più invivibili. Ieri pomeriggio i carcerati hanno manifestato i primi segni di insofferenza sbattendo oggetti metallici contro le sbarre delle celle. La protesta è cresciuta rapidamente d’intensità. Alle 18 si sono rifiutati di rientrare dall’ora d’aria dando il via al braccio di ferro.

Subito sono stati richiamati in servizio tutti gli agenti della polizia penitenziaria, anche quelli che avevano appena terminato il turno di lavoro.

Sul posto è stato richiesto anche l’intervento del reparto Operativo dei carabinieri, oltre che della squadra mobile della questura e dei vigili del fuoco. Al parroco, padre Eraclio, è stato impedito di entrare per la complessità della situazione. Il timore era che si potesse scatenare una rivolta nei piani del carcere in cui i detenuti vengono rinchiusi in attesa del giudizio. Secondo gli ultimi dati forniti, a fronte di una capienza massima di 98 persone, sarebbero 370 i carcerati che attualmente si trovano nel Circondariale: una situazione esplosiva.

La situazione è rientrata alla normalità nella tarda serata di ieri dopo che sul posto era intervenuta anche il pm Federica Baccaglini. Il magistrato ha deciso l’autopsia sul corpo del detenuto suicidato e ascoltato le proteste dei circa 200 detenuti che si sono rifiutati di rientrare nelle celle. “Ci sono delle indagini in corso e quindi dobbiamo essere molto cauti - ha spiegato Giampietro Pegoraro, coordinatore padovano Cgil Fp Polizia Penitenziaria - ma diciamo che sembrerebbe esserci qualcosa di poco chiaro dietro a quel suicidio”.

Si impicca con i lacci delle scarpe dopo una violenta lite, di Luca Ingegneri e Lino Lava (Il Gazzettino)

I detenuti della Casa circondariale di strada Due Palazzi sono rientrati nelle celle solo ieri sera alle ventidue. Una rivolta iniziata nell’ora d’aria e che aveva spaventato tutti. La causa della ribellione dei detenuti, quasi tutti extracomunitari, è stata il suicidio di un ventenne marocchino. E il sovraffollamento di un carcere che ha 82 posti e una popolazione di 240 detenuti.

Quando si vuol morire, ci si uccide con tutto. Anche un paio di lacci da scarpe possono diventare un cappio. Ma il suicidio non dovrebbe avvenire alla Casa circondariale di strada Due Palazzi dove i lacci per scarpe vengono requisiti ai detenuti all’entrata. E se a compiere il gesto è un ragazzo marocchino di vent’anni, detenuto per spaccio di hashish, e che prima di morire avrebbe litigato con un agente di polizia penitenziaria, è rivolta. Una rivolta che è iniziata ieri pomeriggio quando alla Casa circondariale è arrivata dall’ospedale Sant’Antonio la notizia del decesso

del giovane. I 240 detenuti in attesa di giudizio, la maggior parte extracomunitari, si sono ribellati durante l'ora d'aria. Una ribellione senza precedenti che si è conclusa solo a tarda ora.

Nella casa circondariale sono arrivati tutti. Carabinieri, polizia, il pubblico ministero Federica Baccaglioni. E quando si è fatto buio sono arrivate anche le squadre dei vigili del fuoco, impegnate ad illuminare il cortile del carcere dove i detenuti non sono mai rientrati dall'ora d'aria.

Il giovane marocchino morto divideva la cella con altri compagni: aveva vent'anni, era in Italia con un regolare permesso di soggiorno, e recentemente era stato arrestato perché aveva un etto di hashish. Era il primo pomeriggio di Ferragosto quando il ragazzo ha avuto un violento diverbio con un agente di polizia penitenziaria. I motivi ancora non si conoscono. Quello che si sa è che sarebbero venuti alle mani. E ad avere la peggio sarebbe stato l'agente. Durante una colluttazione il ragazzo gli avrebbe causato la lussazione di una spalla.

Il ventenne marocchino però quel giorno non è andato in cortile per l'ora d'aria. Quando è rimasto da solo in cella ha preso i lacci delle scarpe - che non si sa dove possa aver trovato - e ha formato un cappio. Quando gli agenti hanno fatto la scoperta del tragico gesto il giovane marocchino era ancora in vita. È stato subito soccorso e trasportato all'ospedale Sant'Antonio. Il ragazzo non ha più ripreso conoscenza e nella tarda mattinata di ieri è deceduto.

Le notizie in carcere passano di bocca in bocca. E tutti gli extracomunitari della Casa circondariale erano in attesa dell'ora d'aria. Ma già nel primo pomeriggio la polizia penitenziaria aveva capito che la situazione stava degenerando. E le prime urla si sono udite un attimo dopo l'uscita in cortile. Il motivo? I detenuti extracomunitari sostenevano che il giovane marocchino si è ucciso per i motivi che avevano causato il litigio con l'agente di polizia penitenziaria. La rivolta è parsa subito grave. Le guardie del carcere si sono rese conto che non ce la facevano a gestire la protesta. Era iniziata una vera e propria sommossa.

Taranto: due detenuti tentano suicidio, salvati dagli agenti della Polizia penitenziaria

Agi, 16 agosto 2013

Due detenuti hanno tentato di togliersi la vita il giorno di Ferragosto nel carcere di Taranto. Uno ha cercato di impiccarsi, l'altro, invece, ha tentato di ingerire lamette da barba. Entrambi i detenuti sono stati soccorsi in tempo dagli agenti della Polizia penitenziaria e dal personale della struttura. A denunciare l'accaduto è l'Osapp, una delle sigle sindacali della Polizia penitenziaria.

“In quest'ultimo periodo - rileva l'Osapp - sono di normale routine questo genere di episodi che ci fanno riflettere come si vive nel penitenziario di Taranto e non solo. Con la carenza di personale di Polizia penitenziaria, adesso ulteriormente ridotto per il piano ferie, quello in servizio - rileva l'Osapp - è costretto a subire turni massacranti e solo con enorme sacrificio si può garantire la sicurezza”.

“Il personale di Polizia penitenziaria - dice l'Osapp - è sempre pronto a salvare vite umane, perché se è vero che parliamo di detenuti che stanno scontando il carcere per i reati che hanno commesso, si tratta pur sempre di vite umane”. A Taranto l'organico degli agenti di custodia è sotto di 40 unità, dice l'Osapp, tant'è che “viene chiamato anche il personale in congedo per far fronte alle esigenze dei piantonamenti nei reparti ospedalieri dei detenuti ricoverati”.

Un miglioramento è atteso dal piano svuota-carceri, ma nel frattempo l'Osapp sollecita l'amministrazione penitenziaria ad affrontare le carenze dell'istituto di Taranto che oltre al personale, riguardano anche i mezzi. E proprio il carcere di Taranto ieri e oggi è stato visitato, rispettivamente, dal senatore Pdl, Luigi D'Ambrosio Lettieri, che ha poi compiuto analoga visita al carcere di Bari.

Rimini: detenuto magrebino tenta il suicidio; salvato da un agente, ora è in coma

Ansa, 15 agosto 2013

Un giovane di origine magrebina ha inalato il gas della bomboletta usata per riscaldare cibo e bevande. È intervenuto un uomo della Penitenziaria.

“Un giovane detenuto di origine magrebina, del carcere di Rimini, sezione Cassiopea per detenuti tossicodipendenti, ha inalato il gas della bomboletta che aveva legittimamente per cucinare e riscaldare cibi e bevande. Solo grazie al pronto intervento dell'agente della polizia penitenziaria in servizio nel reparto l'uomo non è deceduto”. Lo riferisce Giovanni Battista Durante, segretario aggiunto del Sappe (Sindacato autonomo polizia penitenziaria). Il fatto è avvenuto nei giorni scorsi.

“Il medico del carcere - aggiunge Durante, intervenuto subito, ne ha disposto l'invio in ospedale. Nonostante il sollecito intervento ed i soccorsi il detenuto è entrato in coma e si trova tuttora ricoverato. Ciò dimostra ulteriormente come sia fondamentale ed insostituibile la presenza della polizia penitenziaria, ormai assolutamente insufficiente a gestire la sicurezza nei reparti, a causa della mancanza di assunzioni. Mancano circa 7mila unità a

livello nazionale e circa 600 in Emilia Romagna. Nonostante ciò, a fronte degli oltre 1.000 agenti che vanno in pensione ogni anno ne vengono assunti circa il 30 per cento. Quest'anno è stato bandito un concorso per meno di 200 agenti che dovrebbero essere distribuiti sul territorio nazionale. Inoltre, sarebbe opportuno vietare l'uso delle bombolette di gas, considerato che il cibo viene fornito dall'amministrazione".

Prato: detenuto di 51 anni si impicca in cella nel carcere della Dogaia

Agi, 14 agosto 2013

L'uomo era stato scarcerato a fine marzo ed è tornato in cella a fine maggio, sempre per piccoli reati. Si è tolto la vita con la cintura dei pantaloni.

Un detenuto italiano di 51 anni si è ucciso stamattina, martedì, nella sua cella del carcere della Dogaia. L'uomo, recluso per reati comuni, è stato trovato dagli agenti di polizia penitenziaria quando ormai non c'era più niente da fare.

Si sarebbe impiccato usando la cintura dei pantaloni. Secondo quanto accertato dalla direzione del carcere, il detenuto ha aspettato che i compagni di cella uscissero per l'ora d'aria e si è impiccato, sembra senza lasciare alcun messaggio. L'uomo era stata scarcerato alla fine di marzo ed è tornato in carcere alla fine di maggio, sempre per piccoli reati.

Alghero: tenta il suicidio perché non riesce a ottenere il permesso di telefonare ai familiari

La Nuova Sardegna, 14 agosto 2013

Non riusciva a ottenere il permesso di telefonare ai suoi familiari. Così, per protesta, venerdì sera ha tentato di togliersi la vita ingerendo una quantità esorbitante di una sostanza non ancora chiarita. E ora è ricoverato in gravissime condizioni all'ospedale civile.

Nessun giallo, ma soltanto una lenta burocrazia, dietro il mancato suicidio di un quarantenne tunisino detenuto nel carcere di San Giovanni. L'uomo - che nei giorni scorsi era già stato salvato per miracolo mentre cercava di soffocarsi con una busta di plastica - è stato letteralmente strappato alla morte per intossicazione prima grazie al pronto intervento della polizia penitenziaria, poi grazie ai medici del pronto soccorso.

Dopo un iniziale e provvidenziale controllo nell'infermeria dell'istituto di pena, l'uomo è stato trasferito immediatamente in ospedale, dove adesso è piantonato. Le sue condizioni sarebbero molto serie, anche perché stando a quanto si è appreso avrebbe ingerito delle sostanze altamente tossiche che ne hanno provocato l'avvelenamento.

Di sicuro, quando il detenuto è stato trasportato in ospedale le sue condizioni erano molto preoccupanti tanto che i medici hanno disposto un trattamento di dialisi. Sembra infatti che le sostanze ingerite abbiano devastato alcuni organi interni: reni e fegato in particolare. Sull'episodio è stata aperta un'indagine interna che servirà a ricostruire il fatto e a capire con maggiore precisione quello che è successo dentro la cella. L'uomo stava scontando una pena per reati contro il patrimonio. Da fonti sindacali, comunque, si precisa che la procedura per ottenere la possibilità di telefonare all'estero è piuttosto complicata poiché necessita di accurati controlli sui numeri telefonici da chiamare.

Lettere: Gilberto, uno dei centosessanta internati nell'Opg di Aversa, si è suicidato...

di Adolfo Ferraro, psichiatra

Ristretti Orizzonti, 6 agosto 2013

L'altra notte Gilberto, uno dei centosessanta internati nell'Opg di Aversa, si è suicidato impiccandosi con una striscia di lenzuolo alle sbarre della sua cella. Era stato arrestato per una rapina, ma le sue condizioni psichiche al momento del reato avevano fatto propendere i Magistrati per un periodo di internamento nelle strutture psichiatrico-giudiziarie.

Gilberto era una bella persona. Gilberto aveva partecipato al teatro-laboratorio e aveva portato in scena la solitudine e la malinconia dell'Opg. Gilberto stava aspettando di andare in comunità, ma anche questa possibilità tardava a verificarsi. E allora si è liberato da solo. È uno dei tanti suicidi delle carceri e degli Opg in Italia, e la notizia ha avuto poca risonanza, forse perché di quella che è stata definita giustamente una profonda vergogna si tende sempre più a dimenticarsene o a rimuoverla.

È forse utile ricordare brevemente le travagliate vicende normative che hanno determinato la permanenza e attuale operatività degli ospedali psichiatrici giudiziari. Dopo la denuncia della Commissione Europea contro la Tortura nel duemila otto - che si riferiva alla inadeguatezza del sistema carcerario a contenere e curare adeguatamente la patologia mentale - intervenne con narcisistica energia l'allora senatore Marino, che denunciò il mostro - nel senso foucaultiano del termine, ma non diede che superficiali e poco attente proposte risolutive al problema. Forse perché

non aveva capito la complessità del problema e spesso quando si agisce d'impulso e sulle emozioni si vede solo una parte del problema.

All'inizio del 2012, con la conversione del decreto legge n. 211 del dicembre 2011, si fissava il termine per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari allo scorso febbraio, con il compito - assegnato alle regioni - di mettere a punto specifici piani per il raggiungimento di tale obiettivo. Preso atto dell'impossibilità, per le istituzioni coinvolte, di giungere alla auspicata chiusura nei termini stabiliti, il 25 marzo veniva disposta la proroga di un ulteriore anno per lo smantellamento degli Opg, ora fissata al primo aprile 2014.

In queste iniziative nessuno ha preso in considerazione che fin quando non cambieranno le disposizioni del codice penale relative al concetto giuridico di pericolosità sociale del malato di mente, nessuna vera variazione nel senso della chiusura potrà verificarsi. E, se dovesse realizzarsi quanto proposto, gli Opg rimarranno ancora in funzione per i pazienti considerati ancora socialmente pericolosi, ma si apriranno piccole strutture manicomiali per quelli valutati non più pericolosi, con il medesimo compito di curare recludendo. E quindi nuovi manicomi, uno per ogni regione, a gestione Asl o di privati.

Riecheggia sempre più forte lo spettro contro cui si era fin dal principio sollevato l'attenzione: chiudono gli Opg o riaprono i manicomi?

Del resto è evidente di come è calata l'attenzione di associazioni o comitati che erano pronti a evidenziare come un tragico bollettino di guerra i suicidi degli anni passati, serviti solo a garantire una finta libertà di azione e la riappropriazione di un potere psichiatrico-burocratico sempre più pronto a chiudere e reprimere. O al massimo ad accogliere in strutture protette i pazienti che rappresentano soldi e potere personale.

Indicativo è che la notizia è stata ripresa solo da un sindacato di polizia penitenziaria, che ha chiesto un aumento dell'organico per sorvegliare meglio.

Gilberto questo non lo saprà mai, e adesso può interessargli veramente poco.

Palermo: detenuto morto d'infarto all'Ucciardone, disposto un supplemento d'indagine di Riccardo Lo Verso

www.livesicilia.it, 5 agosto 2013

Respinta la richiesta di archiviazione dell'inchiesta sulla morte di Dino Naso, detenuto a Palermo. Dubbi sulla tempestività dei soccorsi in cella. La direzione: "Garantita l'assistenza necessaria".

Altri quattro mesi di indagine per fare luce sulla morte di Dino Naso, detenuto di 41 anni morto tre anni fa all'Ucciardone. Il supplemento investigativo è stato ordinato dal Giudice per le indagini preliminari Giuliano Castiglia che ha respinto la richiesta di archiviazione presentata dal pubblico ministero.

L'inchiesta è ancora oggi a carico di ignoti. Il Gip vuole chiarezza sulla possibile mancanza di tempestività nei soccorsi. Ci sono dei vuoti, soprattutto temporali, da colmare nella ricostruzione di quanto accadde nell'estate di tre anni fa all'interno del carcere palermitano.

Il 4 agosto 2010, intorno alle 9,30 del mattino, Naso, in cella per spaccio di droga, avverte un fastidio alla gola. Gli portano una pillola e una bustina. La situazione non migliora, ma è ancora sopportabile tanto che verso le 13 il detenuto si prepara una camomilla.

Alle 15,30 Naso ha una crisi respiratoria. I compagni di cella chiedono aiuto e viene chiamato il medico. Alle 16,25 Naso riceve le prime cure in infermeria, così come refertato nella cartella clinica. Alle 16,57 parte la telefonata al 118. Bisogna trasferire Naso in ospedale. L'ambulanza arriva all'Ucciardone alle 17,10. I medici e gli operatori sanitari del 118 tamponano l'emergenza e alle 17,56 lasciano il vecchio penitenziario per aggiungere il Buccheri La Ferla, dove il detenuto arriva in condizioni gravissime. Sono trascorsi 12 minuti dopo le 18.

Naso è in coma. Il 10 agosto, sei giorni dopo il concitato pomeriggio all'Ucciardone, il suo cuore smette di battere. Non rivedrà più i suoi familiari, la moglie e i quattro figli che si affidano all'avvocato Enrico Tignini per denunciare alla Procura un buco di tre ore dal momento in cui Naso si è sentito male fino al suo arrivo in ospedale. Una ricostruzione sempre respinta dalla direzione del carcere, secondo cui il detenuto ha ricevuto tutta l'assistenza necessaria.

Alla stessa conclusione arriva il pubblico ministero Francesco Grassi che chiede l'archiviazione, senza trovare sponda, però, nel giudice per le indagini preliminari. L'indagine deve andare avanti, così come chiesto dall'avvocato Tignini e dal garante dei detenuti Salvo Fleres che si erano opposti alla richiesta di archiviazione, puntando sull'inefficienza dei soccorsi in una struttura carceraria obsoleta sulla cui invivibilità il parere è unanime.

Sassari: detenuto romeno di 30 anni muore d'infarto nel carcere appena aperto di Gianni Bazzoni

La Nuova Sardegna, 3 agosto 2013

Viorel Neicu, 30 anni, si è sentito male alle sei del mattino di ieri ed è morto subito. Oggi l'autopsia voluta dalla Procura. Sindacati polemici. Il carcere di bancali è stato aperto da appena un mese. C'è il primo morto nel moderno carcere di Bancali, inaugurato solo qualche settimana fa. Ieri all'alba un detenuto romeno di 30 anni, Viorel Neicu, è stato stroncato da un infarto fulminante. Inutili i soccorsi che sono scattati immediatamente, appena il compagno di cella ha dato l'allarme. La procura della Repubblica di Sassari ha aperto una inchiesta e il magistrato di turno ha disposto l'autopsia per accertare le cause del decesso del detenuto. Il corpo di Viorel Neicu è stato trasferito all'istituto di Patologia Forense dove il medico legale oggi eseguirà la perizia necroscopica.

L'episodio si è verificato alle 6 del mattino. Il giovane romeno - che divideva la cella con un connazionale - ha accusato un forte dolore al torace e il compagno, che ha intuito la situazione di difficoltà, ha chiesto aiuto all'agente della polizia penitenziaria di guardia. Il detenuto è stato soccorso: medico e infermiere presenti nell'istituto penitenziario hanno attivato le procedure per la rianimazione, ma non è stato possibile salvare la vita al giovane romeno.

Il direttore del carcere Patrizia Incollu ha confermato l'episodio e ha anche sottolineato che Viorel Neicu non soffriva di alcuna patologia e non era sottoposto ad alcuna terapia. "Si è trattato di un malore improvviso e imprevedibile - ha detto - e dagli effetti devastanti. I soccorsi sono stati rapidissimi, purtroppo non c'è stato niente da fare. Caldo nelle celle? Più o meno come nelle case in questi giorni".

Sull'episodio ha preso posizione Maria Grazia Caligaris, presidente dell'associazione "Socialismo Diritti Riforme": "Dieci giorni fa - ha affermato - per la seconda volta in due settimane, un detenuto romeno aveva tentato di togliersi la vita ed era stato salvato dagli agenti della polizia penitenziaria. Ora un infarto ha stroncato l'esistenza di un altro romeno. Tutto ciò appare sconcertante, considerato che quello di Bancali è un istituto all'avanguardia, appena inaugurato".

E Maria Grazia Caligaris pone un interrogativo: "C'è da chiedersi se in caso di un evento imprevedibile esistano le condizioni oggettive per impedire che abbia un finale tragico. La vicinanza degli istituti di pena ai nosocomi, oltre a un efficiente centro clinico, deve essere considerata circostanza imprescindibile per i detenuti e per tutti coloro che lavorano nella struttura".

Triste il ricordo di Cecilia Sechi, il Garante dei detenuti che aveva incontrato Viorel Neicu due giorni fa:

"Lavorava - ha detto - stava benissimo, nessun problema. Era sicuro di poter dimostrare la sua innocenza e contava molto sull'appello, che attendeva con ansia. Mi dispiace molto".

Il segretario generale aggiunto del sindacato della polizia penitenziaria Osapp, Domenico Nicotra, ha sottolineato: "È evidente come sempre più spesso le criticità di un sistema penitenziario al collasso generano più eventi critici. E per questo è necessario che vengano adottati immediati provvedimenti di natura legislativa".

Il giovane romeno era in carcere dal mese di ottobre del 2012, era stato arrestato dai carabinieri a Sassari (dove gestiva un circolo privato) con l'accusa di sfruttamento della prostituzione, lesioni aggravate ed estorsione.

Napoli: io, ex detenuto a Poggioreale, vi racconto la vita in carcere
di Enzo Corona

Corriere della Sera, 3 agosto 2013

Egregio direttore, cari lettori di questo prestigioso quotidiano, sono un giovane ex detenuto del carcere di Poggioreale stanco di tante parole al vento e desideroso di farvi conoscere la realtà delle condizioni carcerarie. Qualche giorno fa, a seguito del reportage di Marco Piscitelli pubblicato su Il Mattino, il ministro della Giustizia ha dichiarato che era al corrente della pessima situazione carceraria ma di non aspettarsi una realtà tanto degradata. L'ha seguita a ruota il presidente della Camera dei Deputati Laura Boldrini. Stavolta altro carcere. Ma mai nei reparti più drammatici. Ebbene, vorrei dire al ministro Cancellieri e al presidente Boldrini che hanno visitato solo alcune delle pochissime celle messe bene, alcune nuove, forse perché sapevano del vostro arrivo.

Ora vi racconto io come è un carcere italiano: bagni inadeguati, vecchi, con piastrelle a terra quasi sempre spaccate, pieni di umidità e ruggine ovunque; si cucina nel bagno, sì, proprio accanto alla tazza del water; le celle sono piccole e stanno tutti ammassati uno sull'altro. È di questi giorni la notizia che la figlia dell'imprenditore Ligresti ha lamentato che in carcere si può fare la doccia solo una volta al giorno. Sappia che i detenuti "normali" la doccia la fanno 2 volte a settimana. L'acqua è sempre fredda, sia d'estate che d'inverno. Se stai male, occorrono 10 giorni per una visita medica e spesso non riceviamo cure adeguate. I detenuti di Poggioreale chiamano il famoso Buscopan "la pillola di Padre Pio" perché quella pillola ti danno e con quella ti devono passare tutti i dolori. Poi c'è il capito "violenza". Abbiamo appreso la notizia di un altro ragazzo di 22 anni Manuel Eliantonio, massacrato di botte nel carcere di Marassi. Dobbiamo dire "morto in circostanze sospette". Non se ne parla e non si prendono seri provvedimenti su questa tragedia. Eppure le denunce ci sono state: dal programma le Iene al Corriere della Sera che con una serie di video inchieste dal nome "Le nostre prigionie" di Antonio Crispino ha mostrato non solo la realtà carceraria ma ha addirittura riportato la testimonianza di un secondino che ha partecipato ai raid

punitivi ai danni di alcuni detenuti. “Per futili motivi” dice nell’intervista l’ex poliziotto penitenziario. E così è, ve lo posso testimoniare. Si prendono botte per aver alzato la testa, per aver risposto male a una guardia, per non essersi alzati in tempo, etc. I detenuti vogliono e devono pagare i loro sbagli ma chiedono di farlo con umiltà e dignitosamente, da esseri umani e non come bestie.

Anche i colloqui sono diventati una tragedia. Figli, mogli e madri non hanno colpa e non è giusto che per poter parlare con i loro cari un’ora a settimana devono stare in fila fuori al carcere dalle 2 o 3 della notte. Anche su questo tema ci sono alcuni video girati dai Radicali che testimoniano bene in che condizioni si fanno i pacchi, le file e i colloqui. Se per un adulto è sopportabile, tutto questo è ingiusto soprattutto per i bambini. Abbiamo anche noi dei figli che non devono pagare le nostre colpe. Cresceranno e ricorderanno questi traumi. Subiranno la violenza di avere un genitore in carcere e in più l’umiliazione di averlo visto ridotto come un cane. Le richieste di amnistia e indulto che arrivano da più parti ormai, le condividiamo. Non perché vogliamo far uscire delinquenti ma, credetemi, chi vive così è come se pagasse due volte la sua pena.

E poi, questo ve lo dico con il cuore, ci sono tante persone che vogliono cambiare vita davvero. Invece sono costretti a pregare di passare indenni agli occhi dei camorristi, di non essere assoldati dalla camorra, di non essere adocchiati dai boss. Perché oggi il carcere non ha niente di “rieducativo” ma è solo un’università del male. Date a queste persona una nuova possibilità. Io sono uno questi. Voglio pagare la mia pena ma uscire migliore e non peggiore, ritornare alla società e non odiare la società. grazie per avermi ascoltato.

Sassari: detenuto romeno ritrovato morto in cella stamattina all’alba, forse è infarto
Casteddu Online, 2 agosto 2013

È stato trovato morto nella propria cella dell’istituto di Sassari “Bancali” un detenuto di nazionalità romena”. A dichiararlo è il Segretario Generale Aggiunto dell’Osapp - Domenico Nicotra - che rende altresì noto che solo alle 6.30 circa il personale di Polizia Penitenziaria ha potuto constatare il decesso del detenuto.

“La causa del decesso, continua Nicotra, dovrebbe essere riconducibili a problemi cardiaci e nonostante tutte le procedure di rianimazione necessarie in simili circostanze non è stato possibile scongiurare il decesso. È evidente, conclude il sindacalista dell’Osapp, che sempre più spesso le criticità di un sistema penitenziario al collasso generano sempre più eventi critici e che per questo è necessario che vengano adottati immediati provvedimenti di natura legislativa”.

Socialismo Diritti Riforme: morte detenuto a Bancali sconcertante

“Dieci giorni fa, per la seconda volta in due settimane, un detenuto rumeno aveva tentato di togliersi la vita ed è stato salvato dagli Agenti di Polizia Penitenziaria. Oggi un infarto ha stroncato l’esistenza di un altro detenuto rumeno. Tutto ciò appare sconcertante considerato che quello di Sassari-Bancali è un Istituto Penitenziario all’avanguardia inaugurato da poche settimane”. Lo afferma Maria Grazia Caligaris, presidente dell’associazione “Socialismo Diritti Riforme”, avendo appreso della morte del cittadino privato della libertà originario della Romania.

“L’episodio - sottolinea - induce a riflettere sulla distanza dagli Ospedali delle nuove strutture penitenziarie appena entrate a regime. C’è da chiedersi se in caso di un evento imprevedibile esistano le oggettive condizioni per impedire che abbia un finale tragico. La vicinanza degli Istituti di Pena ai Nosocomi, oltre a un efficiente Centro Clinico, deve essere considerata una circostanza imprescindibile non solo per i detenuti ma anche per tutti coloro che lavorano all’interno della struttura”.

Is Arenas (Nu): detenuto tenta di uccidersi, voleva sfuggire all’ennesima condanna
L’Unione Sarda, 2 agosto 2013

Ha patteggiato in Tribunale una pena a un anno e quattro mesi per un furto. Poi, mentre attendeva in sala matricole l’ufficialità dell’arresto, ha cercato di uccidersi. È stato salvato dagli agenti della polizia penitenziaria. Protagonista della vicenda un 33enne di Quartucciu. Mercoledì mattina è evaso dalla colonia penale di Is Arenas e in una casa vicina ha rubato un maialetto congelato, alcune bottiglie e una motosega. È stato sorpreso dagli agenti. Mentre attendeva la notifica dell’arresto, ha tentato di uccidersi nella stanza adiacente all’ufficio matricola. È stato salvato dagli uomini della polizia penitenziaria e poi processato per direttissima. È stato trasferito dalla colonia penale al carcere di Buoncammino

Roma: suicida un detenuto a Rebibbia, è il quarto nelle carceri del Lazio nel 2013

Il Velino, 25 luglio 2013

Si è tolto la vita tagliandosi la gola con una lametta all'interno della sua cella, nella sezione G8 del carcere di Rebibbia Nuovo Complesso. È morto così, un detenuto italiano di 53 anni originario di Roma, Piero Bottini. La notizia è stata resa nota dal Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni. Quello di Piero è il quarto suicidio nelle carceri del Lazio nel 2013. Da gennaio ad oggi i decessi registrati negli istituti della regione sono stati 12: quattro suicidi, tre per malattia e quattro per cause ancora da accertare. In base alle statistiche, nove dei dodici decessi del 2013 si sono registrati a Rebibbia Nuovo Complesso.

A quanto appreso dai collaboratori del Garante, Bottini era arrivato a Rebibbia N.C. a fine giugno, proveniente da un carcere toscano. Dopo aver passato gli ultimi nove anni in carcere, doveva ancora scontarne quattro. Dal momento del suo ingresso in carcere l'uomo, che era stato lasciato dalla moglie, era stato preso in carico dall'area educativa e segnalato a psicologa e psichiatra dal momento che manifestava segni di squilibrio e rifiutava la terapia che gli era stata assegnata.

“Anche se occorrerà aspettare i risultati delle indagini avviate - ha detto il Garante Angiolo Marroni - credo si possa dire che quello di Piero è un dramma della disperazione e della solitudine. Dalle informazioni raccolte, quest'uomo era stato detenuto/attore a Sollicciano, ma sembra avesse passato un periodo della sua detenzione anche negli ospedali psichiatrici giudiziari di Aversa e Montelupo Fiorentino. La fine della sua vita tormentata deve essere, poi, inquadrata nel contesto di un carcere come quello di Rebibbia Nuovo Complesso, il più grande del Lazio, con un sovraffollamento del 46 per cento, senza un direttore a tempo pieno e dove si sono registrati ben nove decessi in soli sette mesi. Mi domando ancora una volta, anche per questo ennesimo dramma, se il carcere, per una persona così fragile e psicologicamente disagiata, fosse la soluzione migliore”.

Nieri (Sel): in carcere suicidi 19 volte più frequenti che fuori

“A pochi giorni dalla visita della presidente della Camera Laura Boldrini a Regina Coeli, che aveva richiamato l'attenzione mediatica sul sovraffollamento strutturale dei nostri istituti di pena, oggi apprendiamo che un detenuto di 53 anni si è tolto la vita a Rebibbia N.C., dove il sovraffollamento è arrivato al 46 per cento. Non è mai facile riuscire a cogliere in pieno il disagio di una persona che arriva a compiere un gesto così drammatico, ma è significativo ricordare che i suicidi commessi nelle carceri italiane hanno una frequenza circa 19 volte maggiore rispetto a quelli commessi dalle persone libere. I detenuti che si tolgono la vita, spesso, lo fanno negli istituti dove le condizioni di vita sono particolarmente difficili a causa del sovraffollamento, appunto, ma anche delle poche attività trattamentali e della scarsa presenza del volontariato”. È quanto dichiara il vicesindaco di Roma Capitale Luigi Nieri.

“Si uccide chi conosce il proprio destino e ne teme l'ineluttabilità, ma anche chi soffre per una mancanza totale di prospettive. È evidente che episodi tragici come questo vanno scongiurati, prima di tutto, tutelando la dignità delle persone incarcerate e costruendo per loro un percorso di riabilitazione effettiva, per non togliere a una persona già privata della libertà personale, anche il rispetto di se stesso e la voglia di vivere. La pena, è scritto nella nostra Costituzione, deve avere funzioni rieducative: chi ha sbagliato deve avere l'occasione di riabilitarsi e reinserirsi nella società”. Nieri conclude: “La mia solidarietà alla famiglia e agli amici del nostro sfortunato concittadino”.

Monza: dramma nel carcere, detenuto tenta il suicidio, ricoverato in prognosi riservata

www.mbnews.it, 25 luglio 2013

Sarebbe un caso di tentato suicidio quello avvenuto oggi, 24 luglio, alle ore 13.30 circa, all'interno del carcere di Monza dove, un detenuto di 30anni di origine italiana, pluripregiudicato, si sarebbe inferto delle profonde ferite. Stando alle prime indiscrezioni pare che l'uomo, rinchiuso nella struttura di via San Quirico dal 13 luglio scorso per ricettazione, nel momento in cui ha deciso di farla finita si trovasse all'interno di una cella nella sezione di infermeria in via precauzionale. L'uomo si sarebbe inferto delle profonde ferite alla gola e al braccio con un'arma ancora da trovare.

Pare che nei giorni scorsi il 30enne avesse più volte manifestato segni di squilibrio, tanto da rendere necessario il suo trasferimento in infermeria, dove chiuso in una cella è stato sottoposto a un regime di sorveglianza speciale. Immediati i soccorsi da parte degli uomini del 118 intervenuti sul posto con un'ambulanza e un'automedica. Le condizioni del carcerato sono apparse subito gravi ed è stato trasportato in codice rosso all'ospedale San Gerardo di Monza. Dopo essere stato sottoposto ad un delicato intervento chirurgico ora l'uomo, in prognosi riservata, non dovrebbe più essere in pericolo di vita.

Giustizia: a proposito di suicidi in carcere

Lucia Brischetto

La Sicilia, 25 luglio 2013

Premesso che il suicidio è una fatto “unico” e che nessuno potrà mai spiegare perché una persona decide di togliersi la vita specie quando si trova in stato di detenzione e che le cause dei suicidi sono tante, c’è da riflettere sul suicidio in stato di detenzione. Riflessione e disquisizione scientifica che ha fatto nei giorni scorsi anche la neolaureata alla specialistica Vanessa Maria Vinci all’Università di Catania dopo anni di tirocinio e studio in un Istituto penitenziario. Il suicidio in carcere è spesso la causa più frequente della morte della popolazione detenuta. Gli studiosi della delicata materia Caglio e Piotti asseriscono che il suicidio del detenuto rappresenta “un atto di fuga”.

Questo luttuoso evento pone l’istituzione penitenziaria di fronte alla propria impotenza perché il detenuto è titolare solo della sua vita e pertanto mette in atto il gesto auto soppressivo per liberarsi dallo status di recluso. Asseriscono gli esperti che questi suicidi rappresentano una forma disperata e violenta di comunicazione.

Non trascorre giorno senza che si registri il preoccupante aumento dei tassi di suicidio negli “inferni” dei nostri luoghi di detenzione. La depressione e il suicidio contemperano l’abbandono di ogni speranza. Asserisce la scienza che ogni suicidio è “unico” e nessuno potrà mai spiegare fino in fondo perché una persona decide di togliersi la vita.

Riferiscono gli esperti che il suicidio rappresenta “una uscita attraverso la morte, il tentativo di tornare ad uno stato di normalità, un atto patologico di rigenerazione”. Il suicidio in carcere pone l’istituzione di fronte alla propria impotenza. Il detenuto è titolare soltanto della propria vita, pertanto col gesto auto soppressivo vuole riaffermare se stesso come essere umano. I suicidi in carcere rappresentano una forma disperata e violenta di comunicazione che non ha trovato risposta istituzionale.

Accade anche che il suicidio esprima un significato dimostrativo, infatti il recluso vedendosi dimenticato dalle istituzioni, dalla società civile e spesso anche dalla famiglia, decide di porre in essere la propria morte per suscitare senso di colpa negli altri. Da qui i suicidi ribelli con significato di vendetta ed estroversione dell’aggressività e i suicidi rinunciatari con significato di fuga ed introversione.

Il detenuto prende coscienza del crimine consumato facendo assumere al suicidio il significato di espiazione della colpa con relativo castigo. Durante la detenzione, la personalità del soggetto subisce una “disorganizzazione” rilevante in quanto il soggetto è privato di tutti gli status che avevano caratterizzato la sua vita all’esterno.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica, ha chiesto al Ministero della Giustizia di elaborare un piano di azione nazionale per la prevenzione dei suicidi in carcere, attraverso azioni dirette non tanto alla selezione dei soggetti a rischio, quanto al tempestivo riconoscimento e intervento su tutti i soggetti a rischio. E c’è da tenere in grande considerazione il fatto che l’impatto con il carcere nei primi periodi di detenzione e il sovraffollamento senza un servizio immediato e permanente di ascolto, rendono difficile assicurare interventi efficaci ed immediati.

Sull’emergenza carceri è intervenuto anche il Presidente della Repubblica dichiarando che il tasso dei suicidi è altissimo e che la qualità della vita è indegna di un paese civile: oltre 68mila detenuti rinchiusi in edifici destinati a non più di 45milapersona. Pertanto fra i compiti dell’amministrazione penitenziaria rientra anche quello di “contenere il disagio esistenziale dei soggetti privati dalla libertà personale e di prevenire il compimento di atti auto aggressivi”.

Sassari: detenuto tenta suicidio, Sindacati PolPen rilanciano allarme per carenza agenti

Ansa, 24 luglio 2013

Nuovo tentativo di suicidio nelle carceri sarde. Dopo i recenti episodi, l’ultimo quello della settimana scorsa nell’istituto di Lanusei, il segretario generale aggiunto del sindacato Osapp, Domenico Nicotra, denuncia un fatto registrato nel nuovo carcere di Bancali, a Sassari, appena inaugurato dal ministro della Giustizia.

“Ancora una volta - commenta Nicotra - solo grazie alla Polizia penitenziaria, ormai allo stremo delle forze, si è scongiurata l’ennesima morte nelle patrie galere. Il detenuto di nazionalità romena, che già nell’arco di 15 giorni ha tentato il suicidio, è stato infatti tratto in salvo solo grazie all’intervento degli agenti del carcere”. Il sindacalista rilancia l’allarme al Guardasigilli per la carenza di organico delle carceri sarde: “il rischio - dice - è che la prossima volta, con un altro aspirante suicida, non si arrivi in tempo”.

Prende posizione anche Maria Grazia Caligaris, presidente dell’Associazione Socialismo Diritti Riforma. “Le nuove strutture penitenziarie non sono in grado di annullare il disagio, forse qualche volta possono contenerlo - sottolinea - L’adozione di misure alternative e l’inclusione sociale sono le uniche soluzioni valide per evitare gravi gesti di autolesionismo”.

Cagliari: a Buoncammino sfiorato un altro dramma, detenuto tenta di impiccarsi in bagno

Casteddu Online, 22 luglio 2013

Ancora un drammatico episodio che ha come comune denominatore la situazione di malessere e di disagio sociale a Buoncammino. Un detenuto ieri pomeriggio, ha tentato di impiccarsi nel bagno della sua cella ed è stato salvato in extremis dagli agenti della polizia penitenziaria. Si tratta di Alessio Deidda, 42 anni, rinchiuso nel carcere cagliaritano una pena cumulativa dovuta a reati di furto. A dare la notizia, gli stessi familiari dell'uomo, preoccupati dopo il suo gesto estremo: "Non sappiamo come sta - dice preoccupato un nipote - ci hanno telefonato dicendoci soltanto che aveva tentato di ammazzarsi e poi nulla". L'uomo, in forte stato di agitazione, è andato in escandescenza e su disposizione del magistrato di turno, si trova ora ricoverato nel reparto S.D.P.D.C. 1 (Psichiatria) dell'ospedale S.S. Trinità.

Questo pomeriggio, intorno alle 14.30, il caldo torrido rende deserta via Is Mirrionis. Dinnanzi al citofono del Reparto di Psichiatria, In S.D.D.C. 1, il nuovo reparto guidato dal direttore sanitario Caterina Burrai, che ospita almeno una quindicina di pazienti, ci riceve il personale medico di guardia. Il paziente ora sta decisamente meglio - dicono - è completamente sedato e controllato a vista da due agenti della Penitenziaria, era l'unico modo per calmarlo dato ieri, appena dopo esser stato ricoverato, ha continuato ad andare in escandescenza e sbatteva la testa contro una vetrata, una situazione che poteva degenerare e avere conseguenze abbastanza gravi sia per lui che per gli infermieri che non riuscivano a calmarlo.

L'ennesimo episodio di suicidio, o come in questo caso, di tentato suicidio, non può non far riflettere sulla drammatica situazioni delle carceri isolate. A lanciare il grido di disperazione, è la moglie di Mattia Deligia, Claudia Pisano, disoccupata, con 4 figli a carico, residente in Via La Somme a Cagliari, impossibilitata a spostarsi a Lanusei per far visita al compagno: "Non ce la fa più a stare rinchiuso lì dentro, lontano da me e dai suoi figli - dice in lacrime Claudia - non so più cosa fare, so soltanto che è stato mandato a Lanusei, forse perché era scomodo, ha urlato dalla cella di Cagliari tutto quello che succede dentro il carcere, le condizioni disumane, gli avevano promesso alcune misure restrittive più leggere ed invece nulla. È vero che deve scontare la sua pena per tentato furto, (ancora quattro mesi - n.d.r), ma se è vero che il carcere deve insegnare qualcosa, non possono essere trattati come bestie li dentro".

"Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria deve alleggerire il numero di detenuti nel carcere di Buoncammino trasferendo i cittadini privati della libertà vicino ai familiari nel rispetto della territorialità della pena, promuovendo occasioni di socialità e favorendo l'assegnazione degli ammalati e/o dei tossicodipendenti in strutture adeguate. Senza provvedimenti urgenti sarà un'estate particolarmente difficile". Lo sostiene Maria Grazia Caligaris, presidente dell'associazione "Socialismo Diritti Riforme", avendo appreso del gesto disperato con cui A.D. ha tentato di togliersi la vita.

"Affinché una struttura penitenziaria svolga il suo compito - ha sottolineato l'ex consigliera regionale socialista - è necessario che l'intero sistema funzioni adeguatamente. Ciò significa un particolare impegno per consentire a ciascun ambito di svolgere il proprio ruolo. Buoncammino, sulla carta, dispone di risorse umane - Agenti, educatori, psicologi, medici - calibrate per 345 detenuti mentre in realtà ce ne sono 518. Non può garantire per limiti logistici e struttura ottocentesca idonei spazi per attività alternative e per il lavoro. In queste condizioni si deve far leva esclusivamente sul senso di responsabilità dei singoli cittadini privati della libertà. Talvolta però, soprattutto quando il caldo diventa insopportabile, il sovraffollamento è pesante e prevale la disperazione, è impossibile prevenire l'autolesionismo".

"Ancora una volta i compagni di cella e gli Agenti in servizio hanno evitato il peggio ma c'è da domandarsi se sia opportuno - conclude la presidente di SdR - fare sempre affidamento sul senso di abnegazione di quanti operano in condizioni di grave difficoltà e senza che il Ministero attui iniziative per rendere più vivibile le strutture detentive".

Rossano Calabro (Cs): detenuto greco muore suicida nel circuito di media sicurezza

Agi, 22 luglio 2013

Un detenuto straniero, di origine greca, ristretto nel circuito di media sicurezza della casa di reclusione di Rossano Calabro, questa mattina si è tolto la vita, impiccandosi. Lo rende noto l'organizzazione sindacale Sappe.

"La casa di reclusione di Rossano, al pari delle altre strutture nazionali e regionali - si legge in una nota stampa - è interessata da sovraffollamento di detenuti. Infatti, a fronte di 233 posti regolamentari, risultano essere presenti circa 320 detenuti, dei quali circa 130 appartenenti al circuito di alta sicurezza. A Rossano sono anche ristretti, in un apposito reparto, 11 detenuti per reati di terrorismo internazionale.

Da tempo richiediamo l'adeguamento dell'organico del Corpo di Polizia penitenziaria per l'intera regione e per la struttura di Rossano Calabro che ha cambiato destinazione d'uso, tant'è che a fronte delle 90 unità previste dal decreto ministeriale del 2001, oggi funziona, con notevoli difficoltà, attraverso l'utilizzo di circa 130 appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria che, lo scorso anno, sono stati costretti ad effettuare circa 47.000 ore di lavoro

straordinario in servizi che continuano ad essere organizzati su tre quadranti orari”.

Domani, alle ore 10.30, il Sappe terrà una conferenza stampa nel carcere di Catanzaro, dopo aver visitato la struttura alle ore 9.30. Saranno effettuate riprese fotografiche e video da consegnare ai giornalisti che intervengono. Nel corso della conferenza verrà illustrata la situazione della regione Calabria e quella nazionale. A fronte delle iniziative del Dipartimento: apertura di un nuovo padiglione a Paola, apertura di Arghillà, prossima apertura di un nuovo padiglione a Catanzaro, senza un adeguato incremento di personale, ipotesi di chiusura di Lamezia Terme, carenza di mezzi e di risorse economiche, il Sappe indice lo stato di agitazione regionale, nell’attesa di concrete risposte da parte del Dipartimento - affermano Giovanni Battista Durante, segretario generale aggiunto del Sappe e Damiano Bellucci, segretario nazionale - in caso contrario valuteremo l’ipotesi di una manifestazione regionale, da tenersi nei prossimi giorni”.

Lanusei (Nu): tenta suicidio il detenuto che guidò rivolta a Cagliari; salvato, è in ospedale

Casteddu Online, 19 luglio 2013

Un detenuto del carcere di S. Daniele a Lanusei, ha tentato di impiccarsi nella sua cella ed è stato salvato in extremis dagli agenti della polizia penitenziaria. L’uomo, in forte stato di agitazione, si trova ora ricoverato nel reparto di Rianimazione dell’ospedale cittadino e le sue condizioni per ora non sembrano destare particolare preoccupazione da parte dei medici.

L’episodio in questione riguarda Mattia Deligia, (detenuto nel carcere nuorese da circa una settimana), dopo il suo trasferimento coatto da Buoncammino, avvenuto (lo ricordiamo), dopo la clamorosa protesta di martedì inscenata dalle celle dell’istituto penitenziario cagliaritano. Deligia, a seguito di una condanna per tentato furto, ha cercato di impiccarsi nella sua cella in circostanze ancora da chiarire, fatto sta che solo grazie al tempestivo intervento degli agenti di polizia penitenziaria è stato impedito che l’uomo portasse a compimento il suo intento.

L’ennesimo episodio di suicidio, o come in questo caso, di tentato suicidio, non può non far riflettere sulla drammatica situazione delle carceri isolate. A lanciare il grido di disperazione, è la moglie di Mattia Deligia, Claudia Pisano, disoccupata, con 4 figli a carico, residente in Via La Somme a Cagliari, impossibilitata a spostarsi a Lanusei per far visita al compagno: “Non ce la fa più a stare rinchiuso lì dentro, lontano da me e dai suoi figli - dice in lacrime Claudia - non so più cosa fare, so soltanto che è stato mandato a Lanusei, forse perché era scomodo, ha urlato dalla cella di Cagliari tutto quello che succede dentro il carcere, le condizioni disumane, gli avevano promesso alcune misure restrittive più leggere ed invece nulla. È vero che deve scontare la sua pena per tentato furto, (ancora quattro mesi), ma se è vero che il carcere deve insegnare qualcosa, non possono essere trattati come bestie lì dentro”.

Della complicata vicenda, si sta occupando personalmente il legale cagliaritano, Annamaria Busia, da anni in lotta sul fronte delle questioni legate alle condizioni disumane vissute dai detenuti all’interno degli istituti penitenziari. Sovraffollamento, vicende legate a drammi sociali, reinserimento, sono soltanto alcuni temi allarmanti seguiti dalla Busia e al centro di clamorose proteste, come quella avvenuta la settimana scorsa a Buoncammino, dove i detenuti dalle celle, bruciarono gli striscioni che inneggiavano il le grida di dolore e il disagio tra i reclusi.

Non è escluso da parte dell’avvocato Annamaria Busia, una possibile richiesta al Tribunale di Cagliari, per riavvicinare il detenuto Mattia Deligia nel cagliaritano, più precisamente ad Iglesias, mentre per ora il giovane rimane sotto stretta osservazione dei medici e degli stessi agenti per impedirgli che possa commettere altri gesti estremi come quello di oggi.

La notizia è stata confermata anche da Maria Grazia Caligaris dell’associazione Sdr che afferma: “Il detenuto si trova ricoverato nel reparto Medicina Generale dell’ospedale di Lanusei, sta meglio e sarà assistito anche in Psichiatria. Si tratta dell’ennesimo caso che dimostra quanto le carceri sarde siano inadeguate”.

Caligaris (Sdr): impossibile rimanere indifferenti

“Un nuovo drammatico episodio che documenta la necessità di migliorare le condizioni di vita dei ristretti, riconsiderare la disponibilità di spazi, di occasioni di socialità e di affettività nonché incrementare l’osservazione dei detenuti specialmente quando le condizioni individuali sono aggravate dalla distanza dei familiari in conseguenza di azioni dettate dal dramma del sovraffollamento e dalla personale fragilità emotiva”.

A sottolinearlo a gran voce questa mattina, è Maria Grazia Caligaris, presidente dell’associazione “Socialismo Diritti Riforme”, in riferimento alla notizia in esclusiva che la nostra Testata Giornalistica ieri pomeriggio ha battuto nell’immediato sull’episodio del giovane detenuto, Mattia Deligia, trasferito nell’Istituto Penitenziario “San Daniele” di Lanusei in seguito alla protesta inscenata con altri compagni di cella nel carcere cagliaritano di Buoncammino, ha tentato di togliersi la vita la scorsa notte.

“Il gravissimo episodio - sottolinea l’ex consigliera regionale socialista - non può lasciare indifferenti anche perché

il giovane avrebbe terminato di scontare la pena a novembre. Padre di quattro bambini M.D., cagliaritano, aveva manifestato da tempo evidenti sintomi di insofferenza verso una carcerazione vissuta con particolare difficoltà anche per il livello di sovraffollamento di Buoncammino”.

“Il ragazzo, grazie al tempestivo intervento degli Agenti di Polizia Penitenziaria, è stato immediatamente ricoverato nell’Ospedale di Lanusei dove i Medici hanno verificato le sue condizioni tenendolo sotto osservazione per valutare anche la capacità di recupero. L’episodio tuttavia riveste particolare rilievo nel momento in cui i problemi dei detenuti e del personale penitenziario non sono considerati sufficientemente urgenti. Il trasferimento da Cagliari a Lanusei inoltre ha penalizzato la famiglia - conclude la presidente di SdR - non sempre in grado, come in questo caso, di affrontare un viaggio difficile e dispendioso quando si hanno 4 figli. Ciò talvolta può generare una disperazione incontenibile con effetti imprevedibili”.

Della vicenda, lo ricordiamo, si sta occupando personalmente anche il legale cagliaritano, Annamaria Busia, da anni in lotta sul fronte delle questioni legate alle condizioni disumane vissute dai detenuti all’interno degli istituti penitenziari. Sovraffollamento, vicende legate a drammi sociali, reinserimento, sono soltanto alcuni temi allarmanti seguiti dalla Busia e al centro di clamorose proteste, come quella avvenuta la settimana scorsa a Buoncammino, dove i detenuti dalle celle, bruciarono gli striscioni che inneggiavano al le grida di dolore e il disagio tra i reclusi. Non è escluso da parte dell’avvocato Annamaria Busia, una possibile richiesta al Tribunale di Cagliari, per riavvicinare il detenuto Mattia Deligia nel cagliaritano, più precisamente ad Iglesias.

In queste ore Castedduonline.it sta ancora seguendo la vicenda più da vicino, dato che Claudia Pisano, la moglie di Mattia Deligia, con sforzi e spese di trasferta non indifferenti, si è recata a Lanusei per avere notizie aggiornate sulle condizioni del suo compagno. Il giovane dovrebbe essere trasferito in Psichiatria già nelle prossime ore.

Messina: detenuto si ferisce con lametta durante udienza

Ansa, 18 luglio 2013

Tensioni nel corso di un’udienza nel Tribunale di Messina. Un detenuto si è volontariamente ferito utilizzando una lametta nascosta in bocca. A darne notizia il segretario generale aggiunto dell’Osapp Mimmo Nicotra. Solo l’immediato intervento del personale di polizia penitenziaria, che ha bloccato il recluso e provveduto al trasporto d’urgenza al vicino ospedale, ha impedito che il gesto autolesionistico avesse conseguenze peggiori. “Simili episodi”, spiega Nicotra, “si registrano sempre più frequentemente nel sistema penitenziario italiano”.

Oristano: detenuto pakistano ha tentato il suicidio all’interno del nuovo carcere di Nuchis

La Nuova Sardegna, 17 luglio 2013

Un detenuto di origini pakistane, H.M. di 34 anni ha tentato il suicidio, nel primo pomeriggio di ieri, all’interno del nuovo carcere di Nuchis. L’extracomunitario si era stretto al collo un rudimentale cappio ricavato da strisce di lenzuola legate alle sbarre della finestra, impiccandosi nel momento in cui il compagno di cella, un senegalese, stava facendo la doccia.

A notare l’uomo è stato l’agente della polizia penitenziaria di turno nel braccio dedicato ai detenuti comuni, il quale ha aperto la cella dando l’allarme ad alcuni colleghi con i quali ha sollevato il pakistano, ormai cianotico e privo di sensi, tagliando l’improvvisata corda che lo aveva quasi strangolato. Il detenuto è stato quindi accompagnato nell’infermeria del carcere e sottoposto alle terapie di rianimazione che gli hanno salvato la vita. Ore l’uomo si trova ricoverato nella struttura ospedaliera interna al nuovo carcere di Nuchis, piantonato da due agenti per evitare che possa mettere a segno ulteriori atti di autolesionismo.

A segnalare l’accaduto è stato ieri Mimmo Nicotra, vice segretario e responsabile nazionale dell’Osapp (una delle sigle sindacali della polizia penitenziaria), il quale ha sottolineato il decisivo intervento degli agenti e messo in evidenza la carenza di organici che continua a rendere difficoltoso l’operato della polizia penitenziaria all’interno del nuovo supercarcere nel quale, spiega in un comunicato l’Osapp “manca il direttore (che opera a scavalco con Nuoro) decine di agenti e il comandante della struttura penitenziaria”.

Giustizia: un reportage dal reparto di Medicina Protetta dell’ospedale “Pertini” di Roma

di Angelo Mastrandrea

Il Manifesto, 12 luglio 2013

Una corsia con le sbarre. Qui è morto Stefano Cucchi. I medici: “Ma non è un lager. Ci hanno descritto come mostri, abbiamo perso la serenità”.

La stanza numero 16 è al primo piano, la prima a sinistra una volta superato il cancello di uno dei quattro bracci in cui è suddiviso il reparto di Medicina Protetta dell’ospedale Pertini di Roma. Il letto in cui fu ritrovato Stefano

Cucchi, rannicchiato come se dormisse e invece morto, alle 5,30 del 22 ottobre 2009, è in fondo, vicino alla finestra.

Oggi è fuori uso, avvisa un cartello scritto a mano all'ingresso, per questo la stanza non è occupata da nessun malato. Per lo stesso motivo manca pure la televisione. Ci sono invece un tavolino, un porta flebo agganciato al muro, il bagno con la doccia.

Le mura sono imbiancate di fresco. Paragonato alle carceri italiane, vetuste e sovraffollate come gironi danteschi, questo reparto con stanze singole dall'arredamento spartano ma nuovo - appena 22 posti letto, ridotti a 15 per carenza di infermieri - e una piccola biblioteca comune, appare come un'oasi. Eppure, è tra queste mura che si è consumata, meno di quattro anni fa, una morte che, per la sua dinamica e grazie alle immagini - choc diffuse ai media dalla famiglia, è diventata immediatamente un caso e ha indignato l'opinione pubblica più di qualsiasi altra tra le centinaia che compongono la Spoon river carceraria italiana: quella di un giovane di appena 31 anni, fermato per possesso di modiche quantità di sostanze stupefacenti e rimbalzato per una settimana tra caserme, carceri e ospedali.

Una fine cui nemmeno la recentissima sentenza che ha scaricato le responsabilità sui medici che l'hanno avuto in cura negli ultimi giorni è riuscita a dare una risposta esauriente. Dal giorno della morte di Stefano Cucchi, qui dentro sono passati i politici della commissione parlamentare d'inchiesta che il 17 marzo del 2010 aveva sostanzialmente imputato ai medici che lo avevano avuto in cura di non aver compreso quanto le condizioni del giovane fossero gravi, mai un giornalista e tantomeno un fotografo.

All'indomani del giudizio di primo grado che, il 5 giugno scorso, ha condannato cinque medici del Pertini per omicidio colposo e un sesto per falso ideologico, assolvendo gli altri imputati - tre infermieri e tre guardie penitenziarie - uno dei dottori condannati, Stefania Corbi, aveva scritto una lettera - pubblicata dal manifesto - in cui, esprimendo solidarietà alla famiglia del ragazzo, sostanzialmente diceva: "Non siamo degli aguzzini, non abbiamo lasciato morire Cucchi, l'ospedale non è un lager, non vogliamo essere equiparati a chi è accusato di pestaggio". E concludeva invitando a venire all'ospedale per "verificare personalmente chi siamo e come lavoriamo".

L'ospedale - carcere

La dottoressa Corbi mi accoglie all'ingresso del reparto. È da poco terminata una cerimonia in ricordo di un agente, Salvatore Corrias, morto il 20 ottobre scorso in una maniera assurda: schiacciato dal pesante cancello d'ingresso che era andato ad aprire per consentire l'uscita di un'ambulanza. Una delle tante morti bianche che oliano le statistiche ma non fanno notizia, nella loro banalità e ripetitività.

Corrias aveva 46 anni, sarà ricordato da una lapide nel giardinetto davanti al reparto. Insieme a lei c'è il primario Patrizio Aloisio, uno dei fondatori di questa struttura che ha due soli simili in Italia: nell'ospedale San Paolo di Milano e nel Belcolle di Viterbo. L'unica, sostanziale differenza è che la Medicina Protetta del Pertini non è integrata nell'ospedale civile ma ne rappresenta un corpo separato, quasi estraneo.

È un ospedale - carcere, circondato da alte inferriate e cancelli blindati, inaccessibile, scollegato dagli altri padiglioni: il tunnel che avrebbe dovuto metterlo in comunicazione con l'ospedale civile non è mai stato completato. La conseguenza più immediata è l'impossibilità di ricoverare i malati più gravi - quelli infettivi in fase acuta o con complicazioni, a rischio di vita o psichiatrici. In caso di emergenza, infatti, è necessario chiedere l'intervento di una delle due ambulanze in dotazione non esclusiva - un servizio privato che costa 70 euro a trasporto.

I tempi di attesa, arrotondati dal primario in un "superiori ai dieci minuti", in realtà sono mediamente di mezzora ("ma di recente per un trasporto urgente abbiamo aspettato tre quarti d'ora"). Se si aggiungono i tempi di trasporto verso il Fatebenefratelli, a 11 km di distanza, o al Policlinico, 5 km più in là, diventa evidente il perché un malato in condizioni gravissime qui non può essere ricoverato.

Fatta questa premessa, appare evidente che, se Stefano Cucchi fu portato qui, dopo una tappa al pronto soccorso del Fatebenefratelli, non fu considerato in pericolo di vita. "Se fosse stato un codice rosso non avremmo potuto accettarlo", dice il dottor Fierro.

La dottoressa Corbi non era di turno al momento del ricovero, però ha avuto a che fare con Stefano nei giorni seguenti, ed è stata lei ad annunciare alla famiglia il decesso ("quando ho visto che stava per comunicarglielo un agente mi è sembrato doveroso che fosse un medico a farlo, di persona"): "Non era collaborativo, certo. Mangiava poco ed era sicuramente molto magro. Mi aveva detto di essere celiaco e che non poteva mangiare patate e riso. Gli avevo portato la lista degli alimenti consentiti per mostrargli che invece poteva, e alla fine mi aveva detto: allora un po' di riso in bianco lo mangio. La sera prima del decesso aveva incontrato anche una volontaria di un'associazione che lavora con i detenuti. No, non ci aspettavamo proprio che morisse".

E la frattura della terza vertebra sacrale? I lividi sul volto e sul corpo? I periti del tribunale hanno stabilito che

possono essere compatibili con una caduta dalle scale, come da versione di polizia, o con un pestaggio, cosa di cui sono certi familiari e amici. I medici che lo hanno avuto in cura non esprimono giudizi, ma lasciano intendere come non sia un caso raro che persone fermate “in flagranza di reato” arrivino malconce nel reparto di Medicina Protetta, magari perché neutralizzate in maniera “energica” o portate via con la forza dopo una colluttazione con gli agenti. Questo particolare potrebbe essere alla base del mancato stupore dei sanitari per come arrivò coniato Stefano Cucchi.

“Non sono Mengele”

Mi rendo conto che i medici e gli infermieri del reparto Medicina Protetta del Pertini si portano dentro un peso che è come un macigno. Non tanto per la condanna, quella negligenza e quegli errori che hanno fatto propendere i giudici di primo grado per l’omicidio colposo, quanto per l’onta del sospetto di esser stati conniventi con un meccanismo repressivo che ha annientato il povero Cucchi, per la semplificazione mediatica e un po’ populista che ha costruito attorno a loro la figura del “mostro”.

Non da ultimo, per la sensazione di esser diventati dei capri espiatori: unici colpevoli in un processo che non è riuscito a venire a capo di nulla. Com’è morto Stefano Cucchi? È stato picchiato dopo il fermo? E, se sì, da chi, dove e quando? Cos’è accaduto in quella settimana di passione in cui il giovane di Torpignattara ha girovagato per caserme, carceri, pronto soccorso e ospedali? Ci sono state reticenze e omissioni oltre che negligenze, qualcuno non ha fatto il suo dovere fino in fondo?

Ilaria Cucchi, sorella del giovane deceduto, ha detto a caldo dopo la sentenza, senza attendere le motivazioni: “È stato un processo a Stefano, alla sua magrezza e alle sue scelte”. Poi, rivolta ai dottori: “Ne risponderanno alla propria coscienza. L’Anaa Assomed, associazione di rappresentanza dei medici, non ha avuto dubbi nel prendere le difese dei condannati: “Sono un capro espiatorio, le loro condanne sono un alibi per lo Stato”.

A loro dire, la vicenda di Cucchi ha distrutto il reparto. Ne ha minato la serenità lavorativa, smembrato il gruppo di lavoro. “Da quando abbiamo aperto, nel 2005, qui sono state curate 2.700 persone e, né prima né dopo quel tragico episodio, ci sono state morti sospette o casi di malasanità”, racconta il primario. La gran parte dei ricoveri avviene per problemi cardiologici o ortopedici. Molti pazienti, pur se in giovane età, sono segnati dalla vita che conducono, e il loro stato generale di salute ovviamente ne risente.

Il dottor Aloisio mostra pochi dubbi: “Il 40 per cento delle persone che vengono ricoverate qui sono in attesa di giudizio, di regola si tratta di tossici, ladri di polli e immigrati clandestini. Basterebbe abolire tre leggi per deflazionare le carceri e pure questo reparto”. Tre leggi: la Bossi-Fini per quanto riguarda l’immigrazione clandestina, la Fini-Giovanardi sulle droghe e la ex Cirielli sulla recidiva.

Al giornalista non è consentita la possibilità di parlare con nessun detenuto, né al fotografo di immortalarli, anche per ovvie ragioni di privacy. Affisse alle pareti ci sono alcune lettere: fogli di quaderno vergati a penna da pazienti che esprimono riconoscenza e gratitudine nei confronti di medici e infermieri. Altre sono conservate in un cassetto. “Sono stato ricoverato nel luglio del 2009, quindi in tempi non sospetti, prima della morte del povero Cucchi. Entrando la prima cosa che mi ha colpito è stata la pulizia e l’igiene sia della sezione sia della stanza - cella dove venni ubicato, pensavo che mi avrebbero visitato l’indomani ma dopo poco si presentarono medici e paramedici, con cortesia si sono qualificati lasciandomi di stucco per la gentilezza con cui mi trattavano”, scrive un ergastolano. Tutto il personale civile ci tiene a ribadire la loro distinzione dal Dipartimento dell’amministrazione penitenziaria: “Noi siamo medici, non chiediamo a nessuno di quelli che vengono ricoverati il fascicolo penitenziario, per noi sono persone da curare e basta. In passato abbiamo avuto delle liti terrificanti con la polizia penitenziaria, proprio perché consideravano il paziente come un detenuto”.

Rifiutano in toto il “teorema” secondo il quale loro avrebbero potuto essere l’ultimo anello di una catena repressiva che ha portato alla morte di Cucchi. Il problema è a monte e non dipende da loro. La struttura è stata costruita con una filosofia “punitiva”: ci sono le sbarre e i bracci come in un qualsiasi carcere, dunque regnano le logiche focaultiane del “sorvegliare e punire”.

“È assurdo che i malati vengano ricoverati in isolamento”, dicono i medici, che sostengono di aver perso “la battaglia per avere le porte sempre aperte e consentire ai malati detenuti di potere uscire almeno nel corridoio”. Per questo spesso i detenuti firmano per farsi dimettere dall’ospedale e tornare in carcere. Preferiscono la calca da suk nelle ore di punta alla solitudine alienante di una asettica cameretta blindata.

“Perché avremmo dovuto accanirci proprio con il povero Stefano Cucchi? Per ogni medico la morte di un malato è una sconfitta”, dice Aloisio, che in realtà a quel tempo non era lì e con il caso Cucchi non ha nulla a che vedere. Il primario era il dottor Aldo Fierro. Anche lui è fra i condannati e, come gli altri, non entra nel merito della sentenza e neppure la contesta: per quello ci saranno gli altri gradi di giudizio.

Chiede solo che gli venga restituito l’onore perduto: “Quello che ci offende è il fattore umano: non vogliamo essere considerati dei delinquenti che si sono accordati per uccidere qualcuno. Nessuno di noi è Mengele”, dice

infervorandosi.

Poi prosegue: “Questa struttura è stata totalmente destabilizzata, ma ciò pare non interessi a nessuno. Solo il carcere di Rebibbia è il più grande d’Europa. Se dovesse essere chiusa, i detenuti romani dove andrebbero a finire?” Un’ulteriore domanda meriterebbe una risposta: si riuscirebbero a evitare altre morti come quella di Stefano Cucchi?

Aperto nel 2005, può ospitare 22 malati

Realizzata su un progetto di fattibilità che risale al 1996, grazie ai finanziamenti della Regione Lazio, la struttura di Medicina protetta è in funzione dal 26 luglio 2005 e oggi può ospitare fino a 22 malati. Dipende direttamente dall’Asl RM B.

Ogni detenuto occupa una camera singola, protetta, con servizi igienici annessi. Per gli interventi chirurgici, inoltre, è presente una camera operatoria al piano terra mentre nel reparto è compresa tutta la diagnostica pre-operatoria, la preparazione all’intervento e il successivo decorso post operatorio. Il reparto protetto del Pertini oggi è una Unità operativa all’avanguardia nella gestione del paziente proveniente da realtà carcerarie ed è stato concepito per accogliere, in qualsiasi istante, pazienti di diverso sesso, di qualsiasi regime restrittivo (compreso il 41 bis e i collaboratori) e di tutte le patologie stabilite dal Protocollo d’intesa siglato dalle due Amministrazioni. Vi vengono ricoverati detenuti provenienti dagli istituti penitenziari di tutta la Regione.

26 suicidi tra le sbarre dall’inizio dell’anno

Dall’inizio dell’anno sono 83 le persone morte in carcere: 26 per suicidio, 13 per cause “da accertare”, casi nei quali è stata aperta un’inchiesta, e altre 44 per malattia. Sono i dati registrati dall’Osservatorio permanente sulle morti in carcere di Ristretti Orizzonti.

Gli ultimi due suicidi a Napoli: A.E., 29 anni, si è impiccato utilizzando un cappio ricavato dai propri pantaloni.

Era detenuto nel Reparto di osservazione psichiatrica del Complesso penitenziario di Napoli Secondigliano.

Nel padiglione Livorno del carcere di Poggioreale si è invece ucciso, impiccandosi con una striscia di lenzuolo, un 38enne di origini casertane. Francesco Smeragliuolo, invece, arrestato il primo maggio per rapina, è morto sabato 8 giugno nel carcere di Monza per arresto cardiocircolatorio. Aveva 22 anni.

Torino: detenuto tenta di impiccarsi, salvato in extremis da agenti Polizia penitenziaria

Agi, 10 luglio 2013

Un detenuto del carcere “Lo Russo e Cutugno” di Torino ha tentato di impiccarsi ed è stato salvato in extremis dagli agenti della polizia penitenziaria. L’uomo, in forte stato di agitazione, si è poi ferito con una caffettiera e ha sporcato con il sangue uno dei poliziotti, che ha dovuto farsi curare al pronto soccorso per la profilassi di malattie infettive, in quanto il detenuto è affetto da epatite C.

È successo ieri intorno alle 15,30 nel blocco A della casa circondariale. A tentare il suicidio è stato un italiano di 43 anni, condannato per reati di rapina e furto. “Vivere e soprattutto lavorare in questo tipo di carcere non è più possibile - dichiara Leo Beneduci, segretario generale del sindacato Osapp - perché quello che i poliziotti penitenziari in tutta Italia stanno subendo va ben oltre le conseguenze dei rischi professionali e deriva dall’incuria, dal silenzio e dalla incapacità della classe politica e dei vertici che si sono succeduti nel tempo nella guida dell’amministrazione penitenziaria e del dicastero della giustizia”.

Agente investito da sangue detenuto con epatite C (Ansa)

Paura per un agente di polizia penitenziaria in servizio nel carcere di Torino, che ieri pomeriggio è stato investito da schizzi di sangue di un detenuto affetto da epatite C. Il carcerato prima ha tentato di impiccarsi, poi, quando i poliziotti glielo hanno impedito, si è colpito con una caffettiera procurandosi ferite. Ora l’agente è in ospedale, sottoposto a profilassi per malattie infettive. “Vivere e soprattutto lavorare in questo tipo di carcere - commenta Leo Beneduci, segretario generale dell’Osapp che ha diffuso la notizia - non è più possibile perché quello che i poliziotti penitenziari di tutta Italia stanno subendo va ben oltre le conseguenze dei rischi professionali e deriva dall’incuria, dal silenzio e dall’incapacità della classe politica e dei vertici che si sono succeduti nel tempo nella guida dell’amministrazione penitenziaria e del dicastero della giustizia”.

Roma: Rita Bernardini (Ri); a Rebibbia detenuto in condizioni di abbandono assoluto

www.clandestinoweb.com, 10 luglio 2013

Ancora un'altra storia di abbandono e incuria arriva dalle nostre carceri. La radicale Rita Bernardini ha denunciato il caso del detenuto C.D., ristretto nel carcere di Rebibbia. La sua storia parte da molto lontano, ed era già stata segnalata lo scorso anno a seguito di una visita ispettiva eseguita dall'allora deputata. Lei stessa spiegava come nella cella n. 9 (2° sezione, piano terra) fosse ristretto C.D., un detenuto di 30 anni in attesa di giudizio accusato di aver violato la legge in materia di sostanze stupefacenti; il racconto parla chiaro: "C.D. non dice nulla e non si muove dalla sua branda posta al secondo piano del letto a castello, ma i suoi compagni di cella manifestano estrema preoccupazione per le sue condizioni: 'questo ragazzo come vedete è un vegetale, ha problemi mentali molto seri, la notte si graffia e al mattino è tutto pieno di sangue, a volte si fa la pipì addosso, anche l'altra notte se l'è fatta addosso; è qui da 4 mesi e da più di 3 mesi non va all'aria; ha anche una situazione familiare delicata, in questo carcere ci sono tanti problemi, però per favore occupatevi del suo caso, noi non sappiamo cosa possiamo fare per aiutarlo".

A distanza di un anno, la Bernardini è stata contattata dalla madre del detenuto che disperata, ha palesato le ragioni della sua preoccupazione: "il figlio, tossicodipendente conclamato, ora si trova a Rebibbia, dopo un passaggio in comunità. In poco tempo ha perso 23 kg". Nell'arco di un anno ha già tentato due volte il suicidio; ora si trova in carrozzina impossibilitato ad alimentarsi. L'unico sostegno è quello dei suoi compagni di cella che lo aiutano e lo cambiano saltuariamente. La cosa più grave è che, come spiega Rita Bernardini, "nella relazione sanitaria trasmessa al Gip si sostiene che il ragazzo "sta bene".

Venezia: detenuto si uccise in isolamento; a processo 6 agenti, l'udienza slitta ad ottobre
Il Gazzettino, 5 luglio 2013

Slitta ad ottobre l'udienza per l'inchiesta sulla "cella delle punizioni" che sarebbe stata utilizzata, fino al 2009, nel carcere di Santa Maria Maggiore per i detenuti più critici. Lo ha stabilito il gip Comez alla luce del fatto che una delle sei guardie carcerarie, D.C., ha deciso di puntare all'abbreviato. A questo punto l'udienza, che riguarda anche altri cinque agenti per i quali il pm Michelozzi chiede il rinvio a giudizio, è stata fissata al 10 ottobre.

La posizione più critica riguarda due indagati (oltre a D.C. c'è S.D.L.) accusati di omicidio colposo in relazione al suicidio del giovane marocchino Cherib Debibyau, avvenuto nel marzo del 2009. Secondo il pm Michelozzi i due non avrebbero usato alcuna misura di sorveglianza per il detenuto che era già stato salvato da un precedente tentativo di togliersi la vita.

La "cella delle punizioni", così era chiamata, non era in grado di ospitare detenuti, era buia e fredda. Gli altri quattro appartenenti della polizia penitenziaria hanno una posizione più lieve essendo accusati del reato di abuso di autorità contro arrestati e detenuti in relazione ai casi in cui avrebbero utilizzato quella cella per finalità "punitiva". Al processo era presente anche Eddy Karim (parte civile con l'avvocato Marco Zanchi) che negli anni di carcerazione, tra Ascoli, Verona, Venezia e Trieste, ha sempre lottato contro le condizioni di degrado nelle quali sono costretti a vivere i detenuti. Ieri dieci giovani (che hanno sottolineato di essere stati allontanati dai carabinieri) hanno effettuato un volantinaggio nelle vicinanze del Tribunale a sostegno della lotta avviata in questi anni da Karim, che è anche testimone dell'accaduto, e contro il sistema carcerario.

Detenuto suicida in isolamento, agenti di polizia sotto accusa (Venezia Today)

Saranno l'ex comandante della Penitenziaria e altri 5 tra ispettori e sovrintendenti a dover rispondere di omicidio colposo e abuso di autorità dopo la morte di un 28enne marocchino.

Per ora si tratta di un'accusa, che, tuttavia, fa pensare e rabbrivire. Detenuti rinchiusi in cella di punizione senza acqua, luce e riscaldamento, ma anche senza un letto, una sedia, nemmeno un materasso a terra. A provare la terribile esperienza, sarebbero stati i prigionieri con comportamenti e atteggiamenti rissosi, "devianti e conflittuali". In quella cella, la numero 408, sarebbe morto suicida un 28enne marocchino, impiccatosi il 5 marzo del 2009. Questo almeno quello che riporta la Procura di Venezia, che sta indagando l'ex comandante della polizia penitenziaria e altri 5 dirigenti.

Due di loro sono accusati di omicidio colposo e abuso di autorità mentre gli altri "solo" di quest'ultimo reato. Secondo le ipotesi del pm, che poi dovranno reggere durante il processo, il 28enne, dopo aver tentato il suicidio nella sua cella, era stato messo in quella "punitiva". Lì sarebbe resistito 62 ore in isolamento completo, prima di fare a strisce la coperta e impiccarsi, legandosi alla maniglia della finestrella. Per il magistrato dell'accusa l'ex comandante avrebbe disposto, erroneamente, la detenzione della vittima considerata "a rischio" senza sorveglianza. Le esperienze di altri detenuti sono poi finite in aula sul banco dell'accusa. Almeno cinque, come riporta la Nuova. In udienza preliminare il processo è stato rinviato al 10 ottobre prossimo.

Napoli: ancora un suicidio in carcere, detenuto 40enne si impicca in cella

Ansa, 4 luglio 2013

Un detenuto si è suicidato ieri sera nel carcere di Secondigliano, a Napoli. L'uomo si è impiccato nella cella mentre era da solo. A scoprire il cadavere sono stati gli agenti della polizia penitenziaria in servizio dell'istituto di pena. A dare la notizia il garante per i diritti dei detenuti della Campania, Adriana Tocco. Il suicida, un tunisino 40enne, stava scontando una condanna legata alla droga e non era in un reparto di alta sicurezza. La notizia getta ancora una volta una triste ombra sulla realtà delle carceri campane e italiane, come denuncia il sindacato autonomo di polizia penitenziaria, Sappe, tramite il segretario nazionale Emilio Fattorello: "Si tratta della quinta morte all'interno delle carceri campane in pochissimo tempo (quattro suicidi e una morte per cause naturali ndr). Da tempo registriamo la completa invivibilità delle carceri in Italia e in Campania. I suicidi sono un campanello d'allarme che dimostrano il drammatico momento che vive il sistema penitenziario. La cosa impressionante - spiega Fattorello - è che anche un suicidio, un evento drammatico, diventa un numero, un dato statistico. Come Sappe siamo sicuri che lo svuota carceri non svuoterà le celle: stando ai nostri dati, infatti, solo il dieci per cento dei detenuti fruirà del provvedimento".

AltraCittà
www.altravetrina.it

Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione
Penitenziaria



Quaderni ISSP

Numero 11

Riforma della sanità penitenziaria

Evoluzione della tutela della salute in carcere

Istituto Superiore di Studi Penitenziari

Dicembre 2012

AltraCittà
www.altravetrina.it

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

INDICE

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

AltraCittà
www.altravetrina.it

Presentazione

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

UNA RIFORMA IN CERCA DI SE STESSA

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

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

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

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

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

La riforma della sanità penitenziaria: Problemi e percorsi possibili

a cura di Carmelo Cantone - Provveditore regionale della Toscana

IL DETENUTO, LA MALATTIA, IL CARCERE

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

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

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

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

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

Si aggiungono una serie di variabili fondamentali.

La condizione

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

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

I luoghi

Il luogo carcere (che molti si ostinano a qualificare come “non-luogo”, e quindi privo di una sua forza identitaria) con il richiamo alla sua consistenza fisica inserisce diversi elementi di riflessione. Per quanto felicemente provocatoria è ancora oggi efficace l’immagine di Gonin¹ quando paragona il carcere nei suoi percorsi ad un enorme tubo digerente che ingloba le persone.

Nei suoi spazi, storicamente, il luogo carcere marca una serie di problemi importanti: il frequente divario tra l’ampiezza e il vuoto degli spazi di transito (atrii, corridoi) e gli ambienti dove vive il detenuto per una buona parte della giornata. Nel caso dei vecchi istituti questa cattiva gestione degli spazi è conseguente alla funzione che la pena detentiva ha svolto nel nostro paese dall’unità d’Italia in poi; nel caso di alcuni nuovi complessi è conseguente a scelte sbagliate ed alla mancanza di una “cultura” penitenziaria soprattutto nelle progettazioni immediatamente successive ai cc.dd. “anni di piombo”, quando le istanze securitarie non sono state armonizzate con un ragionamento calibrato su quello che l’istituzione penitenziaria si è sforzata di essere negli ultimi decenni².

La “fisicità” del luogo (porte, cancelli, finestre, sbarre, corridoi, cortili, docce, cucine, sale colloqui) è connessa ad una serie di trasformazioni e di adattamenti che insistono sul corpo del detenuto, sui suoi sensi già dai primi momenti di detenzione: senso di vertigine, anestesia dell’olfatto, limitazione dello sguardo, riduzione della vista³

Le relazioni

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

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

¹ D. Gonin, *Il Corpo incarcerato*, Torino 1994

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

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

Vivere in carcere, curare una malattia in carcere

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

La malattia è stata definita "uno stato di diminuita efficienza ancora compatibile con la vita"⁴.

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

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

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

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

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

Ma c'è di più.

Quello che Foucault definiva "lo strano carattere dello sguardo medico"⁵ viene sovvertito dalla presenza ingombrante del contesto carcere nella relazione che esiste tra medico e paziente detenuto.

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

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

⁵ Foucault M., *Nascita della clinica*, p. 22, Torino 1975

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

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

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

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

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

Non si può comprendere appieno la delicatezza della gestione della sanità

⁶ V. Foucault, *Nascita della clinica*, cit., p. 30

⁷ Foucault, cit., p. 31

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

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

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

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

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

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

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

Perché il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale?

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

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

Innanzitutto sulla specificità professionale del medico penitenziario e sulla validità, pertanto, di una medicina penitenziaria che richiedeva studi di settore, un rapporto stretto con il mondo della ricerca criminologica ed in particolare della psicopatologia forense. Ma di più si è insistito su un expertise del medico penitenziario che solo attraverso anni di lavoro all’interno del carcere può legittimarsi come interlocutore autorevole⁸.

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

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

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

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

Non è casuale che in questa circolare, accanto al richiamo alle esigenze di tutela della salute della persona, si enfatizzino esigenze di carattere custodialistico⁹.

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

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

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

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

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

di direttive di carattere tecnico e amministrativo molto dettagliati.

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

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

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

Questo passaggio era fondamentale, ma interveniva dopo che tra gli anni ’80 e gli anni ’90 le unità sanitarie locali avevano stipulato (non dappertutto in verità) gli accordi previsti prima dalle intese Stato-Regioni e poi dall’art. 96 c. 3 T.U. n. 309/1990. Ciò che si è evoluto nell’ultimo decennio è il completamento della presa in carico terapeutica, poiché il SERT viene chiamato anche alla gestione primaria della cura del paziente tossicodipendente¹⁰.

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

Prevenzione, trattamento tossicodipendenze ed alla fine “trasferimento al

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

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

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

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

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

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

Proviamo in sintesi a raccogliere i principi costituzionali e quelli delle Regole Penitenziarie Europee¹¹.

Se ne ricava il seguente quadro:

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

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

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

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

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

Noi e loro

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

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

Da coloro che avevano avanzato riserve negli anni passati sul trasferimento della sanità penitenziaria¹² era stato evocato il rischio di una conflittualità permanente tra i responsabili delle AA.SS.LL., che avrebbero espresso una nuova governance sanitaria e i referenti dell'Amministrazione Penitenziaria, soprattutto a livello periferico. Si sosteneva che sganciare la macchina sanitaria penitenziaria dal rapporto gerarchico con il direttore dell'istituto avrebbe messo in risalto le arretratezze che il sistema penitenziario scontava e dalle quali il settore sanitario avrebbe dovuto smarcarsi per rispondere agli standard prescritti dal SSN.

Contemporaneamente si sviluppavano le riserve sul riferimento alla sanità nazionale quale modello di intervento idoneo ad assorbire la questione dell'innalzamento della qualità della risposta sanitaria negli istituti di pena¹³.

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

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

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

¹² V. Andreano R., *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri. Profili normativi e sociologici*, in www.altrodiritto.unifi.it

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

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

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

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

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

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

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

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

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

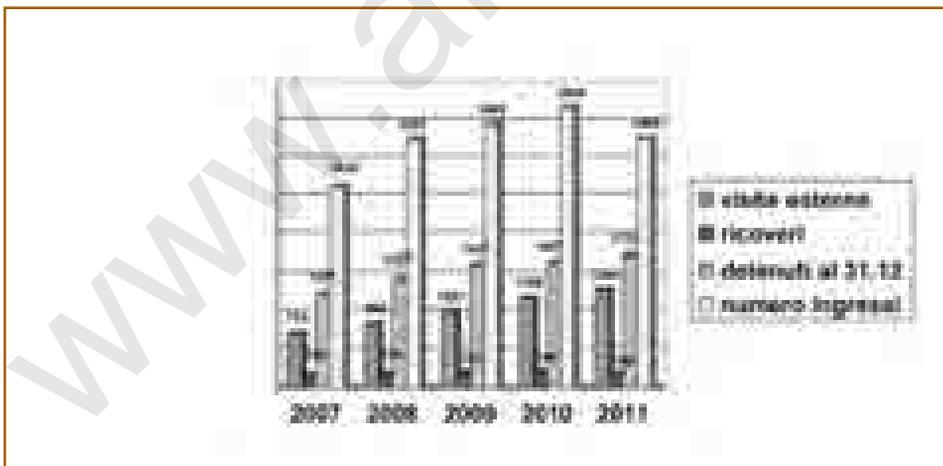
A volte nelle verifiche con il personale medico accade che il contrasto sul rapporto sicurezza/sanità richiama il rischio della perdita della vita o di menomazione permanente, quasi che solo tali rischi costituiscano il punto di sintesi che elimina ogni conflitto tra tutela della salute e sicurezza.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

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

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

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

Tav. 1



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

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

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

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

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

Sarebbe interessante, anche a livello nazionale, rilevare come altre emergenze, quali in particolare la carenza di personale di polizia penitenziaria, portano in sofferenza la gestione dell'istituto, invece un elemento di novità esterno, ma variabile indipendente, come la visita ospedaliera che richiede una scorta, viene visto quale causa anziché effetto di un altro disagio¹⁴.

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

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

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

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

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

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

Bisognerà comprendere a mio avviso, prima o poi, che all'esistenza giuridica di due organizzazioni si deve sovrapporre, un sistema penitenziario che si arricchisce e non si deprime grazie alla multiprofessionalità, che ha la capacità di guardare al bene dell'individuo all'interno di un quadro complesso dove sono in gioco altri fattori come il trattamento penitenziario, la sicurezza e l'immagine che di sé trasmettono le istituzioni alla comunità esterna. Su questa criticità il mondo penitenziario è in compagnia delle altre istituzioni pubbliche¹⁷

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

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

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

Organizzazione e gestione. La prevenzione

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

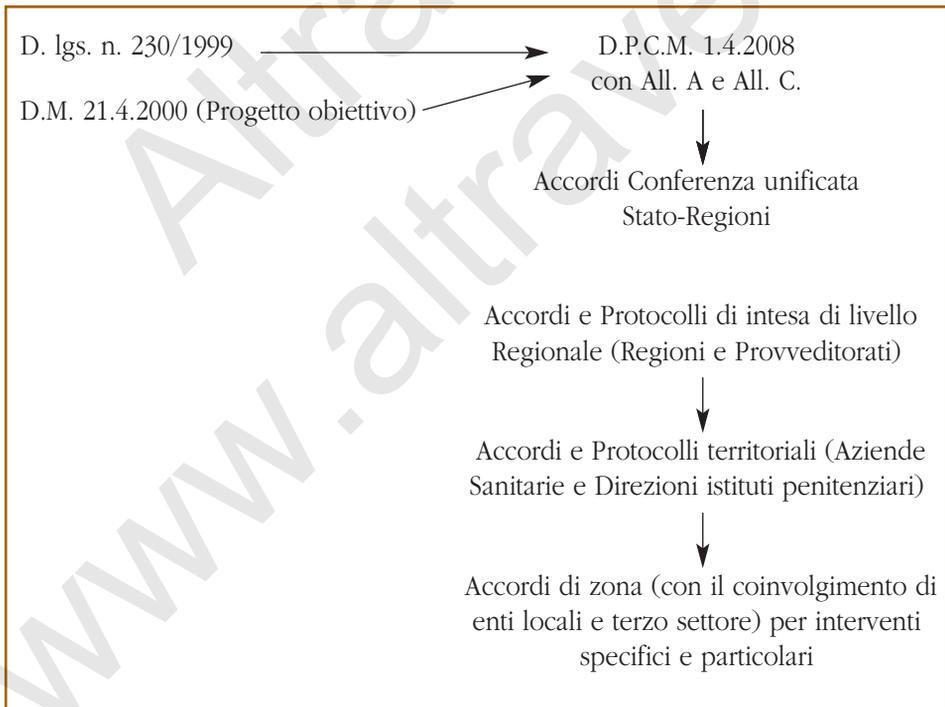
- Quali scelte si devono fare in termini di politica sanitaria
- Quali attori devono essere messi in campo
- Quali competenze si vogliono fare interagire

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

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

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

Tav. 2



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Organizzazione e gestione. La cura

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

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

Su questa traiettoria non è un caso che si registri una sostanziale condivisione da parte della categoria medica¹⁹.

Cerchiamo di sviluppare alcune considerazioni sui due primi settori.

• Accoglienza

Si è sviluppata sempre di più in questi ultimi anni la comprensione che per erogare i livelli essenziali di assistenza è necessario creare attenzione e posizionare risorse sul momento del primo ingresso in istituto. Qui emergono due bisogni: la necessità di conoscenza della persona per avviare un percorso di assistenza sanitaria; la necessità di intercettare subito le situazioni a rischio²⁰.

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

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

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

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

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

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

- Qualità delle prestazioni specialistiche

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

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

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

In questo senso l'Accordo della Conferenza Unificata del 26.11.2009²¹ sottolinea che "l'evento patologico acuto non può essere trattato all'interno delle strutture detentive, se non di lieve entità..... in particolare la terapia chirurgica in regime ordinario non è attuabile all'interno del sistema penitenziario, soprattutto in relazione alle procedure anestesologiche in narcosi o assimilabili". Ma si prevede anche che "devono piuttosto essere potenziate le possibilità di chirurgia ambulatoriale e di day-surgery..... le patologie c.d. "croniche" devono trovare adeguato spazio di cura anche in ambito detentivo".

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

²¹ *Publicato in G.U. del 04.01.2010.*

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

Le competenze

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

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

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

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

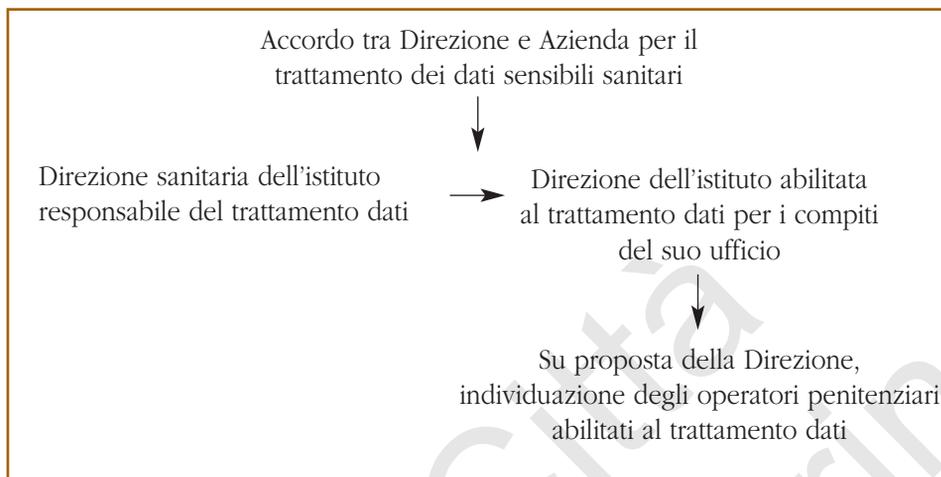
In sostanza la riforma ha valorizzato il momento del confronto e delle intese tra le due parti.

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

In materia si dovrebbe pervenire ad un processo di questo tipo

²² V. p. 3 dell'Accordo Stato-Regioni citato

Tav. 3



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

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

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

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

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

Ma questi micro-conflitti, così come tutto lo sviluppo della collaborazione interistituzionale a livello locale, devono trovare il loro interlocutore più efficace nell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, costituito a livello regionale²⁴.

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

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

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

- Il disagio psichico

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

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

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

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

Sotto questo aspetto dal 1999²⁵ in poi l'Amministrazione Penitenziaria aveva scelto di potenziare il servizio di psichiatria negli istituti, facendolo caratterizzare negli istituti medio-grandi con l'intervento giornaliero e non più settimanale. Vi è stata una virata a favore di un apporto del consulente psichiatra all'équipe dell'osservazione, perché il disturbo comportamentale, ma più genericamente il disagio psichico, veniva visto non solo come necessitante di una terapia medica, ma anche come un elemento di ostacolo al percorso di rielaborazione del condannato.

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

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

²⁵ V. *lett.circ. del D.A.P. n. 577373 del 03.06.1999*

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

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

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

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

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

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

come socialmente psichici, il secondo, capitanato dai protagonisti dell'an-tipsichiatria italiana²⁶, contesta che in questo modo si smantella l'O.P.G. per ricreare tanti piccoli manicomi più puliti e più umani.

In questa direzione la dicotomia non dovrebbe essere tra OPG e strutture sanitarie comunque chiuse, ma tra sussistenza della pericolosità sociale o meno²⁷; si è pericolosi socialmente perché si delinque, non perché si è disturbati²⁸.

A distanza di anni si ripropongono le contraddizioni che emersero quando, a fronte dell'entrata in vigore della L. n. 180/1978, che aboliva il manicomio civile vi era un sistema penale che prevedeva la misura di sicurezza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, poiché "a ogni istituzione corrisponde la propria ideologia di competenza (medica, custodialistica, punitiva, pedagogica etc.) e il proprio contesto (malati, internati, carcerati, scolari etc.)", con la conseguenza che la specificità per cui l'individuo viene istituzionalizzato viene trasferita in una realtà artificiale²⁹.

Chissà se nelle strutture sanitarie che si occuperanno di questi soggetti dal 30 marzo 2013 si riproporranno crudamente le due soluzioni possibili che aveva la vecchia istituzione manicomiale: la riabilitazione forzata o l'abitudine al luogo che dovrà essere la loro casa³⁰, a dispetto degli obiettivi che oggi si è dato il legislatore.

I reparti di degenza ospedaliera riservati ai detenuti

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

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

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

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

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

²⁸ V. ancora Rotelli F. cit. e Giannichedda M.G. – Il Manifesto 17.02.2012.

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

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

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

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

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

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

Tav. 4

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

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

Da alcuni è stata paventata la possibilità³¹ che in questo tipo di struttura si possa ricreare un approccio più marcatamente securitario, con il corrispondente sacrificio delle esigenze di cura, poiché la gestione degli spazi da parte della Polizia Penitenziaria condizionerebbe, anche in modo latente, l'attività medica, anche nel rapporto con il paziente detenuto.

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

Ne suggeriamo alcuni:

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

Per la cura di quest'ultimo indicatore bisogna coltivare l'uso di periodici momenti di formazione congiunta³²

Il rifiuto delle cure

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

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

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

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

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

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

Non è un caso che lo sforzo di analisi della dottrina sulla materia non ha portato a risultati risolutivi³³.

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

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

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

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

Su questo sono state sviluppate due possibili letture in combinato disposto di norme che possono condurre ad ammettere la sottoposizione della persona a trattamento sanitario di nutrizione, anche coattivo³⁴. La prima, come è noto, è basata sull’applicazione del trattamento coattivo a carico di soggetti incapaci di intendere e volere ex art. 34 L. n. 833 del 1978, la seconda su un reticolo di norme con le quali vengono messi in risalto l’obbligo giuridico di impedire il cagionarsi di un evento (art. 40 c. 2 cod. pen.) e l’uso della forza fisica e di mezzi di coercizione da parte dell’Amministrazione Penitenziaria (art. 41 Ord. Pen.).

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

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

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

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

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

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

Queste brevi considerazioni, unitamente a tutto il dibattito sulla materia, aiutano a comprendere come mai più di un progetto di legge³⁶, che prevedeva l'applicazione dell'alimentazione forzata al detenuto digiunante *in imminente pericolo di vita*, sia caduto nel nulla. Ad evidenti profili di incostituzionalità per violazione del principio di uguaglianza (un detenuto e un cittadino libero in imminente pericolo di vita verrebbero trattati in modo diverso) si aggiunge la difficile circuitazione del concetto di imminente pericolo di vita.

Osservando la realtà penitenziaria complessiva, avvertiamo che oggi ci si muove nei vari distretti a macchia di leopardo: in alcune sedi è invalso l'uso della prima lettura da noi presentata piuttosto che la seconda. In altri contesti è stato fortemente richiamato l'art. 53 del codice di deontologia medica, laddove si legittima il rifiuto volontario di nutrirsi ed il divieto per il medico di assumere iniziative costringitive³⁷.

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

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

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

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

La storia del Forum nazionale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lo stato dell'attuazione della riforma

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prospettive

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

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

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

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

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

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

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

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

In questo quadro, già complesso, si inserisce il faticoso passaggio previsto dall'allegato C del DPCM 1 aprile 2008, che prevede il superamento degli OPG. La posizione del Forum Nazionale da sempre è stata quella del "graduale ma irreversibile superamento", senza "se" e senza "ma". Per fare questo è però indispensabile che le ASL diano avvio ad un complesso programma specifico per ogni internato in OPG, che consenta di elaborare un progetto terapeutico individuale, al fine di favorire la definitiva presa in carico del paziente. Ad oltre 4 anni dall'approvazione del DPCM e del relativo allegato C non è più accettabile che vi siano ancora oggi pazienti sottoposti a misura di sicurezza provvisoria non tanto per la persistente loro pericolosità sociale, quanto piuttosto per l'assenza di soluzioni idonee nei territori. Bisogna comunque sottolineare che grazie alle pressioni della politica, al forte messaggio del Capo dello Stato, della commissione straordinaria del Senato sugli errori sanitari, l'opinione pubblica ha avuto modo di conoscere il drammatico mondo degli internati e dei malati in OPG.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a cura di Francesca Acerra – vicecommissario di polizia penitenziaria

abstract

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

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

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

* * *

Quadro normativo

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

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

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

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

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

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

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

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

Case di lavoro e colonie agricole.

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

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

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

Tipologie di internati e problematiche concernenti la gestione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il ruolo del lavoro.

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

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

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

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

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

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

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

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

E' dalla fine del 2008 che il numero degli internati nelle case di lavoro e colonie agricole è andato progressivamente aumentando e ha raggiunto, complessivamente, le 374 unità¹, così come chiarito in altra parte del presente lavoro.

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

Nell'istituto di Sulmona, ove come abbiamo già detto, il numero degli internati è più alto, sono state sviluppate anche lavorazioni di falegnameria, serigrafia, calzoleria e sartoria. Nella falegnameria vengono prodotti, in particolare, arredi per le camere detentive, nella serigrafia è avviata una produzione di bandiere, nella calzoleria vengono realizzate scarpe per i detenuti, e nel laboratorio di sartoria camici per detenuti e personale medico ed infermieristico².

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

¹ VDAI, Dati rilevazione presenze internati, febbraio 2011.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Proposta di abrogazione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ulteriore innovazione della legge è contenuta nell'art. 11, comma 1, in cui si dispone che ogni istituto carcerario, oltre ad un servizio medico generale, possa contare sull'opera di almeno uno specialista in psichiatria: tale previsione ha prodotto sull'O.P.G. l'effetto di un notevole sfoltimento della popolazione di detenuti inviati in osservazione psichiatrica⁴.

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

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

Fin dagli inizi degli anni Sessanta il movimento culturale cosiddetto “antipsichiatrico”⁵, capeggiato da Franco Basaglia⁶ iniziò un percorso di rinnovamento che, passando per la costituzione della prima comunità terapeutica, si pose l’obiettivo di scardinare l’istituzione psichiatrica, intesa come scienza medica, ma soprattutto come strumento di controllo sociale, e sfociò con la Legge 180 del 1978.

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

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

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

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

⁵ Sostanzialmente l’ideologia antipsichiatrica si basava sui seguenti principi:

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

⁶ BASAGLIA, *L’istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1968, p. 6 e ss.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gli internati in OPG e le problematiche di gestione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Definitivo superamento degli OPG?

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

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

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

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

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

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

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

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

AltraCittà
www.altravetrina.it

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

a cura di De Angelis – vicecommissario di polizia penitenziaria

abstract

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

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

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

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

I soggetti con disturbi psichici, infatti, entrano più facilmente e rapidamente in conflitto con gli altri detenuti e sono solitamente emarginati o addirittura maltrattati; la loro particolare condizione mentale li rende soggetti a rischio di gesti auto e/o etero aggressivi, specie in situazioni di sovraffollamento. A ciò si aggiunga, che la significativa presenza di detenuti con disturbi di personalità crea non poche difficoltà d'intervento da parte degli operatori a causa della possibile frequenza dei loro comportamenti aggressivi, polemici, ricattatori, o comunque volti ad ottenere una continua, pretesa assistenza¹.

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

la difficoltà del giudice nella sua qualità di *peritus peritorum* di stabilire quando una patologia (compreso il disturbo di personalità) abbia rilevanza tale da escludere o grandemente scemare la capacità di intendere e di volere del reo, dovendo egli confrontarsi, molto spesso, con valutazioni di infermità piuttosto sfuggenti e difficilmente percepibili²;

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

Le istanze di difesa e di prevenzione sociale che, proprio in tema di compatibilità tra infermità e stato di detenzione, molto spesso finiscono per scontrarsi con l'altrettanto fondamentale diritto alla salute del detenuto. La pena, in particolare detentiva, viene, infatti, concepita come un sistema che realizza (provvisoriamente o definitivamente) una condizione in cui il reo non può minacciare (ancora) la società³. La sanzione penale viene spesso considerata come l'espressione del controllo sociale sulle condotte devianti, ma parlare di devianza significa anche aprire le porte al disturbo menta-

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

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

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

le ed all'indesiderabilità sociale. Il controllo sociale diviene così un "border control", un controllo di confini, il cui scopo non è l'integrazione dei devianti, ma la loro esclusione. Una volta tracciato il confine dell'esclusione, la pena può assumere una forma qualsiasi, purchè non sia finalizzata ad immettere nuovamente nel "gioco" coloro che ne sono usciti⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A tali categorie di ristretti bisogna, peraltro, aggiungere:

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

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

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

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

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

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

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

Gli istituti possono, così, avvalersi di un gruppo di professionisti, da considerarsi parte integrante di tutta l'istituzione penitenziaria, che collaborando con gli altri operatori, sia attraverso l'instaurazione di un vero e proprio rapporto terapeutico con il paziente, sia attraverso il monitoraggio continuo delle situazioni di disagio psichico direttamente all'interno delle sezioni, contribuiscono al successivo reinserimento sociale del ristretto⁸.

La svolta decisiva in tale ambito è, comunque, derivata dall'entrata in vigore del "Progetto Obiettivo per la Salute Mentale in ambito penitenziario", emanato in attuazione della riforma della medicina penitenziaria⁹, che sposta l'attenzione sull'evidenza secondo la quale, per parlare di servizio psichiatrico negli istituti di pena, è fondamentale mantenere una prospettiva di costante collaborazione con il territorio, che trova nei Dipartimenti di salute mentale la naturale rappresentazione.

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

In ogni caso, con il provvedimento in parola, si sottolinea ancora una volta la necessità di attivare forme di collaborazione con il territorio per affrontare i problemi della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con disturbi mentali, analogamente a quanto aveva previsto, per la psichiatria civile, la legge "180", così come recepita dalla legge n. 833 del 12 dicembre 1978.¹⁰

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

⁸ BRUNETTI C., ZICCONI M., *Diritto Penitenziario*, Edizioni Simone, 2010.

⁹ Si veda in proposito il d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230.

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

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

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

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

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

In considerazione della specificità e della complessità degli interventi in favore dei detenuti con disturbi mentali è, altresì, prevista l'istituzione di sezioni o reparti a custodia attenuata, in prossimità dell'infermeria, da destinare ai trattamenti terapeutico-riabilitativi, e all'osservazione ed accertamento delle infermità psichiche; in essi dovranno essere destinati gli imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva, che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in O.P.G. o in case di cura o custodia¹¹.

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

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

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

di totale incapacità di intendere e di volere.

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

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

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

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

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

dove la struttura o il servizio è ubicato¹³.”

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

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

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

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

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

¹³ Per quanto concerne i modelli organizzativi da adottare il provvedimento chiarisce:

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

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

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

locazione ed il trattamento dei soggetti nuovi giunti, soprattutto con riferimento alla malattia mentale e al rischio di suicidio¹⁵.

Da ultimo, va sottolineato l'impegno delle parti per consentire la continuità dei percorsi¹⁶ di cura e per proseguire nell'individuazione negli Istituti penitenziari di reparti a custodia attenuata, per il trattamento terapeutico riabilitativo dei soggetti con disturbi mentali.

I programmi di lavoro¹⁷, predisposti in sede di Conferenza Unificata, di attuazione delle Linee di indirizzo individuate dal più volte citato D.P.C.M. del 2008, hanno finito con il ridisegnare l'organizzazione dei reparti per minorati psichici e dei centri di osservazione psichiatrica, con il preciso intento di consentire l'esecuzione della pena o della custodia cautelare in regime intramurario ai detenuti e agli imputati affetti da patologie di lieve e media entità.

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

Si è di fatto inteso rafforzare la previsione normativa di cui all'art. 65 O.P. che prevede infatti l'assegnazione dei detenuti nelle sezioni in argomento, allorquando "per le loro condizioni" non possano trovare una risposta sanitaria adeguata ai loro bisogni negli istituti di pena ordinari¹⁸.

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

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

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

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

¹⁸ GREVI V., GIOSTRA G., DELLA CASA F. Ordinarmento penitenziario-Commento articolo per articolo, CEDAM, Padova, 2006.

detenuto non necessita più di particolari cure¹⁹.

Per quanto concerne, infine, i centri di osservazione psichiatrica occorre precisare che già dal 2004, in virtù di un progetto di intervento elaborato dall'Amministrazione penitenziaria²⁰, sono operativi alcuni reparti di osservazione psichiatrica presso gli istituti penitenziari ordinari, che hanno consentito tanto di migliorare l'assistenza sanitaria nei confronti dei malati mentali, rendendola più aderente al dettato costituzionale, quanto di armonizzare il principio della tutela della salute con quello della territorialità della pena, evitando, sia pur brevi, allontanamenti del detenuto dal proprio nucleo familiare che, in momenti di fragilità psichica, potrebbero risultare ancora più destabilizzanti.

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

Nel solco delle iniziative intraprese dall'Amministrazione centrale per la gestione dei soggetti multiproblematici in quanto categoria fortemente a rischio di gesti auto ed etero aggressivi si inserisce, altresì, la sostanziale riorganizzazione del Servizio Nuovi Giunti²¹ che nel 2007 è sostituito dal Servizio di Accoglienza per le persone provenienti dalla libertà, con una impostazione meno specialistica/psichiatrizzante²². Le linee operative deli-

¹⁹ BRUNETTI C., ZICCONI M., *Diritto Penitenziario*, Edizioni Simone, 2010.

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

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

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

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

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

informare le persone sulle regole che scandiscono la vita detentiva;

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

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

La maggiore sensibilità manifestata dall'Amministrazione penitenziaria si è, pertanto, concretizzata nell'istituzione di uno staff multidisciplinare di prima accoglienza, integrato da operatori del terzo settore²³, il quale ha il compito di individuare dei protocolli di intervento, in collaborazione con i servizi sanitari del territorio. Tale staff multidisciplinare deve altresì, effettuare delle riunioni periodiche per la definizione di interventi operativi o fattori utili ad un eventuale e successivo trattamento, a maggior ragione nei confronti dei detenuti il cui quadro personologico richiede un'attenzione particolare.

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

Di recente, con l'aggravarsi del disagio nelle carceri e l'aumento dei suicidi, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha di nuovo fornito indicazioni per rafforzare l'osservazione e l'ascolto dei detenuti, sia estendendo il servizio di accoglienza a qualsiasi altro detenuto o internato a rischio auto-eterolesivo o suicidiario²⁴, sia impegnando maggiormente nell'attività di ascolto il personale di Polizia penitenziaria, accanto a quello dell'area educativa e ai volontari, sia favorendo una maggiore presenza dei volontari e dei rappresentanti della comunità esterna anche in orari pomeridiani e serali. E' ribadito l'invito ad assicurare nel concreto l'esercizio di alcuni diritti come quello dei colloqui con i difensori ed a prestare attenzione ai

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

²⁴ *Lettera Circolare prot. n. GDAP-0434312 del 18.12.2009.*

momenti di affettività fra i detenuti ed i loro congiunti e familiari²⁵.

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

Ciò che si è inteso perseguire, in ragione di alcuni nodi critici che riguardano l'intero sistema, quali la riduzione delle risorse finanziarie a disposizione, o ancora, le problematiche correlate al completamento del difficile transito della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, è, dunque, l'individuazione di *“una nuova organizzazione del lavoro”*, che si radichi sul lavoro di gruppo per obiettivi in chiave progettuale e multidisciplinare, quale condizione indispensabile per *“migliorare il senso professionale e di responsabilità dei singoli operatori”*; condizione, questa, fondamentale al conseguimento degli obiettivi istituzionali, imperniati sulla sicurezza e sulla garanzia di idonei livelli di trattamento²⁶.

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

Preso atto, che la costante presenza del personale di polizia all'interno delle sezioni detentive rappresenta, una risorsa utilmente spendibile²⁷ e tale da assicurare ogni intervento di sostegno diretto ed immediato, la circolare *de quo* ha, infatti, inteso attribuire agli appartenenti al corpo l'ulteriore compito di soccorrere il detenuto in situazioni di imminente criticità, attraverso l'attivazione di dinamiche comunicative finalizzate alla individuazione delle problematiche specifiche e delle necessarie misure di urgenza da adottare. Tutto ciò nella consapevolezza che la creazione di un modello di carcere il più aderente possibile al dettato costituzionale, è condizionata dall'instaurazione di una

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

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

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

comunicazione significativa con i ristretti, in termini di “umana accoglienza”, che eviti la stigmatizzazione dei problemi e consenta di attivare le misure ritenute più idonee, secondo un principio di gradualità e di competenza²⁸.

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

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

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

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

A tal uopo, anche l’analisi e lo studio di casi pratici e dei canali comunicativi più appropriati da instaurare con tali soggetti, consentirebbero di migliorare l’osservazione consapevole e di sfruttare ai fini trattamentali le informazioni che la relazione che si instaura tra agente e detenuto può facilitare²⁹.

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

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

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

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

Osservazioni Conclusive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AltraCittà
www.altravetrina.it

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

a cura di Febea Fiori – vicecommissario di polizia penitenziaria

abstract

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

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

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

Premessa

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

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

Nello specifico ci si occuperà della categoria dei cd. minorati psichici (art. 111 del DPR n. 230/2000), ristretti che vanno distinti dagli internati in quanto considerati a tutti gli effetti detenuti che scontano la loro pena in sezioni ad essi riservate, generalmente in ospedali psichiatrici giudiziari¹, salvo l'eccezione costituita dalla Casa di Reclusione di Roma Rebibbia.

Le sezioni per minorati psichici

Come emerge dalla relazione del 2006 del Dap², il problema delle malattie psichiatriche dei soggetti ristretti riguarda una serie di soggetti, tra cui gli autori di reato riconosciuti non imputabili per vizio totale di mente, ma considerati socialmente pericolosi e pertanto internati negli ospedali psichiatrici

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

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

ci giudiziari, i soggetti autori di reato riconosciuti affetti da vizio parziale di mente che scontano prima la pena in istituti ordinari e successivamente vengono internati per l'esecuzione della misura di sicurezza, coloro che nonostante siano affetti da una malattia mentale essendo riconosciuti imputabili espiano una condanna definitiva a pena detentiva, ed ancora i soggetti che presentano disturbi mentali nei cui confronti non sia ancora concluso l'iter processuale e che sono sottoposti alla misura cautelare della custodia cautelare in carcere, anziché della custodia cautelare in luogo di cura³ ed infine i soggetti che presentano patologie psichiatriche insorte dopo il fatto costituente reato o dopo l'inizio dell'esecuzione della pena.

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

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

L'ordinamento penitenziario italiano ha previsto la creazione di istituti o sezioni speciali per infermi e minorati psichici, dove vengono assegnati gli imputati ed i condannati, ai quali nel corso della misura detentiva sopravviene una infermità psichica che non comporti, rispettivamente, l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine del ricovero in OPG o in case di cura e custodia⁴

³ *Ai sensi dell'art. 286 c.p.p.*

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

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

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

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

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

I provvedimenti dell'Amministrazione Penitenziaria

A questo punto è bene porre l'attenzione alle circolari ministeriali adottate dall'Amministrazione Penitenziaria a partire dagli anni Ottanta per fronteggiare l'esigenza di tutela della vita fisica e psichica dei detenuti e degli internati. Del resto, anche a livello comunitario la regola penitenziaria europea n. 39⁵ stabilisce che le autorità penitenziarie devono salvaguardare la salute dei detenuti affidati alla loro custodia, a questo fine pertanto, l'Amministrazione Penitenziaria dovrebbe sforzarsi di ridurre al minimo la portata delle conseguenze della detenzione sull'equilibrio mentale dei detenuti.

⁵ Regole penitenziarie europee adottate dal Consiglio d'Europa nel 1987.

In particolare, occorre ben considerare la circolare della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena del 1986⁶, relativa alla tutela della vita e della salute delle persone detenute, dove si richiamano esplicitamente gli operatori penitenziari a prestare la massima cura, attenzione e sensibilità, al fine di alleviare la sofferenza ed il disagio e per prevenire o impedire effetti negativi, nei confronti di quei detenuti che si dimostrano più deboli e fragili, con particolare riguardo quindi ai tossicodipendenti, ai malati di mente, ai giovanissimi, agli anziani, ovvero a coloro la cui salute fisica o psichica è esposta a particolare rischio o per i quali, alla privazione della libertà, sono inevitabilmente connesse conseguenze di maggiore sofferenza o particolarmente traumatiche o che sono più esposti ad eventuali intimidazioni, ricatti, prevaricazioni da parte di altri detenuti.

Di notevole importanza è anche la circolare della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena del 1988⁷, sempre relativa alla tutela della vita e della salute dei detenuti e degli internati, in cui emerge quale principio cardine e dovere primario e fondamentale dell'Amministrazione Penitenziaria quello di preservare e garantire la vita e la salute dei ristretti. Essa specifica che nell'ambito e nella attuazione puntuale della normativa vigente, il direttore e tutto il personale che opera negli istituti, in particolare i medici, gli psichiatri, gli esperti, gli infermieri, debbono impegnarsi con ogni scrupolo, attenzione e sollecitudine e con ogni mezzo possibile e consentito, per tutelare la vita e la salute dei detenuti e degli internati, sia sul piano della prevenzione, sia sul piano della cura. Ciò al fine di prevenire ed impedire atti di autolesionismo o di autoaggressione, così come qualunque tentativo di strumentalizzazione da parte degli stessi detenuti o internati, attraverso la simulazione di patologie fisiche o psichiche inesistenti o l'aggravamento di forme preesistenti, al fine di ottenere provvedimenti, benefici o comunque determinazioni non corrispondenti ai presupposti realmente dati.

Attenzione va rivolta poi alla circolare del 1990⁸ "Indirizzi e direttive per l'assistenza sanitaria penitenziaria", nella quale si afferma che il diritto alla salute deve essere ugualmente garantito ad ogni persona, sia essa in stato di libertà o di detenzione o comunque sottoposta a misura restrittiva della libertà personale, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione, precisando di seguito che l'esercizio di tale diritto assume particolare rilievo in ambito penitenziario in quanto trattasi di condizione ad alto rischio di salute. Viene

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

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

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

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

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

A tal riguardo è intervenuta nel 1999 un'altra circolare⁹, "Intervento psichiatrico negli istituti penitenziari – convenzioni professionali", la quale poneva l'esigenza di realizzare un servizio sanitario specialistico strutturato con caratteristiche di sufficiente autonomia rispetto al servizio medico generico, in grado di conoscere direttamente la popolazione detenuta, individuando le situazioni che richiedono l'intervento psichiatrico ed attuandolo con continuità, anche instaurando forme di collaborazione continua con i Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) cui possa fare riferimento la persona detenuta. Difatti, nell'ambiente penitenziario è spesso difficile rilevare situazioni di disagio psichico, ed anche manifeste espressioni di disturbo del comportamento o della personalità talvolta non sono diagnosticate come patologie psichiatriche, pertanto, il Dipartimento ha ritenuto utile ed opportuno che il medico psichiatra avesse la possibilità di contatti diretti con la popolazione detenuta, accedendo alle sezioni per avere l'occasione di una diretta osservazione delle eventuali manifestazioni di sofferenza. Di conseguenza, nella circolare viene specificato che questo modo di procedere, in rapporto diretto con i potenziali utenti del servizio medico psichiatrico, viene reso possibile tramite azioni coordinate del personale dell'area sanitaria, della area trattamentale e dell'area della sicurezza, che rendano più agevole la continuità dell'intervento del servizio psichiatrico nel contesto ambientale.

Per quanto attiene invece, il delicato momento dell'ingresso in istituto della persona imputata, condannata od internata, vista la sua portata traumatizzante, è importante tener conto e riportare le circolari, relative all'organizzazione e all'istituzione del Servizio nuovi giunti¹⁰. Si tratta, più precisamente, di un particolare servizio consistente in un presidio psicologico che si affianca, senza comunque sostituirli, alla prima visita medica generale¹¹ e al

⁹ Circolare Dap n. 577373 del 3 Giugno 1999.

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

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

colloquio di primo ingresso¹², affidato agli esperti ex art. 80 dell'ordinamento penitenziario e consistente, preliminarmente, in un colloquio con il nuovo giunto, da effettuarsi nello stesso giorno dell'ingresso, subito dopo la prima visita medica e comunque prima dell'assegnazione in sezione, diretto ad accertare, sulla base di parametri prestabiliti, il rischio che il soggetto possa compiere violenza su sé stesso o subire violenza da parte di altri detenuti.

Infine, con circolare del 2000¹³ il Dipartimento per tentare di arginare il perdurante fenomeno degli atti di autolesionismo ed i numerosi casi di suicidio, ha dettato delle linee operative per incentivare ogni sforzo possibile delle istituzioni e di tutti gli operatori al fine di ragionevolmente ridurre le condizioni di disagio e di difficile vivibilità che incidono sulla salute psico-fisica dei ristretti. In particolare, ha cura di sollecitare l'operatività del servizio specialistico di psichiatria, in merito al controllo di quei soggetti che, per situazioni oggettive o per intrinseca fragilità, possono classificarsi a rischio con una loro effettiva presa in carico sia da parte del personale di Polizia Penitenziaria, sia da parte degli altri operatori penitenziari.

PROFILI DI GESTIONE E OPERATIVITA'

Il detenuto psichiatrico

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

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

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

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

sociale, ed in quanto istituzione totalizzante¹⁴, finisce con la sua forza repressiva per attribuire l'identità deviante alla persona che così avrà ridotte possibilità di emanciparsi dallo stereotipo di detenuto – malato di mente, anche in ragione della sua maggiore vulnerabilità e carenza di risorse interne.

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

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

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

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

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

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

L'ingresso in istituto

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

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

È in riguardo di tali soggetti che la circolare del 2007¹⁵ del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ribadisce l'importanza dei collegamenti con il territorio, specificatamente con i Dipartimenti di salute mentale, per attivare le idonee risorse e favorire la presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali fino alla dimissione, prevedendo per chi ne necessita, l'individuazione delle strutture esterne di accoglienza. Per queste ragioni, ritiene indispensabile l'implementazione di accordi e di protocolli di intesa con le aziende sanitarie locali territorialmente competenti per garantire contatti e presa in carico del detenuto – malato, nonché continuità del trattamento terapeutico.

L'esperto psichiatra ex art. 80 o.p., che procede alla visita, ove lo ritenga opportuno dovrà formulare specifiche indicazioni relative alla sistemazione del detenuto in infermeria, in camera singola o in compagnia, oppure con assistenza particolare. Egli formulerà inoltre, indicazioni circa il trattamento terapeutico, ed eventualmente proprio per esigenze connesse al trattamento terapeutico potrà essere anche disposta da parte delle autorità competenti la sottoposizione a visto di controllo¹⁶ della corrispondenza. Lo psichiatra in questa sede potrà anche disporre la cd. grande sorveglianza o sorveglianza a vista¹⁷.

Gli altri momenti, sono il colloquio di primo ingresso, svolto dal direttore¹⁸ e la visita medica, che insieme al colloquio con l'esperto psichiatra devono essere strettamente coordinati e se possibile svolti in un unico contesto. In particolare, la visita di primo ingresso, di cui all'art. 11 O.P. assume la funzione di filtro, allo scopo di individuare precocemente la necessità degli interventi specialistici, nel caso in esame dello psichiatra, il quale provvede-

¹⁵ Circolare Dap. N. 181045 del 6 giugno 2007.

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

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

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

rà a sottoporre il soggetto a test di screening.

Gli esiti di tutti i succitati interventi, colloquio di primo ingresso, visita medica e colloquio con l'esperto psichiatra, devono essere valutati unitariamente, in quanto suggeriscono, impongono o condizionano decisioni o iniziative di competenza ed interesse, sia dell'area del trattamento, sia dell'area sanitaria, sia dell'area sicurezza, a partire dalla fondamentale e preliminare, delicatissima decisione della assegnazione del detenuto, in questo caso ad una determinata stanza della sezione per minorati psichici¹⁹.

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

Strumenti di gestione del detenuto minorato psichico

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

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

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

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

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

autolesionistico ed etero aggressivo, a tutela sia del soggetto minorato, sia degli altri detenuti, sia infine di tutti gli altri operatori penitenziari²⁰.

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

Particolare cura va prestata nell'eseguire le perquisizioni, in particolare quelle sulla persona, la cui previsione, ai sensi dell'art. 34 dell'ordinamento penitenziario, fa parte del legittimo regime carcerario. Esse sono effettuate per motivi di sicurezza, nel rispetto della personalità dei detenuti, al fine di garantire che i ristretti non si sottraggano all'espiazione della pena e che quest'ultima sia espiata in condizioni tali da garantire altresì la sicurezza ed incolumità personale degli stessi reclusi²¹.

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

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

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

sonale ed il patrimonio dei reclusi.

L'appropriata gestione dei reclusi minorati psichici riduce il rischio di gravi crisi, atti autolesionistici e tentativi di suicidio. In particolare, risulta arduo arginare la pericolosità del malato di mente che soggetto a fenomeni di acuzie e non avendo coscienza, non collabora e rifiuta le cure²².

Autolesionismo e rischio suicidio

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

Autolesionismo²³ e suicidio sono due fattori che costituiscono una spia, un sintomo molto preciso del disagio che il detenuto vive quotidianamente e di fronte ai quali gli operatori penitenziari devono porsi in ascolto e con atteggiamento di comprensione. Esiste a riguardo una forte correlazione tra propensione al suicidio e sovraffollamento, parola quest'ultima foriera di tanti mali del sistema carcerario, quali strutture fatiscenti, difficoltà di interazione tra Amministrazioni dello Stato, carenze di personale, come educatori, poliziotti penitenziari, psicologi, ed ancora di personale medico – sanitario e non ultimo, la promiscuità e la difficoltà di vivibilità che ne conseguono.

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

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

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

re dall'influenza della subcultura carceraria che tocca anche i minorati psichici, in cui la dimostrazione del disprezzo del dolore può contribuire alla conquista di un ruolo di leader nella sezione²⁴.

Anche il tentativo di suicidio è considerato sintomo di malattia psichica²⁵, lesivo della salute mentale del detenuto, quindi, tutte le volte in cui si verifica, viene disposta la visita psichiatrica urgente, come pure la visita con lo psicologo e l'educatore, che valgono quale supporto psicologico. Nel momento in cui si dovesse verificare una condotta auto lesiva, l'Amministrazione pone in atto due interventi, quello teso a garantire che sia prestata un'adeguata assistenza medica, e contestualmente quello teso ad intervenire coercitivamente, applicando i principi generali dell'ordinamento giuridico, ponendo fine alla condotta auto lesiva, con le forme e i modi previsti e consentiti dall'ordinamento penitenziario ai sensi dell'art. 41 O.P. allo scopo di ripristinare le condizioni di ordinaria convivenza nel seno della popolazione detenuta, e comunque secondo un prudente rapporto di mezzi a fine, e sempre sotto il controllo delle competenti autorità.

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

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

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

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

Strumenti di trattamento

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

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

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

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

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

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

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

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

Occorre quindi, operare attraverso una sapiente lettura dei bisogni dei detenuti con malattia mentale per poter individuare progetti educativi capaci di attivare le risorse interne di questi soggetti, che sappiamo essere molto vulnerabili e fragili, magari muovendosi nell'ambito della loro quotidianità, intervenendo per migliorarla e renderla più significativa e gratificante. Gli interventi debbono essere caratterizzati da alcuni principi di base, innanzitutto devono essere selezionate le persone che dovranno partecipare al programma riabilitativo scegliendole tra quelle a basso rischio di atti violenti, deve trattarsi poi di persone motivate, ed infine il programma deve adattarsi, come già detto, ai bisogni delle persone. Di conseguenza, va formato il personale di sezione affinché sia in grado di partecipare al lavoro secondo un approccio comunitario²⁷ finalizzato alla risocializzazione del minorenne psichico.

È chiaro, quindi, che gli strumenti da adottare devono andare ben oltre l'uso del farmaco, infatti, è insufficiente, in casi di crisi o emergenza, la risposta del solo consulente psichiatra che interpellato sull'urgenza interviene somministrando lo psico – farmaco²⁸, lasciando poi agli altri operatori, come quelli appartenenti all'area trattamentale e sicurezza, il compito di seguire il soggetto.

Non va dimenticato che il ricorso all'uso dei mezzi di contenzione²⁹ in ipotesi di soggetto vittima di comportamenti scompensati dal punto di vista neuropsichiatrico è consentito come *extrema ratio*, quando vi sia un concreto pericolo per l'incolumità personale sia del detenuto che delle altre persone

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

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

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

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

Da un punto di vista giuridico questa forma di coercizione, che in astratto potrebbe dar luogo a reati, può essere giustificata dall'art. 54 c.p., che disciplina lo stato di necessità³⁰. Nel caso in cui il paziente abbia tenuto comportamenti etero-aggressivi potrà valere anche la scriminante della legittima difesa. In genere, ma non necessariamente, questi interventi coercitivi sul paziente avvengono nell'ambito del trattamento sanitario obbligatorio.

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

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

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

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

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

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

La persona con disagio psichiatrico ha diritto di godere degli spazi comuni e mantenere la possibilità di frequentare corsi scolastici ed essere ammessa al lavoro³¹, compatibilmente con le proprie capacità.

L'attività della Polizia Penitenziaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

AltraCittà
www.altravetrina.it

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

a cura di Stefania Grano – vicecommissario di polizia penitenziaria

abstract

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

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

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

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

- la revoca al termine della scadenza, data del riesame obbligatorio;
- la proroga se viene confermata la permanenza della pericolosità¹.

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

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

¹ Cfr. pagina web http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_3_5_4.wp

Problematiche operative e gestionali.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polizia Penitenziaria e Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Progetto REVAN.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Proposte di Legge.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a cura di Domenico Montauro – vicecommissario di polizia penitenziaria

abstract

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

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

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

* * *

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

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

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

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

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

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

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

Oggi si può affermare con tranquillità che la tutela della salute rivesta un ruolo di primaria importanza all'interno della società. Infatti, anche grazie alle organizzazioni sovranazionali, sono tutelate molte situazioni che in un recente passato costituivano palesi violazioni dei diritti umani fondamentali². Ma l'evoluzione storica è stata lenta.

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

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

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

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

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

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

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

Sarà ancora la cultura cristiana nel XVI secolo a cercare di attenuare lo sviluppo in Italia di questa tendenza promuovendo un trattamento ispirato al senso di pietà per i detenuti. Nel resto d'Europa, intanto, ancor più che in Italia, i trattamenti penitenziari erano attuati con ferocia e crudeltà³.

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

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

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

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

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

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

³ Soprattutto in Francia i trattamenti risultavano più cruenti nei confronti dei detenuti.

⁴ Cesare Beccaria, *Dei delitti e delle pene*.

detenuti, ma i problemi in tal senso restavano.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sanitarie a favore di chi versi in stato di indigenza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

esecutiva e accompagna, con tutte le ambiguità e le difficoltà insite nel reciproco rapporto, l'espletamento di tali funzioni. Sicurezza e trattamento sono da considerare, dunque, espressioni diverse della unica finalità della pena con valenza rieducativa.

La grande complessità del sistema penitenziario odierno, nel suo insieme e in rapporto ai suoi molteplici compiti, risiede anche in questa singolarità della funzione.

Cosa cambia con la riforma del 2008

A seguito del D.p.c.m. 1 aprile 2008, come visto, tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia minorile sono state trasferite al Servizio sanitario nazionale.

Le Regioni garantiscono l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende Sanitarie Locali nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento.

Dopo aver scelto di affrontare come argomento della tesi di fine corso "la riforma sanitaria del 2008" ho deciso di incontrare presso la casa circondariale di Regina Coeli il dirigente sanitario dell'istituto, dott. Franceschini, conosciuto durante il corso di formazione per vice commissario di Polizia Penitenziaria presso l'Istituto Superiore di Studi Penitenziari.

Avendo studiato principalmente la riforma dalle norme, avevo dei dubbi circa la sua effettiva valenza nella realtà. Per andare dritti al punto ho voluto subito porre la domanda: "Che cosa è cambiato, effettivamente, con la riforma del 2008?"

Innanzitutto - dice il dott. Franceschini - cambia la *mission*. Il passaggio dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute sposta le attenzioni e le priorità dalle esigenze di sicurezza alla tutela della salute e questo, a livello simbolico, o citando il dirigente sanitario, a livello *ideologico*, rappresenta una conquista che il D.p.c.m. 1 aprile 2008 compie. A livello tecnico cambia il riferimento decisionale. Se prima, per ogni decisione riguardante l'area sanitaria era la direzione dell'istituto a decidere (ad esempio per quanto riguarda l'acquisto di uno strumento), dalla riforma del 2008 in poi è l'ASP e, nello specifico per gli istituti penitenziari, la dirigenza sanitaria a dover decidere, andando oltre le funzioni esclusivamente propositive che investivano queste figure prima della riforma.

Il dott. Franceschini chiarisce anche come, col passaggio di competenze dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, cambino i rapporti tra la direzione dell'istituto e l'area sanitaria. Si perde ora una parte di quelle "influenze" che le direzioni comunque esercitavano sull'area sanitaria.

Un altro aspetto rilevante che subisce una sostanziale modifica riguarda il

rapporto di collaborazione dei medici presso il Ministero della Salute. L'art. 3 del D.p.c.m. 1 aprile del 2008 disciplina il trasferimento dei rapporti di lavoro. Nel trasferimento dei rapporti di lavoro cambia, tra le altre cose, il riferimento alla vecchia legge 740 del 1970 riguardo alle prestazioni lavorative rese all'interno degli istituti penitenziari. Tali prestazioni, al contrario di quanto avveniva in precedenza, erano compatibili con l'esercizio di prestazioni sanitarie all'esterno. Con il trasferimento dal Ministero della Giustizia questa possibilità, che era considerata come un incentivo per gli operatori sanitari impegnati negli istituti penitenziari, viene a cadere. Questa è considerata una svolta anche ai fini della gestione della salute dei detenuti in termini di qualità e di conseguenza della gestione della sicurezza e dell'ordine all'interno degli istituti penitenziari. Capitava, infatti non di rado, che l'attività professionale dei medici fosse residuale rispetto all'attività professionale esercitata all'esterno, più redditizia economicamente, con la conseguenza che veniva dedicato un tempo inadeguato alla gestione sanitaria degli istituti penitenziari, con ovvie ricadute sulla qualità del servizio.

Fin qui, anche grazie al contributo del dottor Franceschini, sono emerse principalmente accezioni positive rispetto all'attuazione della Riforma Sanitaria, ma questa, anche in virtù di un cambiamento così radicale ha fatto emergere diversi aspetti di rilievo critici nella quotidiana attuazione della Riforma.

Uno degli aspetti che hanno imposto un'immediata soluzione è stato l'esigenza di stabilizzare il personale che aveva un rapporto di lavoro con l'Amministrazione penitenziaria e che ora è passato alle dipendenze delle Asl.

Altro aspetto interessante da considerare è stata la gestione della salute dei detenuti nel contesto geografico e sociale italiano, in considerazione della competenza delle aziende sanitarie locali per la cura della salute dei detenuti.

Si è più volte ripetuto come la ratio ispiratrice della riforma penitenziaria fosse la parità di condizioni tra i cittadini liberi e i cittadini detenuti, entrambi allo stesso modo soggetti titolari del diritto alla salute, indipendentemente dalla condizione di restrizione.

A prima vista mi verrebbe da dire che dal punto di vista geografico è stata raggiunta una omogeneità nella disomogeneità.

In quest'anno di grandi festeggiamenti per i 150 anni dall'unità di Italia, almeno l'organizzazione della Sanità all'interno del nostro Paese, a seguito della modifica del titolo V della Costituzione, è quanto di più diversificato ci possa essere. E non voglio banalizzare il concetto riflettendo sulla classica distinzione nord – sud, che pure per alcuni aspetti resta evidente, basti pen-

sare che “tra tutte le segnalazioni che rientrano nella casistica della mobilità interregionale, il 56,8% riguarda coloro che si sono diretti al Nord per motivi di cura (a fronte del 2,7% di cittadini che, diretti al Nord per altri motivi, quali lavoro, studio, vacanza, etc., hanno poi dovuto interfacciarsi col sistema sanitario in essere nelle regioni del Nord); il 27% riguarda coloro che si sono diretti al Centro per motivi di cura (a fronte del 4,5% di cittadini che, diretti al Centro per altri motivi hanno poi dovuto interfacciarsi col sistema sanitario in essere nelle regioni del Centro); il 3,6% riguarda coloro che si sono diretti al Sud per motivi di cura (a fronte del 4,5% di cittadini che, diretti al Sud per altri motivi hanno poi dovuto interfacciarsi col sistema sanitario in essere nelle regioni del Sud)⁵..

Risulta facilmente intuibile, anche da questi dati come il livello qualitativo delle prestazioni sanitarie in Italia sia estremamente diverso anche in una stessa regione. Non di rado si evidenziano nella stessa regione centri di eccellenza e nelle vicinanze strutture carenti. E’ da ammettere, tuttavia, come ci siano regioni più attente di altre all’aspetto sanitario.

La sanità penitenziaria non costituisce un’eccezione al sistema nazionale⁶. La riforma del 2008 è stata attuata in modo disomogeneo a seconda delle attenzioni e delle risorse che le singole regioni hanno inteso destinare. Il periodo di crisi economica globale ricade anche su questo aspetto con le ovvie conseguenze del caso, ma anche secondo il dott. Franceschini, tranne per alcune eccezioni, e lui cita oltre al Lazio, la Toscana, il Piemonte e L’Emilia Romagna, le regioni italiane non hanno avuto voglia di investire su questa riforma.

Il dott. Francesco Ceraudo, direttore del Centro per la salute in carcere della Regione Toscana⁷, spiegando la partenza di un progetto pilota nella regione Toscana nel rispetto dei principi sanciti dalla riforma, spiega: “le difficoltà di far decollare la riforma sono da attribuire principalmente alle situazioni di disagio che si vivono all’interno degli istituti penitenziari per il grave sovrappollamento. Inoltre i problemi più evidenti provengono dalla mancata erogazione delle risorse economiche.

⁵ *Dati tratti da un rapporto Pit Salute del 2006 a cura di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, sui viaggi per motivi di salute effettuati in Italia e dall’Italia.*

⁶ *In tal senso anche il vice capo del D.A.P. Santi Consolo: “È vero che abbiamo una disparità che si accentua nell’ambito del territorio nazionale, perché l’assistenza è diversa in relazione anche alle capacità organizzative e amministrative di ciascuna regione. Addirittura, rileviamo diversità da Asl a Asl; ciò è grave, perché il diritto alla salute è di tutti, e trovarsi in un istituto allocato in una zona territoriale piuttosto che in un’altra accentua la difficoltà.” da Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali - seduta di Mercoledì 3 febbraio 2010.*

⁷ *Da un’intervista tratta da “Le Due Città” n. 10, anno XI dell’ottobre 2010*

Le risorse che il Servizio Sanitario Nazionale assegna alle regioni per la medicina penitenziaria - afferma il dott. Ceraudo - pervengono spesso in ritardo. Si è tuttora fermi alla distribuzione dei fondi del 2009. Ciò comporta il problema che le ASL hanno dovuto anticipare tutta la parte economica che riguarda il personale e l'approvvigionamento dei farmaci e quindi non tutte si sono sentite nella condizione di fare degli investimenti nella tecnologia o nel personale qualificato”.

Se è vero che la riforma sanitaria porta questa concezione nuova della tutela del diritto alla salute che coinvolge il detenuto in quanto cittadino e non in quanto detenuto, è anche vero, come visto che la tutela alla salute del detenuto presenta qualche differenza rispetto alla tutela della salute del cittadino, ancora di più a seconda della località geografica in cui il soggetto risulta ristretto.

Venendo ora alla parte che più mi coinvolge, ossia gli effetti che la riforma sanitaria produce in relazione all'area sicurezza, è da dire che anche in questo caso notevoli sono le modifiche cui ci troviamo ad assistere. Le uscite dei detenuti per motivi sanitari risultano aumentate in maniera esponenziale, sia in ragione della ratio della riforma e sia probabilmente anche per una dimestichezza minore dei medici ASP con l'ambiente penitenziario, i quali risultano più propensi di quanto lo fossero i medici penitenziari a proporre le uscite dei detenuti dall'istituto penitenziario per motivi sanitari. Preventivamente pare opportuno ricordare i compiti che anche alla luce del D.p.c.m. 1 aprile del 2008 la Polizia Penitenziaria è chiamata quotidianamente ad ottemperare.

Ritengo sia opportuno partire dalle funzioni che pressoché in quasi tutti gli istituti la Polizia Penitenziaria è chiamata a realizzare per permettere all'area sanitaria di garantire l'espletamento delle sue funzioni. Il D.p.c.m. 1 aprile 2008, continua a riservare al Ministero della Giustizia le competenze in materia di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie collocate negli istituti penitenziari e nell'ambito dei luoghi esterni di cura ove sono ricoverati detenuti o internati e già questo è indicativo del lavoro che costantemente la Polizia Penitenziaria si trova ad effettuare al fianco degli operatori sanitari che prestano servizio negli istituti penitenziari.

In particolare⁸:

- oltre a custodire le chiavi dell'infermeria, consentendo l'ingresso soltanto alle persone autorizzate ed a perquisire i detenuti che entrano o escono dall'infermeria, l'addetto al servizio di vigilanza nelle inferme-

⁸ Dal Regolamento di servizio del Corpo di polizia penitenziaria; D.P.R. 15 febbraio 1999 n. 82 che disciplina il servizio di vigilanza nelle infermerie..

rie, deve impedire l'introduzione di generi e oggetti non necessari al servizio o non prescritti dal sanitario.

- Registra i nomi dei detenuti che chiedono di essere visitati e riferisce al preposto ogni fatto che possa pregiudicare la sicurezza, l'igiene dei locali e la salute della persone, dovendo adottare eventuali provvedimenti in via d'urgenza per evitare o ridurre danni a cose o persone.
- Debbono essere adottate tutte le misure necessarie affinché i fascicoli sanitari e le cartelle cliniche relative ai detenuti e internati siano custodite con modalità tali da impedire, nel modo più assoluto, che tale documentazione sia accessibile a persone diverse da quelle che ne debbano prendere visione per ragione del loro ufficio.
- Si ricorda, che per i detenuti tossicodipendenti e alcol-dipendenti l'assistenza sanitaria è organizzata dai SER.T. (Servizio Tossicodipendenze) territorialmente competenti, i quali devono disporre di propri locali all'interno della struttura penitenziaria e pertanto devono essere informati della presenza di un soggetto con tali problematiche a norma dell'art. 23, co 3 R.E. I detenuti con tali patologie devono essere ristretti in apposite sezioni e il personale che vi opera deve essere scelto tra quelli che hanno fatto appositi corsi di formazione.

Quanto appena descritto riguarda i servizi che la Polizia Penitenziaria è tenuta a garantire giornalmente per assicurare che le prestazioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari vengano svolte in sicurezza per gli operatori sanitari e della collettività assicurando sempre l'ordine all'interno degli istituti penitenziari. È importante, allo stesso modo, sottolineare come pure nelle emergenze sanitarie di pronto soccorso i primi ad accorrere in ordine di tempo siano i poliziotti penitenziari, che dovranno con estrema tempestività avvertire gli operatori sanitari di servizio.

Mancano però nelle strutture penitenziarie servizi diagnostici costantemente disponibili nelle 24 ore (Radiologia, Laboratorio Analisi, Cardiologia ecc), e le possibilità operative in caso di urgenza, perciò, si basano prevalentemente sulle capacità personali di ogni operatore e sul supporto di minime attrezzature, non omogeneamente presenti in tutti gli Istituti. Il primo soccorso, quindi, termina spesso con un ricovero esterno di urgenza basato su di un sospetto diagnostico, nell'impossibilità di pervenire ad una diagnosi definitiva". A disciplinare il ricovero esterno è l'art. 11 della legge 354/75. Esso garantisce all'interno di ogni struttura penitenziaria la presenza di un servizio medico e farmaceutico, la disponibilità dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria. La ratio di questa norma è duplice: da un lato si vuole assicurare al detenuto ogni mezzo necessario per far fronte alle sue esigenze di salute; dall'altro, considerato che il carcere è un ambiente collettivo, è compito dell'Amministrazione tutelare anche gli interessi del grup-

po, predisponendo e imponendo un sistema di controlli sanitari sui detenuti. Per le cure e gli accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, è stabilito che i detenuti siano trasferiti in ospedali civili o altri luoghi esterni di cura.

In seguito alla Riforma del 2008 le uscite per motivi sanitari sono aumentate in maniera ingente.

In conclusione pare corretto affermare che la specificità del sistema penitenziario debba essere analizzata con molta attenzione, poiché essa trova i suoi effetti anche sul servizio sanitario. Non si può pensare che la sanità penitenziaria sia scevra da quelle peculiarità insite nel sistema penitenziario.

In particolare ora che a gestire la sanità penitenziaria non è più il Ministero della Giustizia, e nello specifico le direzioni degli istituti, bisogna stare attenti a non permettere che l'area sanitaria diventi uno spazio alieno dal contesto penitenziario.

Voglio proporre ora, parte di un documento⁹ prodotto dal Presidente dell'Amministrazione Penitenziaria Franco Ionta che rispecchia molto efficacemente le perplessità che ancora oggi parte dell'Amministrazione Penitenziaria nutre nei riguardi del passaggio dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute: *“... Sin dal mio insediamento ho registrato una forte preoccupazione del sistema penitenziario con riferimento alla sanità. Un detenuto deve essere infatti salvaguardato nella vita e nella salute, ovviamente. Ho registrato sin dall'inizio una sorta di preoccupazione riferita al passaggio dalla sanità penitenziaria alla sanità pubblica, per una serie di ragioni. Un primo motivo è che probabilmente, il medico penitenziario, avendo una presenza costante nell'ambiente penitenziario, si rende conto delle effettive necessità, della capacità di molti detenuti di strumentalizzare la propria posizione enfatizzando malattie e creando una serie di situazioni che un medico esperto dell'ambiente è in grado di gestire... Considero utile indicare il percorso logico che ho seguito per poi formulare l'osservazione finale su questo punto. Nella regione Toscana, orientativamente, nel primo semestre del 2009 sono state portate dai vari centri di detenzione agli ospedali 534 persone; nel secondo semestre del 2009 ne sono state portate 777, per un totale di circa 1.300. Questo significa che un medico dell'azienda sanitaria locale – non più un medico penitenziario - ha disposto la visita ospedaliera per circa 1.300 persone. A fronte di questo dato, ci sono stati circa 200 ricoveri. Quindi, sono uscite dalle varie carceri della Toscana 1.321 persone e ne sono tornate indietro più di 1.100, dal momento che ne sono state trattenute per ricovero solo 206. Questo significa o che il medico che ha visitato le persone detenute ha largheggia-*

⁹ Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali - seduta di Mercoledì 3 febbraio 2010.

to, oppure che la struttura sanitaria ha una forte resistenza al ricovero, cosa che mi sembra abbastanza improbabile.

Fornisco un dato che credo sia utile alla Commissione: la cosiddetta "traduzione" di detenuti significa prendere un furgone e portarli con una scorta dal carcere (per esempio Sollicciano) all'ospedale (di Firenze, ad esempio). Per compiere questa operazione soltanto in Toscana nel primo semestre del 2009 sono state utilizzate 1.570 unità di personale; nel secondo semestre, quando sono aumentate le basi di ricovero, ne sono state utilizzate 2.248, per un totale di circa 3.800 unità di personale. Si tratta di un dato che bisogna poi trasferire a livello nazionale. Abbiamo quindi impiegato, nella sola Toscana, circa 3.800 unità lavorative in un compito che poi si è ridotto, considerando il numero dei ricoveri ospedalieri effettivamente avvenuti, a circa il 15 per cento. Se avessimo portato non 1.321 persone, ma 300, avremmo avuto un risparmio di unità di Polizia penitenziaria addette a questo servizio dell'80-85 per cento. Anche questo va a incidere sul rapporto tra popolazione detenuta e Polizia penitenziaria addetta, perché se alcuni poliziotti devono lasciare l'istituto per accompagnare i detenuti in ambiente ospedaliero, evidentemente non possono svolgere il loro servizio nel carcere." Quanto esposto dal Presidente Ionta è un effetto importante che la riforma del 2008 ha prodotto in molti istituti e che può essere limato con la coordinazione tra aree e l'efficiente programmazione.

L'Amministrazione Penitenziaria ha perso in molte realtà quell'influenza "positiva" che permetteva di ponderare le uscite per motivi sanitari. È vero che sono ancora in vigore l'articolo 11 O.P. e l'art. 17 R.E., ma è davvero difficile che l'Autorità Giudiziaria, o, se chiamato in causa, il direttore non dispongano un'uscita per motivi sanitari quando proposta dal sanitario, e l'Amministrazione di questo appare seriamente preoccupata se chiarisce anche in una recentissima circolare che "deve essere chiaro che il passaggio delle competenze in materia di assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, sancito dal D.P.C.M 1 aprile 2008, non ha comportato in alcun modo una deminutio delle responsabilità delle Direzioni penitenziarie che, al contrario, debbono richiedere alle A.S.L. che i servizi offerti alla popolazione detenuta siano analoghi a quelli assicurati alla popolazione generale e comunque idonei a soddisfare le peculiari esigenze di una parte della società particolarmente debole, quale la comunità dei ristretti¹⁰."

Concludo citando un efficace esempio di collaborazione tra aree. Se è vero che nei ricoveri di urgenza ex artt. 11 O.P. e 17 R.E. c'è poco da fare, non è così per le visite programmate sul lungo periodo. Per queste uscite sarebbe molto utile un'organizzazione concordata dell'area sanitaria con l'area sicurezza. Mi è capitato di vedere molte situazioni di disagio causate dalla pes-

¹⁰ Circolare Direzione Generale Detenuti e Trattamento 0177644 del 26.04.2010

sima collaborazione tra aree. Risorse umane del N.T.P. spesso gestite male a causa di visite mediche non adeguatamente programmate. A tal proposito sono rimasto favorevolmente colpito da quanto creato nell'istituto romano C.C. di Regina Coeli. Di concorso con la direzione, l'area sicurezza e l'area sanitaria è stato predisposto l'Ordine di Servizio, n° 109 del 2/12/2010 che ha in calce la triplice firma del responsabile dell'Ufficio Matricola, del dirigente sanitario e del direttore ed ha per oggetto la "Programmazione efficiente delle prestazioni ambulatoriali richieste ai sensi dell'art.11 c.2 O.P.". In esso è indicata la possibilità di selezionare un codice (I, II, o III) nella modulistica per richiedere le prestazioni ambulatoriali. Tale codice detta alla Matricola Sanitaria i termini temporali (15, 30, o 40 giorni) per far eseguire le prestazioni sanitarie. In tale ordine di servizio, *"si dispone che il personale della Matricola Sanitaria proceda a sviluppare la programmazione mensile delle prestazioni sanitarie di cui necessitano i ristretti adottando soluzioni atte a renderne sempre più efficienti le modalità di prenotazione e ad incentivare anche un maggiore dinamismo, da parte del locale Uff. Pianificazioni, nell'organizzazione dei quotidiani servizi di "scorte e traduzioni"; l'Ufficio proseguirà a mantenere proporzionato il numero settimanale di appuntamenti in modo che il locale N.T.P. possa assicurarne l'espletamento con una media giornaliera di traduzioni pari a "4 pro die s.c.", che prevedano anche il contemporaneo soddisfacimento di più esigenze sanitarie, allorquando le rispettive prenotazioni siano state preventivamente concentrate presso un unico nosocomio, fino ad arrivare ad una quantità complessiva di 6 detenuti da tradurre"*. In conclusione mi sento di affermare che la riforma sanitaria presenta un'indubbia rivoluzione concettuale che va pienamente applicata a livello operativo, complice anche la giovane età e il fatto che le riforme nel nostro Paese hanno bisogno di tempi lunghi per consentire loro di realizzarsi completamente.

Il ruolo della Polizia Penitenziaria nella gestione del detenuto affetto da disturbi mentali

a cura di Grazia Salerno – vicecommissario di polizia penitenziaria

abstract

La garanzia della tutela della salute psico-fisica e sociale è basilare per qualsiasi attività di recupero e reinserimento sociale delle persone in stato di detenzione. Dopo avere inquadrato la tematica della salute all'interno della cornice normativa nazionale ed internazionale, l'autrice passa a descrivere le novità scaturite dalla riforma della Medicina Penitenziaria.

Si sofferma nella trattazione della tutela della salute mentale della popolazione carceraria citando l'attivazione di Reparti di osservazione psichiatrica negli Istituti Penitenziari la cui realizzazione, prevista in un apposito Piano Esecutivo d'Azione del DAP, ha voluto rappresentare concretamente una valida alternativa all'invio sistematico in OPG di casi per i periodi di osservazione psichiatrica.

La realizzazione di reparti per osservazione psichiatrica in ogni Provveditorato, è stata predisposta con il fine principale di armonizzare il principio della tutela della salute con quello della territorialità della pena evitando, allontanamenti del detenuto dal nucleo familiare che, proprio nei momenti di fragilità psichica, potrebbero risultare ancor più destabilizzanti.

L'autrice riporta come esempio di buone prassi il Progetto Sestante realizzato nella Casa Circondariale di Torino. La parte più innovativa del Progetto consiste nell'aver previsto la trasformazione di due distinte aree di detenzione dell'istituto nel Reparto di Osservazione e nel Reparto di Trattamento. Sono luoghi di osservazione permanente correlati ad una struttura di trattamento di tipo comunitario all'interno delle mura, in un regime di sorveglianza attenuata, in cui il gruppo di lavoro è costituito da personale di Polizia Penitenziaria e operatori di varie professionalità provenienti anche dal Dipartimento di Salute Mentale.

* * *

LA TUTELA DELLA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO

Il diritto alla salute del detenuto: la Costituzione e la normativa sovranazionale

Affrontare la tematica della tutela della salute, appare già di per sé un compito arduo per chiunque decida di accostarsi alla materia, pur costituendo un fondamentale ambito di interesse della società civile moderna. Parlare di salute ed intervento sanitario intracarcerario risulta ancora più complesso, sia perché la gran parte della normativa esistente non è ancora del tutto attuata, sia perché l'attenzione è posta spesso dall'opinione pubblica agli aspetti "patologici" del sistema, anziché all'analisi epistemologica ed eziologica dei fenomeni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità¹ definisce la salute come *"uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale"* che *"non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali in ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli"*.

La nostra Carta Costituzionale ha recepito a pieno i principi internazionali, rappresentanti tra l'altro il passaggio dello Stato da un intervento meramente assistenzialistico di fine secolo, ad una gestione della sanità con un preciso dovere di intervento in questo settore. L'art. 32 della Costituzione sancisce al primo comma che: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"*.

La giurisprudenza sostiene che il diritto alla salute va garantito a qualsiasi cittadino, anche se sottoposto a misure restrittive della libertà personale, nel rispetto dell'art.13 della Costituzione. La stessa Corte Costituzionale ha ritenuto che *"il diritto alla salute, così come garantito dalla Costituzione Italiana, è anche il diritto alla salute della persona detenuta"*, pur se la tutela affermata dal precetto costituzionale può incontrare limiti oggettivi sia nell'organizzazione dei servizi sanitari sia nelle esigenze di concomitante tutela di altri interessi².

La tutela della salute rapportata alla persona reclusa assume, inoltre, una valenza positiva in relazione all'art. 27, terzo comma della Costituzione per cui: *"Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato"*. Tale articolo, infatti, sancendo il principio della umanizzazione e della funzione rieducativa della sanzione penale, impone una concezione della pena non meramente retributiva e preventiva, ma attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile

¹ *Directive fondamentali stabilite dalla Conferenza internazionale della Sanità a New York nel 1946, riprese dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.*

² *V. Corte Costituzionale, sentenza n. 175/82.*

reinserimento sociale³. La condizione di benessere psico-fisico diviene, infatti, strumentale all'attività volta al recupero sociale dell'individuo e cioè al cosiddetto "trattamento".

La salute "incarcerata". Il quadro normativo penitenziario italiano.

Secondo Gonin⁴, per trattare le tematiche della salute in carcere, si ci deve occupare non solo dei "corpi" ma anche del "contesto in cui questi sono immersi", la salubrità degli ambienti, la quantità di spazio e luce. Il carcere non è solo un mero contesto, ma diventa parte fondante della relazione tra corpo e salute. Qualsiasi riflessione sul diritto alla salute, deve partire dal reale contraddittorio tra la limitazione della libertà personale e l'affermazione dei diritti umani elementari. In un ambiente particolare quale l'istituto penitenziario, dove lo Stato è chiamato a perseguire i suoi fini istituzionali attraverso l'Amministrazione della Giustizia ed in particolare quella Penitenziaria, tutto ciò è ancora più enfatizzato. *Ordine, sicurezza e reinserimento sociale* del detenuto incontrano nell'attività volta a mantenere e conservare il bene salute, il presupposto indispensabile per una corretta applicazione degli scopi perseguiti dall'Amministrazione Penitenziaria.

Il Legislatore italiano, postulata la salute come bene primario, ha predisposto i mezzi e individuato le strutture idonee a perseguire i fini predetti, disegnando un'organizzazione sanitaria per l'erogazione delle prestazioni a favore del cittadino, con la Legge n. 833/1978, che ha istituito il SSN (Servizio Sanitario Nazionale). L'apparato pubblico preposto alla tutela del diritto alla salute delle persone in stato di privazione della libertà, invece, si colloca storicamente nel Ministero della Giustizia e trova nel Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria il primo livello di direzione.

Presso la Direzione Generale dei detenuti e del trattamento è incluso l'Ufficio III – Servizio Sanitario, che esercita funzioni di indirizzo e di programmazione dell'azione amministrativa in tema di sanità penitenziaria, su tutto il territorio nazionale. La funzione di pianificazione ed attuazione di programmi di intervento e di stipula di convenzioni e protocolli di intesa con il SSN, relativi all'attività sanitaria penitenziaria, è attribuita al Provveditore Regionale.

Il Legislatore del 1975 ha previsto che l'organizzazione sanitaria penitenziaria fosse rimessa all'Amministrazione Penitenziaria, con facoltà di quest'ultima di richiedere ai servizi sanitari pubblici del territorio la collaborazione ritenuta utile. La riforma penitenziaria operata dalla L. 26 luglio 1975 n. 354 ha allineato, da un punto di vista quantomeno programmatico, il trattamen-

³ BRUNETTI C. ZICCONI M., *Diritto Penitenziario*, Simone, 2010..

⁴ GONIN D. *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, 1994.

to dei detenuti ai sistemi più avanzati di privazione della libertà personale, in attuazione del dettato costituzionale e delle normative internazionali. Il *corpus* contenuto nella legge sull'Ordinamento Penitenziario, però, riserva pochi articoli alla sanità, dedicandosi maggiormente a disciplinare i pur importanti aspetti relativi all'igiene e alle condizioni generali della vita in carcere. L'Amministrazione ha l'onere di assicurare soddisfacenti condizioni igienico-sanitarie, all'interno degli istituti penitenziari, al fine di attuare tutte le misure di prevenzione e protezione sanitaria a salvaguardia del benessere fisico e psichico dei ristretti.

La Riforma della Medicina penitenziaria

Al fine di ridurre i rischi dell'allarme sulla qualità ed efficacia del servizio sanitario erogato alla popolazione carceraria, si rese necessaria una nuova riforma della medicina penitenziaria, che prese le mosse con l'art. 5 della Legge 30 novembre 1998 n. 419.

Il Governo è stato, infatti, delegato ad “emanare uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria”, con l'osservanza di principi e criteri direttivi tra cui prevedere:

- “forme progressive di inserimento, all'interno del Servizio sanitario nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria”;
- “l'organizzazione di una attività specifica al fine di garantire un livello di prestazioni di assistenza sanitaria adeguato alle specifiche condizioni di detenzione o internamento”;
- “che il controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate sia affidato alle regioni ed alle aziende unità sanitarie locali⁵”.

In attuazione alle suddette disposizioni venne emanato il Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, che indica le linee di indirizzo della Medicina Penitenziaria nell'ambito del SSN e nello specifico si articola in momenti temporalmente distinti:

- il passaggio dal DAP alle ASL delle competenze relative a Tossicodipendenze e Prevenzione a decorrere dalla data del 01.01.2000;
- l'individuazione di almeno tre regioni dove avviare in forma sperimentale, per un anno, il graduale passaggio di tutte le altre funzioni sanitarie (Toscana, Lazio e Puglia).

Il Ministero della Giustizia, in accordo con il Ministero della Sanità, viste le

⁵ CARNEVALE A. DI TULLIO A., *Medicina e Carcere, Gli aspetti giuridici, criminologici, sanitari e medico-legali della pena*, in *Collana Medicina legale Criminologia e Deontologia medica*, a cura di Canepa G. Fiori A. Bandini T. Farnati A., Giuffrè, 2006.

disposizioni sopra citate ma in assenza del relativo Decreto di trasferimento delle risorse finanziarie e del personale, ha emanato la Circolare n. 578455/14 del 21.01.2000 con la quale si definisce il passaggio delle sole funzioni relative alla prevenzione generale e il trasferimento funzionale del personale del presidio per le tossicodipendenze ai SERT territorialmente competenti. L'onere finanziario resta peraltro di competenza del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Il d.lgs 230/99 nasce come tentativo di collegamento tra le istituzioni, ripartendo le competenze fra il Ministero della Sanità e il Ministero della Giustizia, prevedendo, gradualmente, il trasferimento al primo delle funzioni sanitarie. In tal modo il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto ad assicurare alla popolazione carceraria, tra l'altro:

- livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;
- informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto d'ingresso e di dimissione dal carcere e durante il periodo di detenzione;
- *interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale*;
- assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate;
- l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Fra le innovazioni significative va ricordata l'adozione di una *Carta dei servizi sanitari per i detenuti*, elaborata fra le due amministrazioni, con rappresentanze dei detenuti e degli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini. Si tratta di principi base fondamentali per la realtà penitenziaria, che si caratterizza per l'affollamento delle strutture, la varietà delle patologie e l'elevata incidenza dei cittadini stranieri, di solito privi di documentazione sanitaria. La legge prevede per gli stessi, "*parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia*", quindi l'iscrizione al SSN è obbligatoria per tutti i detenuti per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico generica. Il dettato dell'art.1 del d.lgs 230/99 è estremamente importante, in quanto recita: "*I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali*". Viene con ciò riconosciuto il diritto dei citta-

dini reclusi ad usufruire di tutte le prestazioni specialistiche, infermieristiche, farmaceutiche, erogate dal SSN.

Per quanto attiene nello specifico alle competenze:

- al Ministero della Sanità spetta la programmazione, l'indirizzo e il coordinamento del SSN nei vari istituti;
- alle Regioni spetta la funzione di organizzazione e controllo sul funzionamento nei vari istituti;
- alle ASL sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari in istituto;
- all'Amministrazione penitenziaria compete la funzione di garanzia della sicurezza negli istituti e nei luoghi esterni di cura.

In concreto le modalità d'ingresso negli istituti del personale del SSN saranno stabilite dalle Direzioni del carcere e dell'ASL. Il personale è tenuto all'osservanza delle norme dell'Ordinamento Penitenziario, del regolamento interno, delle direttive dell'Amministrazione penitenziaria e del Direttore d'istituto in materia di organizzazione e sicurezza⁶.

Il d.lgs 230/99, nel prendere atto che l'insieme delle operazioni collegate alla riforma avrebbe richiesto un impegno da sviluppare nel medio periodo, ha dettato le linee essenziali del "Progetto obiettivo" all'art. 5. Il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario viene adottato in sede amministrativa con decreto interministeriale 21 aprile 2000, pubblicato il 25 maggio 2000, con sviluppo previsto in tre anni, previsione disattesa dalle lungaggini procedurali. Sono previste alcune aree prioritarie di intervento: la prevenzione, l'assistenza medica generica, la medicina d'urgenza, le malattie psichiatriche, la tossicodipendenza, gli immigrati, le malattie infettive, i minori, la riabilitazione.

Il nuovo regolamento penitenziario emanato con D.P.R. 30 giugno 2000 n.230, accoglie la riforma della medicina penitenziaria modificando gli articoli dedicati all'assistenza sanitaria, per rispondere ad una triplice esigenza: di prevenzione "sulle cause di rischio"; di un servizio sanitario "organizzato e adeguato per la cura delle patologie ordinarie e straordinarie"; di "un sistema integrato e fra gli istituti e fra questi e i servizi sanitari esterni".

Dalla lettura dell'art.17, si evince un collegamento con le norme sanitarie nazionali e la volontà di promuovere l'organizzazione di reparti clinici e chirurgici con opportune dislocazioni nel territorio nazionale, "sulla base delle indicazioni desunte dalla rilevazione e dall'analisi delle esigenze sanitarie". Il legislatore sottolinea anche l'esigenza di prevenzione e continuità terapeutica, nonché la prevenzione delle situazioni patologiche, tenendo conto, a differen-

⁶ A tal riguardo nel Progetto è contenuta una dichiarazione molto importante: "In ogni caso, mai le ragioni di sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita".

za del passato, della negatività, in termini di salute mentale e fisica, del regime detentivo. Negli artt. 18 e 19 si stabilisce il divieto di chiedere ai detenuti e agli internati la partecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni erogate dal SSN e sono previste alcune modifiche tese a migliorare le condizioni generali della maternità in carcere. Proseguendo nella lettura della normativa, si evidenzia nell'art.20 una maggiore attenzione alla malattia mentale, in particolare per gli infermi ed i seminfermi di mente, cercando di favorire il rapporto del malato con l'esterno e specie con la famiglia e la cura, mediante il coinvolgimento del servizio pubblico territoriale durante la detenzione. L'intervento psichiatrico si estende, poi, alla previsione di un trattamento diversificato che consenta l'assegnazione alle strutture psichiatriche solo nei casi necessari, prevedendo l'accertamento delle infermità psichiche preferibilmente all'interno dell'istituto in cui si trova il detenuto, predisponendo *apposite sezioni per l'osservazione psichiatrica, ex artt. 111 e 112.*

Nel 2002 con D.M. 16 maggio, viene costituita una "Commissione mista di studio", su iniziativa del Ministero della Giustizia di concerto con il Ministero della Salute, per lo studio congiunto di una riforma che, tenendo conto delle attuali esigenze della sanità penitenziaria, operi un "rinnovamento del Servizio Sanitario Penitenziario". L'obiettivo è quello di assegnare il compito di garantire la medicina di base ai medici dell'Amministrazione penitenziaria, affidando al SSN la medicina specialistica, in modo da migliorare l'efficienza dei servizi, contenendo i costi.

Tra le altre cose la Direzione Generale dei detenuti e del trattamento ha avviato a partire dal 2004 una serie di progetti, ovvero dei Programmi Esecutivi di Azione in ambito sanitario. Nel maggio del 2007 il percorso del d.lgs.230/99 riprendeva, con la costituzione di un gruppo tecnico presso il Ministero della Salute, al fine di proseguire il percorso della riforma. La legge 24 dicembre 2007, n. 244, Legge finanziaria 2008, all'art.2, commi 283-284, confermava mediante decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, il trasferimento dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, afferenti alla Sanità Penitenziaria.

Con D.P.C.M. del 1° aprile 2008, dopo quasi dieci anni dall'inizio del cammino, si è giunti alla tappa fondamentale della riforma, corredata dalle linee guida per interventi negli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) e nelle Case di cura e custodia, dalle linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale. Nell'ambito della Conferenza Unificata è stato costituito il 31/07/2008, un *Tavolo di consultazione permanente*, con l'obiettivo di garantire l'uniformità nell'intero territorio nazionale nei confronti dei suddetti soggetti, e un *Comitato paritetico*

Interistituzionale, con funzioni di attuazione delle linee guida per gli interventi negli OPG e nelle case di cura e custodia di cui all'allegato C del D.P.C.M.. I principi su cui si sostanzia la riforma sono da individuarsi essenzialmente nella:

- parità di trattamento tra detenuti ed individui liberi in tema di assistenza sanitaria;
- piena e leale collaborazione tra le istituzioni coinvolte;
- tutela della salute come strumentale al recupero sociale del ristretto;
- garanzia di condizioni ambientali e di vita rispettose della dignità umana, compatibilmente con le esigenze di sicurezza;
- garanzia della continuità terapeutica, dal momento dell'ingresso in carcere e dopo la scarcerazione.

La riforma della sanità penitenziaria si prefigge inoltre di promuovere la salute anche in termini di prevenzione, assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), ridurre i fenomeni di suicidio, i tentativi di suicidio e individuarne i fattori di rischio.

A pochi anni dalla emanazione del D.P.C.M. sono molte le problematiche applicative di questo importante passaggio, non ancora del tutto attuato, in particolare per le note carenze di risorse economiche e le convenzioni e i tavoli nazionali *in itinere*.

I Reparti di osservazione psichiatrica ex art.112. D.P.R. 230/2000.

L'intervento psichiatrico in carcere presenta una gestione molto complessa, essendo spesso difficile identificare situazioni di disturbo psichico, così come manifestazioni di disturbo del comportamento o della personalità, non sempre diagnosticate come patologie psichiatriche. La presa in carico del detenuto portatore di disturbo psichico, che parte già dall'individuazione del problema in fase precoce e continua con la possibilità di intervento in ambiente specialistico, per le fasi acute e riabilitativo per il trattamento a medio e lungo termine, può concretamente rappresentare una valida alternativa all'utilizzo dell'invio in ospedale psichiatrico giudiziario⁷.

La L. n. 354/75, all'art. 11, stabilisce che tutti gli istituti penitenziari si avvalgano di almeno uno specialista in psichiatria. Il servizio psichiatrico è stato sottoposto ad un importante intervento riorganizzativo nel 1999 per valorizzarne l'autonomia. Le visite dello psichiatra, infatti, diversamente da quelle degli altri specialisti, non sono subordinate alla richiesta del medico incaricato; lo psichiatra è parte integrante dell'istituzione penitenziaria con l'incarico di monitorare costantemente la condizione psichica dei detenuti anche

⁷ BUFFA P. PELLEGRINO A. PIRFO E., *Attenzione al disturbo psichico e territorializzazione della cura: nuovi metodi dell'intervento psichiatrico in carcere*, in *Nòos. Aggiornamenti in psichiatria*, Vol. 12, N.1, gennaio-giugno 2010.

a supporto degli altri operatori.

L'art 112 del D.P.R. 230/2000 stabilisce che *“l'accertamento delle condizioni psichiche degli imputati, dei condannati, ai fini dell'adozione dei provvedimenti previsti dagli artt. 148, 206, 212 II comma C.P.;70, 71, 72 C.P.P.; 111 comma IV R.E., viene espletato nel medesimo istituto in cui si trova il soggetto e, solo in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto o, in presenza di particolari motivi, in OPG, casa di cura e custodia, istituto o sezione per infermi psichici e infine nei presidi territoriali”*. L'intervento psichiatrico, inoltre, si estende alla previsione di un trattamento diversificato che consenta, ex art. 111 del D.P.R. 230/00, l'assegnazione alle strutture psichiatriche solo nei casi necessari, prevedendo l'esecuzione in istituti ordinari anche per coloro i quali sono condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

In applicazione dell'art. 112, comma 1°, del DPR 230/00, il DAP ha emanato, nel settembre 2003, la Circolare determinante per la nascita dei *Reparti di Osservazione Psichiatrica* all'interno degli istituti penitenziari, con previsione di almeno un istituto penitenziario nell'ambito di ogni Provveditorato regionale⁸. Nel documento la loro costituzione viene per lo più identificata nell'individuazione di una sezione con almeno dieci posti letto, da destinare all'osservazione psichiatrica. Nel documento programmatico del DAP riferito all'anno 2005⁹, circa gli obiettivi generali, viene indicato il loro avvenuto perseguimento attraverso la realizzazione di cinque programmi esecutivi di azione in ambito sanitario.

Tra questi, il PEA *“Realizzazione reparti per osservazione psichiatrica di cui all'art. 112 D.P.R. n. 230/00 in ogni Provveditorato”*, è stato predisposto con il fine principale di *“armonizzare il principio della tutela della salute con quello della territorialità della pena evitando, anche se per un breve periodo, allontanamenti del detenuto dal nucleo familiare che, proprio nei momenti di fragilità psichica, potrebbero risultare ancor più destabilizzanti”*.

L'importanza della realizzazione del PEA viene altresì ribadita nella Relazione¹⁰ che il Direttore Ardita ha presentato alla Commissione Sanità e Igiene del Senato nel gennaio 2006, dove si afferma che *“la presa in carico delle espressioni psicopatologiche dei detenuti e degli internati, realizza un collegamento funzionale ed organizzativo del carcere con il resto del territorio”*.

⁸ Circolare n. 0376918-2003 *“Accertamento delle infermità psichiche”*, Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento – Ufficio I° - Settore Misure di Sicurezza, 26 Settembre 2003.

⁹ Documento di programmazione 2005, *“Documento di indirizzo, programmazione, organizzazione e funzionamento del servizio sanitario negli istituti penitenziari 2005”*, Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento – Ufficio III – Servizio Sanitario, 15 marzo 2005.

¹⁰ V. DAP, Ministero Giustizia, 18 gennaio 2006, *Commissione igiene e sanità del Senato della Repubblica. Assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive. Relazione, Roma.*

Come indicato nella suddetta relazione *“La realizzazione di tali reparti si attaglia con il disposto degli artt. 112 e 115 del Regolamento d’esecuzione e rende concreta l’applicazione del suddetto art. 112, ove si evince che l’invio in OPG per l’espletamento dell’osservazione costituisce l’eccezione e non la regola, visto che viene espressamente stabilito che l’osservazione può essere fatta in OPG solo per particolari motivi”*.

L’allestimento di tali reparti, quindi, oltre ad essere perfettamente conforme alla normativa:

- consente di decongestionare gli Ospedali Psichiatrici giudiziari;
- armonizza il principio della tutela della salute con quello della territorialità della pena evitando, anche se per un breve periodo, allontanamenti del ristretto dal nucleo familiare che, proprio nei momenti di fragilità psichica, potrebbero risultare ancor più destabilizzanti;
- riduce il costo delle traduzioni in quanto verrebbero evitati i trasferimenti dei detenuti in altre Regioni rispetto a quelle in cui è ubicato l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario;
- semplifica, rendendolo più celere, l’iter di assegnazione dei detenuti di cui è stata disposta l’osservazione, in quanto la relativa traduzione potrebbe essere disposta direttamente dai Provveditorati regionali.

L’ESPERIENZA DELLA C.C. DI TORINO E IL PROGETTO IL SESTANTE

La gestione concreta del disagio

In questa parte del lavoro si vuol rappresentare un modello applicativo di gestione penitenziaria, in riferimento all’aspetto del disagio espresso a vari livelli, dalla popolazione ristretta, che ha anticipato in forma sperimentale alcuni ambiti della riforma sanitaria. I suicidi in carcere, i gesti autolesivi, il rifiuto di nutrirsi e gli altri eventi critici, non vanno intesi automaticamente come manifestazioni psicopatologiche ma, salvo quando si configurano come “strategie”, sono sinonimo di un profondo stato di disagio, di cui l’Amministrazione Penitenziaria non può disinteressarsi. Nello specifico dell’Istituto torinese, il porre attenzione ai segnali di disagio psichico e comportamentale, espressi da una quota rilevante di detenuti, da anni è divenuto patrimonio comune di tutto il personale operante all’interno, con l’obiettivo di *“sostituire al mero contenimento dei fenomeni di disagio personale espresso dai detenuti, un’attenzione meno formale e più puntuale”*.

I Reparti di Osservazione Psichiatrica e il progetto “il Sestante”

Per integrare il primo filtro operato dai “gruppi di attenzione” e dal “servizio di accoglienza dei nuovi giunti” e proseguire nella “offerta” di un tratta-

mento sanitario specifico al detenuto portatore di disturbi psichici, nell'ottobre del 2000, il Direttore Sanitario della Casa Circondariale ed il Direttore del DSM dell'ASL 3 di Torino, stilarono congiuntamente un progetto intitolato "Riorganizzazione e potenziamento del servizio psichiatrico intramurario della Casa Circondariale Le Vallette di Torino"¹¹. Il documento, ottenuto il parere favorevole del Direttore dell'Istituto e la successiva approvazione da parte del capo del DAP, si tramutò in una convenzione *ad hoc*, firmata nel marzo 2001, per la riqualificazione del servizio di assistenza psichiatrica nei confronti della popolazione detenuta, attraverso la creazione di un Servizio di Psichiatria Penitenziaria. In altre parole il "terreno fertile" sul quale successivamente sarebbe nato il progetto *Il Sestante*.

Il controllo ambulatoriale garantisce anche la valutazione costante dell'evoluzione delle condizioni psichiche di tutti quei detenuti sottoposti a "grande o massima sorveglianza custodiale" e ne determina la cessazione o la prosecuzione che, nei casi di massima sorveglianza, prosegue nel reparto di osservazione attrezzato e presidiato come di seguito verrà descritto¹².

La parte più innovativa del Progetto Sestante, consiste nell'aver previsto la trasformazione di due distinte aree di detenzione del carcere rispettivamente nei "Reparti di Osservazione e di Trattamento". Esso è dunque un luogo di osservazione permanente correlata ad una struttura di trattamento di tipo comunitario all'interno delle mura, in un regime di sorveglianza attenuata, in cui il gruppo di lavoro è costituito da personale di Polizia Penitenziaria e da operatori di varie professionalità provenienti dal DSM.

Due sono le sezioni detentive interessate, specificatamente attrezzate per accogliere soggetti portatori, o presunti tali, di quadri psicopatologici. La prima, la VII sezione, destinata all'osservazione e all'accoglienza degli stati acuti, dispone di 23 camere singole dotate di un servizio di videosorveglianza collegato ad una sala centrale di controllo, alla quale sono adibiti operatori di Polizia Penitenziaria che alternandosi coprono il servizio nell'arco dell'intera giornata. Il servizio di video-sorveglianza è applicato esclusivamente ai soggetti destinatari del provvedimento di "massima sorveglianza custodiale". Non è consentito detenere oggetti che possono essere utilizzati a scopo anticonservativo-autolesionistico (lamette, bombolette di gas, fornellini, cinghie e lacci di vario tipo). La previsione di telecamere a circuito chiuso, controllate da una sala regia interna alla sezione stessa, ha lo scopo di ovviare, là dove disposto dal medico, alla sorveglianza a vista con pian-

¹¹ Progetto di "Riorganizzazione e Potenziamento del Servizio Psichiatrico Intramurario della Casa Circondariale Le Vallette di Torino", a firma di R. F. Urani, E. Pirfo, Torino, 21 ottobre 2000.

¹² BUFFA P., Dall'attenzione alla prevenzione: sintesi di una esperienza multiprofessionale di attenzione e prevenzione al disagio in corso nella casa circondariale di Torino, in *Per non morire di carcere, Esperienze di aiuto nelle prigioni italiane tra psicologia e lavoro di rete*, a cura di Concato G., Rigionè S., FrancoAngeli, 2005.

tonamento. Ogni camera detentiva è arredata in modo da facilitare il controllo e limitare le possibilità di tentare il suicidio. La seconda sezione, *VIII sezione*, dispone di 15 camere detentive doppie ed è destinata all'accoglienza e al trattamento dei soggetti più compensati. L'elemento fondante dell'organizzazione si basa principalmente su una differenziazione delle attività previste all'interno delle due sezioni le quali hanno mantenuto, nel tempo, le seguenti modalità:

- nel *Reparto Osservazione*, si procede principalmente ad un inquadramento clinico-psichiatrico di tutte le situazioni di disagio psichico evidenziatosi durante la detenzione, sia che esso si manifesti in soggetti già precedentemente affetti da patologie psichiatriche sia che si tratti di detenuti privi di anamnesi psichiatrica positiva; vi si svolge quindi il trattamento di situazioni cliniche acute e l'osservazione di nuove situazioni. L'organizzazione del lavoro prevede un intervento prevalentemente individuale con visite mediche, controlli psichiatrici frequenti, somministrazione di terapia psicofarmacologica, colloqui psicologici regolari ed interventi psicoeducativi mirati ai bisogni emergenti;
- Il *Reparto Trattamento* è invece organizzato con un più alto indice di socializzazione, consta di 30 posti in cui vengono collocati quei detenuti che, pur dovendo scontare una pena detentiva, sono portatori di sindromi psichiatriche e pertanto necessitano di situazioni custodiali più attenuate e a caratteristica trattamentale più incisiva. Esso presenta una connotazione comunitaria di tipo riabilitativo e risocializzante, con un regime custodiale attenuato con apertura alla socialità durante tutto il giorno, attività risocializzanti in gruppo, attività psicoterapiche in gruppo ristretto e attività lavorative interne alla sezione.

Il passaggio dall'una all'altra Sezione è previsto ed auspicato nei tempi più brevi possibili compatibilmente con l'espressione sintomatologica del disturbo presente al momento. La decisione del passaggio viene proposta e valutata in *équipe* e viene successivamente disposta dallo psichiatra che ha in carico il detenuto in questione.

Il nucleo di Polizia Penitenziaria, che presidia costantemente il settore, dunque, opera in stretto contatto con gli operatori sanitari. Il servizio è assicurato da 23 unità di polizia penitenziaria selezionate mediante interpellato interno, con prova scritta e colloquio motivazionale, alla presenza di una commissione composta dall'Autorità dirigente, dal Direttore del progetto e dal Comandante del Reparto. Inoltre il personale partecipa a corsi di aggiornamento con cadenza annuale, con esperti designati dal direttore del progetto, e a riunioni mensili all'interno del reparto per aggiornamenti e verifiche inerenti al progetto stesso. Il personale di Polizia Penitenziaria è organizzato in un raggruppamento scelto e stabile che interagisce con l'*équipe* medi-

co-trattamentale, in *un'ottica spiccatamente multi professionale*. Anche l'attività degli agenti di Polizia Penitenziaria che operano in sezione si differenzia per un intervento rivolto alla *vigilanza e all'ascolto partecipe* nella sezione "osservativa" e una partecipazione attiva alla quotidianità riabilitativa nella sezione ad impostazione comunitaria.

La particolarità di questo tipo di intervento e della necessaria integrazione tra gli operatori, ha reso pertanto indispensabile l'utilizzo di uno strumento, "*la riunione di équipe settimanale*", pensato come momento di confronto e messa a punto sia dei percorsi di cura che delle scelte professionali dell'*équipe*. Sono inoltre stati previsti ulteriori momenti di confronto e verifica dell'attività alla presenza del Direttore della Casa Circondariale, del Comandante di Reparto, del responsabile del Progetto. La scelta di un'organizzazione così articolata del lavoro ha reso peraltro indispensabile una "*continua manutenzione*" delle persone nel loro esser membri di un gruppo curante, ipotizzando, ad esempio, per alcune professionalità, quali gli agenti di Polizia Penitenziaria, la formazione specifica e continua.

La costruzione di un siffatto gruppo di lavoro *multi-professionale* non è però né automatica né immediata; essa prevede, come primo passaggio, il riconoscersi "*in un obiettivo ed in un linguaggio comune*", il condividere una cultura di lavoro e ciò passa obbligatoriamente attraverso la cessione, da parte di ognuno, di percentuali di competenza e di disponibilità ad acquisirne delle altre senza arroccarsi sulla propria identità professionale. L'intervento psichiatrico in carcere mette infatti immediatamente in evidenza la contraddizione tra le necessità di cura e quelle di custodia e quindi le aspettative, la cultura e i metodi spesso lontani tra gli operatori della "salute" e quelli della "giustizia". Infatti, la condivisione obbligata della *fatica del custodire* da parte degli agenti e le difficoltà del personale civile, possibile oggetto di strumentalizzazione del detenuto, costringono ad integrarsi, collaborare, ripensare a scelte strategiche e tattiche nel rapporto con i detenuti. Un ultimo aspetto su cui riflettere è rappresentato dal fatto che il miglioramento complessivo del clima ridimensiona le tensioni interne e il loro trasformarsi in fattori di rischio. L'intervento psichiatrico in carcere, con i metodi e le procedure sopra delineate, può rispondere bene, per esempio, in tutte quelle situazioni miste dove convivono sofferenza psicopatologica, personalità antisociale, privazione socio-ambientale e comportamenti violenti e potrebbe evitare il ricorso all'OPG nelle situazioni di insorgenza di disturbo durante la detenzione¹³. L'ipotesi organizzativa potrebbe costituirsi nella articolazione di

¹³ PIRFO E., "*La cura dei disturbi psichici in carcere come contributo al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*", atti della Conferenza Nazionale sulla riforma della Sanità Penitenziaria La risposta del Piemonte, Torino, 28-29 Gennaio 2010

aree specialistiche di osservazione e trattamento psichiatrico in almeno un istituto carcerario per Regione, la cui gestione fosse affidata ad una unità operativa specialistica del DSM territorialmente competente per l'area dove risiede il carcere. In questo modo verrebbe effettuato l'intervento con équipe di personale pluri-professionale, tra cui la Polizia Penitenziaria, opportunamente formato, sia per il momento della detenzione sia per un raccordo operativo fra interno del carcere e Servizi Psichiatrici Territoriali competenti per i singoli detenuti.

Conclusioni

La salute in carcere si muove in un intreccio di contraddizioni ed ambivalenze, in quello che è stato definito in generale come il *“paradosso della custodia e della cura”*.

Diversi sono i paradossi che si ritrovano nel sistema di esecuzione della pena, le ambivalenze della sicurezza e del trattamento, le due anime dell'istituzione penitenziaria che *“si presuppongono e si rafforzano a vicenda”*, non due fini distinti ma *“due aspetti di un medesimo fine”* che si ricompongono in funzione della legalità e del rispetto della Costituzione e dell'Ordinamento Penitenziario. Tuttavia, oggi si rileva che l'interesse normativo ed amministrativo, che le istituzioni manifestano verso il problema della salute in carcere, è spesso solo di natura programmatica, affidando le azioni concrete sempre più spesso alla volontà e all'impegno degli operatori penitenziari. Eppure, il disagio psichico costituisce la vera emergenza negli istituti e parlare di diritti del recluso significa sostenere che la dignità è un bene che l'umanità conserva in qualunque condizione esistenziale e, come tale, non è sacrificabile da prevalenti esigenze di sicurezza.

Dall'esame delle problematiche connesse alla salute mentale in carcere ed alla gestione del disagio da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, in particolare dopo la riforma sanitaria, si sono evidenziate delle linee guida per gli operatori penitenziari e dei modelli di operatività utilizzati per gestire i detenuti a rischio. La *“presa in carico”* del disagio implica una continuità ed una estensione dell'attività di ascolto e di supporto che va ben oltre l'emergenza, dovendo invece fin dall'inizio, dall'ingresso in istituto, prefigurare un percorso di accompagnamento che potrà dirsi compiuto solo nel momento in cui il ristretto si sentirà a pieno titolo reintegrato come soggetto sociale, quindi fuori dal sistema-disagio. Emerge da più parti l'esigenza di sollecitare modalità di integrazione degli interventi e sinergie che realizzino servizi non rappresentanti la pura sommatoria di prestazioni, ma *“una risposta globale e integrata ai bisogni”*. Nel gruppo di lavoro integrato le singole professionalità abbandonano le loro azioni autoreferenziali, instaurando un clima collaborativo, una circolazione efficiente delle informazioni e dei saperi. La pos-

sibilità che anche in carcere possa realizzarsi un clima volto al trattamento della persona prima ancora che dei sintomi, può concretizzarsi e crescere solo se tutti gli attori in campo vi partecipano con la stessa motivazione, ognuno per le proprie competenze specifiche. Quindi, la presenza della Polizia Penitenziaria nei gruppi di lavoro diventa fondamentale come lo è l'acquisizione di nozioni legali e di informazioni sul regolamento penitenziario da parte del personale civile, per cui emerge la necessità di momenti di informazione, formazione e riflessione reciproci. Le attività di osservazione della personalità dei ristretti, l'ascolto delle loro problematiche, la prevenzione di atti suicidari e autoaggressivi, non sono appannaggio di specifici operatori, ma diventano sforzo e impegno di ciascuno, attraverso una doverosa riorganizzazione delle risorse disponibili, e un'attività di staff. Solo se si "lavora insieme" si potrà raggiungere il fine comune della qualità della vita in carcere e si potranno perseguire concretamente gli obiettivi posti dalla nostra carta costituzionale e ribaditi dalla riforma sanitaria in carcere: *salute, sicurezza e recupero sociale*.

AltraCittà
www.altravetrina.it

Il diritto alla salute del detenuto: interazione e collaborazione tra l'Ordinamento sanitario e l'Ordinamento penitenziario

a cura di Maria Luisa Tattoli – vicecommissario di polizia penitenziaria

abstract

Nella trattazione è affrontato il tema dell'evoluzione organizzativa della medicina penitenziaria dal decreto legislativo 230/99 di riordino della sanità penitenziaria, fino all'attuazione della riforma con il D.P.C.M. del 1 aprile 2008. Il cambiamento istituzionale nel governo della sanità penitenziaria ha comportato problemi di rapporti e di nuova organizzazione nei due sistemi interessati: quello delle Regioni e quello del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Risultano tuttora in atto parte degli adempimenti che individuano gli strumenti di attuazione e collaborazione interistituzionale definiti in sede di Conferenza Unificata per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome.

L'autrice si è soffermata sugli strumenti sinora attuati di collaborazione interistituzionale, e sul ruolo dell'integrazione tra personale sanitario e polizia penitenziaria.

Ha poi approfondito alcune delle problematiche che attengono all'area critica dell'assistenza sanitaria, in particolare agli aspetti di operatività connessi alla gestione dei Presidi medici intramurali e dei Reparti detentivi ospedalieri nei quali è ancora più stretta l'interazione tra gli operatori sanitari e penitenziari soffermandosi in particolare sulle criticità operative che si presentano nell'organizzazione delle visite ambulatoriali, sulla valutazione preventiva dello stato di salute dei nuovi ingressi, e sulla necessità di migliorare la presa in carico del detenuto ricoverato presso le Unità di Medicina protetta (attraverso una attenta rivisitazione delle procedure concordate tra l'Amministrazione penitenziaria e le ASL).

* * *

L'organizzazione sanitaria in ambito penitenziario: I presidi sanitari intramurali

In ambito penitenziario la malattia e l'approccio terapeutico si rivestono di significati particolari: la tutela della salute¹ di coloro che si trovano in condizione di privazione della libertà avviene nel contesto sociale dove la personalità dell'individuo trova espressione, e l'istituto penitenziario, concretizzandosi in una formazione sociale, è il luogo in cui il detenuto esplica la propria personalità.

Il percorso evolutivo e soprattutto i principi che hanno portato nell'aprile del 2008 al transito delle competenze in materia di assistenza sanitaria alla popolazione detenuta dal Ministero della giustizia al Sistema sanitario nazionale, hanno caratterizzato i rapporti tra Sistema sanitario nazionale e Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.

Dal 14 giugno 2008 (con il D.p.c.m. del 1 aprile 2008) sono state trasferite *ope legis* al Servizio sanitario nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia minorile del Ministero della Giustizia.

Pur tenendo conto che l'organizzazione dei servizi del SSN è di competenza regionale, in considerazione delle specificità del contesto degli istituti di pena, è necessario assicurare in tutto il sistema sanitario penitenziario ed extramurario un'organizzazione omogenea dei servizi, per garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

La definizione dei modelli organizzativi deve tener conto di criteri diversificati, quali il numero dei detenuti previsti e capienza negli istituti di pena, ma anche la tipologia dei ristretti, o delle particolari esigenze di sicurezza.

L'attuazione della riforma della medicina penitenziaria ha richiesto la condivisione da parte di tutte le istituzioni coinvolte di ogni progettualità ai livelli nazionale, regionale e locale. Si è così sostanziato il principio fondante della riforma, avente come obiettivo quello di *offrire alle persone detenute un'assistenza sanitaria pari a quella dei cittadini liberi* e che si ispiri al criterio della globalità dell'intervento, dell'unitarietà dei servizi e delle prestazioni, dell'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale, e della garanzia della continuità terapeutica. La tutela della salute dei detenuti ed internati avviene innanzitutto all'interno delle strutture penitenziarie, presso le quali vengono assicurati presidi

¹ *La Costituzione italiana ha recepito in maniera incisiva i principi della Conferenza Internazionale della Sanità: l'art. 32, infatti, impone alla Repubblica di tutelare "la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" nonché di garantire "cure gratuite agli indigenti." In base all'art. 32 Cost. lo stato di salute non riguarda solo il singolo individuo ma si riflette sulla collettività stessa. Da questa configurazione del diritto alla salute discende una duplicità di piani di tutela: difesa della persona dalla malattia e difesa della collettività da tutti gli elementi che possono ostacolare un pieno godimento del diritto, comprese le condizioni economiche del singolo, le quali non possono costituire un ostacolo alla realizzazione di una piena tutela.*

sanitari tali che l'assistenza sanitaria, anche specialistica, possa avvenire al loro interno.

Il *Presidio Sanitario intramurale* è costituito dal responsabile del presidio, dai medici convenzionati, dagli infermieri professionali e dagli specialisti convenzionati.

I presidi sanitari sono presenti in ogni Istituto penitenziario, garantiscono l'erogazione delle prestazioni sanitarie di medicina generale individuate dai Livelli essenziali di assistenza (LEA), assicurando anche l'erogazione delle prestazioni farmaceutiche necessarie. Secondo le indicazioni del documento di indirizzo allegato al D.P.C.M. 2008, i distretti sanitari di base devono assicurare i livelli minimi assistenziali negli Istituti: un servizio medico H24, ripartito tra 12 ore svolte dal personale medico in servizio nelle strutture penitenziarie e 12 ore di continuità assistenziale, con turni di 6 ore, ed un servizio infermieristico articolato H24.

Vengono adottate procedure di accoglienza che consentono di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire episodi di autolesionismo garantendo risposte appropriate per i quadri clinici riscontrati, con valutazione periodica in ordine all'efficacia degli interventi, sempre in collaborazione con gli specialisti coinvolti. Le attività sanitarie che devono essere considerate come pertinenti all'area critica in medicina penitenziaria riguardano prevalentemente gli aspetti relativi ai settori di: *medicina generale e valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi; prestazioni specialistiche; risposte alle urgenze; patologie infettive; tossicodipendenza; salute mentale; salute delle detenute e della prole; tutela della salute delle persone immigrate.*

Si tratta di quelle situazioni che più di frequente investono l'organizzazione assistenziale sanitaria, richiedendo un approccio multidisciplinare, prontezza ed attenzione nelle valutazioni, spazi dedicati, il tutto inserito in una attività sanitaria che presenta generalmente più le caratteristiche dell'emergenza che non della routine².

² *Al fine di perseguire tali obiettivi di salute, le Linee di indirizzo a individuano delle azioni specifiche, consistenti nel definire modalità organizzative e di funzionamento del servizio sanitario presso ciascun istituto penitenziario, prevedendo modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell'istituto, ma integrati nella rete dei servizi sanitari regionali per garantire continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità; disporre di conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti e conoscere le condizioni e i fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche; attivare un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate; attivare sistemi di valutazione della qualità, riferita soprattutto all'appropriatezza degli interventi (corretto uso di farmaci, approcci diagnostico terapeutici e riabilitativi basati su prove di efficacia); promuovere programmi di formazione continua, con particolare riferimento all'analisi del contesto ambientale e alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale, sia dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, che del personale della polizia penitenziaria; sviluppare modalità di coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria, che garantiscano la concertazione e la verifica dei programmi di intervento, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area Sanitaria (di competenza del SSN) e le Aree del Trattamento e della Sicurezza (di competenza dell'Amministrazione penitenziaria).*

Sulla base delle conoscenze epidemiologiche e delle condizioni di rischio, occorre inoltre attivare *interventi "educativi" e di responsabilizzazione dei detenuti*, degli internati e dei minori sottoposti a procedimento penale nei confronti della propria salute, mirati a contrastare la sedentarietà, l'alimentazione scorretta, l'uso inadeguato di alcol e l'abitudine al fumo.

I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie, attraverso visite ispettive periodiche, procedono, per ciascun Istituto penale di competenza territoriale, ad una verifica, tramite sistemi standardizzati di rilevazione dei requisiti igienico sanitari di tutti gli ambienti, compresi gli alloggi della Polizia penitenziaria, e dello stato delle strutture edilizie, in rapporto alle tipologie edilizie ed agli standard abitativi previsti dal DPR 230/2000. L'Amministrazione penitenziaria ha comunque la responsabilità di provvedere, con appropriata programmazione, al mantenimento degli standard igienico sanitari previsti dalla normativa vigente.

Le visite a richiesta dei detenuti si esplicano il più tempestivamente possibile, compatibilmente con le esigenze di sicurezza; viene inoltre attuato l'accertamento della situazione vaccinale, specie riguardo ai soggetti immigrati, con riferimento al quadro delle vaccinazioni obbligatorie nel nostro Paese, ed l'esecuzione, se del caso, delle vaccinazioni ritenute necessarie. Particolare attenzione deve essere riservata alla promozione e sviluppo della cultura della prevenzione sanitaria, anche in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie e all'adesione a programmi finalizzati a garantire l'appropriatezza delle prestazioni.

A fronte di queste incombenze del medico, specie nel caso della certificazione richiesta per la prescrizione dell'isolamento sanitario, dell'isolamento disciplinare e cautelare con certificazione scritta della sopportabilità fisica e psichica della misura disciplinare e del costante controllo sanitario durante l'esecuzione della stessa, nascono spesso problemi dovuti alla mancanza di comunicazione ed interazione con l'area della sicurezza, se tali interventi non si attuano nella più stretta interazione.

In questi casi, più che mai, vi è la difficoltà di gestire situazioni molto delicate, che se non affrontate nell'ottica interfunzionale della più ampia collaborazione, possono causare disagio alla gestione complessiva dell'Istituto, soprattutto nel caso di un evento critico come l'autolesionismo o addirittura il tentativo suicidiario del soggetto sottoposto alla misura dell'isolamento. In questi casi più che mai, è *indispensabile attuare un intervento integrato*, che consenta di agire tempestivamente a seguito di un monitoraggio di équipe, svolto da tutte le figure professionali coinvolte, nella comprensione e nel rispetto delle duplici esigenze, sanitarie e di sicurezza, al fine di trovare soluzioni idonee a problemi la cui gestione richiede molta attenzione, perché riguardano l'incolumità e la vita della persona che versa in condizioni

di estremo disagio fisico e mentale.

L'Amministrazione penitenziaria, attraverso molteplici circolari emanate dalla Direzione generale dei detenuti e del trattamento, ha spesso affrontato il tema delicato del presidio Nuovi giunti, sensibilizzando le Direzioni degli Istituti ad attuare tramite il coinvolgimento di tutte le figure professionali deputate all'osservazione, piani condivisi e sinergici di azione e di prevenzione del rischio autolesionistico e/o suicidiario.

La visita di primo ingresso comporta infatti la responsabilità di poter valutare una situazione clinica come non trattabile con le risorse dell'Istituto e disporre il ricovero immediato presso una struttura ospedaliera, per quegli aspetti che suggeriscono un immediato rischio per la vita del paziente o per la tutela della comunità (ad es. TBC, traumi, ingestione di contenitori di stupefacenti, ecc), o procedere all'emissione di referto nei termini previsti dalla Legge (lesioni traumatiche ascrivibili a terzi).

Per tale motivo, il D.P.R. n. 230/2000 consente l'effettuazione della visita di primo ingresso "non oltre il giorno successivo" a quello di ammissione in Istituto (art. 23, comma 1)³, e varie circolari dipartimentali dispongono la sua esecuzione con la "massima sollecitudine"⁴.

Con la Circolare DAP n. 181045 del 6 giugno 2007, l'Amministrazione penitenziaria ha fornito nuove linee guida nell'ambito dell'accoglienza, al fine di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà e di predisporre gli interventi a tutela della incolumità fisica e psichica conseguenti all'ingresso in istituto. Sulle finalità della visita medica di primo ingresso, la circolare in oggetto fa riferimento all'esigenza di "prevenire le malattie e garantire la continuità delle terapie eventualmente già in corso al momento dell'ingresso in istituto", rimarcando, anche nella nota integrativa del 20.07.2007, la necessità di operare un'azione di filtro preliminarmente all'assegnazione in sezione, ad opera dei sanitari e degli psicologi del servizio di accoglienza sulle persone detenute provenienti dalla libertà; azione di filtro che mira, non solo alla immediata rilevazione del rischio suicidiario ed auto-eterolesivo (già prima del colloquio con lo psicologo), ma altresì "allo scopo di individuare precocemente la necessità degli interventi specialistici (psichiatra, infettivologo, medico del Ser.T, ecc).

Potrebbe porsi il *caso critico di un nuovo giunto* che evidenzi, ad un'osservazione visiva del volto o di altre parti del corpo, contusioni, ecchimosi o vere e

³ A tale riguardo la circolare DAP 30.12.87 n. 3233/5683 (istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti), dispone che la visita medica di primo ingresso deve avvenire, "comunque, in ogni caso, prima dell'assegnazione del detenuto al luogo dove dovrà trascorrere la prima notte in istituto".

⁴ In tal senso si esprime la circolare Dap 21.07.86 n. 3182/5632. Tutela della vita e della salute delle persone detenute.

proprie lesioni⁵. L'anomalia potrebbe riguardare anche problemi di deambulazione o altri sintomi che lascino presupporre traumi non visibili. Ciò indipendentemente dalla circostanza che l'interessato dichiari espressamente al personale dell'Istituto accogliente di essere stato percosso o malmenato dalle forze dell'ordine ovvero da operatori di polizia penitenziaria nel corso della traduzione o da altri soggetti.

In questa ipotesi, come opportunamente disposto con Ordine di servizio n. 218/2007 dalla Direzione della Casa Circondariale di Viterbo, laddove la scorta accedente in istituto non opti per l'accompagnamento dell'interessato al pronto soccorso dell'Unità di Medicina Protetta o altra struttura sanitaria esterna, la visita medica, su iniziativa del personale di polizia penitenziaria che è immediatamente a contatto con il detenuto dopo la sua accettazione in istituto, dovrebbe essere effettuata senza il minimo indugio ed, in ogni caso, *prima che la scorta abbia lasciato il penitenziario*.

Infatti la mancata tempestività della visita medica di primo ingresso⁶, dopo l'avvenuta consegna del nuovo giunto e la partenza dall'istituto della scorta accompagnatrice, potrebbe dar adito a spiacevoli contenziosi - come recentemente si è verificato- per l'impossibilità di provare che l'evento critico eventualmente refertato dal medico penitenziario sia occorso *extra moenia*⁷.

Un delicato problema correlato alla mancata istituzione presso alcuni istituti del "*presidio psicologico di primo ingresso*" riguarda la tempestività della rilevazione del livello di rischio suicidiario e auto-eterolesivo. Infatti, posto che il monte ore assegnato agli esperti ex art. 80 O.P. è tale da non garantire la presenza dello psicologo tutti i giorni, diventa indispensabile disporre di un filtro in grado di poter accertare una sintomatologia allarmante, come un grave stato ansioso-depressivo che lasci presagire la possibilità o probabilità del compimento di gesti inconsulti.

Nella fascia degli istituti non interessati alla istituzione di un "*presidio psicologico di primo ingresso*", in quanto caratterizzati da una modesta affluenza di nuovi giunti, il servizio sarà svolto dal personale disponibile, e quindi ove necessario -cioè in caso di mancanza dell'esperto- dal sanitario incaricato per la visita medica di primo ingresso.

⁵ Nell'ordine di servizio n. 218 del 6 agosto 2007 a firma del dr. D'Andria, Servizio di accoglienza dei detenuti provenienti dalla libertà, appendice E, si affronta il tema della visita medica di primo ingresso e dei successivi eventuali adempimenti.

⁶ La scheda sanitaria di primo ingresso è compilata dal medico di turno, all'atto della visita medica di primo ingresso.

⁷ Nell'ipotesi che, in sede di visita medica di primo ingresso, la persona visitata dichiari di essere stata maltrattata dalle forze dell'ordine o da altri soggetti, presentando o meno sintomi che possano far ritenere veritiere le proprie dichiarazioni, il personale sanitario ha l'obbligo previsto dall'art. 334 c.p.p. (chi ha l'obbligo di referto deve farlo pervenire entro le 48 ore o, se vi è pericolo di ritardo, immediatamente al P.M o a qualsiasi ufficiale di P.G. del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza).

La Circolare del 6 giugno 2007 sulle regole dell'accoglienza prevede infatti che per gli istituti di limitate dimensioni con un minimo turn over *“si potrà prevedere l'elasticità degli interventi e, quindi la presenza del medico e dell'infermiere dovrà essere bilanciata per garantire il primo intervento almeno nell'arco delle 24 ore e, a seguire, quelle del resto dello staff multidisciplinare”*.

In queste circostanze assumono particolare rilevanza le indicazioni che il medico è chiamato a fornire per quanto riguarda la “problematicità” del soggetto dal punto di vista della gestione intramuraria.

Proprio in base al livello di “problematicità” rilevato, il sanitario valuterà se proporre opportune misure cautelative a tutela del nuovo giunto nella “sezione accoglienza” affinché il personale di polizia penitenziaria, intensificando il sistema di vigilanza e di osservazione dell'interessato, possa rafforzare la prevenzione di incresciosi eventi critici. Dopo l'effettuazione della visita, sarà cura del medico di turno notificare immediatamente il Responsabile della Sorveglianza generale, tanto più nel caso in cui siano state formulate proposte in chiave cautelare.

Le visite specialistiche: criticità operative

L'Azienda sanitaria garantisce inoltre le prestazioni specialistiche su richiesta del medico responsabile o di altro specialista, da erogarsi all'interno dell'istituto di pena ovvero, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, presso gli ambulatori territoriali o ospedalieri.

Spesso emergono delle criticità nella programmazione delle visite specialistiche legate alla valutazione dell'urgenza delle stesse da parte del medico, considerato che la visita specialistica presso una struttura esterna comporta un intervento successivo di organizzazione della traduzione del soggetto a cura del Nucleo Traduzioni dell'Istituto, già peraltro gravato giornalmente da molteplici attività riguardanti le traduzioni presso le aule di giustizia, le movimentazioni dei detenuti a titolo di trasferimento, e le emergenze di tipo sanitario, quest'ultime imprevedute e quindi non programmabili.

In questi casi la collaborazione dei medici nel rapportarsi con il responsabile del Nucleo Traduzione per stabilire un ordine delle urgenze e programmare insieme la calendarizzazione delle visite esterne, permette di predisporre una organizzazione estremamente più efficiente, proprio perché preventivamente concertata⁸.

⁸ A tal riguardo si ricorda come gli obiettivi di riferimento indicati nelle Linee di indirizzo allegate al D.P.C.M. del 2008 siano proprio rivolti ad uniformare in tutti gli istituti penali gli standard di assistenza specialistica, a garantire interventi tempestivi, in rapporto alle esigenze di salute, ad integrare le singole e specifiche competenze nell'ambito di una visione globale del paziente detenuto; ad attuare, attraverso azioni concertate tra i presidi sanitari degli istituti di pena e i dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie, specifici programmi mirati alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al trattamento degli stati patologici responsabili di un maggior rischio di disabilità.

Il passaggio del servizio sanitario alle ASL ha provocato un aumento degli esami e delle visite ambulatoriali esterne, provocando spesso difficoltà nella gestione delle traduzioni effettuate dai locali NTP, a causa della carenza di personale e della mole di traduzioni predisposte anche per altri motivi (di giustizia e trasferimenti).

L'attuazione, presso l'Unità di medicina complessa della Casa Circondariale Regina Coeli di Roma, di Ordini di servizio a firma congiunta del Direttore d'Istituto e del Dirigente Sanitario sulla Programmazione efficiente delle prestazioni ambulatoriali, rappresenta una prassi interessante di integrazione organizzativa.

Grazie infatti alla collaborazione con la Direzione sanitaria, l'Ufficio Matricola e la Direzione dell'Istituto, si è riusciti a creare un programma per la calendarizzazione delle visite mediche, accorpando molte delle stesse presso lo stesso ospedale.

In tal modo viene garantito un numero comunque alto di visite esterne (80/90 al mese), dando la possibilità ai medici di indicare la priorità nella programmazione affinché il Nucleo Traduzioni e Piantonamenti possa organizzare tempestivamente i relativi servizi di traduzione⁹.

I tre gradi di priorità delle prestazioni ambulatoriali opportunamente indicati dai medici, dettano agli operatori della Matricola Sanitaria i "termini temporali" congrui a far eseguire le prestazioni sanitarie, qualora queste, in base alla calendarizzazione dinamica dei relativi appuntamenti, vengano garantite attraverso necessarie "post-prenotazioni". Vengono altresì invitati tutti i medici dell'U.O.C. di Medicina Penitenziaria a consultare le "Carte dei servizi ospedalieri", per scegliere la struttura del SSN, tra quelle presenti nel territorio, più idonea a soddisfare ogni caso clinico, in modo da indicare solo il nosocomio più utile da interpellare per ottenere una erogazione certa ed in tempi brevi della prestazione ambulatoriale prescritta; in alternativa, indicandone un numero maggiore, si demanda alla Matricola Sanitaria l'opzione ove prenotare il relativo appuntamento e tuttavia con le modalità che riterranno più adatte.

⁹ In seguito ai risultati ottenuti dalla sperimentazione trimestrale del sistema lavorativo denominato "Calendarizzazione dinamica", precedentemente attuata con Ordine di servizio n. 52 del 29.07.2010, si è infatti ritenuto opportuno convalidare definitivamente tale iniziativa al fine di incrementare il soddisfacimento delle esigenze sanitarie dei detenuti e nel contempo favorirne la sostenibilità con l'attuale dispiego di organico di polizia penitenziaria in forza presso l'Istituto.

Nell'ordine di servizio n. 109 del 02/12/2010, a firma congiunta del Direttore dell'Istituto Dr. Mariani, del Direttore della U.O.C. Dr. Franceschini e del Dirigente dell'Ufficio Matricola Dr.ssa Mellozzi, vengono infatti stabiliti i tre gradi di priorità che dettano i termini temporali congrui a far eseguire le prestazioni sanitarie:

I= prestazione da far eseguire entro 15 gg. dalla data di prescrizione, in caso di post-prenotazione

II=prestazione da far eseguire entro 30 gg. dalla data di prescrizione, in caso di post-prenotazione

III=prestazione da far eseguire entro 45 gg. dalla data di prescrizione, in caso di post-prenotazione.

Nello stesso Ordine di servizio a firma congiunta del Direttore e del Dirigente Sanitario si dispone che il personale della Matricola Sanitaria proceda a sviluppare la programmazione mensile delle prestazioni sanitarie di cui necessitano i ristretti, adottando soluzioni atte a renderne sempre più efficienti le modalità di prenotazione e ad incentivare anche un maggiore dinamismo, da parte del locale Ufficio Pianificazioni, nell'organizzazione dei quotidiani servizi di scorte e traduzioni.

Tale Ufficio proseguirà a mantenere proporzionato il numero settimanale di appuntamenti in modo che il locale NTP possa assicurare l'espletamento con una media giornaliera di traduzioni pari a quattro, che prevedano anche il contemporaneo soddisfacimento di più esigenze sanitarie, allorché le rispettive prenotazioni siano state preventivamente concentrate presso un unico nosocomio, fino ad arrivare ad una quantità complessiva di sei detenuti da tradurre. Vengono infine predisposti i criteri che rispetteranno reciprocamente la Matricola sanitaria e l'ufficio Pianificazioni NTP, nel prospettare e di seguito approntare eventuali traduzioni accorpate per trasportare insieme più detenuti a fruire delle rispettive prestazioni ambulatoriali presso lo stesso nosocomio.

Questa prassi valorizza sicuramente l'attuazione di un processo integrato ispirato alla collaborazione interfunzionale, che punta all'efficienza organizzativa nella gestione delle visite specialistiche, e delle criticità connesse all'espletamento di tali prestazioni, anche in situazioni di urgenza.

I reparti detentivi presso i nosocomi civili

La legge 296/1993, stabilisce all'art.7 l'istituzione di appositi reparti detentivi ospedalieri presso Ospedali civili disponendo che *"In ciascun capoluogo di provincia negli ospedali generali sono riservati reparti destinati in via prioritaria al ricovero in luogo esterno di cura, ai sensi dell'art. 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modificazioni, dei detenuti e degli internati per i quali la competente Autorità abbia disposto il piantonamento"*.

L'articolo prevede altresì che *"alle cure ed agli accertamenti diagnostici provvede la struttura ospedaliera, mentre alla sicurezza dei reparti ospedalieri destinati ai detenuti ed agli internati provvede l'Amministrazione penitenziaria, mediante il Corpo di Polizia penitenziaria"*.

L'esigenza sentita allora ed ancora più forte oggi era quella di completare la contenuta offerta assistenziale dei Centri clinici dell'Amministrazione Penitenziaria con una rete di reparti ospedalieri, per assicurare nella condizione detentiva i medesimi servizi ad alta specializzazione disponibili per i cittadini liberi. L'obiettivo è quindi quello di realizzare una rete ospedaliera non più caratterizzata da piantonamenti in corsia, ma tendenzialmente orientata a coniugare assistenza di qualità e misure di sicurezza adeguate

nel rispetto dei diritti delle persone detenute.

Sebbene la legge 296 del 12 agosto 1993 prevedesse l'istituzione in ogni provincia di appositi reparti ospedalieri riservati alla popolazione detenuta, l'evoluzione normativa¹⁰, unitamente alle difficoltà finanziarie, hanno comportato la realizzazione di un numero limitato di reparti detentivi ospedalieri, denominati *Unità Operative di Medicina Protetta*.

Il Reparto di Medicina Protetta è contraddistinto soprattutto dalla presenza di personale sanitario esclusivamente dedicato e preparato, presente 24/h, che si avvale di tutti i servizi e di tutte le competenze specialistiche presenti nel polo ospedaliero di appartenenza. Il nucleo di polizia Penitenziaria, composto anch'esso da un contingente fisso operante 24/h presso le Unità Operative di Medicina Protetta, fermi restando i compiti istituzionali di garantire la sorveglianza dei detenuti e attraverso questa la sicurezza degli stessi, degli operatori e della struttura, partecipa alla "mission" del servizio sanitario considerato che tutto il personale e non solo quello sanitario deve concorrere, ognuno per quanto di competenza, al recupero della salute del paziente detenuto.

In Italia sono attualmente operativi alcuni Reparti di Medicina protetta che rispondono ai requisiti di autonomia organizzativa : la Medicina V° nell'Ospedale San Paolo di Milano attivo dal 2002; la Struttura complessa di medicina Protetta nell'ospedale Sandro Pertini di Roma, attiva dal 2005; il Reparto di Medicina Protetta - malattie infettive - nell'ospedale Belcolle di Viterbo attivo dal 2006; l'Unità Operativa Dipartimentale presso l'ospedale Cotugno di Napoli dal 2010.

Questi Reparti sono stati progettati in collaborazione con i Provveditorati Regionali e le Direzioni degli Istituti Penitenziari cui fanno capo, unendo così caratteristiche ospedaliere vere e proprie (stanze di degenza attrezzate e confortevoli, munite di presidi sanitari) con le esigenze di sicurezza e di custodia previste dall'Ordinamento Penitenziario¹¹.

Accettazione e dimissione del paziente detenuto in reparto: criticità operative

Il detenuto che giunge al ricovero presso i Reparti di Medicina Protetta, una volta espletate le procedure di competenza del Personale di Polizia penitenziaria, viene accompagnato presso la propria stanza di degenza e riceve dal

¹⁰ *Modifica del Titolo V della Costituzione con delega alle Regioni in materia di assistenza sanitaria alla popolazione generale, D.lgs 230/99 e relativo DPCM 1/04/2008 di transito di tali competenze anche in riferimento alla popolazione detenuta.*

¹¹ *In attuazione alle "Raccomandazioni per la stesura di un protocollo di intesa tra PRAP e Direzione Generale Asl per l'organizzazione ed il funzionamento dei Reparti di Medicina Protetta", gli stessi hanno provveduto a sottoscrivere i nuovi protocolli, che accolgono le modifiche apportate dal suddetto Programma esecutivo di Azione del 2010.*

personale infermieristico la nota informativa sul Reparto¹².

Il paziente deve giungere in Reparto seguito da tutta la documentazione sanitaria e dalla terapia assunta, qualora si tratti di farmaci salvavita e di difficile e rapido approvvigionamento in ospedale.

Il detenuto viene poi visitato dal medico in servizio nel Reparto che consegna all'interessato l'informativa sulla privacy e raccoglie il consenso al trattamento dei dati personali secondo il regolamento aziendale.

Ogni Reparto di medicina Protetta ha messo a punto nel corso degli anni, in base alla propria esperienza, diverse modalità di accoglienza del paziente detenuto che sono comunque tutte finalizzate a limitare il disorientamento legato al ricovero.

Obiettivo comune, infatti del personale sanitario e del personale di Polizia penitenziaria deve essere quello di migliorare in particolar modo l'accettazione del paziente in reparto che si rileva di particolare criticità per coloro che per la prima volta fanno ingresso in questo particolare tipo di struttura. Per quanto attiene all'accoglienza dei pazienti stranieri ci si può avvalere dei mediatori culturali messi a disposizione nei singoli presidi ospedalieri al fine di migliorare l'accettazione e la comprensione dell'iter diagnostico-terapeutico, soprattutto nei casi di particolare gestione.

Il medico responsabile del Reparto di Medicina Protetta, alla fine dell'iter diagnostico-terapeutico o comunque, quando ritiene conclusa la permanenza presso la struttura di degenza ospedaliera, dimette il detenuto e allega in una busta chiusa, consegnandola al personale di scorta, una dettagliata relazione, destinata al medico dell'istituto penitenziario, nella quale è indicato il numero nosologico della cartella clinica, un breve sunto anamnestico, il motivo del ricovero, il decorso clinico durante la degenza, la diagnosi circostanziata e la terapia consigliata alla dimissione, precisando accuratamente la posologia.

Nel caso in cui il paziente venga dimesso in regime di dimissione protetta, questa modalità di dimissione e il relativo appuntamento della prestazione da eseguire vanno indicati nella lettera di dimissione. A parte deve essere consegnato il certificato di dimissione al responsabile di Polizia Penitenziaria nel quale sarà indicata la modalità di dimissione¹³ per il rientro del paziente all'Istituto Penitenziario di appartenenza¹⁴.

Nonostante infatti gli indubbi vantaggi che presentano i Reparti di Medicina Protetta in termini di sicurezza e di economia di gestione del personale di Polizia Penitenziaria, recenti episodi di cronaca nazionale hanno evidenzia-

¹² *E' previsto che ogni reparto sia dotato di una nota informativa multilingue.*

¹³ *Modalità di dimissione a domicilio o protetta e, in quest'ultimo caso, con indicazione della data e dell'orario dell'appuntamento dell'esame da eseguire.*

¹⁴ *Ambulanza o automezzo blindato dell'Amministrazione Penitenziaria.*

to la necessità di migliorare la presa in carico del detenuto ricoverato presso tali strutture, attraverso una attenta rivisitazione delle procedure concordate tra l'Amministrazione Penitenziaria e l'Azienda Sanitaria Locale, basate sulla conoscenza reciproca e sulla condivisione dei rispettivi obiettivi.

Alcune *recenti drammatica vicende* hanno fatto emergere il problema della gestione, presso le Unità di medicina protetta, dei detenuti ricoverati portatori di un elevato livello di pericolosità passiva per rischio autolesivo¹⁵, addirittura suicidiario.

La tematica assume carattere di importanza e di attualità in relazione al duplice fenomeno della frequenza di assegnazione ai Reparti di Medicina protetta di soggetti affetti da gravi patologie di tipo complesso, spesso caratterizzate da profondi disturbi di carattere psichiatrico, con aumento dei fattori di rischio summenzionati, e il tendenziale allungamento dei tempi medi di degenza dei detenuti assegnati ai Reparti di Medicina protetta, da cui deriva il dispiegarsi di periodi temporali di ricovero tali da poter realisticamente prevedere la possibilità di una gestione intra-ospedaliera delle singole strategie di osservazione e di sostegno intersettoriale previste nelle riunioni periodiche dello Staff multidisciplinare.

Presso i Reparti ospedalieri detentivi, pur agendo nell'osservanza delle esigenze di sicurezza e di tutela della legalità, *l'aspetto sanitario* costituisce il perno intorno al quale ruotano tutti gli interventi, compresi quelli del personale penitenziario, che è chiamato a partecipare al trattamento del detenuto e quindi anche all'intervento di recupero e tutela della salute, diritto costituzionalmente garantito.

Inoltre, lo stato detentivo non può costituire elemento limitante del diritto alla salute, dovendo essere garantito anche il catalogo dei diritti fondamentali connessi allo stato di detenzione.

Pertanto, la regolamentazione della vita ospedaliera comporta che siano coniugate le finalità di tutela della salute con le finalità proprie della detenzione e della presa in carico delle fragilità, comprensive degli aspetti del trattamento e dell'accoglienza, anche nell'interesse dello stesso paziente detenuto. Ne consegue che ciascuna istituzione, indipendentemente dall'oggetto delle proprie competenze, condivide la responsabilità della gestione del recluso ed è tenuta a vigilare che non si realizzi un nocumento diretto o indiretto a beni meritevoli di tutela.

Nella gestione di una Unità Operativa di Medicina Protetta particolare attenzione va posta *all'integrazione culturale tra le diverse professionalità* che operano al suo interno, al fine di trovare un linguaggio comune che permetta una chia-

¹⁵ Il rischio autolesivo si concretizza in questi casi attraverso scioperi della fame e/o sete protetti nel tempo.

ra definizione delle migliori prassi, delle procedure adatte alle diverse situazioni contingenti e dei comportamenti più appropriati ai diversi contesti che si verificano nella quotidianità.

Le competenze professionali diverse devono essere completate con lo sviluppo di processi di integrazione interistituzionale e interprofessionale attraverso un percorso a tappe che parta dal monitoraggio delle criticità identificate nel processo di comunicazione tra le parti e arrivi a declinare le azioni necessarie per sviluppare uno spirito di squadra. Per questo motivo, il progetto formativo dovrà coinvolgere tutto il personale che, con diverse competenze e ruoli, segue il detenuto sia dal punto di vista sanitario che penitenziario, ma anche il volontariato e, dove presenti, i rappresentanti degli Uffici del Garante.

Proprio la recente notizia, riportata anche dai quotidiani nazionali, dell'*evasione*, la notte del 23 marzo 2011, di un detenuto di nazionalità romena di 23 anni dal policlinico Umberto I, (dove si trovava ricoverato e piantonato dal pomeriggio in corsia ordinaria destinata ai pazienti comuni)¹⁶, ripropone infatti, con cogente attualità, il problema della mancanza delle strutture detentive ospedaliere predisposte a ospitare degenti sottoposti alla privazione della libertà personale¹⁷, e di come questa carenza strutturale incida concretamente sulla sicurezza.

Per una proficua gestione del servizio sanitario presso i Reparti detentivi, ospedalieri ed intramurali, è dunque indispensabile una interazione tra il personale appartenente ai due settori: proprio l'aspetto interdisciplinare consente di instaurare un rapporto di collaborazione utile per affrontare le contingenze concrete.

Basti pensare all'importanza della comunicazione tra le figure professionali coinvolte, che può portare ad avere una visione più ampia della personalità dell'individuo ristretto¹⁸.

In carcere, l'esercizio della Medicina deve interagire in sinergia con gli altri aspetti istituzionali dell'Amministrazione Penitenziaria. E tra questi, quello custodialistico conferisce alla struttura l'impronta più evidente: ogni spostamento della persona detenuta, ogni apertura e chiusura degli ambienti interni al carcere, rientrano tra i compiti affidati alla Polizia Penitenziaria,

¹⁶ Fortunatamente lo stesso detenuto è stato arrestato dopo 12 ore di fuga dagli stessi agenti della Polizia penitenziaria.

¹⁷ Nonostante queste siano espressamente previste dalla legge 296/1993 presso i plessi ospedalieri in ciascun capoluogo di provincia.

¹⁸ A tal riguardo, la Circolare D.A.P. del 6 giugno 2007 n. 181045, in premessa, nel fornire nuove linee guida nell'ambito di un modello organizzativo che riguarda le regole di accoglienza, propone di attuare una strategia di interventi di presa in carico del detenuto che presuppone necessariamente l'attivazione di stabili raccordi tra carcere e territorio, tra operatori penitenziari e sanitari, utili al successivo reinserimento della persona detenuta, gettando le basi per quanto sarebbe auspicabile nel prossimo futuro: "far percorrere il carcere alla medicina senza barriere con il territorio".

tanto che ogni attività, compresa quella sanitaria, risulterebbe di difficile realizzazione senza la partecipazione di tali operatori che spesso rappresentano il primo riferimento nella quotidianità della persona detenuta.

In una struttura dove gli operatori sono tenuti ad esercitare, ognuno per le proprie competenze, compiti così apparentemente diversi come quello della garanzia di sicurezza e quello della tutela della salute, la sovrapposizione tra i confini delle specifiche attività richiede una forte condivisione degli obiettivi ed un reciproco rispetto dei ruoli.

Postfazione

a cura di Domenico Schiattone – Direttore dell'Ufficio della Formazione del personale dirigente e dell'area terza del comparto ministeri dell'ISSPe

Questo quaderno chiude le pubblicazioni ISSP dell'anno 2012 con l'intento di continuare nel prossimo anno questa esperienza editoriale con maggiore impegno e profondità anche con l'obiettivo di raggiungere una periodicità più costante, almeno trimestrale. L'approccio – che riteniamo valido e che finora ha ricevuto vari apprezzamenti interni ed esterni all'Amministrazione – rimarrà sempre quello di valorizzare le diversità professionalità che operano all'interno del carcere anche con l'apertura a contributi di esperti esterni sia del mondo istituzionale che del terzo settore che si occupano e che lavorano nel carcere.

E' un approccio che abbiamo voluto sperimentare anche in questo quaderno, che registra diversi contributi su un tema fondamentale – il diritto alla salute dei ristretti – con il contributo del dr. Carmelo Cantone, Provveditore della Toscana, di alcuni funzionari di Polizia Penitenziaria e del dr. Fabio Gui, collaboratore dell'Ufficio del Garante dei detenuti della Regione Lazio. Cantone inizia la sua trattazione ponendo immediatamente all'attenzione del lettore la specificità e le peculiarità del tema della salute in carcere, sottoponendole alla nostra attenzione in maniera diretta, senza giri di parole, in tutta la loro "attualità".

Insieme al sovraffollamento e, solo in parte derivante da esso, il tema della salute in carcere diventa *il* "problema in assoluto emergente e più delicato nel dibattito sull'istituzione penitenziaria".

Se le posizioni più "avanzate" in ambito penitenziario auspicano il passaggio dal carcere delle "premierie" al carcere "dei diritti", il tema del diritto alla salute assume la stessa centralità che sta assumendo nella società libera.

Ma l'autore, pur dichiarando apertamente questa centralità, non nasconde le specificità nel tentare di agire questo diritto in carcere:

- la "*condizione*" della vita detentiva è caratterizzata dalla costrizione a vivere in una comunità chiusa che determina una forma di vita particolare, diversa da quella delle persone libere;
- il "*luogo*" carcere, la sua particolare specificità, incide nella fisicità del detenuto determinando disturbi "fisiologici" fin dai primi momenti di detenzione;

-
- la dipendenza forzata dagli operatori penitenziari causa l'instaurarsi di "relazioni" non desiderate, imposte, di cui il detenuto vorrebbe fare volentieri a meno, ma non può specie se vive la condizione di malato;
 - se "curare una malattia" risulta problematico nella società libera, tale diritto assume particolare problematicità per il detenuto-paziente, considerato prima di tutto detenuto e solo in un secondo momento paziente: la mancanza di autonomia, la dipendenza dagli operatori, il dover superare la loro diffidenza dimostrando di non simulare la malattia, sono tutti fattori che complicano ulteriormente una situazione già di per sé fortemente critica.

Cantone passa poi a ricostruire in maniera sintetica ma puntuale l'evoluzione del sistema sanitario penitenziario, a partire dalla legislazione degli anni '70 che imponeva il modello di gestione separata della sanità penitenziaria teorizzandone la specificità e quindi la dipendenza funzionale e gerarchica dall'Amministrazione penitenziaria. Questa fase è contraddistinta da due caratteristiche: esigenze di carattere custodialistico che prevalgono su quelle relative alla tutela della salute del soggetto-detenuto e l'accettazione da parte dell'Amministrazione della compatibilità degli incarichi degli operatori sanitari nel settore penitenziario con tutti i rapporti professionali previsti dal Sistema Sanitario.

Successivamente, il passaggio avvenuto intorno all'anno 2000, della competenza del SSN nella gestione delle tossicodipendenze insieme al passaggio della prevenzione nei luoghi di pena alle USL (oggi ASL), preparano il trasferimento definitivo e completo della sanità penitenziaria all'Amministrazione sanitaria.

L'autore conferma la necessità e l'ineluttabilità di questo passaggio, se non altro per l'impossibilità da parte del servizio sanitario penitenziario di poter assicurare le previsioni normative sul tema della salute richiamate dalle Regole Penitenziarie Europee.

Cantone entra poi nel cuore del problema con un paragrafo che non a caso si intitola "noi e loro" che bene descrive le riserve dei "noi – gli operatori penitenziari" e quelle dei "loro – gli operatori della sanità".

Si tratta di superare gli steccati che derivano da due impostazioni opposte che si possono così sintetizzare:

- la sanità penitenziaria doveva rimanere separata perché nella sua specificità garantiva contemporaneamente risparmi economici, qualità delle prestazioni nel rispetto delle esigenze di sicurezza considerate prioritarie;
- il passaggio al SSN assicura pienamente la tutela della salute del cittadino-detenuto senza alcuna discriminazione.

Naturalmente entrambe le posizioni – afferma l'autore – "contengono una parte di verità".

La medicina penitenziaria ha sempre mantenuto un buon rapporto costi/risultati ma sarebbe impossibile garantire l'aggiornamento costante degli operatori, migliorare e assicurare le attrezzature mediche garantendo in carcere tutti i servizi, sia quelli di base che quelli di medicina specialistica, in un momento storico in cui tutto il sistema del welfare subisce progressive e pesanti riduzioni finanziarie.

Ma l'autore non si limita ad evidenziare i problemi, operazione – peraltro – doverosa e utile. A partire dalla sua pluriennale esperienza di direttore penitenziario in vari istituti, per ultimo il Nuovo Complesso di Roma Rebibbia. Egli propone delle possibili soluzioni concrete e non teoriche, già agite e collaudate con buoni risultati negli ambiti organizzativi dove è stato possibile sperimentarle, con un atteggiamento problematico senza avere la pretesa di avere in tasca *la* soluzione del problema.

In tal senso Cantone, partendo dalla sua esperienza diretta, rileva come spesso nelle strutture carcerarie c'è un numero altissimo di detenuti che chiedono di parlare con un medico o con un operatore sanitario, molto minori le richieste di colloquio con gli altri operatori penitenziari. A partire da questo dato oggettivo, la proposta è quella di creare delle équipes integrate, che - nell'accogliere le numerose richieste di visita medica – possano trasformare il settore sanitario in una “*dead-line* efficace per far passare una serie di comunicazioni importanti” relative ad altri ambiti della vita carceraria. Quindi collaborazione e scambio tra operatori con professionalità diverse in vista di una circolazione migliore delle informazioni *da e per* la popolazione detenuta, nella considerazione che quando si tratta di salute “si va dalla tutela dei diritti essenziali alla qualità della vita della persona, e da qui alla qualità della vita di tutta la comunità”. Emerge l'esigenza di lavorare con i detenuti, offrendo loro la possibilità di collaborare attraverso forme di partecipazione attiva, all'analisi dei loro bisogni, dimensione che può contribuire in maniera sostanziale alla “valorizzazione dell'attività di tutti gli operatori e di tutte le professionalità”, migliorando concretamente la condizione individuale ma anche la vita della comunità carceraria.

Questa pubblicazione contiene anche le sintesi delle tesi di sette commissari di polizia assunti nella primavera del 2012, presentate alla fine del corso di formazione di ingresso nel nostro Istituto nell'A.A. 2012/12 e che hanno già assunto incarichi di comando dell'area della sicurezza o dei nuclei per le traduzioni e piantonamento presso altrettanti istituti penitenziari.

Tutti i contributi sono molto interessanti e sono il frutto non solo di un approfondimento teorico ma derivano anche dall'esperienza diretta che gli autori hanno fatto – attraverso lunghi periodi di tirocinio – presso gli istituti penitenziari e toccano temi cruciali quali la gestione delle misure di sicu-

rezza per gli internati, il disagio mentale, il futuro degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, la condizione di “doppia pena” subita da alcuni soggetti ecc.

Per l'economia di questo breve intervento mi limito a citarne solo due.

Il commissario Domenico Montauro che adotta per il suo contributo un taglio giornalistico (la tesi contiene delle interessanti interviste ad alcuni autorevoli stakeholders della riforma sanitaria tra cui l'ex capo del DAP), ma anche per una breve ricostruzione storica dell'evoluzione della gestione della malattia in carcere a partire dalla civiltà greca e romana. Inoltre, questo lavoro, contiene riflessioni interessanti sul tema carcere e salute con stimolanti considerazioni: “La tutela della salute del detenuto, l'organizzazione sanitaria e i compiti della medicina penitenziaria, non possono essere pienamente compresi al di fuori di quel binomio sicurezza-trattamento che caratterizza tutta la fase esecutiva e accompagna, con tutte le ambiguità e le difficoltà insite nel reciproco rapporto, l'espletamento di tali funzioni. Sicurezza e trattamento sono da considerare, dunque, espressioni diverse della unica finalità della pena con valenza rieducativa.

La grande complessità del sistema penitenziario odierno, nel suo insieme e in rapporto ai suoi molteplici compiti, risiede anche in questa singolarità della funzione”.

Anche la commissaria Maria Luisa Tattoli riesce compiutamente nel suo intervento a ricostruire l'evoluzione normativa della medicina penitenziaria, sottolineando la necessità di un apporto corale tra i diversi operatori che va supportato da specifici interventi formativi: “particolare attenzione va posta all'integrazione tra le diverse professionalità al fine di trovare un linguaggio comune che permetta una chiara definizione delle migliori prassi, delle procedure adatte alle diverse situazioni contingenti e dei comportamenti più appropriati ai diversi contesti che si verificano nella quotidianità.

Le competenze professionali diverse devono essere completate con lo sviluppo di processi di integrazione interistituzionale e interprofessionale attraverso un percorso a tappe che parta dal monitoraggio delle criticità identificate nel processo di comunicazione tra le parti e arrivi a declinare le azioni necessarie per sviluppare uno spirito di squadra. Per questo motivo, il progetto formativo dovrà coinvolgere tutto il personale che, con diverse competenze e ruoli, segue il detenuto sia dal punto di vista sanitario che penitenziario, ma anche il volontariato e, dove presenti, i rappresentanti degli Uffici del Garante”.

Infine non posso non citare l'intervento di Gui, sulla recente ma intensa storia del *Forum nazionale per il diritto alla salute delle persone private della libertà personale* fondato e animato da associazione e personalità autorevoli. Gui non si limita a descrivere il meritevole lavoro di stimolo alle istituzioni e alla politica fatto dal *Forum* fin dalla sua costituzione avvenuta nel 2008, ma si

spinge oltre con una riflessione attenta sullo stato di attuazione della riforma ed un interessante contributo sulle sue prospettive. L'autore citando la compianta Leda Colombini che a proposito della sanità in carcere affermava che "la riforma cammina con le gambe che trova e quindi anche con le nostre", sottolinea che "La salute delle persone detenute e degli operatori non deve restare un tema per gli addetti ai lavori, destinato ad assumere rilevanza generale solo quando si parla di eventi tragici" e che ormai "Le condizioni dei detenuti e delle carceri non consentono più di aspettare altro tempo: la riforma è quanto mai urgente se non vogliamo correre il rischio di trasformare il carcere ancora di più in quella discarica sociale che nessuno vuole e se non vogliamo continuare a registrare altri gravi casi di malasanità in carcere".

AltraCittà
www.altravetrina.it

Ringraziamenti

Il presente Quaderno dal titolo “Riforma della sanità penitenziaria” è stato realizzato dall’Istituto Superiore di Studi Penitenziari diretto da Massimo De Pascalis, dirigente generale dell’Amministrazione Penitenziaria.

Si ringrazia per la significativa collaborazione Carmelo Cantone, dirigente generale dell’Amministrazione penitenziaria, Fabio Gui, segretario generale del Forum Nazionale per il diritto alla salute delle persone private della libertà personale, Domenico Schiattone, dirigente dell’Issp, e i vice commissari del Corpo di polizia penitenziaria autori dei contributi presenti nel volume.

La realizzazione della pubblicazione, è stata curata dal Servizio Studi e Ricerche dell’ISSP diretto dalla dirigente Alessandra Bormioli e in particolare da:

- F. Angelo Vacca, funzionario (comunicatore) per gli abstract e la cura dei testi;
- Maria Strangis, funzionario (educatore);
- Elvira Arconti, funzionario (educatore).

AltraCittà
www.altravetrina.it

Cura grafica e revisione dei testi:
F. Angelo Vacca

Stampa: Arti Grafiche Tilligraf Srl - Roma

Giustizia: in carcere una persona su tre è malata, spesso senza saperlo

di Chiara Lalli

www.giornalettismo.com, 28 giugno 2013

Le dinamiche e i sentimenti di chi è detenuto e sta male raccontati da chi li ha vissuti. Il 28% dei detenuti è positivo all'epatite C, il 7% all'epatite B, il 3,5% all'Hiv, il 20% ha una tubercolosi latente e il 4% è positivo alla sifilide E se questi numeri sono già spaventosi, va aggiunta la scarsa consapevolezza: un terzo ignora di soffrire di una patologia, ritardando così l'assunzione di farmaci e rischiando di contribuire inconsapevolmente alla diffusione. Questi sono i numeri raccolti da uno studio condotto dal NPS, Network Persone Sieropositive, e dalla SIMIT, Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali, su un campione di circa il 60% dei detenuti (la mappa dei detenuti è qui). Lo studio è stato presentato il mese passato nel corso del Congresso nazionale ICAR, Italian conference on Aids and retrovirus.

Infermità e carcere - Essendo il concetto di salute difficile da definire, anche la valutazione della sua assenza non può che essere disomogeneo. La compatibilità tra una certa condizione di salute e la detenzione è dunque accertabile faticosamente, e sembra essere analizzabile più caso per caso che tramite una regola assoluta e universale (si veda "Incompatibilità per condizioni di salute fisica" oppure "AIDS e carcere nell'evoluzione legislativa"). Ciò che è certo è che la salute in carcere sia un problema internazionale (vedi la mappa) e che in Italia sia particolarmente drammatico, visti i numeri dei detenuti e le condizioni carcerarie spesso ripugnanti.

Hiv e carcere - L'Hiv non è una patologia come un'altra, ma è oppressa dallo stigma sociale e dalla mediocrità delle informazioni. Se si aggiunge il carcere, il risultato è spaventoso. Giuseppe (Pino) Zumbo, da anni educatore carcerario stimato per il suo lavoro e la sua storia personale, conosce bene il mondo dell'Hiv e del carcere. Nell'intervento al seminario europeo in&out si presenta così: "Sono malato Hiv da 25 anni e mi sono infettato nel carcere di Marassi (Ge) per via endovenosa all'inizio degli anni 80 usando durante le mie detenzioni una pseudo-siringa artigianale, come altre centinaia di detenuti. Conosco sulla mia pelle dinamiche e sentimenti di un detenuto Hiv". Chiedo a Pino Zumbo di raccontarmi com'è, oggi, la condizione di una persona con l'Hiv e detenuta in un carcere.

I farmaci non ci sono - Il primo guaio è che i farmaci in carcere non sono disponibili in modo adeguato. "È tutto farraginoso - mi racconta Zumbo - e alcune persone devono cambiare la terapia perché nel carcere sono stati sballati, cioè trasferiti. Cambi carcere e nella maggior parte dei casi ti cambiano la terapia. Non ha alcun senso cambiare terapia per ragioni non mediche: sei abituato a dei farmaci, te li sostituiscono. Spesso perché il carcere X ha una convenzione con il farmaco X. Puoi fare una domanda per riavere il tuo, ma di fatto non serve a niente". In fondo sarebbe semplice, basterebbe un protocollo, uno sforzo organizzativo per garantire la continuità farmacologia. "Tutti i carceri dovrebbero avere tutti i farmaci. Ma ci sono molti interessi, per cui il medico del carcere o il responsabile sanitario userà un determinato farmaco perché magari ne avrà dei vantaggi. Indipendentemente dai pazienti. Seguono logiche che non hanno nulla a che fare con la salute. Sono logiche che hanno più a che fare con i soldi. Palanche, si dice a Genova".

Non aderenza - L'aderenza alla terapia è cruciale per le condizioni di salute: devi assumere i farmaci regolarmente e in modo corretto. È importante in qualsiasi circostanza, ma lo è particolarmente con gli antiretrovirali: interrompere la continuità di assunzione significa far aumentare la carica virale dell'Hiv. Il virus si riproduce velocemente e la non aderenza fa la differenza tra una patologia tenuta sotto controllo e una patologia che rischia di diventare incontrollabile. "La non aderenza è la morte - mi dice Zumbo - e a parte carceri di élite, come Opera, altrove rischia di essere la norma: penso a Poggioreale, o a altri carceri borbonici, mal attrezzati. Favignana è sotto al livello del mare. C'è una umidità insopportabile anche se stai bene, figuriamoci se soffri di qualche patologia. Se capiti in un posto del genere sei rovinato, peggio del conte di Montecristo. Un mio amico c'è stato 3 anni, mi ha raccontato cose allucinanti".

Rebibbia - Lo scenario del carcere romano è uno dei peggiori. Ecco che cosa ricorda Zumbo: "C'erano una quindicina di persone nel corridoio, e ce n'erano 7 addirittura in matricola - ovvero nel luogo dove ti prendono le impronte digitali, ti danno le lenzuola e le gavette, per poi andare nel braccio di destinazione e quindi in cella. La matricola è come una hall, dovrebbe essere un luogo di passaggio, e invece qui 7 persone dormono per terra. Se stai male vomiti lì, e poi dormi e vivi nel tuo vomito. Immagina che condizioni sanitarie possono esserci in un luogo così. Non solo a livello medico è difficile intervenire in una simile situazione, ma per ogni tipo di assistenza. Se sei un tossico, è particolarmente terrificante. E questo succede a Roma, la capitale, pensa come possono essere messi altrove".

I preservativi e la prevenzione? - Secondo Zumbo in Italia è un'utopia pensare che vi possano essere una politica di prevenzione e la disponibilità di preservativi per arginare il contagio: non solo di Hiv ma di tutte le patologie sessualmente trasmissibili. "Sono stato in molte carceri. La Spagna è un milione di anni avanti a tutti. Quando entri in galera ti danno un kit, con prodotti per l'igiene, siringhe, preservativi, detergenti e altro di cui puoi avere bisogno - sono beni di prima necessità. Ho visto anche alcune sale buco - come a Bilbao e a Barcellona. Sono luoghi asettici, dove non rischi di ammalarti e puoi essere controllato. Noi dovremmo copiare da loro. Per mirare al contagio zero. I contagi potrebbero essere ridotti drasticamente. Farsi con siringhe usate o altri oggetti - io mi sono infettato usando una penna bic - e avere rapporti sessuali sono spaventosi veicoli di contagio. Spesso i ragazzi più giovani, subiscono violenza, perché dentro c'è di tutto. Questo è già molto ripugnante, che almeno non si ammalino!".

"Il carcere come fucina di contagio" - Così Zumbo aveva definito la detenzione in una relazione a Barcellona nel 2008 (2nd European seminar prison and Hiv: the situation in Europe and the good practices, 17-20 gennaio). Gli chiedo se è ancora così, se è cambiato qualcosa in questi ultimi anni. "Potrei dire che il carcere è una fabbrica di malattia. O più esplicitamente che non è cambiato nulla. Anzi, siamo peggiorati perché c'è in giro gente come Giovanardi. La sporcizia è tale che bisognerebbe cominciare con il pulire. Se un tubercolotico arriva e nessuno se lo fila per 10 giorni, ha tutto il tempo di contagiare quelli che doveva impastare. Così per le epatiti. Ci sono ancora persone che quando escono di galera lasciano i propri spazzolini, i propri rasoi. Un rasoio per più detenuti. Questa è una cosa drammatica e molti ignorano il rischio. Il rasoio in genere lo compra chi ha i soldi in cella, lo usa e poi lo passa agli altri 6 o 7 che lo usano. Se uno ha l'epatite, nel giro di poco ce l'avranno pure gli altri 6 o 7. Stessa considerazione per lo spazzolino. Dico sempre, di usare piuttosto il sapone di Marsiglia e il dito per lavarsi i denti, ma non lo spazzolino di un altro. Ci muoviamo in questa situazione, tra consigli che dovrebbero essere ovvi e assenza di mezzi". Consigli che forse sarebbero superflui se almeno gli spazzolini e i rasoi fossero facilmente reperibili.

La famiglia - Quello che succede in carcere te lo porti dietro per tutta la vita, non solo come ricordo. "Non controllarsi non vuole dire essere sani, vuol dire non sapere. E soprattutto - sottolinea Zumbo - vuol dire essere pericolosi. Sei pericoloso se hai una moglie o una compagna, se sei sieropositivo perché sei un ex tossico e non ne sei consapevole - una premessa abbastanza comune. Vai a casa a fine pena: esci da questa merda, spero di ricominciare la vita e scopri di essere malato. Magari durante gli esami fatti quando aspettate un figlio. Ti immagini? Hai contagiato tua moglie e forse pure tuo figlio? Ti ammazzi. Infettare qualcun altro è atroce. È necessario fare il test. Se trovi una patologia sai come combatterla, se non hai nulla ti fai una risata. Ma non devi rischiare di contagiare altri". Se a volte è difficile anche fuori, in carcere far passare questa idea può essere davvero complicato. "Una volta mi hanno detto: se su 100 detenuti riesci a convincerne 30 a fare il test per varie patologie, sei stato bravo. Sui 100 che ho incontrato, ho ricevuto 700 richieste per farsi gli esami. Sui poco più di mille che ho visto girando per varie carceri, il progetto ha ricevuto 5000 richieste - hanno ascoltato parlare uno di loro, 'un pari'...si sono passati semplicemente la voce, forse perché hanno sentito più che ascoltato".

Fuori - Una volta che esci spesso ti trovi peggio di quando sei entrato. "Devi andare a rubare o a spacciare. E tanti non hanno la dignità di andare alla Caritas. Piuttosto vai a rubare. Ci sono i vinti: quelli che hanno paura di tornare in galera, quelli che diventano barboni. A Termini ce ne sono tanti di ex detenuti. Vivono in un angolo, buttati per terra. Tanti non ce la fanno nemmeno a rubare. Per non parlare della legge Bossi-Fini: le carceri sono piene di persone perché magari vengono da altri paesi o sono ragazzini finiti dentro per qualche canna. Se tu mandi una persona - soprattutto un ragazzino - in galera per detenzione di un paio di canne, lo distruggi. Gli rovini la vita, lo incattivisci. Alcuni non reggono, e si ammazzano. Senza contare quello succede dietro alle sbarre. Le violenze della polizia poi sono quasi del tutto ignorate. E se facessero le analisi alle forze dell'ordine, forse le parti si invertirebbero, o almeno si andrebbe in parità. Basta guardarli negli occhi per capire che molti sono strafatti di cocaina". A questo si deve ovviamente aggiungere la lista di tutte le morti sospese - l'ultimo è Stefano Cucchi - senza nemmeno il riconoscimento delle responsabilità: Giuseppe Uva, Aldo Bianzino, Federico Aldrovandi. L'elenco è lungo.

Donato Bilancia - Tra le centinaia di detenuti che Zumbo ha incontrato ce n'è anche uno particolarmente noto. Le circostanze dell'incontro sembrano piuttosto bizzarre. Mi racconta Zumbo: "Un giorno a Padova ci siamo trovati con 40 detenuti chiusi in teatro senza guardie, ma solo personale secondario, tutti insieme. A Napoli avevo avuto una platea di 500 detenuti, tra cui c'erano camorristi e assassini. Ero emozionatissimo, ma feci un buon lavoro, con tanto di strette di mano. Ma a Padova è stata più dura. Ho visto Bilancia. Ho avuto davvero paura, ho pensato che

stavo lì con 5 ergastolani - cioè persone che non hanno niente da perdere - e Bilancia. Io son genovese. Puoi capire che impressione, ha ucciso malamente un sacco di persone e ha detto anche che ammazzerebbe ancora. Era lì in mezzo agli altri, non isolato come immaginavo io. Ho tenuto botta ma ho avuto paura. Ma com'è possibile che non ci fosse nessuno, almeno un brigadiere, un controllore. Ho pensato se uno si alza, o due perché è grosso, e lo strangolano davanti a noi? Non l'ho riconosciuto subito, e per fortuna. Ho riconosciuto la parlata. Io ho parlato a mezza bocca. Mi sono avvicinato a uno che aveva 22 anni da farsi e ho chiesto conferma che fosse Bilancia". Bilancia sconta 13 ergastoli e 16 anni: ha ucciso 17 persone. Bilancia era quello soprannominato il serial killer dei treni e delle prostitute.

Educazione tra pari - L'educazione tra pari sembra essere il mezzo più efficace per cominciare a rimediare alla mancanza di informazione, e per diffondere i primi e fondamentali rimedi per contenere la trasmissione. "Il fatto che io sia stato in carcere e mi sia contagiato in detenzione, fa la differenza. Sanno con chi parlano, parlo come loro, ho mangiato la loro stessa merda, ho guaito come loro al buio per tanti anni. Ora solo l'unico a fare questo lavoro, prima eravamo in due, io e un mio amico ma lui è morto. Nessuno mi ha detto di portarmi qualcuno dietro per imparare. Quando muoio io che succede?". L'educazione tra pari funziona anche nella direzione inversa: "Una volta in un carcere mi si è avvicinato un ergastolano napoletano e mi ha detto: 'hai usato quell'espressione, hai detto inculati da Dio, mi ha dato fastidio. Mi ha spiegato perché: non avendo altro, con tre ergastoli, era in piena conversione religiosa. Non l'ho più usata quella espressione. È un'occasione per imparare

Qualche numero sull'Hiv - Secondo l'Istituto Superiore di Sanità dal 1985 in poi l'età della diagnosi si sposta in avanti (escludendo le persone con età inferiore i 15 anni). Dai 26 e 24, rispettivamente per uomini e donne, si passa ai 38 e 34 del 2011. Se la trasmissione inizialmente avveniva nel 76,2% dei casi per via iniettiva, nel 2011 questa percentuale è scesa sotto al 5%. Sono aumentati i casi per trasmissione sessuale. I casi attribuibili a trasmissione eterosessuale sono passati dall'1,7% del 1985 al 45,6% del 2011; quelli a trasmissione omosessuale maschile dal 6,3% al 33,2%. Tra il 1985 e il 2011 sono state segnalate 52.629 nuove diagnosi di infezione da HIV. I dati più recenti raccolti dall'Iss sono stati pubblicati nel "Supplemento de Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità del 2012".

Testing day - Proprio ieri negli Stati Uniti era la giornata nazionale del test per l'Hiv, il "National Hiv Testing Day". La prima si è svolta il 27 giugno 1995. L'intento, da allora, è sempre il medesimo: invitare le persone a sottoporsi al test per l'Hiv per conoscere le proprie condizioni di salute. Nel sito governativo ci sono tutte le indicazioni su dove poter eseguire il test.

Taranto: 44enne muore in carcere, revocata detenzione domiciliare per violazione obblighi
www.altamuralife.it, 27 giugno 2013

Si sta effettuando in queste ore l'autopsia del corpo di Pietro Papangelo, 44 anni, altamurano, per stabilire le cause del suo decesso avvenuto nelle carceri di Taranto. L'ipotesi più accreditata, stando alle indiscrezioni diffuse, penderebbe su una morte naturale dovuta ad un malore. Tuttavia, il caso richiede i dovuti accertamenti. La salma, subito dopo l'esame, sarà di rientro ad Altamura e consegnata alla famiglia. Ai polsi dell'uomo erano scattate le manette per reati di furto, ma il suo nome balzò agli onori della cronaca nel 2009, quando fu sospettato di omicidio di una anziana residente in una abitazione adiacente al Monastero S. Chiara, presso cui la donna era impegnata nei servizi di sacrestana. Poi scagionato dall'accusa.

Arrestato per violazione obblighi... stava telefonando (www.altamuralife.it, 01.11.2012)

I carabinieri della compagnia di Altamura hanno arrestato Pietro Papangelo, altamurano di 44 anni sottoposto alla detenzione domiciliare, per aver violato gli obblighi a lui imposti dall'autorità giudiziaria. L'uomo è stato sorpreso dai carabinieri mentre si intratteneva in una conversazione telefonica nonostante gli fosse stato vietato l'uso del cellulare.

Terni: muore suicida un detenuto romeno di 32 anni
Ristretti Orizzonti, 26 giugno 2013

Un detenuto romeno di 32 anni si è suicidato ieri sera intorno alle 19 nella sua cella del carcere di Terni. Ne dà notizia il Sappe (Sindacato Autonomo Polizia Penitenziaria). "È l'ennesima triste notizia che ci troviamo a commentare - commenta Donato Capece, segretario generale del Sappe.

“Il suicidio - osserva - costituisce solo un aspetto di quella più ampia e complessa crisi di identità che il carcere determina, alterando i rapporti e le relazioni, disgregando le prospettive esistenziali, affievolendo progetti e speranze”.

La via più netta e radicale per eliminare tutti questi disagi è quella di un ripensamento complessivo della funzione della pena e, al suo interno, del ruolo del carcere, argomento rispetto al quale il Sappe è da tempo impegnato”. “Si pensi - aggiunge - che nel solo 2012 ci sono stati in carcere 56 detenuti morti per suicidio (30 italiani e 26 stranieri) e 97 decessi per cause naturali (82 italiani e 17 stranieri). I suicidi sventati sono stati 1.308”.

“Nella situazione in cui versa attualmente il pianeta carcere - prosegue Capece - gli eventi critici potranno solo che aumentare in modo esponenziale e l’operato del personale di Polizia Penitenziaria risulterà vano se non si troverà una celere soluzione a tutte quelle criticità legate alla maggior parte degli istituti penitenziari italiani”.

Altro che la vigilanza dinamica del Capo Dap Tamburino e del Vice Pagano, che mantiene la colpa del custode e sopprime i posti di servizio a tutto discapito della sicurezza. Altro che il Garante dei Detenuti che la Regione umbra vorrebbe istituire, che non serve a nulla perché già oggi sono molte le tutele per i ristretti.

Se la già critica situazione penitenziaria del Paese non si aggrava ulteriormente - conclude - è proprio grazie alle donne e agli uomini del Corpo di Polizia Penitenziaria. Poliziotti, è bene ricordarlo, i cui organici sono carenti di circa 7mila unità e che mantengono l’ordine e la sicurezza negli oltre duecento Istituti penitenziari a costo di enormi sacrifici personali, mettendo a rischio la propria incolumità fisica, senza perdere il senso del dovere e dello Stato, lavorando ogni giorno, ogni ora, nel difficile contesto penitenziario con professionalità, senso del dovere, spirito di abnegazione e, soprattutto, umanità”.

Monza: muore in carcere a 22 anni per “arresto cardiocircolatorio”, la mamma chiede verità

Ristretti Orizzonti, 26 giugno 2013

Francesco Smeragliuolo aveva solamente 22 anni ed era stato arrestato il 1° maggio scorso per una rapina. È morto nel carcere di Monza sabato 8 giugno, ma la notizia ci è arrivata solo oggi, grazie alla denuncia della madre del giovane, Giovanna D’Aiello. La signora D’Aiello chiede con forza di conoscere la verità sulla morte del figlio:

“Sono sicura che non è morto di morte naturale, i suoi organi erano sani. Dopo averlo visto a colloquio in carcere, il lunedì prima della sua morte (3 giugno, ndr) avevo fatto presente che mio figlio stava male. Ha perso sedici chili in un mese. Avevo chiesto lo mettessero in una struttura adeguata, che lo aiutassero. Lui non aveva problemi di salute. Se aveva sbagliato, doveva rispondere per quello che aveva fatto, ma non è giusto che sia morto così.

Voglio sapere cosa è successo, voglio la verità”.

“Io mi rivolgerò a tutti, non mi fermo qui - ha proseguito - perché la morte di Francesco deve servire da monito per tanti ragazzi. Avrei voluto che morisse tenendo la sua mano nella mia. E invece è andata in questo modo atroce”.

I famigliari escludono anche l’ipotesi del suicidio. In una lettera recente alla fidanzata Francesco pensava “ai tanti progetti insieme”.

Su disposizione del magistrato è stata effettuata l’autopsia, che (per quanto è dato sapere) ha escluso che la morte di Francesco sia avvenuta per cause violente o per intossicazione da farmaci o droghe. Il responso è stato “decesso causato da arresto cardiocircolatorio”. Nel solo mese di giugno sono già 11 i detenuti morti: 4 per suicidio, 3 per malattia e 4 per cause “da accertare”. Da inizio anno i detenuti suicidi sono 27 e il totale dei decessi in carcere è di 85. (Dati dell’Osservatorio permanente sulle morti in carcere).

Taranto: detenuto 50enne muore d’infarto, nelle celle affollate temperatura di 35 gradi

www.statoquotidiano.it, 25 giugno 2013

È morto d’infarto, questa notte nel Carcere di Taranto un detenuto di cittadinanza italiana. Il coordinamento del sindacato penitenziario (Coosp), insorge da tempo evidenziando le condizioni di superaffollamento degli istituti penitenziari pugliesi: fanalino di coda nelle medie nazionali. “La notizia - si legge nella nota stampa - è appena trapelata dagli ambienti tarantini. Il detenuto aveva appena 50 anni, e stava espiando una pena per reati contro il patrimonio. Nonostante l’intervento tempestivo e professionale dei Baschi azzurri - spiega il segretario generale Coosp, Domenico Mastrulli - gli agenti non hanno potuto far altro, che riscontrarne il decesso”.

La vittima d’infarto era detenuta in una cella affollata, con temperature intorno ai 35° C. Il Carcere di Taranto su una dotazione media consentita di 350 detenuti, al contrario ne ospita quasi il doppio tra reparto maschile, e femminile.

Sono solo 70 gli agenti penitenziari, che ricoprono quasi tutti gli incarichi, oltre ad effettuare servizio di piantonamento. Come nella Casa Circondariale di Foggia, anche a Taranto sono emerse condizioni di carenza di acqua, e situazioni di vita vissuta in condizioni di promiscuità. Intanto il coordinamento sindacale ha fatto richiesta sia al Ministero dell’istruzione, che di Grazia e Giustizia di ampliamento del Bando di concorso dedicato fino

almeno a 1200 poliziotti penitenziari.

Lettere: detenuto suicida nell'OPG di Napoli-Secondigliano, non nel Carcere di Liberato Guerriero (Direttore Carcere di Napoli-Secondigliano)*

Ristretti Orizzonti, 25 giugno 2013

Sono apparse su vari quotidiani notizie relative ad un suicidio che sarebbe avvenuto presso il Centro Penitenziario di Napoli Secondigliano. In alcuni di questi la notizia ha anche un contorno particolarmente duro (si parla dell'inferno di Secondigliano...), che amareggia tantissimo gli operatori del Centro Penitenziario (più del fatto in sé, se pure fosse stato vero...).

La verità, che nulla toglie alla gravità di un suicidio in carcere, è che il fatto è sì avvenuto ma non nel carcere di Secondigliano, bensì dell'OPG che, come noto, è ospitato in un padiglione che fa parte del Centro Penitenziario ma ne è distinto totalmente. Sarei lieto se qualcuno ritenesse, nel modo ritenuto più opportuno, di apportare la giusta rettifica. Grazie.

* Liberato Guerriero è il Direttore del Carcere di Secondigliano; mentre l'OPG di Napoli-Secondigliano è diretto da Stefano Martone per la parte amministrativa e da Michele Pennino per la parte sanitaria. (ndr)

Reggio Calabria: detenuto tenta il suicidio, salvato dai poliziotti penitenziari

Agi, 24 giugno 2013

Un sovrintendente e un assistente della polizia penitenziaria hanno salvato la vita di un detenuto che aveva tentato il suicidio nel carcere di Reggio Calabria. Lo rendono noto Giovanni Battista Durante, segretario generale aggiunto del sindacato Sappe, e Damiano Bellucci, segretario nazionale. Il fatto si è verificato il 22 giugno, verso le ore 14. "Si tratta - spiegano - di uno dei circa 1.100 tentativi di suicidio che si verificano ogni anno nelle affollate carceri italiane". "Negli ultimi 20 anni - continuano - sono stati salvati circa 17.000 detenuti, che avevano tentato di suicidarsi". I due sindacalisti affermano anche di aver preso atto dell'ennesimo rinvio dell'inaugurazione del nuovo carcere della città "che, a questo punto, - dicono - non sappiamo quando aprirà".

Napoli: a Poggioreale suicidi e detenuti psichiatrici, depositata interrogazione parlamentare

Il Mattino, 24 giugno 2013

Nel giorno della visita del capo del Dap, l'associazione Antigone segnala tra le criticità anche le attese estenuanti per i colloqui.

Sabato scorso la visita del capo del Dap, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Giovanni Tamburino, nel carcere di Poggioreale. Arriva a Napoli per una cerimonia di "intitolazione" di Poggioreale a Giuseppe Salvia, vicedirettore fatto uccidere dalla camorra una trentina di anni fa. Nella casa circondariale partenopea sono presenti circa 2.800 detenuti, a fronte di una capienza regolamentare di 1.430 unità. Ma l'istituto, noto alla cronaca per il problema del sovraffollamento, presenta anche altre forti criticità. Tanto che è stata presentata una interrogazione parlamentare. È quanto sottolinea in una nota l'associazione Antigone.

L'interrogazione parlamentare. "Il 30 maggio 2013, a seguito delle denunce di Antigone - dichiara Mario Barone, presidente dell'associazione in Campania e componente dell'Osservatorio sulle condizioni di detenzione -, è stata depositata alla Camera dei deputati, un'interrogazione parlamentare con cui si chiedono al ministero della Giustizia risposte circa la presenza nel padiglione cosiddetto Avellino destro di detenuti isolati per ragioni psichiatriche, forma di isolamento vietata da diverse circolari dello stesso Dap allo scopo di prevenire episodi di autolesionismo o di suicidio". Quindi la richiesta: "Sarebbe auspicabile che il dottor Tamburino visitasse il cosiddetto Avellino destro, onde verificare se le circolari emanate dal Dipartimento di cui è a capo vengono rispettate nella casa di reclusione di Poggioreale".

Il suicidio. Non solo: qualche giorno fa, "nell'istituto si è suicidato un detenuto sottoposto ad isolamento giudiziario da circa 10 giorni: l'accoglimento riservato a chi è al vertice dell'amministrazione penitenziaria non sembra essere dei migliori. L'isolamento - sottolinea Barone, sia esso disposto per ragioni disciplinari, sanitarie o giudiziarie, rappresenta un fattore di rischio per l'individuo-detenuto e va limitato fortemente sotto il profilo temporale".

Le attese per i colloqui. Fa notare il presidente di Antigone Campania che la cerimonia si svolge di sabato, giornata in cui non ci sono i colloqui dei detenuti con i loro familiari. "È da sempre che donne, anziani, bambini sono costretti ad estenuanti attese sin dalle prime luci del giorno davanti ai cancelli: chiediamo al capo del Dap di venire a visitare la prigione di Poggioreale in un giorno qualsiasi della settimana, per rendersi conto di persona di questa indecenza". Conclude Barone: "Se questo è il volto della legalità che lo Stato italiano trasmette a questi bambini,

nessun martire della lotta al crimine potrà convincerli che il giusto sta dalla parte della legge”.

Napoli: detenuto di 29 anni si impicca nel carcere di Secondigliano
di Antonio Orza

Il Mattino, 21 giugno 2013

La magistratura napoletana ha comunque disposto l'autopsia per sciogliere ogni dubbio sulla sua morte. Ennesimo suicidio in carcere. L'ultima vittima porta il nome di Aniello Esposito, 29 anni. Esposito, originario di Sarno, si è suicidato mercoledì pomeriggio nel carcere napoletano di Secondigliano.

A dare l'allarme sono stati gli agenti della polizia penitenziaria, che non hanno potuto fare nulla per salvarlo. Esposito, la cui famiglia abita a Sarno in località Acquarossa, si è tolto la vita impiccandosi nella sua cella. Un gesto estremo, che probabilmente aveva pianificato da giorni spinto da un forte disagio psicologico che lo perseguitava da anni. Sembra, infatti, che la vittima soffrisse di problemi psichici ed era da tempo in cura nel reparto psichiatrico del penitenziario napoletano. A dare la tragica notizia mercoledì sera ai familiari di Esposito, sono stati i carabinieri di Sarno, diretti dal luogotenente Sante Longo. Ad avvisare i militari, via fax, la direzione del carcere di Secondigliano. Il personale di polizia penitenziaria non ha potuto fare nulla: quando gli agenti sono intervenuti era già troppo tardi. La magistratura napoletana ha comunque disposto l'autopsia per sciogliere ogni dubbio sulla sua morte.

Genova: appalto per l'assistenza sanitaria in carcere, il Sindacato di Base denuncia l'Asl
di Giuseppe Filetto

La Repubblica, 20 giugno 2013

Un appalto “addolcito”, quantomeno preparato per renderlo appetibile e facilitare l'affidamento ad esterni. L'assistenza sanitaria in carcere ai detenuti finisce al centro di una denuncia da parte del Sindacato di Base, che rappresenta un certo numero di infermieri ed operatori sanitari della Asl Tre. Tanto che è stata avviata una vertenza legale da parte dei dipendenti che si sentono penalizzati ed è stata inoltrata copia della documentazione alla Corte dei Conti.

Già, perché sindacalisti e dipendenti della Asl sostengono che l'affidamento del servizio alla Cooperativa Omnia Service rappresenti un danno economico allo Stato. Secondo loro, il bando di gara sarebbe stato preceduto da una operazione che lo avrebbe avvantaggiato.

Per capire, occorre fare un passo indietro. Fino al marzo del 2012 l'assistenza medico - sanitaria all'interno delle carceri di Marassi e di Pontedecimo era gestita dalla sanità pubblica. Diciannove dipendenti della Asl Tre che operano in altre settori, si alternavano, assicurando il servizio nel carcere femminile, pagati con lavoro straordinario ed una tariffa oraria di 17,40 euro. Per quanto riguarda Marassi, invece, l'assistenza era di tipo misto: parte di personale Asl, supportato da esterni, appunto della Cooperativa Omnia.

“Prima che fosse fatto il bando di gara, la Asl ha applicato un aumento inaspettato al compenso delle ore di straordinario - racconta Francesco Cappuccio, del Sindacato di Base - dai 17,40 euro si è passati a 26, cosa che ha stupito gli stessi dipendenti”.

Qualche mese dopo, c'è stato l'affidamento ai privati. Con una delibera che i sindacati ritengono sorprendente e che in un primo tempo ha sollevato le contestazioni della Fials. Tanto che il sindacato di categoria ha chiesto un incontro urgente con il direttore generale Corrado Bedogni, ricordando che “la materia inerente l'affidamento in appalto di aree assistenziali di competenza pubblica, rientra tra quelle oggetto di preventiva informazione, esame congiunto e informazione come sancito dal vigente contratto nazionale di lavoro”.

Il passaggio ai privati ha fatto nascere qualche sospetto: “Se avevano già in programma di esternalizzare il servizio, non capiamo perché hanno aumentato il compenso per le ore straordinarie”, ripete il sindacalista del Sindacato di Base, che ora chiede l'intervento della Corte dei Conti. La versione fornita dalla Asl Tre è diversa.

Giuseppe Reinaudo, direttore amministrativo, precisa che le dichiarazioni dei sindacalisti “sarebbero comunque caluniose”. Inoltre, sottolinea che l'aumento sarebbe avvenuto nel marzo 2012: “Siamo stati costretti ad adeguare il compenso orario nel momento in cui il servizio è passato sotto la gestione della Asl, cioè agli inizi del 2012 - precisa Reinaudo. Abbiamo dovuto equiparare lo straordinario a quello degli altri dipendenti della sanità pubblica”. Ricorda che l'affidamento ai privati è di un anno dopo: dal gennaio 2013 per il carcere di Marassi e dal maggio 2013 per Pontedecimo.

Napoli: muore in carcere il boss Claudio Modeo, 49 anni, disposta l'autopsia
La Repubblica, 20 giugno 2013

L'ex boss della mala tarantina Claudio Modeo, 49 anni, è morto ieri sera nel carcere di Secondigliano (Napoli) stroncato quasi certamente da un infarto: domani, tuttavia, la Procura di Napoli affiderà l'incarico per l'autopsia per sciogliere ogni dubbio.

Claudio Modeo, insieme con i fratelli maggiori Riccardo e Gianfranco, a cavallo tra gli anni 80 e 90 costituì l'ossatura di un clan mafioso che entrò in conflitto con quello capeggiato dal fratellastro Antonio Modeo, detto "il messicano". Furono anni terribili per l'ordine pubblico a Taranto e provincia; la guerra di mala provocò decine di morti e feriti.

Nel carcere di Secondigliano Claudio Modeo era detenuto da circa 15 anni e, come riferito dal suo legale di fiducia, l'avv. Maria Letizia Serra, stava scontando una condanna definitiva all'ergastolo per l'omicidio di Cosimo Lippo (novembre 1989) nell'ambito del maxiprocesso Ellesponto. Nell'ultimo anno il Tribunale di Sorveglianza di Napoli gli aveva concesso tre permessi - premio per buona condotta.

Il primo il 12 agosto 2012, il secondo a ridosso delle vacanze di Natale e l'ultimo nel marzo scorso, per le festività pasquali. In quest'ultima occasione l'ex boss aveva potuto dormire nella sua casa, al quartiere Paolo VI, insieme con i tre figli (la moglie è morta alcuni anni fa per una grave malattia). Ma soprattutto Claudio Modeo attendeva la decisione del Tribunale di sorveglianza sulla richiesta di semilibertà avanzata dal suo legale; l'udienza si era tenuta il 3 giugno scorso.

Giustizia: ancora un detenuto suicida, intanto il governo rinvia la riforma delle carceri
di Massimo Martinelli

Il Messaggero, 16 giugno 2013

L'ultimo ha deciso di farla finita tre giorni fa, nel carcere di Rebibbia. Era un detenuto bulgaro, e si è ucciso nel bagno della cella che divideva con altri come lui, ristretti in spazi piccolissimi, fuori norma, talmente angusti che molto spesso non vengono presi in considerazione nemmeno per allevare gli animali.

Mentre il governo ha rinviato oggi pomeriggio, ancora una volta, la soluzione per alleggerire il sovraffollamento nelle carceri, accade sempre più spesso che i detenuti scelgano la via più breve: quella del suicidio. Solo nel 2012 se ne sono uccisi 56; trenta erano italiani e 26 stranieri. E altri 97 sono morti per cause naturali (82 italiani e 17 stranieri).

E i numeri sarebbero stati ben più drammatici se gli agenti della polizia penitenziaria non avessero evitato ben 1.308 suicidi. L'anno prima, il 2011, i morti per suicidio erano stati 63 detenuti; quelli per cause naturali 102. E i suicidi sventati dalla 1.003. Adesso, con i primi caldi, la situazione rischia di diventare ancora più drammatica, perché ci sono circa 66 mila cittadini detenuti in uno spazio nel quale sarebbero stretti in 44 mila.

Secondo le normative comunitarie un detenuto dovrebbe avere a disposizione 7 metri quadrati in una cella singola; mentre adesso, in molte celle i detenuti non possono scendere tutti contemporaneamente dai letti a castello, che spesso sono a quattro piani, perché non ci sarebbe spazio sufficiente per stare tutti contemporaneamente in piedi. Le statistiche dicono che 35 detenuti su 100 sono stranieri. E che il 25-30 per cento è affetto da tossicodipendenza.

Molti di loro chiedono di lavorare, anche se la paga è bassissima (appena tre euro l'ora); ma non tutti riescono ad ottenere quello che ormai è considerato un privilegio. Dal 2007 al 2011 il numero dei detenuti è cresciuto di circa il 50 per cento, anche se il bilancio per l'amministrazione penitenziaria è stato tagliato del 10 per cento.

Ma guardiamo i dati scorporandoli. I costi per il personale sono calati di circa il 5 per cento, quelli per gli investimenti (servizi e beni) di oltre il 30 per cento, mentre le spese per il mantenimento, l'assistenza e la rieducazione dei detenuti sono stati tagliati di oltre il 30 per cento.

Il 60 per cento dei detenuti che ha almeno una condanna definitiva ha un residuo di pena inferiore ai tre anni. La maggior parte di loro ha commesso piccoli reati. Infatti i reati maggiormente diffusi sono quelli contro il patrimonio o per violazioni alla legge sugli stupefacenti. Il 40 per cento è in custodia cautelare (in paesi come Francia, Germania e Spagna le percentuali sono tra il 15 e il 20 per cento) cioè sconta una pena senza aver ancora ricevuto una condanna.

Roma: detenuto 35enne di origine bulgara muore suicida a Rebibbia Nuovo Complesso
Ristretti Orizzonti, 15 giugno 2013

Si è tolto la vita impiccandosi, con un lenzuolo, all'interno del bagno della sua cella della sezione G11 del carcere di Rebibbia Nuovo Complesso. È morto in questo modo, ieri pomeriggio, un detenuto 35enne di origine bulgara, Vasile Vasil Venetov. Lo rende noto il Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni.

L'uomo - a quanto appreso dal Garante - era un detenuto lavorante e si trovava a Rebibbia N.C. dal 2010. Era stato estradato dall'Olanda per reati connessi al traffico di stupefacenti. Aveva un fine pena fissato a marzo 2014.

Venetov è stato trovato agonizzante dai suoi compagni di cella ieri pomeriggio, intorno alle 16.00. A nulla sono

valsi i tentativi di rianimarlo.

Ai collaboratori del Garante aveva confidato di sentirsi frustrato e depresso perché non era stata ancora depositata la sentenza definitiva di condanna emessa a suo carico dal Tribunale di Napoli lo scorso dicembre, sentenza che gli avrebbe consentito di uscire dal carcere.

“Spetta alla magistratura - ha detto il Garante Angiolo Marroni - fare piena luce sulle circostanze che hanno portato alla morte di quest'uomo. Come Garante non posso non far rilevare che la macchina della giustizia si muove con una lentezza esasperante. Da sette mesi, infatti, quest'uomo aspettava la pubblicazione di una sentenza che avrebbe potuto rimetterlo in libertà”.

Quello di Vasile è il terzo suicidio accertato nelle carceri del Lazio dall'inizio dell'anno. Da gennaio ad oggi i decessi registrati nelle 14 carceri della regione sono stati 11: tre suicidi, tre per malattia e quattro per cause ancora da accertare. In base alle statistiche, otto degli undici decessi del 2013 sono stati registrati a Rebibbia Nuovo Complesso.

Una circostanza, questa, che deve essere valutata insieme ad un altro dato di fatto: da oltre nove mesi le due più importanti carceri di Roma e del Lazio - Regina Coeli e Rebibbia N. C., che insieme contano 2.800 detenuti, il 40% dei reclusi dell'intera regione - hanno un solo direttore.

“Da quando - ha detto il Garante dei detenuti Angiolo Marroni - il responsabile di Rebibbia N.C. Carmelo Cantone è stato nominato Provveditore Regionale dell'Amministrazione penitenziaria per la Toscana, la gestione delle due carceri romane è affidata al solo direttore di Regina Coeli Mauro Mariani, costretto a fare di necessità virtù per gestire queste due complesse realtà”.

Il problema dell'assenza di un Direttore per una struttura di rilievo nazionale come Rebibbia N.C., è stato sollevato dal Garante del Lazio nel corso di un incontro, che si è svolto nei giorni scorsi, tra il capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (Dap) Giovanni Tamburino ed i Garanti Regionali dei diritti dei detenuti.

“La mancanza di un direttore a tempo pieno - ha detto Marroni - pregiudica la gestione quotidiana di una struttura come Rebibbia N.C., dove sono ospitati 1782 detenuti, nonché quella di Regina Coeli dove sono ristretti circa 1100 detenuti, entrambe le strutture ben oltre la rispettiva capienza regolamentare.

A questo si deve aggiungere la circostanza, che negli ultimi 10 giorni a Rebibbia sono morti per cause naturali 3 detenuti ed una infermiera ed un detenuto si è tolto la vita, e se consideriamo il dato dall'inizio dell'anno, i decessi riferiti a Rebibbia salgono a 8. Dati, questi, che considerati insieme al sovraffollamento, alle carenze di personale ed ai tagli dei budget indicano chiaramente come sia assolutamente indispensabile e non più rinviabile la nomina di un direttore a tempo pieno per colmare l'attuale vuoto di direzione”.

Pavia: ricoverato un detenuto malato di tubercolosi, paura per contagio in carcere

La Provincia Pavese, 14 giugno 2013

Un caso di tubercolosi in carcere a Torre del Gallo: un detenuto è stato ricoverato al policlinico San Matteo nel reparto di malattie infettive quattro giorni fa, e nella struttura di via Vigentina si è diffuso il timore del contagio tra detenuti e agenti di polizia penitenziaria. La tubercolosi attacca solitamente i polmoni, ma può colpire anche altre parti del corpo. Si trasmette per via aerea attraverso goccioline di saliva emesse con la tosse.

Il battere della Tbc è dappertutto, ma la sua manifestazione era quasi scomparsa in Italia con il diffondersi del benessere e di una buona alimentazione e stile di vita. Il sindacato di polizia della Cgil ha scritto al direttore della struttura per chiedere rassicurazioni sull'adozione di “tutte le dovute precauzioni necessarie in quanto tale malattia non si diffonda all'interno dell'istituto”.

Il sindacato chiede “che tutti gli operatori penitenziari che hanno in qualsiasi circostanza avuto contatti con il detenuto in questione siano sottoposti ai test medici di controllo previsti in queste situazioni”. Jolanda Vitale, direttore del carcere di Pavia: “Ci sono procedure per tutelare la salute di dipendenti e detenuti, è partita la macchina dei controlli sulle persone che possono essere state in contatto col detenuto. Ma il rischio di contagio è basso”. I sanitari del carcere stanno somministrando il test di Mantoux per la diagnosi precoce e per procedere, nel caso, alla cura.

Roma: detenuto muore dopo diagnosi sbagliata, nomi dei medici cancellati dal diario clinico di Giulio De Santis

Corriere della Sera, 13 giugno 2013

Arrestato e rinchiuso a Regina Coeli, è stato assolto un mese prima del decesso. Inchiesta per omicidio colposo. Un tratto nero di un pennarello per far scomparire i nomi dei medici di Regina Coeli dalla cartella sanitaria di un detenuto vittima di un grave errore nelle cure. È successo nel luglio del 2011 dopo il ricovero di Solomon Solom all'ospedale Fatebenefratelli dove l'uomo, arrivato debilitato, perde l'uso di entrambi i reni per colpa di un virus

sfuggito per mesi all'attenzione dei dottori del carcere. La vittima, poi assolto dall'accusa di sfruttamento della prostituzione nell'aprile del 2012, è morta il 19 maggio scorso al termine di un calvario cominciato due anni fa e fatto di quattro dialisi settimanali.

Sulle cause dell'ennesimo episodio di malasanità in un penitenziario, macchiato anche dall'occultamento dei nomi dei responsabili dell'errore, il pm Attilio Pisani ha indagato per due anno. Poi si è arreso e ha chiesto l'archiviazione del procedimento. Ma il gip Giulia Proto è stato di tutt'altro avviso: "Bisogna proseguire le indagini per accertare chi, con un pennarello nero, ha cancellato i nomi dei medici sul diario clinico della casa circondariale". La morte di Solomon ha impresso una svolta alle indagini, che adesso procedono per omicidio colposo. "Il mio assistito è entrato in galera da uomo sano e ne uscito perdendo l'uso dei due reni per omissioni e ritardi del personale medico uniti alla noncuranza degli agenti delle penitenziaria", accusa l'avvocato Francesco Olivieri, che ha seguito Solomon passo dopo passo dal momento dell'arresto.

Il calvario del 23enne nigeriano inizia con l'arresto del 1° febbraio del 2011. Un errore giudiziario, come stabilirà sedici mesi dopo il Tribunale. Ma è da lì che parte la catena di eventi terminata pochi giorni fa con il suo decesso. Solomon entra in perfetta forma a Regina Coeli, come sostiene Olivieri e come testimonia la cartella clinica del nigeriano. A maggio avverte dei dolori in tutto il corpo, vomita sangue, si fa visitare ma i medici gli diagnosticano solo un'influenza. I malesseri continuano, torna dal dottore di Regina Coeli, che però non lo visita perché dice di essere troppo "impegnato". La mattina del 9 luglio sviene e così viene ricoverato al Fatebenefratelli, dove gli comunicano che la situazione è talmente grave la perdita dell'uso dei due reni. Da quel momento la vita, breve, di Solomon sarà scandita da quattro dialisi a settimana.

Agrigento: detenuto di 51 anni muore per una cardiopatia, stava male diverso da tempo

Ansa, 13 giugno 2013

Un detenuto del carcere Petrusa di Agrigento, Salvatore Cigna, 51 anni, di Canicattì è morto all'ospedale civile della città dei Templi dopo essere stato ricoverato in seguito a una nuova crisi cardiaca. Il decesso di Cigna, sofferente da tempo di cuore, è avvenuto dopo il ricovero nell'unità intensiva dell'ospedale San Giovanni di Dio dove era giunto alcune ore prima dall'infermeria del carcere.

L'ultima volta che i familiari di Cigna lo avevano visto era stato il primo giugno per un colloquio. Nei giorni scorsi aveva lamentato di stare male. I funerali di Cigna si svolgeranno oggi pomeriggio a Canicattì nella chiesa di Santo Spirito. Al momento i familiari non hanno ancora deciso se presentare un esposto alla magistratura e far sottoporre ad autopsia la salma del congiunto.

Toscana: Ricerca ARS; metà dei detenuti è straniera e giovane, ha una media di 38,5 anni

Ristretti Orizzonti, 12 giugno 2013

Il 96,5% di loro è di sesso maschile e il 70% di loro sono affetti da disturbi psichici, malattie infettive e disturbi dell'apparato digerente. Ecco alcuni dati da una indagine ARS.

La popolazione detenuta nelle carceri toscane è giovane (età media: 38,5 anni), con basso livello di istruzione, composta per la metà da stranieri (i nord africani sono il gruppo etnico più rappresentato) e per la quasi totalità (96,5%) maschile. Nonostante l'età media sia così bassa, oltre il 70% dei detenuti sono comunque affetti da almeno una patologia: soprattutto disturbi psichici, malattie infettive e disturbi dell'apparato digerente.

Questi i dati generali emersi dall'indagine che l'Ars (Agenzia Regionale di Sanità) Toscana ha condotto nel 2012, in collaborazione con il Servizio sanitario regionale, per verificare lo stato di salute della popolazione detenuta nelle carceri toscane. I risultati dell'indagine verranno presentati il 17 giugno a Firenze nel corso del convegno "Lo stato di salute dei detenuti italiani e il loro rischio suicidario", che si terrà nell'auditorium di Sant'Apollonia, dalle 9 alle 13.30. I risultati dell'indagine sono stati presentati stamani, nel corso di una conferenza a cui hanno preso parte Francesco Cipriani, direttore Ars Toscana, Fabio Voller, dirigente Ars Toscana e curatore dell'indagine, e Barbara Trambusti, dirigente assessorato diritto alla salute.

Monitoraggio della salute in carcere: l'indagine ARS e la cartella clinica informatizzata della Regione Toscana. L'indagine dell'Ars ha raccolto - con la forte collaborazione dei professionisti che operano all'interno degli istituti penitenziari - le informazioni socio-demografiche e cliniche di 3.329 detenuti (cioè quasi l'80% dei presenti in Toscana alla data del 21 maggio 2012) ed è alla sua seconda edizione: dal 2009 (anno della prima rilevazione) ad oggi si è arrivati ad un buon livello di informatizzazione dei dati sanitari penitenziari, ed è in fase di implementazione il progetto regionale di cartella clinica penitenziaria informatizzata. Si tratta di una cartella sanitaria informatizzata che è stata installata presso tutti gli istituti penitenziari toscani, attraverso la quale - una volta a regime - sarà possibile monitorare in modo sistematico lo stato di salute dei pazienti detenuti e gestire i loro trattamenti sanitari (visite, cure e somministrazione di farmaci), garantendo privacy e sicurezza.

La Regione Toscana, a seguito della Riforma emanata nel 2008, pone particolare attenzione alla salute dei cittadini detenuti ed ha avviato un processo di collaborazione e di dialogo con le istituzioni dell'intero apparato penitenziario. Il processo è lungo e richiede la modifica di norme giuridiche e la messa in sicurezza degli ambienti, ma l'adozione di protocolli di cura idonei favorirà un miglioramento dell'intero processo assistenziale riducendo il verificarsi di eventi a volte anche drammatici.

Questi i dati sulla salute nelle carceri toscane rilevati dall'indagine Ars

Analizzando più in dettaglio i dati emersi dall'indagine condotta nel 2012, emerge che - in linea con quanto affermato dall'Organizzazione mondiale della sanità - i detenuti sono affetti soprattutto da disturbi di natura psichica: le malattie psichiche rappresentano il 41% di tutte le patologie riscontrate, prime per frequenza in tutti e 3 i principali gruppi etnici che compongono la popolazione detenuta (italiani, nord africani, est europei). "Fra i disturbi psichici - precisa Fabio Voller, dirigente Ars Toscana - prevalgono i disturbi da dipendenza da sostanze (diagnosticati nel 52,5% dei detenuti affetti da disturbi psichici) e i disturbi nevrotici e di adattamento (28,4% dei detenuti).

Rispetto all'indagine Ars del 2009, le diagnosi di disturbi psichici sono aumentate, a fronte invece di una riduzione complessiva delle patologie: tale aumento è dovuto esclusivamente alla diagnosi di tossicodipendenza che, a distanza di 3 anni, è aumentata di quasi 15 punti percentuali. Un aumento così marcato del disturbo da dipendenza, difficilmente spiegabile attraverso uno studio epidemiologico come il nostro, è comunque in linea con i dati di altre recenti indagini anche internazionali".

Ai disturbi di salute mentale seguono per frequenza i disturbi dell'apparato digerente (14,4% - in particolare del cavo orale) e le malattie infettive e parassitarie (11,1%). Fra le malattie infettive uno dei problemi maggiori è l'epatite C (probabilmente legata alla tossicodipendenza), che incredibilmente riguarda in misura maggiore i detenuti italiani (ma questo potrebbe dipendere solo dalla maggiore reticenza degli stranieri a sottoporsi agli screening infettivologici). Per quanto riguarda l'HIV, solo l'1,2% dei detenuti toscani risulta HIV positivo, dato nettamente inferiore a quello internazionale medio (10%), ma anche a quanto riportato da un recente studio multicentrico svolto in 9 strutture italiane attraverso la valutazione sierologica. La spiegazione: un numero elevato di detenuti in Toscana non è a conoscenza della patologia e probabilmente, non dando il proprio consenso allo screening, aggrava la propria condizione clinica e diventa un'importante fonte di contagio. Altre due patologie che interessano la popolazione detenuta sono la tubercolosi (TBC) e la sifilide.

I tentativi di suicidio ed i gesti di autolesionismo rappresentano un'emergenza nel sistema carcerario italiano, così come in quello di molti altri paesi, ma la situazione nelle carceri toscane è migliore rispetto a quella italiana: nel corso dell'ultimo anno nelle carceri toscane il 6,1% dei detenuti visitati ha messo in atto un gesto di autolesionismo (in Italia è il 10,6% sul totale dei detenuti), mentre l'1,3% (44 soggetti) ha tentato il suicidio (in Italia la frequenza di tentati suicidi è dell'1,9% sul totale dei detenuti). Il 95% dei detenuti toscani che ha tentato il suicidio ha una diagnosi di malattia di tipo psichiatrico, prevalentemente legata al disturbo da dipendenza da alcol o sostanze (70%).

Nonostante le strutture penitenziarie toscane organizzino in media 5 ore di attività fisica (a cui partecipano però poco più del 40% dei detenuti), la permanenza giornaliera in cella rimane davvero molto elevata: i detenuti trascorrono infatti mediamente in cella oltre 17 ore al giorno. Il 33,9% svolge un'attività lavorativa o manuale durante la detenzione.

Da una prima analisi sembra che i detenuti che svolgono un qualche tipo di attività, pur in stato di coercizione, hanno una salute migliore rispetto agli altri.

Fra i minori detenuti nelle carceri toscane, 78 sono i ragazzi che durante il periodo indice hanno avuto accesso alle strutture, di cui 51 sono maschi. Solo il 29,5% di loro è italiano, la fascia di età più rappresentata è quella 16-17 anni ed oltre il 30% dei ragazzi detenuti presentano una patologia: si tratta soprattutto di problemi di dipendenza da sostanze (in misura maggiore rispetto ai loro coetanei liberi).

Salute in carcere: gli altri temi del convegno del 17 giugno

Il convegno si pone anche come momento di discussione e confronto: oltre ai dati toscani sulla salute dei detenuti verranno infatti presentate le esperienze di altre regioni - come l'Emilia Romagna - per promuovere interventi mirati alle reali necessità di questi cittadini. Ma il convegno intende dare una lettura più ampia del fenomeno e definire un concetto di salute che non sia solo assenza di malattia ma stato di benessere, o nella fattispecie miglioramento della condizione di vita della persona.

Si affronterà quindi il tema del suicidio in carcere, con i dati nazionali aggiornati ed un approfondimento sulla prevenzione dei suicidi. Infine, verrà presentato l'avvio del progetto ministeriale "Lo stato di salute dei detenuti

degli istituti penitenziari di 6 regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari”, coordinato dalla Regione Toscana e dall’ARS in collaborazione con le altre regioni coinvolte.

Le attività della Regione per la tutela della salute dei detenuti

Il lavoro di indagine svolto dall’Ars sulla salute dei detenuti rientra nell’ambito delle attività messe in atto e sostenute dalla Regione Toscana che da tempo e coerentemente lavora per garantire in ambito penitenziario il diritto ad un’assistenza sanitaria pari a quella dei cittadini liberi. Un lavoro di monitoraggio e di indagine sullo stato di salute dei detenuti in toscana è importante e necessario per mettere a punto nuove strategie, più efficaci e mirate da parte dell’ Assessorato alla Salute.

Nel lungo percorso seguito coerentemente dall’Assessorato si è arrivati ad oggi alla definizione di linee di intervento per la tutela del diritto alla salute di detenuti e internati negli istituti compresi nel territorio toscano. La continuità e costanza di questo percorso ha condotto ad un confronto costruttivo, inevitabile per realizzare efficacemente le linee guida approvate, con il Provveditorato dell’amministrazione penitenziaria, il Centro di Giustizia minorile e le Asl, prime protagoniste nella gestione del processo di miglioramento.

L’adozione di protocolli di cura idonei favorirà un miglioramento dell’intero processo assistenziale riducendo il verificarsi di eventi a volte anche drammatici.

Rispetto alle problematiche emerse dall’indagine di Ars - salute mentale malattie, tentato suicidio, minori - l’Assessorato alla Salute, a partire dal 2008 (passaggio delle funzioni sanitarie alle Aziende sanitarie locali) ha definito linee di indirizzo e protocolli interistituzionali progressivamente attuati. Nell’ambito della ‘tutela della salute mentale, esistono oggi precise linee di indirizzo per la prevenzione del rischio suicidario; a queste sono seguiti protocolli specifici dei singoli istituti ‘a firma congiunta fra azienda di riferimento e Direzione dell’istituto. In più, il finanziamento di progetti per la garanzia dell’assistenza psicologica ha raddoppiato di fatto le ore di assistenza garantite: un maggiore numero di ore consente anche una più adeguata accoglienza dei nuovi giunti e la prevenzione del rischio suicidario.

A proposito delle malattie più frequenti rilevate dall’indagine Ars, l’impegno regionale è testimoniato dai valori relativi alle singole discipline specialistiche (come rilevato dal monitoraggio 2012 in attuazione del Dpcm 1.4.2008) che evidenziano un’elevata copertura interna agli istituti penitenziari nelle discipline di cui esiste maggiore necessità: l’assistenza psichiatrica è garantita in tutti gli istituti penitenziari; la presenza degli infettivologi è strutturata (è presente per quasi il 50% degli istituti) e garantisce più controlli e più cure su misura. Sul tema dei minori è stato messo in atto un percorso congiunto tra Assessorato e Centro di Giustizia minorile allo scopo di individuare percorsi appropriati per la presa in carico dei minori autori di reato per i quali è necessario accertare tempestivamente i bisogni di salute.

Giustizia: a Roma-Rebibbia 4 morti in dieci giorni, a Torino convegno su suicidi in carcere

Ristretti Orizzonti, 11 giugno 2013

“Come sindacato abbiamo appreso dei 4 morti in soli 10 giorni nel carcere romano di Rebibbia grazie ad una conversazione con gli amici di “Radio Carcere” su Radio Radicale e la cosa ci ha lasciato completamente esterrefatti, tenuto conto che, per quanto ci riguarda, una condizione di tale gravità è stata tenuta abilmente nascosta dagli organi dell’Amministrazione penitenziaria”.

È quanto racconta Leo Beneduci segretario generale dell’Osapp (Organizzazione Sindacale Autonoma Polizia Penitenziaria) che aggiunge: “a Rebibbia, per cause definite “naturali”, quali l’infarto, a partire dal 28 maggio e fino al 7 giugno sono morti 3 detenuti, rispettivamente di 45, di 31 e di 68 anni e un’infermiera di 62 anni - prosegue il leader dell’Osapp - e se responsabilità reali non se ne possono attribuire ad alcuno permane il sospetto che, in termini di prevenzione e di organizzazione, ci sia qualcosa che non funziona più a dovere nella struttura penitenziaria un tempo ‘fiore all’occhiello dell’Amministrazione penitenziaria in ambito nazionale”.

“Peraltro, per colpa di un’Amministrazione centrale del tutto assente, per Rebibbia con 1.800 detenuti in 1.218 posti-letto e almeno 100 agenti in meno del previsto e per Regina-Coeli con 1.050 detenuti in 725 posti e almeno 140 agenti in meno - prosegue il leader dell’Osapp - da nove mesi, con decine e decine di Dirigenti “a spasso” sul territorio nazionale, c’è un Direttore unico per entrambe le strutture, con condizioni di assoluta precarietà anche per quanto riguarda dei diritti minimi lavorativi degli addetti del Corpo, le relazioni sindacali e la piena trasparenza nella gestione dei vari posti di servizio”,

“Per questi motivi, che riteniamo di ingiustificata gravità, per i quali abbiamo lungamente e del tutto vanamente richiesto al Provveditore Regionale e da ultimo al Capo del Dap Tamburino l’adozione di urgenti correttivi - conclude Beneduci - non ci resta che l’adozione nei prossimi giorni di adeguate e tangibili iniziative di protesta da

organizzare in prossimità di entrambi gli istituti penitenziari e presso la sede del Dipartimento centrale”

Suicidi e tentati suicidi: 7mila vittime in dodici anni, un convegno a Torino

Nel 2012 i detenuti hanno raggiunto i 7.317 atti di autolesionismo e 1.308 tentativi di suicidio. In un convegno a Torino si parla delle possibili soluzioni.

Nelle carceri italiane si registra un tasso di suicidi 20 volte maggiore rispetto a quello della popolazione libera. Negli ultimi dodici anni si sono avuti complessivamente 692 suicidi, più di un terzo di tutti i decessi avvenuti in carcere. Ancora più rilevante è il numero di tentativi di suicidio e atti di autolesionismo.

Nel 2012 i detenuti hanno raggiunto i 7.317 atti di autolesionismo e 1.308 tentativi di suicidio. Le morti sono state complessivamente 154, di cui 60 per suicidio, con una più elevata frequenza tra le persone più giovani. Una fotografia allarmante, contro la quale è necessario intervenire. Un progetto esiste, e verrà presentato mercoledì 12 giugno nel corso del convegno “Condotte suicidarie in ambito penitenziario in ambito penitenziario”, promosso nell’Aula Magna del Campus Luigi Einaudi, in Lungo Dora Siena 100, dall’assessorato alla Salute della Regione Piemonte, in collaborazione con l’Università degli Studi di Torino (Dipartimento di Giurisprudenza e Dipartimento di Neuroscienze), con il Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria, il Centro Giustizia Minorile del Piemonte, Antigone e Unione delle Camere Penali.

Assemblea nazionale Cnvg: “Oltre il sovraffollamento... la pena della salute e degli affetti”

Ristretti Orizzonti, 10 giugno 2013

Il 7 e 8 giugno si sono svolti a Roma i lavori dell’Assemblea Nazionale della Conferenza Nazionale Volontariato Giustizia dal titolo “Oltre il sovraffollamento: la pena della salute e degli affetti”.

L’Assemblea ha aperto i lavori con alcune considerazioni in merito alla sentenza di primo grado su Stefano Cucchi. È stato rimarcato il valore dell’habeas corpus, che definisce tra i doveri dello stato quello di garantire l’intangibilità fisica delle persone, comprese quelle sottoposte ad esecuzione penale, affermando quindi il valore universale contro qualsiasi trattamento inumano e degradante; concetti che sono stati ampliati da Luigi Manconi, che nel suo ruolo di Presidente per la Commissione sui Diritti Umani intende implementare l’approfondimento del monitoraggio su tutti i luoghi privati della libertà, Cie compresi.

La sentenza di Asti sulle violenze in carcere ha rimarcato l’esigenza di procedere urgentemente con l’approvazione del reato di tortura, battaglia su cui la Conferenza, insieme alle altre associazioni che sostengono la firma per 3 leggi, si impegna a raggiungere le firme previste. Al Ministero della Giustizia ed al Dap si è chiesto di applicare la massima vigilanza su questi eventi e di implementare la formazione del personale sul tema dei diritti umani.

L’Assemblea, che ha visto la partecipazione di referenti del volontariato a livello nazionale, ha affrontato nella prima giornata il tema della salute negli istituti di pena la cui fruizione, in ottemperanza all’art. 32 della Costituzione, deve essere equiparata a quella dei cittadini liberi, con particolare approfondimenti sui temi dell’Opg e della salute mentale, ed agli strumenti giurisdizionali della tutela, con riferimento al ruolo di garanzia della Magistratura di Sorveglianza.

Florido dibattito e confronto si è svolto con Cosimo Maria Ferri, Sottosegretario alla Giustizia, al quale sono state poste domande sulle politiche e le proposte del Ministero, sulle urgenze in tema di sovraffollamento, rimarcate dalla condanna della Cedu nel caso Torreggiani, e sulla tutela dei diritti, la cui inadeguatezza è testimoniata dalla drammatica vicenda di Stefano Cucchi, ed il suo esito giudiziario. Il Sottosegretario ha espresso parole di grande encomio per il ruolo e le funzioni del Volontariato, rendendosi disponibile alla reciproca collaborazione e dichiarando l’impegno a lavorare per garantire la certezza della rieducazione e tutelare salute e dignità di ogni persona.

Al Sottosegretario Ferri è stata ribadita l’urgenza e la necessità della convocazione di una grande assemblea sull’esecuzione penale, che coinvolga tutti i Ministeri, gli EELL e i soggetti coinvolti nel sistema della esecuzione della pena, per poter definire proposte, progetti e linee guida, ed in particolare un “Piano sociale straordinario per le carceri” di sostegno al reinserimento sociale per coloro che escono o che potrebbero uscire dal carcere, attraverso la formazione, il sostegno lavorativo, l’attivazione del terzo settore e dell’associazionismo. Un Piano per garantire, allo stesso tempo, maggiore sicurezza ai cittadini e concrete opportunità per i detenuti.

La piena collaborazione al rapporto con il Volontariato è stata ribadita dal Presidente del Dap Giovanni Tamburino, che oltre all’auspicio di improcrastinabili modifiche legislative da parte del Governo, necessarie per la deflazione delle carceri, ha prospettato come linee operative da parte del DAP la diffusione di modelli trattamentali sempre più aperti e conformi ad una esecuzione penale rispettosa dei diritti e del dettato costituzionale.

Di elevatissimo interesse sono stati i workshop sul tema “Affettività e Genitorialità nei luoghi di reclusione” e sul progetto “scuola di libertà. “Il carcere entra a scuola, le scuole entrano in carcere”. Numerosissime le idee ed i

progetti presentati nel primo workshop, orientati ad una maggiore tutela del diritto al mantenimento delle relazioni familiari. In questa direzione l'assemblea ha auspicato modifiche al quadro normativo ed organizzativo per migliorare e implementare i contatti con i familiari sia quantitativamente (più telefonate, incontri, etc.) che qualitativamente (spazi ed interventi volti ad attutire l'impatto traumatico dei familiari, in particolare i bambini). Il secondo, che ha delineato in modo preciso e stringente le fasi dell'operatività del programma tra carcere e scuole, la cui giornata nazionale è prevista per il 15 novembre, ha fornito materiali e metodologie sul corretto approccio da porre in essere nella realizzazione del progetto, che, come ha evidenziato Ornella Favero di Ristretti Orizzonti, è necessario non sia basato sull'improvvisazione, ma richiede invece una solida preparazione pratica e concettuale al fine di non vanificarne i risultati.

Le straordinarie esperienze presentate, contrassegnate da grande spirito di inventiva permeato da solide professionalità e spirito etico, riconfermano una realtà di Volontariato che spesso si è posta anche come antesignana nell'individuazione di percorsi coraggiosi e difficili e che, pur subendo momenti di sconforto e disillusione derivati dall'immobilità delle situazioni non si è mai arresa: nel sollecitare le istituzioni verso una carcerazione più umana, nell'idea della pena non solo come retribuzione ma come opportunità di riscatto della norma infranta attraverso un sistema di esecuzione penale rispettoso dei diritti umani.

Elisabetta Laganà, presidente Cnvg

Giustizia: "quanto vale la salute dei detenuti", articolo terzo classificato Premio "Inchiesta Pa"

di Roberto Dupplicato

saperi.forumpa.it, 4 giugno 2013

La tutela sanitaria dei 55 mila detenuti nei 205 penitenziari italiani dal primo ottobre è gestita dal Sistema Sanitario Nazionale e non più dal ministero della Giustizia. Per favorire una migliore convivenza si parla di "minima sicurezza" per i detenuti che hanno commesso reati meno gravi. Questo perché nelle nostre carceri mancano 17 mila posti letto e i problemi psicologici e sanitari dovuti alla convivenza impongono una riflessione sul sistema carcerario.

La tutela sanitaria dei 55 mila detenuti nei 205 penitenziari italiani dal primo ottobre è gestita dal Sistema Sanitario Nazionale e non più dal ministero della Giustizia. Tra i 50 articoli della bozza di riforma della giustizia si parla anche di "minima sicurezza" da scontare in penitenziari prefabbricati per i detenuti che hanno commesso reati meno gravi. Questo perché nelle nostre carceri mancano 17 mila posti letto e i problemi psicologici e sanitari dovuti alla convivenza impongono una riflessione sul sistema penitenziario. In cella ci si trova d'innanzi a degli estranei con cui bisogna condividere uno spazio molto piccolo. Entro le prime dodici ore di detenzione ogni detenuto si sottopone a visita medica. Al momento dell'ingresso in carcere tutti i farmaci in possesso del detenuto vengono sequestrati, è quindi importante dichiarare subito i problemi di salute o l'eventuale sieropositività, per ricevere tempestivamente le cure o gli alimenti adeguati.

"I problemi di convivenza - spiega Francesco Ceraudo, presidente dell'Associazione dei medici penitenziari e direttore per la Toscana del Dipartimento per la salute in carcere - accrescono il disagio psicologico e le possibilità di ammalarsi di malattie come la tubercolosi africana". Nel 1990 i reclusi erano 25 mila, oggi siamo a quota 55 mila. Solo il 20% dei detenuti sono sani, il 15% soffre di depressione e di altri disturbi psicologici, più di mille detenuti hanno contratto il virus dell'Hiv e un detenuto su cinque vive in condizioni di tossicodipendenza. Il disagio psicologico nasce dalla difficoltà di abituarsi a vivere in regime di privazione di libertà.

Ad aggravare questa situazione ci sono le difficili condizioni sanitarie. Gli spazi piccoli richiedono un rispetto totale dell'igiene, una virtù rara quando in ogni cella si vive in sei o sette persone. "La prevenzione in carcere - scrive un'altra detenuta di San Vittore - è impraticabile. La nostra salute è minacciata continuamente da stress e tensione, e poi c'è il problema dei piccoli spazi. Il bagno viene a coincidere con la cucina e il tavolo è a circa un metro dalla turca, non credo che l'Asl concederebbe l'abitabilità in queste condizioni".

È compito dello Stato italiano, secondo l'articolo 32 della Costituzione, garantire cure gratuite nel rispetto del diritto del detenuto e nell'interesse della collettività. Ceraudo sta provando a convincere i detenuti a fare i test di positività sulle malattie infettive per evitare il contagio. "Solo il test sulla sifilide è obbligatorio - sottolinea Francesco Ceraudo, su tubercolosi, hiv, epatite B ed epatite C cercheremo di spiegare ai detenuti che è nel loro interesse, oltre che giustificato per fini medico-legali, cercare in tutti i modi di evitare il contagio. Medici e infermieri che lavorano negli istituti penitenziari hanno il difficile compito di tutelare ogni giorno il diritto alla salute". Secondo Giulio Starnini, ex presidente di Medicina penitenziaria e direttore del reparto di Medicina protetta dell'Ospedale Del Colle di Viterbo, dal punto di vista clinico le carceri sono "osservatori privilegiati per capire cosa succederà nella comunità esterna tra qualche anno".

Starnini ricorda come "negli anni successivi al '68 nelle carceri italiane c'erano già i primi casi di dipendenza da eroina, fenomeno che poi è stato conosciuto in tutta la nostra società. Nel 1984, in carceri di grandi città come

Roma o Milano, cominciavano ad esserci i primi casi di contrazione del virus dell'Hiv, a quei tempi considerato come una malattia d'oltreoceano che colpiva solo gli omosessuali e che a distanza di un anno è diventata la peste del secolo".

Tutte le regioni a statuto speciale invece gestiscono come meglio credono la tutela sanitaria dei detenuti. Su di loro c'è il pressing dei direttori. "La complessità delle cure mediche in carcere - dice Nunziante Rosalia, direttore dell'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto - richiede una alta specializzazione del personale. Anche la sola "sindrome da prigionizzazione" presuppone problematiche più complesse e richiede quindi una professionalità accentuata". La riflessione sulla funzione rieducativa della pena ci porta oggi a riconsiderare il concetto stesso di reclusione. "La certezza e la giustizia della pena - sottolinea Nunziante Rosalia - deve essere alla base di tutto il procedimento ma la reclusione potrebbe essere sostituita da percorsi alternativi. Per i reati meno pesanti si potrebbe dare una pena di impronta civilista, oppure si potrebbe puntare su una nuova edilizia penitenziaria, pensata stavolta per rendere gli istituti moderni e vivibili".

I disagi colpiscono anche i dipendenti della polizia carceraria, i medici, chi si occupa della pulizia dei locali e i parenti in visita. "Le condizioni igieniche e sanitarie - spiega il senatore Filippo Berselli, presidente della Commissione Giustizia del Senato - sono disumane e inaccettabili. L'esempio di Bolzano, dove i detenuti non hanno praticamente spazio per l'ora d'aria è sintomatico. Accettabili condizioni igienico sanitarie delle carceri sono da considerarsi come obiettivo minimo per una democrazia".

Le condizioni di vita. È questo il problema centrale della privazione della libertà. Il luogo di detenzione prova a descriverlo con una lettera Monica Pardo Cases, una detenuta spagnola a San Vittore, un carcere dove quattro detenuti su cinque sono stranieri. "C'è un'umidità incredibile - scrive Monica -, mura scrostate e poca luce solare, sembra un cimitero nel quale buttano i fantasmi".

Roberto Duplicato, nato a Catania il 19 febbraio 1982, è giornalista praticante presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Laureato con 110 in Editoria e Scrittura presso la facoltà di Lettere e Filosofia a La Sapienza di Roma, con una tesi sull'evoluzione della Cnn, parla l'inglese perché ha svolto in California il periodo di stesura della tesi triennale, dedicata al newsmaking di UsaToday.

Napoli: Sappe; detenuto straniero di 40 anni suicida nel carcere di Poggioreale
Ristretti Orizzonti, 2 giugno 2013

Un detenuto straniero di circa 40 anni, giudicabile per il reato di uxoricidio, si è impiccato venerdì pomeriggio nella sua cella nel Padiglione Milano del carcere di Napoli Poggioreale. "E' l'ennesima triste notizia che ci troviamo a commentare - commenta Donato Capece, segretario generale del Sindacato Autonomo Polizia Penitenziaria Sappe, il primo e più rappresentativo di Categoria. Capece ricorda che una settimana fa il SAPPE manifestò proprio davanti a Poggiorale per denunciare la grave emergenza penitenziaria. "Il suicidio costituisce solo un aspetto di quella più ampia e complessa crisi di identità che il carcere determina, alterando i rapporti e le relazioni, disgregando le prospettive esistenziali, affievolendo progetti e speranze. La via più netta e radicale per eliminare tutti questi disagi e' quella di un ripensamento complessivo della funzione della pena e, al suo interno, del ruolo del carcere, argomento rispetto al quale il primo Sindacato della Polizia Penitenziaria, il Sappe, è da tempo impegnato. Si pensi che nel solo 2012 ci sono stati in carcere 56 detenuti morti per suicidio (30 italiani e 26 stranieri) e 97 decessi per cause naturali (82 italiani e 17 stranieri). I suicidi sventati sono stati 1.308. L'anno prima, il 2011, ha registrato morti per suicidio 63 detenuti e morti per cause naturali 102 persone ristretto. I suicidi sventati dalla Polizia Penitenziaria erano stati 1.003".

"Nella situazione in cui versa attualmente il pianeta carcere" prosegue Capece "gli eventi critici potranno solo che aumentare in modo esponenziale e l'operato del personale di Polizia Penitenziaria risulterà vano se non si troverà una celere soluzione a tutte quelle criticità legate alla maggior parte degli istituti penitenziari italiani. Altro che la vigilanza dinamica del Capo DAap Tamburino e del Vice Pagano, che mantiene la colpa del custode e sopprime i posti di servizio a tutto discapito della sicurezza. Se la già e critica situazione penitenziaria del Paese non si aggrava ulteriormente è proprio grazie alle donne e agli uomini del Corpo di Polizia Penitenziaria. Poliziotti, è bene ricordarlo, i cui organici sono carenti di circa 7mila e che mantengono l'ordine e la sicurezza negli oltre duecento Istituti penitenziari a costo di enormi sacrifici personali, mettendo a rischio la propria incolumità fisica, senza perdere il senso del dovere e dello Stato, lavorando ogni giorno, ogni ora, nel difficile contesto penitenziario con professionalità, senso del dovere, spirito di abnegazione e, soprattutto, umanità".

Vibo Valentia: tenta suicidio in carcere, detenuto salvato dalla polizia penitenziaria
www.ilquotidianoweb.it, 31 maggio 2013

Gli agenti della polizia penitenziaria hanno salvato un detenuto che aveva tentato di suicidarsi nel carcere di Vibo Valentia. A darne notizia il sindacato di categoria della Uil che rimarca ancora una volta come a Vibo, e nel resto d'Italia, vi è "un acclarato deficit di personale" che rende difficoltose le attività interne.

Gli agenti della polizia penitenziaria in servizio nel carcere di Vibo Valentia hanno sventato il suicidio di un detenuto che ha tentato di impiccarsi. Lo ha reso noto Gennarino De Fazio, segretario nazionale della Uil-Pa Penitenziari. "Verso le 19.45 - ha sostenuto - un detenuto italiano che già l'altro ieri aveva inscenato una protesta ha tentato di impiccarsi mediante l'utilizzo di una maglietta che ha legato alle inferriate della finestra della propria camera detentiva. Solo il tempestivo intervento degli uomini del commissario Domenico Montauro e, successivamente, degli operatori sanitari che hanno prestato le cure del caso ha evitato il peggio". "Ancora una prova di efficienza e di efficacia delle donne e degli uomini del reparto di polizia penitenziaria della Casa Circondariale di Vibo Valentia - ha aggiunto - che dimostrano di riuscire a sopperire con il loro impegno ed instancabile sacrificio anche personale alle diffuse inefficienze dell'Amministrazione penitenziaria. E così è stata di nuovo la Polizia penitenziaria, che solo due settimane addietro sempre a Vibo aveva sventato un analogo tentativo di auto soppressione, a metterci una pezza scongiurando che il triste bollettino delle morti in carcere ormai arrivato a livelli esorbitanti dovesse essere aggiornato. E ciò nonostante a Vibo Valentia, come nel resto del Paese, vi sia un acclarato deficit organico a cui peraltro l'Amministrazione risponde non retribuendo parte del lavoro straordinario che gli operatori sono costretti a prestare e, per di più, non fornendo riscontri alle note che la Uil-Pa Penitenziari scrive sul tema, disattendendo persino elementari regole di trasparenza e di informazione".

Giustizia: disabilità e carceri, sono più di 200 i detenuti portatori di handicap in Italia

Agenparl, 30 maggio 2013

La situazione delle carceri italiane "è costantemente sotto la lente mani carcere d'ingrandimento dello "Sportello dei Diritti", da anni impegnato anche per un miglioramento delle condizioni della popolazione carceraria e per la tutela dei diritti di chi si trova a scontare una pena o è in attesa di giudizio, troppo spesso in condizioni disumane e sicuramente non all'altezza di un Paese che assume di essere "civile".

Questa volta siamo costretti a segnalare chi tra gli ultimi e forse ancora più ultimo, ci si conceda questa licenza, se siamo a parlare degli oltre 200 detenuti disabili presenti negli istituti penitenziari italiani secondo una recente ricerca condotta dalla ricercatrice Catia Ferrieri per l'Università degli studi di Perugia nell'ambito del "Por Umbria Fse 2007-2013" dall'eloquente titolo "Carcere e disabilità: analisi di una realtà complessa" che è bene divulgare per non far cadere nel dimenticatoio un'ulteriore problematica che riguarda i nostri istituti di detenzione".

"Lo studio in questione ha preso in esame solo 84 dei 210 casi "ufficiali" in collaborazione con l'ufficio Detenuti e Trattamento del provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria. Tale numero è dovuto al fatto che su un totale di 416 istituti penitenziari italiani, solo 14 hanno risposto al questionario, inviato a tutti gli assessorati regionali alla sanità delle regioni a statuto ordinario e, previa autorizzazione del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, ai direttori delle case circondariali e di reclusione nelle regioni a statuto speciale. L'indagine si è basata, quindi, sugli 84 detenuti di cui si sono ricevuti i questionari ed ha riguardato sia la presa in carico da parte delle Asl di competenza, sia la compatibilità delle sezioni e reparti detentivi che ospitano detenuti disabili con le norme sull'abbattimento delle barriere architettoniche. La carenza di risposte da parte di alcune istituzioni delle varie regioni ha fornito solo dati parziali, ed in particolare quelli rivenienti dalle 10 regioni che hanno risposto al questionario: in particolare Umbria, Piemonte, Liguria, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Valle d'Aosta, Lombardia e Veneto. I dati in questione sono aggiornati a luglio 2012. Per brevità mettiamo in evidenza solo i principali".

"Per ciò che concerne le presenze, la regione (tra quelle che hanno risposto) con il maggior numero di detenuti disabili è la Liguria, con 44 presenze tra la casa circondariale di Genova (40) e quella di Sanremo (4). A seguire la Calabria - con 19 presenze tra Castrovillari e Reggio Calabria e la Campania, con 7 detenuti disabili. Quanto alle differenze per sesso, età, stato civile, il 79,3% dei detenuti disabili è di sesso maschile. Il 35,7% ha un'età compresa tra i 40-50 anni, il 20,2% tra i 50-60 anni, il 15,4% tra i 30 e i 40, il 5,9% ha più di 70 anni.

Il 40,4% è celibe, mentre il 41,6% è coniugato, il 7,1% è separato o divorziato. Circa la metà dei detenuti disabili ha figli. Anche altre differenze sono state prese in considerazione e tra queste la cittadinanza, l'istruzione, e la formazione. I detenuti disabili sono in gran parte italiani (92,8%), circa la metà ha un diploma di scuola media inferiore, il 21,4% ha la licenza elementare, il 14,2% è diplomato alla scuola superiore, il 7,14% è laureato. Il 61,9% non ha seguito corsi di formazione né prima dell'ingresso nell'istituto penitenziario, né durante l'attuale detenzione".

"Per ciò che riguarda la tipologia di detenzione e di reparto: il 51,1% dei detenuti disabili presi in considerazione è sottoposto ad esecuzione penale, mentre il 27,3% è in custodia cautelare. Per il 19% il dato risulta addirittura sconosciuto. Quasi la metà, in particolare il 47,6% è attualmente assegnato a reparti ordinari, a fronte del 14,2%

assegnati a reparti specifici. Un elemento importante da evidenziare è anche la tipologia di disabilità: il 79,7% dei detenuti è affetto da una disabilità fisica, mentre l'11,9% ha una disabilità sia fisica che psichica. Anche in questo caso, per il 3,5% il dato non è conosciuto. Il 19% dei soggetti ha una disabilità legata a una patologia immunitaria, il 17,8% è affetto da problemi legati all'apparato cardiocircolatorio, il 17,8%, ha una disabilità legata all'apparato nervoso centrale.

Uno spazio da porre all'attenzione riguarda gli aspetti delle indennità e del lavoro. Circa il 50% dei detenuti usufruisce attualmente di una indennità di disabilità erogata dall'Inps o da altri enti, mentre il 38% non ne usufruisce. Pochissimi, ossia solo il 96,4%, non è inserito in una attività all'interno del carcere. Da segnalare come esempio isolato e positivo è quello della Casa Circondariale di Reggio Calabria, dove i detenuti disabili sono inseriti nell'attività di lavanderia e di lavoro all'esterno dell'istituto".

"Quando si parla di handicap e disabilità non bisogna mai accantonare l'aspetto dell'accessibilità. La ricerca in questo senso evidenzia che il 55,9% dei detenuti disabili è ospitato in sezioni o reparti detentivi con ridotte barriere architettoniche, mentre il 44% in reparti o sezioni aventi barriere architettoniche. Il 42,8% dei detenuti disabili monitorati utilizza ausili per la deambulazione, mentre il 57,1% non ne utilizza.

Tra gli ausili, prevalgono la sedia a ruote (16,6%) e i bastoni canadesi (11,9%). Un ultimo dato su cui riflettere riguarda le pene espiate e le pene residue. La pena residua più lunga è di 28 anni, mentre la più breve è di 8 giorni a fronte di una media 1527,78 giorni ossia a 4 anni, 2 mesi e 7 giorni. La pena espia più lunga è di 19 anni, la più breve è di 16 giorni, mentre la media del tempo in cui il soggetto è in stato detentivo è di 1057,41 giorni, ossia 3 anni e 57 giorni. Alla luce di tali dati, Giovanni D'Agata presidente e fondatore dello "Sportello dei Diritti", rileva la complessità della situazione invitando i familiari dei detenuti disabili o tutti quelli che hanno conosciuto esperienze simili a segnalarle all'associazione specie per tutti quei casi che hanno riguardato circostanze che sono ritenute come lesive dei propri o altrui diritti".

Roma: detenuto 82enne malato di tumore, dorme in saletta ping-pong per mancanza celle
Ristretti Orizzonti, 30 maggio 2013

Il garante dei detenuti Marroni: svolgete al più presto le verifiche per una misura alternativa alla reclusione. Ad 82 anni di età, in precarie condizioni di salute a causa di tumori alla prostata, alla vescica e alla gola, è rinchiuso nel carcere di Rebibbia Nuovo Complesso per scontare una pena di tre anni per un reato commesso nel 2004. È questo il caso segnalato, con un telegramma, dal Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni al Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Roma. Nella sua segnalazione, Marroni ha evidenziato la necessità di svolgere, "al più presto", le opportune verifiche anche al fine di valutare "la possibilità di applicare, a quest'uomo, R.M. di 82 anni una misura alternativa alla detenzione in carcere". La vicenda è stata scoperta nei giorni scorsi dai collaboratori del Garante che quotidianamente visitano il carcere di Rebibbia Nuovo Complesso.

"Oltre all'età e alle patologie - ha detto Marroni - mi ha colpito la circostanza che quest'uomo è ospitato in quella che era sala per il ping pong che, visto il sovraffollamento, è stata trasformata da tempo in una cella per 15 detenuti e con un solo bagno alla turca a disposizione. Quella che si sta vivendo nelle carceri è una situazione disperata, confermata anche dal pronunciamento della Corte europea dei diritti dell'uomo, che ha rigettato il ricorso dell'Italia contro la sentenza dell'8 gennaio per il trattamento inumano e degradante a 7 detenuti del carcere di Busto Arsizio e di Piacenza. In base a questa sentenza l'Italia ha un anno di tempo per trovare una soluzione al sovraffollamento. Ora spetta alla politica porre in evidenza, nella propria agenda, il problema delle carceri. Lo ha detto anche il Ministro della Giustizia Cancellieri che non servono nuove carceri ma occorre ripensare il sistema delle pene. Il caso del detenuto di Rebibbia che denunciemo oggi è l'ennesimo emblema del fallimento di una linea improntata alla "tolleranza zero" che non ha risolto i problemi di sicurezza del Paese ed ha di fatto cancellato l'art. 27 della Costituzione".

Bologna: Sappe; detenuto di origine magrebina ha tentato il suicidio, salvato dagli agenti
Adnkronos, 29 maggio 2013

Un detenuto di origine magrebina, rinchiuso nel carcere bolognese della Dozza, ha tentato il suicidio. Lo segnala il Sappe in una nota. "L'uomo, di circa 30 anni, dopo aver fatto un rudimentale cappio, è salito su uno sgabello per lanciarsi in avanti, ma proprio in quel momento l'agente della polizia penitenziaria, in servizio nella sezione detentiva, accortosi del gesto, è entrato nella cella e lo ha tratto in salvo. L'uomo, già in passato, aveva tentato il suicidio ed era stato salvato dalla polizia penitenziaria che, in ragione di ciò, lo teneva sotto stretto controllo". "Ricordiamo -prosegue la nota- che ogni anno sono circa 1100 i detenuti che tentano il suicidio e vengono salvati dalla polizia penitenziaria che, è bene rammentarlo, è costretta a lavorare con 7500 uomini in meno, rispetto all'organico previsto. A Bologna mancano oltre 170 agenti, mentre in Emilia Romagna ne mancano 650".

Latina: detenuto 48enne in Alta Sicurezza si suicida tagliandosi carotide con una lametta

Ristretti Orizzonti, 28 maggio 2013

Si è tolto la vita tagliandosi la carotide con una lametta, all'interno della sua cella di Alta Sicurezza nel carcere di Latina. È morto così, ieri sera nel capoluogo pontino, il 48enne Pasqualino Pietrobono. Lo rende noto il garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni.

In carcere non avrebbe dato alcun segno di squilibrio, mentre questa mattina era atteso dall'interrogatorio di garanzia. L'uomo - a quanto appreso dal Garante - era stato arrestato venerdì scorso nell'ambito di una operazione antidroga coordinata dal Tribunale di Napoli. Proprio per i reati cui era accusato, Pietrobono era stato messo in una cella singola nella sezione di Alta Sicurezza del carcere di Latina. Ieri pomeriggio, intorno alle 18.00, l'uomo è stato trovato agonizzante con le vene dei polsi tagliate. È stato dichiarato morto alle 19.16.

La salma è a disposizione dell'autorità giudiziaria all'obitorio di Latina e un fascicolo è stato aperto dal sostituto procuratore Marco Giancristofaro

“Spetta ovviamente alla magistratura chiarire questa vicenda - ha detto il Garante dei detenuti Angiolo Marroni - resta, però il fatto che quello di Latina è un vero e proprio carcere di frontiera con tutte le problematiche che questo comporta. Attualmente vi sono ospitati circa 150 detenuti ma la struttura ospita, in un anno, oltre 1.000 reclusi, con un turn over fra i più elevati d'Italia. A questo dato oggettivo si devono, poi, aggiungere una certa lontananza della società civile ed i tagli imposti ai budget: basti pensare che lo psicologo ha a disposizione solo 13 ore mensili. In queste condizioni è molto difficile garantire assistenza sanitarie e psicologica continuativa ai detenuti”.

Catania: morte sospetta in cella; caso riaperto dopo 5 anni, il gip dispone nuove indagini

di Giovanna Quasimodo

La Sicilia, 28 maggio 2013

Gianluca Di Mauro, 25 anni, fu trovato impiccato con una cintura non sua. Sospetti anche su un antidepressivo che potrebbe avere avuto effetti deleteri.

Un suicidio in carcere di dubbia natura quello del detenuto catanese Gianluca Di Mauro, trovato impiccato a 25 anni nella sua cella di Bicocca il 15 dicembre 2008 con una cintura da pantaloni, non sua, stretta al collo... mancavano pochi giorni alla sua probabile scarcerazione. E oggi su questo caso di torna ad indagare.

Ritenendo la morte del giovane come conseguenza di un gesto autolesionistico, il Pm aveva chiesto l'archiviazione. Il giovane, tossicodipendente, già con qualche precedente per rapina (quei colpi “mordi e fuggi” fatti col taglierino) e condannato a 12 anni di carcere in 1° grado, accusava crisi epilettiche e avrebbe necessitato, anche e soprattutto all'interno delle mura del penitenziario, di essere seguito da alcuni specialisti ed inoltre era ristretto in regime di “grande sorveglianza”, status che avrebbe dovuto rendergli molto difficile, se non impossibile, il gesto di togliersi la vita. Oltre tutto Gianluca, figlio di brave persone (il padre ha un'officina meccanica), aveva particolarmente bisogno di aiuto; oltre ad assumere droghe, un anno prima di morire aveva subito una violenza sessuale da parte di un compagno di cella, violenza denunciata, ma per la quale Gianluca non poter avere giustizia, dato che quando si arrivò a processo il ragazzo era già morto.

I genitori e la sorella di Gianluca, col trascorrere degli anni, non hanno nessuna voglia di lasciar perdere, quindi vogliono sapere se nella morte del loro caro ci sia stata qualche forma di responsabilità del personale o della direzione carceraria o di altri.

Il caso classificato come “suicidio” - uno dei tanti che avvengono nelle carceri italiane - agli occhi del Garante dei diritti dei detenuti Salvo Fleres - cui si erano rivolti i parenti - apparve subito come morte sospetta, perciò egli continuò a seguirne l'iter giudiziario fino a quando, nell'ottobre 2012, fu chiesto al Gip di archiviare il fascicolo. Allora fu fatta opposizione a quella richiesta (tramite gli avvocati Eleonora Baratta, in rappresentanza della parte lese e Vito Pirrone, in nome del Garante) ed in questi giorni il gip Paola Cosentino ha restituito gli atti alla Procura disponendo ulteriori indagini entro i prossimi sei mesi.

Il Gip, in sostanza, in accoglimento dell'istanza, vuol approfondire una serie di circostanze. Il principio che caratterizza questa ordinanza del Giudice per è sacrosanto, un principio che purtroppo, tante volte e anche per inerzia, nel nostro Paese è stato disatteso e violato, come se le morti in carcere fossero di secondaria importanza. Il principio ribadito dal Gip è quello secondo cui “l'Amministrazione penitenziaria ha il dovere di assicurare la tutela del diritto alla salute, alla vita e all'integrità fisica del detenuti”, e sempre all'area penitenziaria “spetta la diagnosi delle patologie che affliggono la persona ristretta, nonché l'individuazione degli approcci diagnostici-terapeutici diretti a salvaguardarne l'integrità psicofisica e le modalità di custodia e di sorveglianza”.

Per queste ragioni, insieme ad altri accertamenti, si dovranno ascoltare gli specialisti che a Bicocca hanno avuto in

cura il giovane e si dovrà approfondire se, in particolare, uno degli psicofarmaci somministrati costituisca la terapia più idonea e se per caso il farmaco stesso - magari in interazione con altri medicinali - non abbia avuto effetti condizionanti rispetto al suicidio.

Nei campioni istologici del cadavere è stata rilevata un'elevata presenza di principio attivo del farmaco (venlafaxina) e ci si chiede se "in relazione ai sintomi progressivamente mostrati dal ragazzo (insonnia, ansia, ecc.), i sanitari avessero dovuto sospendere la somministrazione o in alternativa disporre misure di più assiduo controllo delle condizioni psicopatologiche del detenuto"

Macomer (Nu): detenuto in sciopero della fame da giorni, chiede di essere curato

La Nuova Sardegna, 27 maggio 2013

Gianfranco Setzu, un detenuto di Tanaunella recluso nel carcere di Macomer, da quattro giorni fa lo sciopero della fame. La notizia è stata data dalla compagna, Loredana Demontis di Borore, la quale spiega le ragioni della protesta. Setzu, che ha 30 anni, è stato condannato a cinque anni e quattro mesi di reclusione per questioni di droga e altri reati. Ne ha già scontati due. Ha problemi di tossicodipendenza. "Abbiamo chiesto l'aiuto del Sert - dice la compagna, ma non abbiamo ricevuto risposta. Gianfranco non sta bene e soffre di depressione.

Ho paura che possa farsi del male. Aveva presentato domanda per essere assegnato ai domiciliari, ma non è stata accolta". Il detenuto di Tanaunella avrebbe anche altri problemi medici che necessitano di cure. "Soffre di calcoli renali - dice Loredana Demontis -, nonostante le coliche è stato lasciato in cella. Ha anche problemi dentari che gli causano dolore. Ci sono dei medici che fanno servizio nel carcere. Mi chiedo perché non gli somministrino i farmaci necessari per calmare il dolore. Mi auguro che qualcuno si faccia carico dei suoi problemi di salute".

AltraCittà
www.altravetrinon.it

Firenze: ambulatori medici nei Reparti di Sollicciano, così l'Asl curerà da vicino i detenuti
met.provincia.fi.it, 25 maggio 2013

Un ambulatorio di base in ognuno dei 5 reparti del carcere di Sollicciano e la ristrutturazione di un'ampia parte della zona sanitaria centralizzata. È la decisione presa, in accordo con il vicesindaco di Firenze, Stefania Saccardi, il provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria Carmelo Cantone e il direttore di Sollicciano Oreste Cacurri, dal direttore generale dell'Asl 10 Paolo Morello a seguito del sopralluogo nel penitenziario effettuato con il direttore sanitario Angiolo Baroni e i responsabili delle strutture impegnate a garantire la salute in carcere. Nei reparti dell'istituto di pena, (giudiziario, penale, femminile, transito e reparto assistiti) verranno predisposte 4 stanze ad uso sanitario, chiamate "modulo periferico di base" dove saranno curati i detenuti. Il modulo periferico di base sarà composto da una stanza per le visite del medico di base, una per gli infermieri, una dedicata alla salute mentale, una per le visite degli specialisti, oltre ad un bagno dedicato ed un archivio ad uso sanitario. Solo nel reparto femminile sarà mantenuto un congruo numero di locali in prossimità delle celle che qui non sono raggruppate in blocchi. Queste stanze saranno destinate all'attività di salute mentale, infermieristica e medica di carattere più urgente. La ristrutturazione di questo reparto prevede, eventualmente riducendo il numero di posti letto, una rivisitazione dei locali ad uso sanitario, un adeguamento igienico sanitario delle celle e una nuova fruizione degli spazi comuni per le attività ricreative, riabilitative e i trattamenti. La soluzione del modulo periferico di base rappresenta il punto di equilibrio tra l'esigenza sanitaria di accentramento degli spazi e dei servizi e quella carceraria di decentramento nelle sezioni detentive. Sarà così possibile migliorare gli spazi sanitari esistenti che non rispondono omogeneamente alle esigenze organizzative di cura e assistenza.

Oltre agli ambulatori di base nei 5 reparti verrà ristrutturata e riorganizzata l'area sanitaria centralizzata che disporrà di un reparto accoglienza, uno di osservazione clinica, un pre-isolamento sanitario, un poliambulatorio multi specialistico, un deposito farmaci centralizzato e un locale per lo stoccaggio dei rifiuti speciali. Il reparto accoglienza troverà posto in un nuovo spazio dove verranno ospitati i detenuti che necessitano di visite e ricovero. Qui sarà operativa un'equipe sanitaria nell'arco delle 24 ore. Il reparto di osservazione clinica sarà predisposto ristrutturando due celle e potrà accogliere 8 pazienti che necessitano di approfondimenti diagnostici e più accurati monitoraggi clinici e assistenziali nel caso di problematiche sanitarie di tipo internistico/chirurgico compatibili con la permanenza in ambiente carcerario, sia che giungano dai reparti di detenzione sia che siano stati dimessi dopo un ricovero ospedaliero. Questo spazio sarà ricavato da un'area attualmente destinata all'osservazione psichiatrica maschile, che sarà presto dismessa e trasferita in altre strutture carcerarie. I ricoveri in questo reparto saranno decisi dal medico responsabile della sezione in stretto raccordo con l'Amministrazione penitenziaria. Alcuni posti letto destinati a pazienti con particolari problemi di salute mentale resteranno attivi in un'area attigua a questa zona. Due stanze con posto letto singolo e dotate di bagno, costituiranno il pre-isolamento sanitario, destinato a pazienti con sospetta patologia infettiva in fase di accertamento diagnostico. Nell'aria già destinata a poliambulatorio, opportunamente ristrutturata, resteranno le attività specialistiche che necessitano di specifica strumentazione diagnostico - terapeutica: radiologia, ecografia, ambulatorio oculistico, ecocardiologia, crioterapia dermatologica, riabilitazione, saletta chirurgica per suture, uno dei tre studi odontoiatrici dotati di riunito con trapano, spruzzatore d'acqua, aspiratore, ecc. Gli altri due studi odontoiatrici resteranno nel reparto femminile e in quello giudiziario. Le attività sanitarie all'interno del carcere sono di competenza della Asl dal 2008 che impegna nel penitenziario 6 medici di base, 15 medici di continuità assistenziale, 10 specialisti, 7 infermieri, ai quali se ne aggiungono un'altra trentina che operano con appalto esternalizzato. Senza contare la somministrazione di farmaci che riguarda circa 700 detenuti al giorno, sono circa 200 le prestazioni quotidianamente erogate dal personale sanitario a Sollicciano. Al più presto i tecnici dell'Azienda sanitaria di Firenze e del Provveditorato regionale penitenziario predisporranno la progettazione, la stima dei costi e i tempi di esecuzione. Per la realizzazione dei lavori di ristrutturazione ordinaria verranno impiegati anche, sotto la guida ed il controllo della direzione del carcere, detenuti specializzati in opere murarie impegnati nelle attività di recupero lavorativo.

Bologna: Sappe; detenuto ricoverato all'ospedale per overdose di oppiacei, è stato salvato
Dire, 24 maggio 2013

Questa notte un carcerato straniero di 55 anni detenuto alla Dozza di Bologna è stato trasportato d'urgenza all'ospedale Sant'Orsola, per eccessivo uso di sostanze stupefacenti. "In base al referto si tratterebbe di un'overdose di oppiacei", fa sapere in un comunicato il segretario generale aggiunto del Sappe, Giovanni Battista Durante. Il 55enne si trovava in carcere da pochi giorni per reati riguardanti fatti di droga ed è stato riportato in carcere dopo le cure.

“Ancora una volta, grazie all’intervento della Polizia penitenziaria, è stato evitato il peggio, ma continuiamo a denunciare l’assenza di iniziative concrete da parte dei vertici dell’amministrazione penitenziaria sul contrasto alla droga, considerato che dal 1995 è prevista la costituzione delle unità cinofili, ma ancora oggi operano solo in poche regioni, tra le quali non c’è l’Emilia-Romagna”, dichiara Durante in una nota.

I tossicodipendenti in carcere sono il 25% della popolazione detenuta, con punte di 40% e oltre in alcune regioni, segnala il sindacato. “Peraltro - aggiunge Durante - esistono percorsi di recupero alternativi al carcere, come l’affidamento terapeutico e la sospensione della pena, ma nulla o poco viene fatto in questa direzione”.

Ascoli: detenuto morto per una overdose di metadone, indagato il compagno di cella

Il Resto del Carlino, 23 maggio 2013

Una perizia tecnica per stabilire le cause del decesso di Ben Salah Mouhamed, stroncato da un’insufficienza cardio-respiratoria il 10 agosto del 2009, dopo aver assunto dosi eccessive di metadone. Era detenuto nel carcere di Marino del Tronto.

Nella stanza del Gup Rita De angelis, questa mattina, Rino Froldi e Dora Mirtella, docenti di tossicologia forense e medicina legale all’Università di Macerata che, in qualità di periti, hanno concordato a grandi linee sulle cause del decesso di Mouhamed, che sarebbe stato cagionato da un’assunzione eccessiva di sostanze oppiacee.

Indagato per omicidio colposo, a seguito di cessione di stupefacenti, Joseph Parisi, 44 anni, di New York ma residente a Castel di Lama, difeso dall’avvocato Alessandro Angelozzi. L’uomo è attualmente detenuto nel carcere di Fossombrone per altra causa.

I fatti risalgono all’estate del 2009, tra il 7 ed il 10 agosto, in cui l’indagato, durante la sua detenzione al carcere di Marino del Tronto, riceveva legittimamente dal Sert dosi di metadone. Parte del quantitativo ricevuto, però, sarebbe stato occultato da Parisi e ceduto, in parte, a Ben Salah Mohuamed, suo compagno di cella. La dose del 10 agosto del 2009 gli sarebbe stata, purtroppo, fatale. Al giudice l’ultima parola, con la sentenza che, molto probabilmente, arriverà il prossimo 28 maggio.

Padova: medico a processo, scambiò sintomi infarto per mal di stomaco e il detenuto morì di Carlo Bellotto

Il Mattino di Padova, 23 maggio 2013

Un detenuto che aveva accusato un malore in cella è morto dopo poche ore. A processo per omicidio colposo è finito il dottore che l’aveva visitato poco prima. Annibale Cirulli, medico di guardia alla Casa circondariale di via Due Palazzi andrà di fronte al giudice il prossimo 7 novembre e sarà giudicato con rito abbreviato. I fatti oggetto del processo accadono il 13 marzo del 2011. Adel Mzoughi, tunisino di 36 anni, detenuto in attesa di giudizio, accusa un malore alle 9.30. Chiede l’intervento medico per un presunto dolore epigastrico retrosternale. Pare non fosse un detenuto che chiedeva spesso l’intervento dei sanitari.

Il medico, il dottor Cirulli, lo visita, secondo la pubblica accusa non in modo molto accurato. Gli prescrive, immediatamente, un gastroprotettore non disponendo ulteriori esami o accertamenti. Il pubblico ministero Orietta Canova contesta al medico di non aver ordinato al paziente ulteriori accertamenti che avrebbero portato ad evidenziare una sindrome coronarica acuta.

La successiva consulenza che lei ha disposto, ha accertato che il tunisino aveva un infarto in atto e quindi bisognava intervenire con celerità. Non c’era un minuto da perdere. Ma così non avvenne, almeno secondo la tesi suffragata dalla pubblica accusa. Alle 10.45 lo straniero, nel frattempo rientrato in cella, accusa un secondo malore: il gastroprotettore non fa effetto.

Ma il medico non lo visita. Non chiama il 118, non ritiene utile una visita al pronto soccorso, pare gli consigli di assumere del Valium per calmarsi. Il detenuto muore nella sua cella alle 11.30, quindi due ore dopo il primo malore. Quando i soccorsi arrivano è troppo tardi, è inutile ogni tentativo rianimatorio. Ora bisognerà vedere come il medico si difenderà in aula, come verranno ricostruiti i fatti di quella tragica mattina del 13 marzo del 2011. Il detenuto non fingeva e aveva veramente un malore grave, probabilmente se fosse stato portato all’ospedale alle 9.30 i medici avrebbero potuto salvarlo. Ma è solo un’ipotesi.

Sui suicidi accuse Ministero-Ristretti. Visita ritardata, detenuto perde l’uso della gamba di Alessandro Macciò e Nicola Munaro

Corriere Veneto, 23 maggio 2013

Duro botta e risposta tra il Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria (Dap), presieduto dal magistrato padovano Giovanni Tamburino, e la rivista “Ristretti Orizzonti”, gestita da volontari é detenuti del carcere Due

Palazzi. La causa? Il conteggio dei suicidi nelle carceri italiane dall'inizio del 2013: 12 secondo il Dap, 21 secondo Ristretti Orizzonti.

A innescare la polemica è Luigi Pagano, vice capo del Dap, che in una nota "contesta fermamente i dati sui suicidi e sui decessi naturali pubblicati periodicamente a cura del centro di documentazione Ristretti orizzonti". Pagano afferma che "gonfiare i dati dei suicidi nelle carceri italiane non serve a nessuno" e stigmatizza il "macroscopico errore" commesso dalla rivista padovana.

Pronta la replica di Ornella Favero, direttore responsabile di Ristretti Orizzonti: "A differenza del Dap, noi riteniamo che "sia morto di carcere" chi si impicca in cella e muore però in ospedale, e anche chi si mette un sacchetto in testa e perde la vita sniffando il gas.

Se il Dap considera soltanto le morti di coloro che si sono impiccati, i suicidi sono 12. Ma nelle nostre statistiche abbiamo incluso anche un detenuto morto dopo essersi aperto la pancia con una lametta, due morti soffocati con un sacchetto di plastica infilato in testa, e sei morti asfissati dal gas delle bombole da camping in uso nelle celle".

Ristretti Orizzonti incassa la solidarietà del Sindacato di Polizia penitenziaria (Sappe), secondo cui la rivista svolge "un lavoro prezioso" e il Dap "ha disatteso il proprio mandato di informare i cittadini".

Intanto la situazione dei detenuti nel carcere di Padova torna sotto la lente d'ingrandimento della Procura, con un esposto arrivato nelle scorse settimane sul tavolo del pm Sergio Dini. A scrivere la denuncia è stata l'avvocato Anna Maria Martin per conto di un 38enne albanese detenuto fino al 2015, quando scadrà la sua pena per spaccio di droga.

L'uomo, dipendente della cooperativa Giotto e impiegato nel settore della pasticceria, per due anni aveva chiesto di essere visitato all'ospedale civile di Padova a causa di una ferita alla caviglia sinistra che non voleva saperne di guarire, creando anche una calcificazione ossea capace di rendergli quasi impossibile la camminata.

Nei mesi scorsi l'infermeria del Due Palazzi si accorge della gravità della situazione e decide per il trasferimento del 38enne in ospedale: qui, e anche al Sant'Antonio, le diagnosi confermano la compromissione della gamba sinistra, dovuta alla mancanza di cure e di diagnosi precise all'inizio della malattia. Il pm Dini ha aperto un'inchiesta, disponendo l'acquisizione delle cartelle cliniche di ospedali e carcere per cristallizzare i fatti.

Giustizia: carceri disumane... rinviare la pena?

di Antonio Maria Mira

Avvenire, 22 maggio 2013

La pena è legale solo se non consiste in trattamento contrario al senso di umanità", perciò "la pena inumana è "non pena" e dunque andrebbe sospesa o differita in tutti i casi in cui si svolge in condizioni talmente degradanti da non garantire il rispetto della dignità del condannato". Lo scrive il Tribunale di sorveglianza di Venezia nell'ordinanza di rinvio alla Consulta, ponendo la questione di costituzionalità dell'articolo 147 del Codice penale che prevede il differimento della pena solo per infermità fisica o mentale, e per detenute-madri con figli di meno di 3 anni.

Ma non "per trattamento disumano e degradante", quale è il sovraffollamento, così come stabilito dalla Corte europea dei diritti dell'uomo in meno di 3 mq per detenuto. Una richiesta sulla quale la Consulta deciderà nei prossimi mesi, come annunciato dal presidente, Franco Gallo. "La affronteremo con più urgenza possibile, entro luglio e poco dopo l'estate".

Non è l'unica ordinanza perché una, praticamente uguale (violazione degli articoli 3, 27 e 117 della Costituzione), è stata inviata dal Tribunale di sorveglianza di Milano che ritiene che "il detenuto stia subendo un trattamento "disumano" e degradante e che, dunque, si pone in tutta evidenza una questione di compatibilità della sua detenzione con i principi di non disumanità della pena e di rispetto della dignità della persona detenuta sottesi all'applicazione proprio dell'istituto del differimento della pena".

Ma questa, come detto, si può applicare solo in specifici casi (malattia e maternità) e non per il sovraffollamento che i due Tribunali descrivono in modo puntiglioso (vedi altro articolo). Invece, scrivono, il differimento sarebbe "l'unico strumento di effettiva tutela in sede giurisdizionale al fine di ricondurre nell'alveo della legalità costituzionale l'esecuzione della pena a fronte di condizioni detentive che si risolvono in trattamenti disumani e degradanti".

Una situazione che, secondo in giudici, contrasta nettamente con l'articolo 27 della Costituzione, non solo perché i "trattamenti" sono "contrari al senso di umanità" ma anche "al finalismo rieducativo". "Ogni pena eseguita in condizioni di "inumaneità" - scrive infatti il Tribunale di Milano - non può mai dispiegare pienamente la sua finalità rieducativa poiché la restrizione in spazi angusti, a ridosso di altri corpi, produce invalidazione di tutta la persona e quindi deresponsabilizzazione e rimozione del senso di colpa non inducendo nel condannato quel significativo processo modificativo che, attraverso il trattamento individualizzato, consente l'instaurazione di una normale vita di relazione".

Una condizione per la quale i magistrati denunciano di avere le mani legate. "Il Tribunale di sorveglianza -

scrivono le toghe di Venezia - è chiamato a dover dare applicazione al principio di non disumanità della pena in un caso in cui, pur ricorrendo i parametri in fatto di un trattamento disumano e degradante, così come verificati in casi analoghi dalla costante giurisprudenza della Corte europea, non si può ricorrere all'istituto del rinvio facoltativo della pena, poiché tale ipotesi non si trova ricompresa tra quelle tassativamente previste dalla norma".

E dunque, aggiungono, "da un lato il trattamento inumano non potrebbe tollerare una sua indebita protrazione", ma "dall'altro si deve registrare la sostanziale ineffettività della tutela riconosciuta".

Anzi, rincarare la dose il Tribunale di Milano, "il magistrato di sorveglianza, qualora accerti la violazione di un diritto del detenuto da parte dell'Amministrazione penitenziaria e ne ordini la rimozione, non ha, tuttavia, alcun potere di intervento diretto in caso di inerzia".

E ricorda come siano passati invano 14 anni dalla sentenza della Consulta con la quale "il Parlamento era stato invitato a prevedere forme di tutela giurisdizionale nei confronti degli atti dell'amministrazione penitenziaria lesivi di diritti di coloro che sono sottoposti a restrizione della libertà personale". Ora toccherà nuovamente alla Corte e "con urgenza".

Brande pieghevoli e sacchi di abiti sotto il letto

Una cella di 23,09 metri quadri per 9-10 detenuti. Poi un'altra di 24,58 per altrettanti carcerati. Infine il "miglioramento" con una cella di 9,09 ma per solo 3 detenuti. Sono quelle che hanno ospitato uno dei detenuti che hanno fatto ricorso. Prima casa circondariale e poi casa di reclusione, sempre a Padova. Per 9 giorni ha avuto a disposizione 2,43 mq, per altri 122 è salito a 2,58, per passare a 3,03 col cambio di carcere.

Nel primi due casi, scrive il Tribunale di sorveglianza di Venezia, "nettamente al di sotto del limite vitale di 3 mq come stabilito dalla Corte europea dei diritti dell'uomo". Ancor più ridotto per la presenza di 7 armadietti. Ma anche nel terzo caso il limite è ulteriormente abbassato dalla presenza di 3 armadi grandi, scendendo a 2,83 mq a detenuto, come calcola con precisione il Tribunale.

Ancora peggiore è la descrizione della Casa circondariale San Quirico di Monza. L'istituto, scrive il Tribunale di sorveglianza di Milano, "aperto nel 1992, comprende 16 sezioni ordinarie (di cui due inagibili), ciascuna composta da 25 camere detentive previste, nel progetto originario, per una sola persona, ma in cui sono state alloggiate, sin dall'apertura, due persone; successivamente - prosegue la descrizione -, dal 2008, l'elevata presenza di ingressi ha determinato l'utilizzo della terza branda di tipo pieghevole".

O anche "un materasso a terra". Il detenuto preso in esame "si trova ubicato nella sezione 7 del circuito AS3 ove sono presenti 25 stanze" ma ne sono "occupate solo 12, in cui sono sistemati complessivamente 35 ristretti, in quanto le altre risultano inagibili per carenze strutturali dovute all'infiltrazione dell'acqua piovana".

La cella misura 11 mq e quindi, teoricamente, lo spazio disponibile per ciascun detenuto è di 3,30 mq. Ma, aggiunge il Tribunale, "considerando l'ingombro della limitata mobilia messa a disposizione, lo spazio disponibile è di gran lunga inferiore ai 3 mq".

Mobiliario peraltro "insufficiente", denunciano i giudici, al punto che "la branda pieghevole è posizionata (quando è chiusa) al lato del muro lasciato libero e non sotto il letto in quanto è occupato da tre sacchi di vestiti e scarpe".

Inoltre nel bagno (senza finestre né acqua calda) non ci sono suppellettili "tanto che i detenuti hanno realizzato delle rudimentali mensole con pacchetti di sigarette aperti e attaccati al muro ove posizionare sapone e spazzolino da denti".

Savona: Sappe; i detenuti dormono in terra senza materassi, sono 91 in celle per 36 posti

Adnkronos, 22 maggio 2013

"Novantuno detenuti stipati in celle costruite per ospitare 36 persone, alcuni costretti a dormire per terra perché senza materasso e altri a vivere 20 ore al giorno in camere di detenzione con una sola finestra nel corridoio, celle ricavate peraltro dall'aula scolastica e dalla sala yoga. Un clima incandescente, quello del carcere S. Agostino di Savona, dove mancano persino 25 Agenti di Polizia Penitenziaria rispetto all'organico previsto dal Ministero della Giustizia".

È quanto denuncia il Sappe, Sindacato autonomo di Polizia penitenziaria, chiedendo al guardasigilli Annamaria Cancellieri urgenti interventi per il S. Agostino. "La situazione è semplicemente scandalosa e allarmante - spiega Roberto Martinelli, segretario generale aggiunto del Sappe. Il carcere di Savona è diventato una pattumiera per chi è detenuto e per chi ci lavora: altro che dignità umana da garantire a chi ha commesso un reato e per questo si trova, giustamente, in galera. Altro che trattamento e rieducazione come prevede la Costituzione.

A Savona il carcere è talmente sovraffollato che alcuni detenuti dormono per terra: non hanno neppure i beni di prima necessità come bicchieri, carta igienica, spazzolino o le gavette per mangiare. Il S. Agostino non ha neppure un direttore che diriga stabilmente e quotidianamente il carcere e il personale di Polizia penitenziaria, che è sotto

organico di ben 25 unità, paga in prima persona le tensioni che il sovraffollamento delle celle determina”. Il Sappe auspica che delle gravi criticità del carcere di Savona “si possa occupare in prima persona il ministro Cancellieri perché la situazione è davvero insostenibile. Noi ci auguriamo un urgente provvedimento di sfollamento del carcere che riconduca le presenze dei detenuti a condizioni di vivibilità ed un incremento di agenti alla fine dei corsi attualmente in atto. Ma al guardasigilli chiediamo anche quel coraggio che è mancato ai suoi predecessori perché la città di Savona possa davvero avere un nuovo carcere, predecessori che, al contrario, non hanno ritenuto necessario inserirla nel piano straordinario di edilizia penitenziaria del ministero”.

Palermo: convegno sul sovraffollamento delle carceri con Centro Studi Pedagogicamente Ristretti Orizzonti, 20 maggio 2013

Il Dott. Antonello Nicosia direttore del Centro Studi Pedagogicamente denuncia lo stato delle Carceri italiane, la mancata applicazione delle leggi sulle pene alternative, il fallimento degli assistenti sociali, in particolare l'inefficienza dell'Uepe (ufficio esecuzione penale esterna) di Agrigento.

Forte e chiaro l'urlo di denuncia partito sabato dal primo convegno sul sovraffollamento delle carceri e il riconoscimento dei diritti umani svoltosi a Palermo presso la Sala delle Carrozze di Villa Niscemi, organizzato dall'Anfi (Associazione Nazionale Familiaristi Italiani) e coordinato dalla neo consulente della legalità per il Comune di Palermo l'avv. Sonia Spallitta.

La presenza di tutte le categorie direttamente interessate fa emergere la consapevolezza dell'urgenza della problematica e la necessità di un intervento sinergico in cui ciascuno assuma le proprie responsabilità. Se da una parte l'appello formulato dalla dott.ssa Gamberini, Giudice del Riesame del Tribunale di Palermo, invita i magistrati a rendersi, operatori attenti del sistema ordinamentale utilizzando adeguatamente le misure cautelari, dall'altra le testimonianze accorate della dott.ssa Rita Barbera direttore della Casa Circondariale Ucciardone di Palermo e del dott. Mazzamuto Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Messina e del Dott. Antonello Nicosia focalizzano l'attenzione dentro le carceri in cui la drammaticità della disumanità delle condizioni socio-igienico-sanitarie va scalfita da un intervento immediato e diretto a recuperare la dignità della vita quotidiana dentro le strutture stesse orientando con l'educazione e la formazione la costruzione di un percorso di vita alternativo. Certo, annichisce per superficialità e chiusura il passo citato di una relazione di un'assistente sociale dell'Uepe di Agrigento che considera “esaltazione delle proprie capacità” il coraggio di reagire con una scelta di studio e di cambiamento da parte di un soggetto sottoposto a misura detentiva e pone allo stesso tempo un cocente interrogativo, ma chi sono gli operatori a supporto dei detenuti, quale è il loro tipo di formazione, il criterio per il loro reclutamento e soprattutto chi monitora e controlla il loro operato?

La condizione di detenuto non coincide solo con la privazione della libertà ma si connota spesso di uno spiccato senso di solitudine, isolamento e rischio di alienazione pertanto è fondamentale il supporto ad essi fornito e sia gli avvocati sono chiamati a farsi mediatori d'interazione tra giustizia e imputati sia la politica non può rimanere inerte, non può più né strumentalizzare né far finta di non vedere i suicidi nelle carceri o le continue violazioni dei diritti denunciate dalla sentenza Torregiani.

I detenuti sono parte integrante della società che li esprime e le carceri, come auspica Leoluca Orlando Sindaco di Palermo, devono essere luoghi in cui i diritti della persona devono potersi concretizzare intervenendo, ove necessario, in modo significativo anche in ambito legislativo restituendo a ciascun uomo la dignità e il diritto di potersi definire cittadino italiano.

Il Dott. Nicosia ha incontrato l'Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Sciacca prof.ssa Daniela Campione, il Sindaco Avv. Fabrizio Di Paola e il consigliere comunale Davide Emmi per chiedere l'istituzione del Garante dei Diritti dei Detenuti, figura importante che si posizionerà al centro tra le problematiche quotidiane dei detenuti e la mancanza di risorse e il sovraffollamento. Il Dott. Nicosia si augura che presto venga individuato un professionista che conosca bene questo microcosmo e possa con passione e professionalità svolgere appieno questo delicato compito. Il prossimo incontro si svolgerà a Sciacca nel mese di giugno.

Saluzzo (Cn): progetto “Voltapagina”, i detenuti incontrano Concita De Gregorio
www.targatocn.it, 20 maggio 2013

La giornalista di Repubblica, per Voltapagina, ha presentato il suo libro “Io vi maledico” ai detenuti della sezione alta sicurezza del Morandi. Domani mattina alle 11 Giacomo Poretti del trio Aldo Giovanni e Giacomo presenta “Alto come un vaso di gerani”.

Hanno iniziato di getto i detenuti della Sezione alta sicurezza del carcere Morandi a porre domande e interloquire con Concita De Gregorio, giornalista, scrittrice, ex direttore de l'Unità che nel penitenziario saluzzese ha presentato ieri, per il terzo incontro di Voltapagina, il suo libro “Io vi maledico” (Einaudi). Libro su cui si sono preparati con

insegnanti, operatori e volontari molti dei carcerati presenti all'incontro e che, come aveva previsto il direttore della struttura Giorgio Leggieri, è stato terreno di fitta interazione con la giornalista, nota firma di Repubblica.

“Il mio lavoro è di raccontare. È ciò che faccio da trent'anni - ha iniziato Concita De Gregorio presentata dalla collega Rai Simonetta Rho e accompagnata da Marco Pautasso del Salone del libro di Torino. Nel suo reportage ha dato voce a chi si è sentito dimenticato, escluso in questi anni, a storie comuni di cronaca e di ingiustizia sociale che ci sono quasi scivolte addosso, finendo nelle brevi dei giornali.

Storie che sono il ritratto corale dell'Italia di adesso, della grandissima rabbia interna, ha raccontato “che nasce dall'ingiustizia e povertà, dalla distanza dalla politica, dalla mancanza di obiettivi, da una giustizia lenta e da una scuola povera. Un sentimento di frustrazione visibile anche da esplosioni violente scatenate dal senso di sopraffazione ed esasperazione per ciò che non ti rende giustizia”. Insieme alla rabbia una grande fragilità di chi non sa reagire ad ostacoli e difficoltà, non avendo avuto esperienza di prove dure come ha vissuto invece la generazione precedente.

“Ma lei non spiega come uscire dalla rabbia?” la interrompe un detenuto “Un problema che mi sono posta spesso risponde la giornalista - perché è importante dare soluzioni. In molti casi l'unica soluzione è proprio poterla raccontare, come ho fatto in questo libro, per parlare a chi governa attraverso questi fatti che non conosce. E anche per il destino dei bambini e degli adolescenti. A noi è andata come è andata, ma a loro dobbiamo dare prospettive.” Anche loro hanno interiorizzato la rabbia e sono verdi di rabbia, ha continuato Concita De Gregorio analizzando un supereroe d'irrequietezza, l'incredibile Hulk, che suo figlio di 10 anni ama. Si identificano per il fatto di vivere una condizione permanente, quotidiana di “sempre arrabbiati”. Rabbia che sanno gestire perché convive con loro. Il reportage della giornalista arriva al tema della mafia, tasto altamente sensibile per la platea di detenuti presenti, molti dei quali stanno scontando pene per questo genere di reato.

Parla del disegnatore di fumetti di Palermo che nel quartiere Brancaccio aveva visto, a otto anni il suo primo omicidio, parla delle storie delle donne sindaco del Sud, “eroiche” che le hanno raccontato la loro vita.” In queste terre donne di mafia e di legge lavorano per lo stesso obiettivo, rendere più vivibile questo posto per i figli. Viviamo lo stesso ambiente, vogliamo la stessa cosa, bonificare per dare un'altra possibilità alle nuove generazioni, mi dicevano, mentre io pensavo: ma lo saprà il Presidente della Repubblica”. Mafia, mentalità mafiosa, geografia della mafia, responsabilità del tessuto sociale nella genesi del fenomeno e responsabilità individuale nel coinvolgimento, estirpazione dal basso e dall'alto, cancro in luoghi in cui dovrebbe essere fronteggiata, diventano argomenti di confronto con la giornalista.

E a lei, considerata paladina dei temi sociali, che afferma loro di aver sempre raccontato finora ciò che ha visto, una consegna di fiducia: portare sulle pagine dei giornali il racconto della rabbia dei detenuti, dare all'opinione pubblica anche i fatti comuni, non solo quelli clamorosi, anche la storia silenziosa del loro riscatto all'interno del carcere, attraverso la scuola (è aperta la sezione carceraria del liceo Bertoni Soleri) attraverso le attività culturali e professionali.

L'occhio critico della giornalista, autrice di “Io vi maledico” il cui titolo riprende la scritta sulla lapide che un operaio dell'Ilva di Taranto ha voluto in strada e quella della figlia di un imprenditore che si è ucciso per usura bancaria, si è posato anche sulla cultura e sulla mentalità italiana “individualista, “del vicino è il mio nemico”, sviluppatasi a partire dagli anni 80” e sulla crisi della Sinistra che, secondo lei, ha cercato di imitare quella che in Italia è la Destra, la Destra economica.

Domani alle 11, sempre nel carcere Morandi Saluzzo, ultimo incontro di Voltapagina : Giacomo Poretti del trio comico Aldo, Giovanni e Giacomo parlerà del suo libro d'esordio “Alto come un vaso di gerani” (Mondadori). Un libro racconta la sua infanzia e giovinezza vissute in un paese della provincia milanese che negli anni Sessanta si avvia verso boom economico, senza sapere che ne uscirà trasformato. Presenta Marco Piccat, saluzzese, docente all'Università di Trieste.

Alessandria: progetto “Voltapagina”; Beppe Severgnini in carcere... a parlare di futuro

La Stampa, 20 maggio 2013

È un esperimento quello di domani alla Casa circondariale di San Michele: sette grandi autori del Salone Internazionale del Libro fra i detenuti delle carceri. L'iniziativa s'intitola Voltapagina, ha coinvolto anche il carcere di Saluzzo e quello di Quarto d'Asti con scrittori come Lella Costa, Concita De Gregorio, Giacomo Poretti (del trio Aldo Giovanni e Giacomo), Rosella Postorino e appunto Beppe Severgnini, l'ospite ad Alessandria.

Ognuno presenta il suo ultimo libro, o meglio ne discute con i presenti visto che nelle settimane che precedono i detenuti che hanno volontariamente scelto di partecipare a Voltapagina sono stati guidati alla lettura e all'approfondimento da un gruppo di assistenti sociali, educatori e volontari dei penitenziari. Per Severgnini il libro è “Italiani di domani, 8 porte sul futuro”. Maggiori informazioni sul giornale in edicola domani.

Torino: muore ergastolano 67enne, da inizio anno sono deceduti 8 detenuti ultra 65enni

Ristretti Orizzonti, 20 maggio 2013

Giuseppe Ciulla, che stava scontando l'ergastolo nel carcere "Lorusso e Cutugno" di Torino, è morto nel pomeriggio di venerdì 18 maggio scorso nel Repartino Detenuti dell'Ospedale "Molinetto", dove era stato trasportato a seguito dell'aggravamento delle patologie di cui soffriva.

Con il decesso di Giuseppe Ciulla salgono a 71 i detenuti che hanno perso la vita da inizio anno (21 per suicidio, 32 per malattia e 18 per cause "da accertare"). Otto di loro avevano più di 65 anni e 5 avevano superato i 70 anni, limite oltre il quale è possibile scontare la pena in detenzione domiciliare presso la propria abitazione, o presso un luogo di cura, come previsto dalla Legge n. 251 del 5 dicembre 2005 (cosiddetta "ex-Cirielli", o anche "Salva Previti").

Nonostante la suddetta norma sia in vigore da oltre 7 anni, 31 dicembre 2012 gli ultrasessantenni presenti nelle carceri italiane risultavano ben 587, mentre i detenuti con un'età compresa tra i 60 ed i 70 anni erano 2.489.

L'attuale situazione carceraria, caratterizzata in molti Istituti di Pena da sovraffollamento, condizioni igieniche ed ambientali degradate, carenze dell'assistenza sanitaria e insufficiente presenza di Personale penitenziario, per i detenuti anziani rappresenta una vera e propria condanna a "morire di carcere".

Spoletto (Pg): suicida un detenuto 44enne, si è impiccato alle sbarre con i lacci delle scarpe

Ristretti Orizzonti, 19 maggio 2013

Si è tolto la vita impiccandosi con dei lacci alle sbarre della finestra del bagno nella cella del carcere di Maiano in cui era detenuto. Mustapha Hajjaji, il cittadino marocchino che nel novembre scorso a Umbertide ha ucciso i due figli di 8 e 12 anni, è stato trovato intorno alle 7 del mattino dagli agenti della polizia penitenziaria in servizio. Sul 44enne pendeva l'accusa di omicidio premeditato.

Sul posto sono immediatamente intervenuti i carabinieri del Nucleo operativo della compagnia di Spoleto e il magistrato di turno, la dottoressa Mara Pucci. I rilievi del caso sono proseguiti con scrupolo per l'intera mattinata, anche se nella cella assegnata che Hajjaji da qualche giorno non condivideva con nessuno tutto è risultato perfettamente in ordine. Il pm Pucci, naturalmente, ha già disposto l'autopsia sul corpo dell'uomo.

Il 44enne marocchino, seguito da uno psichiatra del penitenziario, era sottoposto a un'attenta e assidua sorveglianza, stando a quanto risulta la cadenza era di circa mezz'ora. Con ogni probabilità, Hajjaji alle prime luci dell'alba ha atteso che l'agente di turno passasse per il controllo. Dopodiché si è alzato dal letto, è entrato in bagno, ha legato i lacci alle sbarre della finestra, ha infilato il cappio e si è tolto la vita.

Hajjaji era considerato un soggetto a rischio. Negli istanti immediatamente successivi all'efferato crimine, il marocchino si era ferito alla gola e ai polsi, poi aveva chiamato la moglie annunciando: "La sto facendo finita". L'immediato intervento dei militari e a ruota dei sanitari avevano salvato l'uomo. Non solo. Nel luglio scorso, quindi prima del brutale omicidio dei due figli, l'uomo finse di impiccarsi. Nel cuore della notte aveva svegliato la moglie, che lo aveva già denunciato per maltrattamenti, ed era salito su una scala, minacciando di togliersi la vita. Sarebbe dovuto comparire davanti alla Corte d'assise di Perugia l'11 luglio prossimo per essere processato Mustapha Hajjaji, il manovale che oggi si è suicidato nel carcere di Spoleto dove era rinchiuso per avere ucciso i due figli. Nei giorni scorsi il gip di Perugia aveva disposto per lui il rito immediato, accogliendo la richiesta della procura. Hajjaji era in cella da solo da cinque giorni dopo il trasferimento del suo compagno. Veniva controllato ogni 15 minuti e alle 6.45 era ancora vivo. Quando la polizia penitenziaria è tornata alle 7 il muratore non ha risposto. A quel punto gli agenti sono entrati trovandolo morto in bagno. Nei giorni scorsi Hajjaji era apparso tranquillo a uno dei suoi difensori, l'avvocato Gianni Zaganelli. Al legale, anche recentemente aveva ribadito di avere agito per gelosia e che il suo primo obiettivo era la ex moglie. Non trovandola in casa - è emerso dall'indagine dei carabinieri - aveva però ucciso i figli. Hajjaji non avrebbe lasciato messaggi. Nella tasca dei pantaloni aveva comunque un foglietto con il numero di telefono della sorella che vive nel nord Italia.

Nell'ultimo mese a Maiano altri due tentati suicidi. Stando a quanto risulta, nelle ultime settimane nel carcere spoletino sarebbero due i tentati suicidi. A scongiurare il peggio salvando altrettanti detenuti è stata solo la professionalità degli agenti della penitenziaria, prontamente intervenuti. In entrambi i casi i reclusi hanno tentato di impiccarsi. Nell'episodio più recente, verificatosi una decina di giorni fa, il detenuto è stato trasportato in ospedale dove, durante le 48 ore di ricovero, è stato sottoposto alle cure mediche del caso.

Sappe: suicidio detenuto è sconfitta per lo stato

"È l'ennesima triste notizia che ci troviamo a commentare, quella della morte di un ristretto". Lo afferma Donato Capece, segretario generale del Sappe, commentando la morte di un detenuto suicida nel carcere di Spoleto. Il

suicidio in carcere 'è sempre - oltre che una tragedia personale - una sconfitta per lo Stato. Ma la responsabilità di questa morte, così come dei tentati suicidi, delle risse, degli atti di autolesionismo, delle colluttazioni, è delle diffuse incapacità ad assumere provvedimenti seri e concreti per deflazionare le sovraffollate carceri italiane. Si tratta - prosegue Capece - della ennesima drammatica morte di una persona ristretta. Nella situazione in cui versa attualmente il pianeta carcere gli eventi critici potranno solo che aumentare in modo esponenziale e l'operato del personale di Polizia Penitenziaria risulterà vano se non si troverà una celere soluzione a tutte quelle criticità legate alla maggior parte degli istituti penitenziari italiani".

"Se la già critica situazione penitenziaria del Paese non si aggrava ulteriormente - prosegue il sindacalista - è proprio grazie alle donne e agli uomini del Corpo di Polizia Penitenziaria, che tra il 2010 ed il 2012 sono intervenuti tempestivamente in carcere salvando la vita a più di 3.000 detenuti che hanno tentato di suicidarsi ed impedendo che gli oltre quattordicimila atti di autolesionismo posti in essere da altrettanti ristretti potessero degenerare ed ulteriori avere gravi conseguenze".

"Certo che quel che non serve per risolvere questa umiliante situazione penitenziaria - prosegue il rappresentante del Sappe - è la delegittimazione del ruolo di sicurezza affidato alla Polizia Penitenziaria, come invece previsto dal Capo Dap Giovanni Tamburino che vorrebbe consegnare le carceri all'autogestione dei detenuti attraverso fantomatici patti di responsabilità".

Una scelta (che il Vice Capo Luigi Pagano cerca addirittura di presentare in giro come una positiva "rivoluzione normale" delle carceri) favoleggia di un regime penitenziario aperto, di sezioni detentive sostanzialmente autogestite da detenuti previa sottoscrizione di un patto di responsabilità favorendo un depotenziamento del ruolo di vigilanza della Polizia Penitenziaria mantenendo però in capo ai Baschi Azzurri il reato penale della colpa del custode (articolo 387 del Codice penale)".

"Di fatto - prosegue la nota del Sappe - da quando è operativa questa disposizione del Dap, abbiamo constatato un aumento di aggressioni, di suicidi, dei tentati suicidi sventati per fortuna sventati dai poliziotti penitenziari, delle evasioni e di quelle tentate, delle risse e degli atti di autolesionismo. Se gli agenti non possono controllare stabilmente le celle - conclude Capece - le responsabilità non possono essere le loro ma di chi quella nota circolare ha firmato, il Capo dell'Amministrazione Penitenziaria Giovanni Tamburino, e di chi la spaccia per rivoluzione normale delle carceri, il Vice Capo Luigi Pagano, che il ministro Guardasigilli non può ulteriormente lasciare alla guida del Dap".

Roma: detenuto di 46 anni muore al "Pertini", era malato e in attesa di affidamento

Ristretti Orizzonti, 19 maggio 2013

Gino Dolce, 46 anni, detenuto a Rebibbia Nuovo Complesso, Reparto G11, è deceduto all'ospedale "Pertini" giovedì scorso, 16 maggio 2013.

Aveva varie patologie, ha avuto una trombosi, una broncopolmonite, è stato in coma. Nel 2008 era stato ricoverato allo "Spallanzani" per 4 mesi e non si riprendeva da una meningite, aveva avuto febbre a 40 per settimane e aveva perso l'uso dell'occhio dx (2008). Lamentava che non gli dessero analgesici per il mal di testa e che le gocce da comprare con la domandina venissero autorizzate sempre tardi. Per un incidente del 2006 gli avevano messo viti nelle ginocchia che avevano provocato una trombosi. Doveva avere anche un intervento alla colonna per separare le vertebre, per gli osteofiti sulle vertebre e un intervento per un lipoma.

Per il fegato seguiva una terapia perché per un incidente del 2007 gli avevano tolto la milza. Recentemente persisteva la trombosi alla gamba destra per cui prendeva l'anticoagulante orale. Aveva interrotto la terapia all'occhio, perché gli avevano detto che i farmaci erano a pagamento - l'oculista stesso se ne era poi lamentato per le gravi ed evidenti conseguenze - poi ha saputo che quelle fiale non devono essere a pagamento. È stato in cella con 3 fumatori. Inoltre, in seguito a visita con lo pneumologo, si doveva eseguire polisonnografia presso struttura esterna per una probabile sindrome da apnee notturne. Tale visita era stata richiesta da tre mesi fa ma non era ancora stata fissata. Una Camera di consiglio stava valutando l'affidamento presso una casa famiglia o forse era già decisa.

Fiorentina Barbieri

Sportello di Antigone presso la CC di Rebibbia NC

Vibo Valentia: detenuto tenta il suicidio, salvato dalla Polizia Penitenziaria

Agi, 17 maggio 2013

Un detenuto di 30 anni, sottoposto al regime di alta sicurezza, ha tentato il suicidio questa mattina, nel carcere di Vibo Valentia, utilizzando i lacci delle scarpe, con i quali ha fatto un rudimentale cappio.

Lo rende noto un comunicato del sindacato di polizia penitenziaria Sappe. "Solo grazie al pronto intervento della

polizia penitenziaria - affermano Giovanni Battista Durante, Segretario generale aggiunto del Sappe e Damiano Bellucci, segretario nazionale - è stata evitata un'altra tragedia all'interno delle carceri italiane, le cui notizie sono ormai un bollettino di guerra, tra suicidi, 60/70 ogni anno, tentativi di suicidio, circa 1.100 ogni anno, sempre sventati dalla polizia penitenziaria, aggressioni e gesti di autolesionismo, oltre 5.000 ogni anno. Negli ultimi 20 anni la polizia penitenziaria ha salvato oltre 17.000 detenuti, nonostante le gravi carenze di personale: mancano oltre 7500 agenti a livello nazionale, destinati ad aumentare a causa dei tagli alla spesa pubblica. La situazione - continuano - è ormai insostenibile e la politica continua a fare inutili proclami e passerelle mediatiche, senza alcun risultato concreto”.

Nuoro: detenuto 45enne stroncato da infarto mentre gioca nel campo di calcio del carcere
L'Unione Sarda, 16 maggio 2013

Tragica fine di un detenuto ieri all'interno del carcere di Nuoro di Badu 'e Carros. L'uomo, Giampaolo Casula, 45 anni, di Tortolì, si è accasciato al suolo durante una partita di calcio, probabilmente a causa di un arresto cardiaco. Un fulmine a ciel sereno che ha messo sotto choc sia gli altri detenuti che il personale della polizia penitenziaria che lavora all'interno del carcere.

L'uomo è stato colpito con tutta probabilità da un malore, anche se ancora manca l'ufficialità. Nel momento in cui ha avuto l'infarto stava giocando in porta. A nulla è servito l'intervento del medico del carcere, che dopo aver cercato di fare il possibile non ha potuto far altro che constatare il decesso del detenuto.

Disperazione e sgomento tra i compagni che stavano giocando assieme a lui, che da subito hanno capito che si trattava di qualcosa di grave. Anche se ancora manca la conferma ufficiale, nessuno ha dubbi sul fatto che si tratti di un infarto, tanto che non è stata neanche aperta un'inchiesta sull'accaduto. Il campo di calcio del carcere barbaricino di Badu 'e Carros è uno spazio particolarmente apprezzato dai detenuti, e permette ogni giorno ai tanti costretti all'interno dell'istituto penitenziario di poter fare esercizio fisico all'aria aperta.

Lazio: Fp-Cgil; oltre 7mila detenuti e un'emergenza sanitaria, sospendere i nuovi ingressi
Adnkronos, 15 maggio 2013

Nelle carceri del Lazio “è emergenza sociale, strutturale, sanitaria. Si sospendano i nuovi ingressi”. Lo chiede in una nota la Fp Cgil Polizia penitenziaria Lazio, che cita numeri allarmanti: “Il dato della popolazione carceraria presente nelle carceri laziali a ieri sera è di 7.171 unità a fronte di una capienza di 4.834.

La situazione è drammatica: letti a castello ovunque, nelle celle, negli spazi socialità, nelle palestre definiscono una condizione che dire emergenziale è poco. Non solo, sono ormai stati cancellati i più elementari principi a fondamento di uno stato di diritto, ma siamo di fronte al rischio di una vera e propria esplosione del sistema carcerario laziale”.

Una “situazione di emergenza umanitaria, giudiziaria, sociale e, anche sanitaria di fronte alla quale, è ormai acclarato, l'amministrazione penitenziaria, centrale e regionale non è in grado di far fronte e che si sta scaricando totalmente sul personale di Polizia penitenziaria e sugli operatori tutti - accusa il sindacato - l'unica soluzione di risposta a questa emergenza è sospendere immediatamente gli ingressi in tutte le carceri laziali fino a che vi siano apprezzabili effetti di decongestione, di ritorno alla normalità.

Dobbiamo prendere atto, con senso di responsabilità, che le nostre carceri regionali non possono ricevere ancora arrestati e catturati, e che la soluzione immediata, al di là delle tante promesse non mantenute dai recenti ministri e dall'attuale Capo del Dap, sono le liste di attesa: si individuino un numero massimo di detenuti, ai quali possono essere garantite concretamente condizioni di vita detentiva dignitose, e su quel numero si costruisca un sistema di ingressi a ‘pareggiò”.

“Chi si oppone a questa soluzione di civiltà, oltre che di ritorno alla legalità, si assume la responsabilità di sostenere che le carceri laziali possono continuare a vivere in queste condizioni, oltre che, ovviamente, la responsabilità di tutto ciò che può ancora succedere nei 14 penitenziari laziali”, conclude la nota.

Teramo: i Radicali svelano la lettera-denuncia delle detenute
Il Centro, 14 maggio 2013

I radicali tornano a denunciare le condizioni in cui vivono i detenuti nel carcere di Castrogno, uno dei più sovraffollati del Paese. Lo fanno con una lettera denuncia, che oggi renderanno pubblica nel corso di una conferenza stampa, scritta da alcune reclusi nel penitenziario teramano. Nella lettera le donne segnalano carenze nell'assistenza sanitaria, a cominciare dalla distribuzione dei farmaci.

“Nella lettera le donne scrivono una frase che dice tutto”, racconta Vincenzo Di Nanna, referente regionale di

Amnistia, Giustizia e Libertà, “scrivono se non riuscite ad immaginare l’inferno veniteci a trovare: questo è il girone dei senza speranza”. I radicali, che più volte hanno lanciato l’allarme sulle condizioni della struttura teramana, tornano a parlare del carcere dopo l’ennesima morte di un detenuto: qualche giorno, fa, infatti, è morto un recluso di 73 anni stroncato da un infarto in una cella del reparto protetti. “Il numero dei morti a Castrogno”, scrive Di Nanna, “sale a 14 e raggiunge un triste primato nazionale”.

Morti in carcere: Di Nanna (Agl): “A Teramo la situazione è grave”

Il dato più eclatante emerso dall’odierna conferenza tenuta dai radicali della lista Amnistia, Giustizia e Libertà è che nel carcere di Castrogno c’è un maggiore tasso di mortalità rispetto a quello di Roma. A Rebibbia, che ha una popolazione tre volte superiore alla struttura penitenziaria teramana, si muore di meno. Sono tre le persone decedute dall’inizio del 2013 a Castrogno, in un edificio che prevede 270 detenuti ma che ne ospita 420. Detenuti controllati da un insufficiente numero di personale addetto. La denuncia è del referente regionale di AGL, Vincenzo Di Nanna, che in conferenza si è soffermato sul contenuto della lettera di un gruppo di detenute di Castrogno: “Rivolgiamo un appello a chi di dovere - ha ripetuto Di Nanna - affinché sia dato impulso alla nostra legge sull’amnistia con la quale affrontare il problema dell’affollamento delle carceri. Oggi è la depressione la principale causa di morte negli istituti di pena”. Presenti in conferenza anche Filomena Gallo (segretario dell’associazione Luca Coscioni), Ariberto Grifoni (referente regionale Agl) e Rosa Quasibene, segretario di Radicali Abruzzo.

Giustizia: allarme hiv ed epatite nelle carceri, un detenuto su tre non sa di essere malato
Corriere della Sera, 14 maggio 2013

La positività per il test di epatite C è del 28% dei detenuti, per l’epatite B del 7%, e il 3,5% per l’Hiv. Nelle carceri italiane due persone su tre sono malate e una persona su tre non è consapevole del proprio stato di salute. Parliamo di malattie infettive gravi: epatite, Hiv, tubercolosi, sifilide. Se ne è parlato in chiusura del quinto Congresso Nazionale Icar (Italian Conference on Aids and retrovirus) dedicato a Aids e Hiv, con 600 specialisti radunati al Centro Congressi del Lingotto a Torino.

“La positività per il test di epatite C è del 28% dei detenuti, per l’epatite B del 7%, e il 3,5% per l’Hiv. Inoltre il 20% ha una tubercolosi latente e il 4% ha presentato test positivi per la sifilide - ha spiegato Evangelista Sagnelli, professore di Malattie Infettive alla Seconda Università di Napoli -. Il dato più preoccupante è che una persona su tre non è a conoscenza del suo stato di salute in relazione a queste infezioni: occorre quindi essere molto cauti per evitarne un’ulteriore diffusione”. Lo studio sulle carceri italiane è stato fatto dalla Simit (Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali) e Nps (Network Persone Sieropositive) in venti istituti, su un campione pari al 60% dei detenuti, circa 2.700 persone.

Al Congresso è stato ricordato come si sia ridotta la percentuale di nuovi casi di infezione di Hiv legato alla tossicodipendenza in relazione agli altri fattori di rischio: i Sert, infatti, riescono a contenere la diffusione, grazie a un accurato controllo dei soggetti tossicodipendenti. Aumentano invece i casi per diffusione sessuale, ad oggi la causa principale dei nuovi contagi. Secondo i dati dell’Istituto Superiore di Sanità, dal 1985, escludendo le persone di età inferiore ai 15 anni diagnosticate con Hiv, si osserva un aumento costante dell’età media al momento della diagnosi di infezione, che è passata da 26 anni per i maschi e 24 anni per le femmine nel 1985 a, rispettivamente, 38 e 34 anni nel 2011. Nel 2010 la classe di età più rappresentata è quella 35-44 anni, nel 2011 quella 25-34 anni. La proporzione di donne era aumentata all’inizio degli anni 2000 ma negli ultimi anni sta diminuendo di nuovo. L’età media alla diagnosi dei casi adulti di Aids mostra un aumento nel tempo, sia tra gli uomini che tra le donne. Infatti, se nel 1991 la mediana era di 31 anni per i maschi e di 29 per le femmine, nel 2011 le medie sono salite rispettivamente a 44 e 42 anni. Nell’ultimo decennio, la proporzione di casi di Aids di sesso femminile tra i casi adulti è rimasta sostanzialmente stabile intorno al 23-25%. Le regioni con la maggiore incidenza sono, in ordine, Lazio (3,2%), Liguria (2,9%), Toscana (2,7%) e Piemonte (2,7%); quelle con il minor numero di casi Trentino Alto Adige (0,2%), Umbria (0,7%), Molise, Campania e Sardegna (0,9%).

Immigrazione: Rapporto “Medici per Diritti Umani”; i Cie sono una polveriera ingestibile
Redattore Sociale, 13 maggio 2013

È l’unica indagine indipendente, condotta entrando in tutti i centri di identificazione e di espulsione dopo l’estensione della detenzione a 18 mesi. Sono “centri di internamento”. Le voci di operatori e funzionari della questura

I Cie, Centri di identificazione e di espulsione, sono “centri di internamento”, chiusi al mondo esterno, poco trasparenti dal punto di vista dei costi. Luoghi che violano la dignità umana, in particolare non garantiscono il

diritto alla salute. Sono le conclusioni a cui giunge il team di Medici per i Diritti umani, che ha realizzato l'unica indagine indipendente su tutti i centri, dopo l'estensione massima della detenzione amministrativa da sei a 18 mesi. La ricerca si chiama "Arcipelago Cie. Indagine sui centri di identificazione ed espulsione", pubblicata da Infinito Edizioni e realizzata con il supporto di Open Society Foundations.

L'indagine si è svolta nell'arco di un anno, da febbraio 2012 a febbraio 2013, e si è articolata in quattordici visite agli undici Cie operativi sul territorio italiano. Altri due centri, quello di Brindisi e il Serraino Vulpitta di Trapani, non sono stati visitati perché chiusi per ristrutturazione. A quindici anni dalla loro istituzione, prima come Cpt e poi trasformati in Cie, queste strutture vengono bocciate su tutta la linea.

L'opacità che circonda queste strutture si manifesta nelle molte restrizioni all'accesso e nel fatto grave che, scrivono gli autori, "nel corso dell'intera indagine non è stato inoltre possibile conoscere dalle Prefetture i costi complessivi dei singoli Cie".

Per quanto riguarda l'accesso, le prefetture hanno risposto alle richieste di ingresso dei Medici per i Diritti Umani con tempi molto variabili: dai sette giorni di Bari agli oltre tre mesi di Crotona e Lamezia Terme. Quasi la metà delle visite sono state condizionate dall'impossibilità di accedere alle aree di trattenimento destinate ai migranti. In particolare questo è successo a Torino, Milano, Bari, Crotona e Trapani Milo.

"Tale limitazione, sempre motivata da ragioni di sicurezza e di ordine pubblico - si legge nel rapporto - rivela comunque in modo evidente, oltre all'inevitabile tensione interna, le caratteristiche intrinsecamente afflittive e la conseguente chiusura al mondo esterno di queste strutture". I team hanno potuto incontrare i migranti trattenuti, ma "i colloqui - denunciano i Medici - in molti casi non si sono però potuti svolgere nelle necessarie condizioni di riservatezza, data la presenza di operatori dell'ente gestore o delle forze di polizia".

Dal punto di vista della struttura, tutti i centri sono accomunati da file di edifici disposti ordinatamente, circondati da recinzioni di sbarre, muri e filo spinato, posti sotto sorveglianza armata. I migranti sono ristretti in recinti simili a grandi gabbie, con "spazi di dimensioni inadeguate ed eccessivamente oppressivi". In alcuni centri (come ad esempio a Torino, Crotona, Modena e Trapani) i migranti sono confinati in differenti settori permanentemente isolati tra di loro. Questo, secondo Medici, "ha reso le condizioni di reclusione ancora più umilianti e afflittive". La conclusione della ricerca sul campo è che tali strutture sono "del tutto inadeguate a garantire condizioni di permanenza dignitose ai migranti trattenuti".

Dormitori, mense, servizi igienici, sale ricreative, niente di quello che c'è in un Cie rispetta gli standard minimi di qualità, o come affermano gli autori del rapporto, "apparivano in uno stato di manutenzione inadeguato e in condizioni di pulizia spesso insufficienti". Particolarmente grave la situazione dei settori maschili di Roma e Bologna, dove "i blocchi alloggiativi si presentavano in condizioni del tutto fatiscenti e, nel caso di Bologna, erano addirittura assenti i requisiti minimi di vivibilità".

Per ragioni di ordine pubblico, a causa del clima di tensione, tutti i Cie sono sottoutilizzati. Sebbene secondo i dati forniti dagli enti gestori la capienza massima degli 11 centri monitorati raggiunga i 1.775 posti, la ricettività reale al momento delle visite era di solo 1.418 posti con un numero di 924 migranti effettivamente presenti. Nell'indagine viene riportata la motivazione addotta dal funzionario di una questura: i centri non sarebbero riempiti al massimo "per evitare che la polveriera dei Cie esploda". Tra proteste, rivolte e tentativi di fughe di massa, nel corso delle visite - in particolare a Trapani, Gradisca d'Isonzo e Bologna - è emerso in modo evidente non solo il malessere dei migranti trattenuti, ma anche il profondo disagio di molti operatori, e spesso anche di agenti di polizia, nel fare fronte a dei contesti per molti versi "ingestibili".

Nessuna trasparenza sui costi... e mancano i servizi

Secondo il dato riportato da Redattore Sociale (fonte ministero dell'Interno), nel 2011 la spesa complessiva per la sola gestione dei servizi in tutti i centri di identificazione ed espulsione italiani è stata di 18,6 milioni di euro. Ma nessuno conosce il costo reale delle strutture, perché vanno sommate le spese per il costo degli agenti e dei militari che operano nei Cie e quelle per la manutenzione ordinaria e straordinaria dopo le rivolte. Una stima della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa parla di 55 milioni di euro annui, ma non considera le cifre per il personale di pubblica sicurezza impiegato nei centri.

Anche il team di Medici per i Diritti Umani denuncia l'opacità su questo aspetto della detenzione amministrativa che non permette di calcolare il rapporto fra i costi e l'efficienza del sistema delle espulsioni dei migranti irregolari. I dati riportati nella ricerca "Arcipelago Cie" sono frammentari. I lavori di ristrutturazione del solo Cie di Gradisca d'Isonzo sono costati nel 2011 quasi un milione di euro. Le Misericordie d'Italia hanno vinto l'appalto per il centro di Crotona con l'offerta in assoluto più bassa: 21,42 euro. A questo proposito la maggior parte degli enti gestori intervistati ritiene impossibile assicurare i servizi minimi con le nuove riduzioni di budget. "In queste condizioni rimane solo la gabbia" è stato il commento di un direttore di Cie. In effetti, nei Cie di Modena, Bologna, Crotona e Trapani - dove le nuove convenzioni sono già operative - è stato riscontrato "un livello di servizi assolutamente

non sufficiente” e, nel caso di Bologna e Trapani, addirittura “una grave carenza nella fornitura di beni di prima necessità”.

A Modena, Bologna e Trapani, gestiti dal consorzio Oasi con meno di 30 euro, si sono più volte verificati ritardi nei pagamenti delle mensilità agli stessi dipendenti. “Sembra così che i drastici tagli nei bilanci, insieme al prolungamento dei tempi massimi di trattenimento a 18 mesi, siano tra i principali fattori che hanno contribuito ad accrescere la tensione nei centri e a peggiorare ulteriormente le condizioni di vita dei trattenuti nel corso dell’ultimo anno” afferma il Medu.

Gli standard di erogazione di tali servizi sono apparsi non omogenei tra i vari centri e nel complesso insoddisfacenti. “In alcuni centri non sembrano essere assicurati neppure alcuni elementari servizi alla persona né la fornitura di beni essenziali - si legge nel rapporto - Manca o è del tutto inadeguato il servizio di barberia nei centri di Trapani, Lamezia Terme e Torino. Sconcertante a questo proposito la soluzione escogitata al Cie di Lamezia Terme, dove in assenza di un servizio barberia, l’ente gestore obbligava i trattenuti a radersi in una cabina a forma di gabbia, costruita all’uopo per prevenire eventuali atti di autolesionismo”.

Nel Cie di Bologna è stata rilevata una grave carenza nella fornitura di vestiario, lenzuola, coperte e prodotti per l’igiene personale; a Trapani è apparso del tutto insufficiente il servizio di lavanderia e il ricambio della biancheria. Sebbene la maggior parte dei centri collabori con organizzazioni del territorio ed enti di tutela, i Cie di Gradisca d’Isonzo, Lamezia Terme e Crotona permangono impermeabili all’esterno in una condizione di isolamento dal territorio che le ospita. Positiva nei Cie del centro nord è la presenza dei Garanti dei detenuti che visitano con una certa regolarità i centri di Bologna, Modena e Roma.

Il regolamento interno, un documento essenziale per conoscere diritti e doveri dei trattenuti non viene consegnato ai migranti nei centri di Modena, Roma, Crotona, Trapani e Caltanissetta. Nel centro di Ponte Galeria un volantino informativo viene affisso nei locali dei servizi dell’ente gestore: una soluzione che non pare favorire in alcun modo la fruibilità da parte dei trattenuti. A Lamezia Terme il documento informativo mostrato dall’ente gestore risultava non aggiornato e contenente informazioni erranee su aspetti importanti come il tempo massimo di trattenimento. A Caltanissetta, i responsabili dell’ente gestore hanno dichiarato addirittura di non essere al corrente di dover disporre di documenti di questo tipo da consegnare ai trattenuti.

Il sistema dei Cie si dimostra fallimentare nel contrasto dell’immigrazione irregolare, ma comporta un “alto costo umano” e un costo economico spropositato rispetto ai modesti risultati conseguiti. “A quindici anni dalla loro istituzione, i Cie si confermano dunque strutture congenitamente incapaci di garantire il rispetto della dignità e dei diritti fondamentali della persona - conclude il Medu. Di fatto la funzione degli enti gestori sembra limitarsi a quella di ruote più o meno efficienti all’interno di un iniquo ingranaggio - quello dei centri di identificazione ed espulsione - del quale non sono in grado di modificare, se non in modo alquanto marginale, le criticità di fondo”. In realtà, secondo “Arcipelago Cie” il trattenimento nei Cie non risponde agli scopi dichiarati - ossia l’identificazione e l’effettiva espulsione dei migranti in condizione d’irregolarità - ma piuttosto “alla necessità della punizione” e “alla segregazione di individui considerati socialmente indesiderabili”. Sarebbero dunque “uno strumento di contenimento sociale” come lo erano i manicomi. Un sistema che serve non tanto ad identificare ed espellere quanto piuttosto a sorvegliare e punire. Medici per i Diritti Umani ritiene che il sistema “non sia riformabile” e chiede dunque: la chiusura di tutti i centri di identificazione ed espulsione attualmente operativi in Italia, in ragione della loro palese inadeguatezza strutturale e funzionale; la riduzione a misura eccezionale, o comunque del tutto residuale, del trattenimento dello straniero ai fini del suo rimpatrio.

Violato diritto alla salute e dilaga l’uso di psicofarmaci

Nei Cie viene violato il diritto alla salute delle persone reclusi. È una delle evidenze più gravi riscontrate da un team di Medici per i Diritti Umani che nel 2012 e nel 2013 hanno ispezionato tutti i centri di identificazione e di espulsione in funzione in Italia.

Questo accade a causa della chiusura dei Centri di identificazione ed espulsione al mondo esterno e del prolungamento della detenzione a un anno e mezzo in strutture inizialmente costruite per un trattenimento di soli 30 giorni. In tutti i centri il personale sanitario è contrattato e gestito direttamente dagli enti gestori. “Accade così che i Cie si trovino in un’anomala condizione di extraterritorialità sanitaria del tutto svincolata dalle aziende sanitarie locali e quindi dal servizio sanitario pubblico, al cui personale è perfino interdetto l’accesso”, denuncia l’Ong nel primo rapporto indipendente sul tema, dal titolo “Arcipelago Cie”.

Innanzitutto non c’è un controllo sul livello dei servizi sanitari che possono essere erogati solo dalle cooperative che gestiscono i centri e che quindi dipende “eccessivamente dalla discrezionalità e dall’efficienza dei singoli enti gestori”. I problemi riscontrati in tutti i Cie sono: difficoltà di accesso alle cure e alle prestazioni diagnostiche presso le strutture ospedaliere; impossibilità di accesso ai centri del personale delle Asl; carente comunicazione tra i singoli Cie tra i Cie e le carceri nei casi di trasferimento di trattenuti malati; carenza di personale medico

specialistico (ad esempio psichiatrico e ginecologico) che sarebbe particolarmente necessario dato il contesto dei centri, reciproca sfiducia tra i trattenuti ed il personale sanitario con conseguente compromissione del rapporto medico-paziente; notevole discrezionalità tra i veri centri nella valutazione dell'idoneità sanitaria al trattenimento. Quando un migrante soffre di una patologia grave, le cure arrivano in ritardo a causa di "un ostacolo logistico rilevante e oggettivo", cioè della necessità di organizzare una scorta di forze di polizia ogni volta che un trattenuto deve essere trasferito presso una struttura sanitaria esterna al Cie. Spesso queste scorte non sono disponibili per carenza di personale fra gli agenti. Un altro aspetto molto grave che secondo Medu compromette il diritto alla salute "è il venir meno del rapporto di fiducia tra medico e paziente". Se da un lato i pazienti lamentano scarsa attenzione nei confronti dei loro problemi di salute da parte del personale sanitario, dall'altro i medici nutrono il sospetto di trovarsi di fronte a sintomi simulati da "finti pazienti" il cui unico scopo sarebbe il trasferimento presso strutture esterne al Cie da dove poi tentare la fuga.

Questa dinamica provoca ritardi nella diagnosi tempestiva di malattie potenzialmente gravi. L'indagine riporta "casi sconcertanti" di migranti che continuavano a rimanere trattenuti nonostante le loro condizioni cliniche fossero chiaramente incompatibili con la permanenza nel Cie.

Nei Cie si riscontra un profondo disagio psichico, che può diventare devastante soprattutto nel caso di trattenimenti prolungati, e l'autolesionismo come gesto estremo di protesta contro un trattenimento ritenuto ingiusto oppure attuato nella speranza di uscire in qualche modo dal Cie. In tutti i centri è stato verificato un diffuso utilizzo di psicofarmaci, in particolare ansiolitici, che si attesterebbe nella maggior parte dei casi intorno al 40-50 per cento del totale dei trattenuti, con la punta massima presso il Cie di Milano (90 per cento) e il livello più basso a Caltanissetta (10 per cento). Secondo quanto riferito dai sanitari gli ex-detenuti che già facevano abuso di psicofarmaci prima dell'ingresso nei Cie, sono la categoria che fa maggior richiesta, oltre che delle più comuni benzodiazepine, di farmaci come il clonazepam e il biperidene.

Sostanze, conosciute comunemente come "droghe di strada". "In caso di abuso - scrivono i Medu - entrambi i farmaci possono tra l'altro indurre un effetto che provoca ansietà, euforia, stati di eccitazione e disturbi del comportamento". Oltre a coloro che già facevano abuso di psicofarmaci in precedenza vi è poi un gruppo di trattenuti che fa richiesta di ansiolitici per placare il profondo malessere provocato dall'internamento nel Cie. "Nel complesso destano preoccupazione le modalità di gestione degli psicofarmaci all'interno dei centri - afferma il rapporto - in considerazione sia dell'alto numero e della complessità dei casi sia del fatto che nessun ente gestore dispone di personale medico specialistico". A fronte di un quadro di questo tipo, destano grandi perplessità le affermazioni degli operatori di alcuni enti gestori. A Milano, ad esempio, il personale sanitario intervistato ha asserito che in tredici anni non è mai stata verificata all'interno del centro, la presenza di vittime di violenza, tortura o tratta.

Le cause del disagio psichico sono l'inattività forzosa per prolungati periodo di tempo, in spazi angusti ed inadeguati, insieme all'incertezza sulla durata e l'esito del trattenimento.

Per ragioni di sicurezza e ordine pubblico, le disposizioni di molte Prefetture tendono ad inasprire le norme che regolano la vita all'interno dei Cie "contribuendo a rendere ancor più afflittive e degradanti le condizioni di trattenimento dei migranti". A Ponte Galeria, ad esempio, ai trattenuti non è consentito disporre di pettini, penne, libri o giornali. Nello stesso centro a novembre 2011 scoppiò una protesta poiché i trattenuti erano stati obbligati da una direttiva, poi ritirata, ad indossare esclusivamente ciabatte per evitare il pericolo di fughe. Nei centri di Gradisca d'Isonzo e Milano non è consentito invece il possesso di telefoni cellulari.

Anche la possibilità di colloquio con persone provenienti dall'esterno non risulta essere garantita in modo adeguato ed è eccessivamente affidata, nei modi e nei tempi, a criteri discrezionali delle singole Prefetture. In un quadro così desolante, c'è il caso delle donne cinesi trattenute al Cie di Ponte Galeria che rispondono al vuoto di attività del centro producendo borse con i pochi materiali che hanno a disposizione: lenzuola monouso, forchette di plastica e indumenti intimi.

Un altro problema è la promiscuità. Gli ex detenuti rappresentano circa il 50 per cento del totale dei migranti trattenuti nell'intero sistema dei Cie italiani, con picchi del 90 per cento a Milano e Lamezia Terme.

L'orientamento di molte Questure sembra essere proprio quello di dare priorità alle richieste di trattenimento per i soggetti provenienti dal carcere o comunque con precedenti penali. Oltre ad un cospicuo numero di migranti provenienti dal carcere, l'indagine ha rilevato la presenza delle seguenti tipologie di persone: migranti appena giunti in Italia; richiedenti asilo; cittadini comunitari; stranieri presenti da molti anni in Italia, spesso con famiglia, ma senza un contratto di lavoro regolare; immigrati con il permesso di soggiorno scaduto.

Per quanto riguarda le principali nazionalità - dagli ultimi dati nazionali disponibili, relativi all'anno 2011 - risultava preponderante la presenza di migranti tunisini, per la quasi totalità uomini, che rappresentavano il 49 per cento del totale dei trattenuti.

Tra gli uomini le altre nazionalità più frequentemente dichiarate erano nell'ordine la marocchina, la rumena e l'albanese. Per quanto concerne i paesi di provenienza delle donne, figurava al primo posto la Nigeria seguita dalla

Cina, dall'Ucraina e dalla Romania. Un dato che sconcerta è la presenza di un elevato numero di cittadini dell'Unione europea all'interno dei Cie. Nel 2011, infatti, sono transitati ben 494 migranti di origine rumena, terza nazionalità in assoluto per numero di presenze. Nel solo Cie di Ponte Galeria a Roma sono stati trattenuti nel triennio 2010-2012 oltre mille rumeni.

Modena: Sappe; detenuto tenta suicidio, salvato da agenti... come altri 1.100 all'anno
Dire, 13 maggio 2013

Sabato pomeriggio, nel carcere Sant'Anna di Modena, un detenuto di nazionalità straniera, nel reparto transiti, ha tentato di impiccarsi ma è stato salvato da uomini della polizia penitenziaria. Lo segnala il segretario generale aggiunto del sindacato Sappe Giovanni Battista Durante, che fornisce anche il dato di circa 1.100 tentativi di suicidio all'anno che vengono sventati.

“Negli ultimi 20 anni - dice ancora Durante - sono stati circa 17.000 i detenuti salvati dalla polizia penitenziaria nelle carceri italiane, nonostante le forti carenze di personale”, che per il Sappe si traducono in 7.500 agenti a livello nazionale e 650 in Emilia Romagna. A Modena sono presenti oltre 600 detenuti, per una capienza di circa 400 posti, conclude il Sappe. “Nonostante questa grave situazione la politica, al di là dei soliti proclami, non ha ancora fatto niente di concreto”.

Avellino: Ciisa Penitenziari; detenuto affetto da tubercolosi, nostri allarmi inascoltati
www.irpiniaoggi.it, 12 maggio 2013

“Se le Autorità Penitenziarie, Sanitarie e Politiche avessero avuto accortezza ed attenzione alle nostre pubbliche denunce, dove la scrivente O.S. Ciisa Penitenziari e non solo, avrebbe fatto intendere dell'incompatibilità igienico-sanitaria del carcere di Bellizzi Irpino e confermate anche dalla Uil Penitenziari dopo la visita del Segretario Generale, oggi, forse, non dovremmo essere costretti a parlare di una preoccupante Emergenza Sanitaria, sorta dopo che ad un detenuto straniero di origine Rumene è stato ricoverato presso il reparto infettivo della Città ospedaliera di Avellino e dove la O.S. Sappe ha già dato la sua ampia visione sulla vicenda”.

È quanto sostiene Giuseppe Nazzaro, vice segretario nazionale Ciisa Penitenziari. “Tbc!. Ciò che ci preoccupa, e molto, - prosegue Nazzaro - è che nonostante la patologia sia stata diagnosticata da nessun intervento di profilassi è stato eseguito nella struttura detentiva e nei confronti del personale tutto in special modo quello della Polizia Penitenziaria e dei detenuti che sono stati, inconsapevolmente, a contatto con il detenuto affetto dalla Tbc. Responsabilmente, invece, occorre intervenire con urgenza per scongiurare i rischi di contagio. Anche il personale di Polizia Penitenziaria, costretto a piantonare il detenuto nella struttura ospedaliera, è sovraesposto a tali rischi e dovrebbe essere maggiormente tutelato.

“Nessuno, evidentemente, ha approfondito i nostri gridi di allarme e quelle denunce, considerato che la situazione è restata immutata, anzi sembrerebbe ulteriormente peggiorativa con ulteriore affollamento di detenuti dove alcuni hanno toccato “non il fondo ma il soffitto” eppure fummo molto più che chiari nel rappresentare e denunciare lo stato pietoso dell'istituto per le condizioni di scarsa salubrità, ai limiti di ogni sé e ma. Per questo, a fronte di questa nuova emergenza, invitiamo l'Amministrazione e gli Enti competenti a provvedere a ripristinare una situazione di fruibilità e di compatibilità delle presenze e delle condizioni di lavoro.

Ovviamente al di là del mero, importante, aspetto sanitario è anche una questione umanitaria e sociale che attiene alle coscienze ed alle responsabilità di ognuno. Per questo, continua il Sindacato di Polizia Penitenziaria, Ciisa-Penitenziari nel giorno della fine del Governo Monti e del nuovo, non vogliamo che l'emergenza penitenziaria passi in secondo piano o peggio ancora dimenticato come si dimentica facilmente dei suoi Poliziotti Penitenziari, lavoratori dello Stato che servono con il massimo dell'abnegazione e senso del dovere lo Stato. Si faccia in fretta, così conclude il Vice Segretario Nazionale Giuseppe Nazzaro, prima che l'emergenza penitenziaria diventi un'emergenza sociale”.

Giustizia: a chi interessa la dignità delle persone in carcere?
di Franco Cerri

Il Tirreno, 10 maggio 2013

Il sovraffollamento degli istituti penitenziari continua ad essere disatteso, sia dall'opinione pubblica sia da chi potrebbe prendere delle decisioni in merito. Eppure, ne va di mezzo il rispetto per la persona, anche se si trova a essere detenuta. Come si fa a vivere o meglio a sopravvivere in celle con troppe persone, addirittura il doppio di quelle previste? Già di per sé, vivere in un carcere è un disagio indescrivibile. Figurarsi, poi, quando c'è il sovraffollamento.

La cosa strana è che chiunque visiti le carceri, compresi i parlamentari, constata la disumanità della situazione, ma poi, tutto rimane come prima. La dignità delle persone non può essere dimenticata e tanto meno offesa anche nel caso avessero commesso reati. La punizione non può essere vendicativa. Ci meravigliamo dei paesi dove ancora si risponde con “occhio per occhio” e “dente per dente”, ma restiamo indifferenti di fronte alle condizioni delle carceri in Italia.

Quante volte si sente dire: “se comandassi io, quella gente saprei bene come punirla”, quando non si sente invocare il ripristino della pena di morte. Ma se aveste un genitore, il coniuge, un figlio o una figlia o qualcuno dei vostri amici in carcere, ragionereste nello stesso modo?

Ne dubito fortemente. Che uno venga punito con la detenzione per i reati commessi, penso che sia una cosa giusta, dato che almeno in Italia non si è capaci di fare diversamente, aiutandolo, però, a riprendere coscienza di ciò che ha commesso e a collaborare per il proprio recupero.

Ma la pena non può essere vendicativa e tanto meno si può lasciare marcire una persona in carcere. Qualcuno dirà: ma se mettiamo fuori i detenuti, sicuramente, rientreranno in carcere molto presto. Può essere. Ma quanti di noi sono disponibili a fare qualcosa per il reinserimento di coloro che escono dal carcere?

E se il carcere fosse un modo sbrigativo per “risolvere”, si fa per dire, i problemi sociali? Ha destato grande meraviglia e ammirazione il gesto dell'imprenditore, riferito dai media, nei giorni scorsi, il quale, dopo aver fatto arrestare un tale che aveva sorpreso a rubare nella sua casa, appena resosi conto che era un povero cristo alla fame, lo ha assunto a lavorare.

Un gesto straordinario. Sono questi fatti che aiutano a cambiare mentalità, anche se può sembrare un episodio isolato. Sarebbe stato più semplice risolvere la cosa subito con il carcere. È un richiamo forte in una società sempre più incapace di amare e abituata ad emarginare. Ma quanti l'hanno capito?

Giustizia: se il carcere è una fabbrica di dannati, poi è la società a pagarne il prezzo

Il Sussidiario, 10 maggio 2013

12 maggio, Festa della Mamma. Non solo mamme super impegnate, mamme stressate che cercano di conciliare lavoro e famiglia, ma anche mamme che vivono situazioni ben più pesanti. Esistono detenute che crescono i propri figli dietro le sbarre, in una realtà, quella italiana, in cui la situazione carceraria è “maschiocentrica”, e il 95% della popolazione delle carceri è costituita da uomini, e alle donne viene dedicata meno attenzione.

Il 90% delle donne detenute però è madre di uno o più figli e “Mamma in prigione” è il titolo del libro-inchiesta di Cristina Scanu, giornalista Rai. Sono 2847 donne divise in cinque carceri, tra Pozzuoli, Trani, Rebibbia, Empoli e la Giudecca a Venezia, istituti, come tutti in Italia, progettati per gli uomini e in cui vige da sempre un codice maschile, che rende ancor più difficile il percorso riabilitativo per le donne.

“Il carcere è parte della nostra società: se ne facciamo una fabbrica di dannati - diceva don Luigi Melesi, ex cappellano di San Vittore - saremo noi un giorno a pagarne il prezzo”. Attualmente in Italia sono circa 60 i bambini che vivono in cella con le madri, e l'Italia detiene il triste record di pronunciamenti della Corte Europea per condizioni di detenzione disumane, un problema di cui il governo non si occupa. Le madri oltre ai problemi della detenzione devono affrontare il disagio psichico, l'allattamento, l'educazione del piccolo in strutture non attrezzate. Inoltre, secondo l'ordinamento penitenziario del 1975, i figli potevano stare con le madri fino al terzo anno di età, ordinamento poi modificato nel 2011 con l'estensione fino ai sei anni del bambino, a patto che madre e figlio si trovino in istituti di custodia attenuata, e per il momento esiste solo uno, a Milano, l'Icam.

Il sovraffollamento e le scarse condizioni igieniche poi, fanno di queste carceri un luogo in cui ci si ammala, specie se si pensa che il 20% delle detenute sono tossicodipendenti e il virus dell'Hiv porta con sé altre patologie, la più frequente è quella dell'epatite C.

Non sorprende che molte detenute si ammalinino di depressione; un male più maschile che femminile, e che sfocia spesso in autolesionismo e in tentativi di suicidio. Sarebbero fondamentali per alleviare le loro sofferenze, incontri con psicologi, medici, assistenti sociali, preti in alcuni casi, ma scarseggiano le risorse e la strada verso il recupero e la reintegrazione è troppo lunga: la maggior parte delle detenute una volta fuori trovano un mondo ostile e un futuro da disoccupate. Senza prospettive e con i figli lontani in qualche istituto, per molte è facile essere recidive e tornare in carcere.

Teramo: Uil denuncia; 73enne morto in cella, dalle 22 alle 7 del mattino infermeria chiusa

Il Messaggero, 10 maggio 2013

Aveva 73 anni Pierino G., l'uomo residente in un comune del Vastese morto nel carcere di Castrogno a Teramo. Lo ha stroncato un infarto. L'uomo, che stava scontando una condanna per pedofilia, avrebbe saldato i conti con la giustizia l'anno prossimo. L'anziano detenuto era ospite di una sezione protetta del carcere teramano e non è noto

se l'arresto cardiocircolatorio fosse legato a una patologia conosciuta dal personale medico del penitenziario. Chi lo conosce giura però che, ultimamente, il recluso fosse sofferente e pallido. Accertate le cause naturali del decesso, il magistrato di sorveglianza e la procura di Teramo hanno disposto la restituzione della salma ai familiari. I funerali sono in programma domani alle 17 nel paese dove viveva. Per i sindacati, intanto, questa è una nuova pagina nera per il carcere teramano.

Per Paolo Lezzi, referente Uil Penitenziari, a Castrogno arrivano da ogni parte, non solo d'Abruzzo, i due terzi dei detenuti ammalati, visto l'efficiente servizio di guardia medica 24 ore su 24, l'infermeria disponibile dalle 7 alle 22 e l'eccellenza del servizio di cardiologia dell'ospedale cittadino Mazzini.

“Costante - conclude - un altro agente verrà distaccato da Teramo al carcere di Sulmona”. Uil, Cgil, Cisl, Sappe e Sinappe preannunciano per la settimana prossima un sit-in di protesta davanti alla prefettura di Teramo per i gravissimi problemi del carcere teramano.

Taranto: detenuto di 50 anni tenta di impiccarsi, salvato da un agente penitenziario

Ansa, 10 maggio 2013

Un detenuto di circa 50 anni, della provincia di Bari, in attesa di giudizio per reati connessi con la droga, ha tentato di suicidarsi oggi pomeriggio nel carcere di Taranto. Lo rende noto con un comunicato il Sindacato autonomo di polizia penitenziaria (Sappe). “Il detenuto - spiega il segretario nazionale del Sappe, Federico Pilagatti - dopo aver ricavato una corda rudimentale dalle lenzuola in dotazione, l'ha legata alla finestra del bagno e si è lasciato andare, approfittando dell'assenza dei compagni di stanza”.

L'uomo è stato tratto in salvo da un poliziotto penitenziario in servizio nella sezione, che ha notato la finestrella del bagno oscurata. Il personale sanitario ha poi preso in cura il detenuto, che aveva perso conoscenza. “Da mesi - aggiunge Pilagatti - il Sappe sta lanciando l'allarme sulla scriteriata scelta del Capo del Dipartimento di Polizia penitenziaria Tamburrino e del suo vice Pagano che, contrabbandando come novità la vigilanza dinamica (in parole povere sguarnire di poliziotti penitenziari le sezioni detentive lasciandole in gestione dei detenuti), vorrebbero affrontare così la questione del grave sovraffollamento delle carceri e della mancanza di poliziotti penitenziari”.

Roma: medico accusato di “falsa perizia”, ma diagnosi è corretta e salva la vita al detenuto

Ansa, 10 maggio 2013

Era finito agli arresti con l'accusa di aver redatto una falsa perizia medica per evitare il carcere a un boss, ma proprio grazie alla sua diagnosi il detenuto è stato curato ed ha evitato la morte. È la vicenda che vede come protagonista il cardiologo Alfonso Sestito, originario della Calabria ma residente a Roma, dove esercita la professione.

Sestito è indagato nell'ambito di un'inchiesta della procura di Roma, che nei mesi scorsi ha portato all'arresto di otto tra medici ed avvocati che, attraverso false perizie, avrebbero procurato sconti di pene a criminali e ricoveri in strutture ospedaliere ai detenuti. Il professionista ha sempre respinto gli addebiti, sostenendo di aver redatto la sua perizia “secondo scienza e coscienza”, e lo stesso giudice delle indagini preliminari che ne ha disposto gli arresti domiciliari li ha revocati dopo tre giorni, prevedendo l'obbligo di dimora. Misura cautelare che è stata poi cancellata dal tribunale del riesame, che nei giorni scorsi ha rimesso Sestito in libertà.

Oggi i legali del medico - che auspicano il riconoscimento della “totale innocenza” del loro assistito - sottolineano quella che, a loro avviso, è una situazione paradossale: Sestito è finito agli arresti per una presunta falsa perizia che invece non solo era vera, ma ha salvato la vita al detenuto che è accusato di aver favorito.

A questi, infatti, è stata diagnosticata “una rara forma di ischemia miocardica, uno stato pre-infartuale, che è stato confermato dalla clinica dove è stato ricoverato ed ha eseguito la coronografia”. Si tratta, sempre ad avviso dei difensori del medico, di una “rara ma grave” patologia, “che se non riconosciuta e curata adeguatamente, può evolvere nel medio termine verso l'infarto e portare quindi a morte improvvisa nel 10% dei casi”. Invece, “la pronta e puntuale diagnosi ha salvato la vita al detenuto”.

La replica (versione integrale) del prof. Alfonso Sestito

In merito all'articolo da voi pubblicato il 13 febbraio 2013 si ritiene di precisare che il Prof. A. Sestito è stato indagato solo per falsa perizia ed associazione per falsa perizia e non altro dal Gip del tribunale di Roma, A. Boffi. Lo stesso Giudice Indagini preliminari, Gip, dopo 3 giorni e dopo avere interrogato il noto professionista, si è resa conto della buona fede e della veridicità della sua perizia, mettendolo in libertà e riducendo la misura cautelare all'obbligo di dimora nel comune di Roma.

Il prof. A. Sestito, dichiaratosi da subito estraneo all'intera indagine su presunte false perizie mediche, da allora ha

usufruito di ben 5 permessi per diversi giorni ognuno per recarsi in Calabria presso il suo studio medico cardiologico, dove visita numerosi pazienti da tutto il meridione ed offrendo un ottimo e completo servizio cardiologico in una regione dove la sanità è molto problematica.

Dopo avere dimostrato completamente la sua cristallina innocenza e fedeltà al Gip, lo stesso giudice gli ha concesso il permesso e lo ha autorizzato a svolgere globalmente qualsiasi tipo di attività lavorativa riguardante la sua professione.

In seguito, i giudici del tribunale del riesame composto da ben tre giudici, il 6 Maggio 2013 hanno restituito al Prof. A. Sestito totale libertà.

Nell'obiettivo che il caso volga verso la richiesta di archiviazione da parte del Pubblico Ministero C. Lasperanza con assoluzione con formula piena, il prof. A. Sestito, ribadisce la sua totale buona fede nell'aver agito con scienza e coscienza nel redigere la sua perizia, tra l'altro, diagnosticando al detenuto in oggetto una rara forma di ischemia miocardica, uno stato pre-infartuale, che è stato confermato dalla clinica American Hospital, dove è stato ricoverato ed ha eseguito la coronarografia.

Tale forma di ischemia al cuore dal nome angina variante è una rara ma grave forma di ischemia miocardica, che se non riconosciuta e curata adeguatamente con i farmaci specifici, può evolvere nel medio termine verso l'infarto e quindi la morte improvvisa nel 10% dei casi. La brillantezza della diagnosi e l'aver salvato una vita umana invece dei complimenti sono costati al Prof. A. Sestito, per una serie di equivoci da parte degli inquirenti, in particolare il Capo della Squadra Mobile di Roma, R. Cortese e degli stessi giudici, gli arresti domiciliari. A dimostrazione del fatto che il Prof. A. Sestito vive l'essere medico come una missione ed il suo obiettivo è diagnosticare, curare e salvare vite umane anche al caro prezzo pagato e se dovesse servire anche della sua stessa vita.

Un duro e tremendo colpo che il Prof. A. Sestito ha subito e che purtroppo ha coinvolto tutta la sua famiglia con moglie ed otto bambini minorenni, che finalmente hanno raggiunto la tranquillità, vista la restituzione dell'onore e della completa libertà al professionista ed il riconoscimento da parte dei giudici della sua veridicità e buona fede.

Un pesante fardello imposto dagli stessi giudici al Prof. A. Sestito, come amara ricompensa per essere un luminaire della cardiologia e per servito la giustizia come perito d'ufficio, per di più identificando una patologia cardiaca grave che se non riconosciuta e non curata poteva condurre a morte il paziente nel medio termine.

Il prof. A. Sestito si ritiene però completamente soddisfatto di avere inquadrato clinicamente un paziente che presentava in carcere sintomi cardiologici rilevanti come dolore al torace con alterazioni elettrocardiografiche e che rischiava di perire in carcere in maniera immediata.

D'altronde il prof. A. Sestito ad oggi preferisce che sia andata così e non al contrario, cioè che sia stato lui a pagare in tutti i sensi e non il detenuto, in quanto se il Prof. A. Sestito non avesse fatto la corretta e giusta diagnosi magari il detenuto sarebbe morto in carcere di morte cardiaca.

Invece, la tempestiva perizia del Prof. A. Sestito, ha permesso al detenuto di eseguire la coronarografia che ha confermato la diagnosi: coronarie geneticamente piccole, irregolari e tendenti allo spasmo cioè alla chiusura spontanea, con rischio di improvviso arresto di sangue al cuore e conseguenti aritmie ventricolari maligne, infarto miocardico e morte nel giro di pochi minuti.

La pronta e puntuale diagnosi del prof. A. Sestito ha salvato la vita del detenuto e dimostra senza bisogno di altri dettagli lo spirito di abnegazione medica del prof. A. Sestito, la sua maturità scientifica e la sua luminosità nel sospettare una rara, ma grave forma di malattia coronarica, che se non riconosciuta ed adeguatamente curata può portare a morte istantanea il paziente.

Ben vengano tali professionisti che sono il fiore all'occhiello della Sanità Nazionale ed Internazionale e che anche la Giustizia alla fine dovrà riconoscere ammettendo la totale innocenza del Prof. A. Sestito, noto professionista di chiara ed affermata onore internazionale, che ha sempre agito secondo il giuramento di Ippocrate nel bene della vita umana e nell'ottica che prima di punire un detenuto bisogna curarlo e curarlo bene ed adeguatamente, anche per pietà umana e cattolica allo stesso modo di un libero cittadino che si ammala. Infine nella cristiana considerazione che un detenuto malato è malato due volte rispetto ad un libero cittadino in quanto il detenuto è ammalato della sua malattia e del presunto reato penale, si ritiene che il Prof. A. Sestito abbia fatto appieno il suo dovere nel rispetto del malato, nel rispetto della legge e nel rispetto dell'etica medica che lui ha sempre ben presenti.

Avellino: caso di tubercolosi in carcere, 44enne ricoverato d'urgenza al reparto infettivo

www.ottopagine.net, 10 maggio 2013

Nella serata di ieri è stato ricoverato d'urgenza al reparto infettivo dell'ospedale Moscati, un detenuto straniero, 44enne, di origini rumene. L'uomo è stato ricoverato per una sospetta tubercolosi acuta. Il detenuto è stato già ricoverato nel mese di marzo e poi dimesso con la diagnosi di: "soggetto affetto da tubercolosi polmonare", facendo rientro in istituto penitenziario insieme agli altri detenuti.

La notizia del caso di tubercolosi fa subito il giro del penitenziario, creando un giustificato allarmismo. Specie per i compagni di cella. Sulla vicenda interviene anche il Sappe che chiede spiegazioni al direttore del carcere per accertare che siano state messe in atto le dovute tutele che prevedono uno specifico e rigoroso protocollo di prevenzione e profilassi finalizzato a scongiurare un possibile e facile contagio tra tutte le persone che a vario titolo sono venute in contatto con il soggetto infermo.

“Non ci è dato sapere, se sono stati già eseguiti i previsti esami di routine - scrive il Sappe - come quello della mandoux che costituiscono il primo livello di intervento e se sono state avviate tutte le comunicazioni di rito alle autorità competenti e se sono state adottate tutte quelle misure cautelative per tutto il Personale ivi operante e non solo. La attuale critica emergenza dovuta al costante aumento della popolazione detenuta ha ricadute in negativo sulla qualità della salubrità dei luoghi in questione e genera il proliferare di malattie infettive come nel caso specifico per la t.b.c. di cui risultano affetti numerosi detenuti stranieri che provengono da aree geografiche ove tali patologie sono presenti in maniera massiccia.

Questo ennesimo caso di t.b.c. riapre la discussione sulla necessità di rendere obbligatoria l'indagine sanitaria ai detenuti provenienti dall'esterno, che potrebbero essere affetti o portatori di patologie infettive come la t.b.c. Si rende necessario ed improcrastinabile predisporre un progetto di adeguata formazione specifica al personale della Polizia Penitenziaria, per evitare e diminuire al minimo i rischi di contagio di varie patologie proprie nell'ambiente penitenziario, durante l'espletamento del proprio servizio, come d'altronde è necessario fornire il personale di adeguate strutture, mezzi e dotazioni personali per rendere quanto più asettici possibili i luoghi di lavoro e di detenzione. Concludendo si precisa che non è intenzione creare inutili allarmismi sulla vicenda, ma il caso nella fattispecie impone tutta la dovuta attenzione di chi è proposto a fronteggiare tali ipotesi”.

Castelfranco (Mo): Desi Bruno; la situazione nella Casa di Lavoro dopo il recente suicidio
Ristretti Orizzonti, 10 maggio 2013

A pochi giorni di distanza del suicidio di un giovanissimo internato, Desi Bruno - Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale - ha visitato la Casa di lavoro di Castelfranco Emilia; si è trattato della terza visita dell'ufficio del Garante dall'inizio dell'anno. Desi Bruno ha poi informato della situazione il capo del Dap (Dipartimento Amministrazione Penitenziaria) e sollecitato alcuni interventi, coinvolgendo anche il Provveditore regionale e l'assessorato alla Sanità della Regione.

Alla data del 6 maggio, erano presenti 90 persone, di cui 8 detenuti in custodia attenuata e 82 internati (altri 18 internati risultavano in licenza).

Il suicidio ha moltiplicato le tensioni e scatenato, in modo tangibile, pensieri suicidari in alcuni internati con problematiche psichiatriche. A giudizio della Garante, la Casa di lavoro di Castelfranco Emilia appare più simile a una casa di cura e custodia: sono 40 gli internati presi in carico per problemi psichiatrici, a fronte dell'attività di una psichiatra con un incarico di appena 23 ore al mese. Questa situazione, scrive Desi Bruno, sarà immediatamente segnalata anche alla competente autorità sanitaria regionale.

Questa Casa di lavoro si va sempre più caratterizzando per una presenza psichiatrica importante, al limite del ricovero in strutture più adeguate, come nel caso del giovane suicida. È forte la preoccupazione che la chiusura dell'Opg di Reggio Emilia possa aumentare il numero di internati già portatori di problemi psichiatrici, collocati in luogo comunque inidoneo per mancanza di personale dedicato.

A ciò si aggiunge il problema annoso della mancanza di lavoro, avvertito soprattutto in quella parte della popolazione internata che potrebbe essere utilmente impegnata in una attività lavorativa e risocializzante.

Desi Bruno segnala, inoltre, come nessuno degli internati abbia residenza in Emilia-Romagna, e solamente uno vi è nato. In attesa di future e auspicate riforme legislative, è il caso di chiedersi - prosegue la lettera al capo del Dap - se non sia opportuno “territorializzare” le misure di sicurezza detentive, anche in considerazione del numero ristretto di quelle in essere, agevolando il rientro e l'avvicinamento ai luoghi di residenza o di frequentazione abituale, così da consentire ai servizi sociali una reale presa in carico, unica alternativa ai casi di proroga delle misure cautelari.

La Garante ha altresì scritto al Provveditore regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per chiedere di intervenire su due situazioni critiche emerse visitando la struttura di Castelfranco Emilia. La caldaia è mal funzionante, spesso manca l'acqua calda per la doccia; e il centralino della Casa di reclusione risulta rotto, per cui gli internati non sono in condizioni di comunicare con l'esterno: si tratta di due disservizi che aggravano la situazione delle persone ristrette, aggiungendo disagio e sconforto a una situazione già esplosiva.

Teramo: detenuto di 73 anni muore in cella, molto probabilmente per un arresto cardiaco
www.primadanoi.it, 9 maggio 2013

Ancora un detenuto morto nel carcere di Teramo. È successo ieri, 8 maggio. Il detenuto, G.G., di 73 anni, è morto a causa molto probabilmente per arresto cardiaco all'interno della cella del Reparto "protetti" alle ore 22.50.

L'istituto teramano potrebbe ospitare 240 detenuti invece ne ospita 420, di questi, oltre 300 soffrono di problemi psichiatrici e di salute con difficile gestione, "scaricati" a Teramo per il solo fatto che vi è il servizio di guardia medica h 24, un servizio di cardiologia e una psichiatra per alcune ore la settimana.

"Nonostante tutte le problematiche ripetutamente denunciate dai sindacati", spiega oggi il Sappe, "(la gravissima mancanza di personale pari a n. 60 unità e circa 15.000 giorni di ferie da fruire e continui richiami in servizio del personale in ferie o di riposo e il sovraffollamento carcerario pari all'80%), il Provveditore Regionale per l'Abruzzo e Molise Bruna Brunetti, ha, nonostante tutto, d'imperio, proceduto ha distaccare da mesi 4 agenti per il carcere di Pescara ed ha disposta che ulteriore unità fosse distaccata da lunedì per il carcere di Sulmona".

Le organizzazioni sindacali si dicono "stanche di subire i soprusi del Prap Pescara" e comunicano che la prossima settimana "terranno un sit-in di protesta davanti alla prefettura di Teramo per sensibilizzare le autorità locali sui gravissimi problemi del carcere di "Castrognò" diventato oramai la pattumiera d'Abruzzo".

Giustizia: chi sono e come vivono i 240 detenuti disabili ristretti nelle carceri italiane

Redattore Sociale, 9 maggio 2013

Ricerca di Catia Ferrieri (Università Perugia) sulle condizioni dei detenuti disabili e dei reparti che li accolgono. Solo 10 regioni rispondono al questionario (14 istituti in tutto. 210 i detenuti disabili in Italia. Solo in Liguria un'attività lavorati.

Sono 210 i detenuti disabili presenti negli istituti penitenziari italiani: 84 quelli che ha potuto prendere in esame la ricerca condotta da Catia Ferrieri per l'Università degli studi di Perugia, in collaborazione con l'ufficio Detenuti e Trattamento del provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria.

Dei 416 istituti penitenziari italiani, infatti, solo 14 hanno risposto al questionario, inviato dalla ricercatrice a tutte le regioni (precisamente alle agli assessorati regionali alla sanità delle regioni a statuto ordinario e, previa autorizzazione del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, ai direttori delle case circondariali e di reclusione nelle regioni a statuto speciale).

84 i detenuti disabili rilevati in queste strutture: su questi si è quindi concentrata la ricerca, che riguarda sia la presa in carico da parte delle Asl di competenza, sia la compatibilità delle sezioni e reparti detentivi che ospitano detenuti disabili con le norme sull'abbattimento delle barriere architettoniche.

"Una ricerca molto faticosa - ci spiega Catia Ferrieri - nonostante la grande disponibilità delle amministrazioni, che però hanno tempi di risposta molto lunghi e non sempre disponevano dei dati che servivano alla mia indagine. Tante amministrazioni poi non hanno risposto, quindi i dati sono parziali, perchè non riguardano la totalità delle regioni italiane, ma solo le 10 che hanno risposto al questionario: precisamente, Umbria, Piemonte, Liguria, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Valle d'Aosta, Lombardia e Veneto". Di seguito, i principali dati (aggiornati a luglio 2012) emersi dalla ricerca.

Le presenze. La regione con il maggior numero di detenuti disabili è la Liguria, con 44 presenze tra la casa circondariale di Genova (40) e quella di Sanremo (4). Seguono la Calabria - con 19 presenze tra Castrovillari e Reggio Calabria e la Campania, con 7 detenuti disabili.

Sesso, età, stato civile. Il 79,3% dei detenuti disabili è di sesso maschile. Il 35,7% ha un'età compresa tra i 40-50 anni, il 20,2% tra i 50-60 anni, il 15,4% tra i 30 e i 40, il 5,9% ha più di 70 anni. Il 40,4% è celibe, mentre il 41,6% è coniugato, il 7,1% è separato o divorziato. Circa la metà dei detenuti disabili ha figli. Cittadinanza, istruzione, formazione. I detenuti disabili sono in gran parte italiani (92,8%), circa la metà ha un diploma di scuola media inferiore, il 21,4% ha la licenza elementare, il 14,2% è diplomato alla scuola superiore, il 7,14% è laureato. Il 61,9% non ha seguito corsi di formazione né prima dell'ingresso nell'istituto penitenziario, né durante l'attuale detenzione.

Tipologia di detenzione e di reparto. Il 51,1% dei detenuti disabili monitorati è sottoposto ad esecuzione penale, mentre il 27,3% è in custodia cautelare. Per il 19% il dato non è conosciuto. Il 47,6% dei detenuti disabili monitorati è attualmente assegnato a reparti ordinari, a fronte del 14,2% assegnati a reparti per disabili.

Tipologia di disabilità. Il 79,7% dei detenuti è affetto da una disabilità fisica, mentre l'11,9% ha una disabilità sia fisica che psichica. Per il 3,5% il dato non è conosciuto. Il 19% dei soggetti ha una disabilità legata a una patologia immunitaria, il 17,8% è affetto da problemi legati all'apparato cardiocircolatorio, il 17,8%, ha una disabilità legata all'apparato nervoso centrale.

Indennità e lavoro. Circa il 50% dei detenuti usufruisce attualmente di una indennità di disabilità erogata dall'Inps o da altri enti, mentre il 38% non ne usufruisce. Per quanto riguarda il lavoro, il 96,4% dei detenuti disabili monitorati non è inserito in una attività all'interno dell'istituto penitenziario. Un esempio isolato e positivo è quello della Casa Circondariale di Reggio Calabria, dove i detenuti disabili sono inseriti nell'attività di lavanderia e di

lavoro all'esterno dell'istituto.

Accessibilità. Il 55,9% dei detenuti disabili è ospitato in sezioni o reparti detentivi con ridotte barriere architettoniche, mentre il 44% in reparti o sezioni aventi barriere architettoniche.

Il 42,8% dei detenuti disabili monitorati utilizza ausili per la deambulazione, mentre il 57,1% non ne utilizza. Tra gli ausili, prevalgono la sedia a ruote (16,6%) e i bastoni canadesi (11,9%).

Pena espiata e pena residua. La pena espiata più lunga è di 28 anni, mentre la più breve è di 8 giorni. La pena espiata più lunga è di 19 anni, la più breve è di 16 giorni.

Lazio: nel carcere di Regina Coeli presentata la Carta dei servizi sanitari per i detenuti

Il Velino, 8 maggio 2013

Garantire, a tutti i detenuti di Regina Coeli, l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura sulla base degli obiettivi generali di salute, dei progetti specifici e dei livelli essenziali di assistenza garantiti dalla Regione. Sono questi gli obiettivi della Carta dei servizi sanitari per i detenuti del carcere di via della Lungara, approvata dalla Asl Rm A.

Il documento - uno dei pochi già entrato in vigore in Italia - è stato presentato nel corso di una conferenza stampa cui hanno partecipato il Garante dei Detenuti del Lazio Angiolo Marroni, Camillo Riccioni, direttore generale della Asl Rm A e Mauro Mariani, direttore di Regina Coeli. La Carta dei Servizi Sanitari per i cittadini reclusi negli istituti di pena è il primo frutto concreto del Tavolo tecnico congiunto tra Asl, carcere di Regina Coeli e Garante dei detenuti istituito, nell'ambito del Dpcm del 2008 - che regola il passaggio delle competenze della medicina penitenziaria dal ministero di Giustizia alle Asl - per realizzare una cabina di regia chiamata a monitorare la ricaduta della riforma sulla vita dei detenuti e sull'efficacia dell'organizzazione della Asl. Il documento approvato dalla Asl ribadisce, nel suo preambolo, quanto statuito dall'art. 1 del D.Lgs. 230/1999 e dalla nostra Costituzione e cioè che "i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza".

All'interno della Carta dei Servizi sono riepilogate, nel dettaglio, tutte le prestazioni mediche cui ha diritto il cittadino privato della libertà personale recluso nella Casa Circondariale di Regina Coeli, oltre alle modalità e alla tempistica per la loro fruizione è altresì previsto che la Carta possa essere modificata sulla base delle indicazioni provenienti dal Tavolo tecnico congiunto. "È universalmente riconosciuto - ha detto il Garante Angiolo Marroni - che quello alla salute è il diritto maggiormente violato in carcere.

Un dato, questo, che nel Lazio assume una valenza ancor più importante vista anche la situazione in cui versa il sistema sanitario penitenziario anche a causa delle note problematiche del deficit regionale. Carenze di fondi e di personale medico e paramedico, strutture fatiscenti e dotazioni tecnologicamente superate ed infine il sovraffollamento, fanno sì che la situazione peggiori giorno dopo giorno. In questo contesto, dove le emergenze legate alla tutela della salute in carcere sono purtroppo all'ordine del giorno, l'adozione di questa Carta dei servizi sanitari rappresenta un segnale di speranza. Sancire in questo modo che anche i detenuti hanno diritto alla tutela della salute vuol dire aver raccolto i moniti del presidente della Repubblica e di quelli delle due Camere, Boldrini e Grasso.

Un gran bel risultato che riavvicina il carcere alla società".

"Quando uomini e donne sono animati da buone intenzioni - ha detto il direttore generale della Asl Rm A Camillo Riccioni - riescono a coniugare aspetti diversi, e a raggiungere un ottimo risultato finale, come in questo caso. La carta va letta come un punto di partenza, un contenuto plasmabile che cresce e si arricchisce di nuova progettualità".

"La Carta dei Servizi è un percorso nuovo - ha detto Maria Claudia Di Paolo, provveditore regionale dell'Amministrazione Penitenziaria - un approdo verso una ulteriore certezza per i ristretti. A costoro chiediamo un credito di fiducia cui corrisponde un debito di responsabilità da parte degli operatori che, per conto loro, non finiscono mai di stupirmi per la passione con cui svolgono la loro professione in carcere".

Arezzo: detenuto si impicca, salvato in extremis dagli agenti di polizia penitenziaria

La Nazione, 8 maggio 2013

Dramma nella sezione che ospita da qualche tempo alcuni collaboratori di giustizia. Il detenuto sarebbe un pentito legato alla camorra. Un cappio intorno alla grata: trovato quando era già cianotico.

È stato salvato da un agente di custodia. Uno di quegli agenti che visti con l'occhio dei detenuti sono il simbolo della loro prigionia. E che per una volta sono diventati la sua salvezza.

È successo nel carcere di Arezzo, la cui sezione femminile è stata aperta da qualche tempo ad alcuni collaboratori

di giustizia arrivati da altri carceri. Sette pentiti in tutto, ma guardati quasi a vista: per fortuna, almeno in questo caso.

Un detenuto di 46 anni, con una fine pena di circa dieci anni e originario di Salerno, probabile pentito per reati anche legati alla camorra, si è passato un cappio intorno al collo. Un agente è entrato nella cella quando era già cianotica e lo ha liberato dal cappio. Sul posto subito il 118 con un'ambulanza della Misericordia arrivata velocemente sul posto. Appena in tempo, è stato portato in ospedale dove ora è piantonato in attesa di essere riportato in carcere.

Ivrea (To): nel carcere situazione difficile, detenuto tenta suicidio, gli agenti in protesta

La Sentinella, 7 maggio 2013

Un tentativo di suicidio di un detenuto e una manifestazione di protesta promossa dagli agenti di polizia penitenziaria. È accaduto tutto nella stessa giornata (venerdì) e, in un certo senso, sono due facce della stessa medaglia, ovvero la situazione di tensione e delle condizioni difficili nelle carceri. Il tentativo di suicidio è avvenuto nel pomeriggio di venerdì, quando un detenuto di 29 anni ha tentato di impiccarsi appendendosi alle sbarre del bagno della propria cella. L'unica cosa che ha salvato l'uomo è stato il cedimento della sbarra al quale aveva legato la corda per appendersi. Gli agenti hanno sentito il trambusto e sono accorsi, traendolo in salvo.

“Ci appelliamo al guardasigilli Annamaria Cancellieri - commenta Leo Beneduci, del sindacato Osapp - affinché si metta mano con urgenza alle condizioni di sovraffollamento delle carceri e alle drammatiche condizioni lavorative della polizia penitenziaria”. Un evento che sembra la diretta conseguenza di quello che gli agenti e i loro sindacati vanno rivendicando da troppi anni e che, sempre venerdì mattina, esasperati hanno deciso di urlare nel piazzale antistante la casa circondariale. Una manifestazione organizzata da tre delle sette sigle sindacali presenti, ovvero Osapp, Cisl Fns e Sinappe.

“La situazione è davvero al limite - hanno dichiarato i rappresentanti sindacali - non solo le oramai croniche lacune e deficienze che da molti anni oramai rendono difficile il nostro lavoro, adesso si aggiunge anche una nuova organizzazione del lavoro voluta dai vertici dell'istituto. Abbiamo tentato più volte di affrontare il tema, ma non è stato possibile”. A rappresentare quella, che i manifestanti, definiscono la morte della democrazia e delle relazioni sindacali, hanno portato anche una bara in cartone. “Continueremo a protestare - dicono - fino a quando non saremo ascoltati”.

Mantova: malori all'Opg di Castiglione delle Stiviere, esclusi batteri o cibo avariato

Gazzetta di Mantova, 6 maggio 2013

Il cibo servito ai detenuti dell'Opg alla cena di martedì 2 aprile, cena dopo la quale una settantina di loro si sentì male, non era alterato dalla presenza di batteri e nemmeno avariato o in cattiva conservazione. A rivelarlo sono gli accertamenti chiesti dalla magistratura ed eseguiti sui campioni di feci e alimenti. Accertamenti che, secondo indiscrezioni, avrebbero dato esito negativo. L'indagine è nata a seguito dei malori provati da così tanti detenuti nelle ore successive al pasto, ma soprattutto dopo la morte di uno del 31enne Christian Ubiali, detenuto all'Opg. Questo anche se le cause del decesso, legato forse a un'occlusione intestinale, sono ancora poco chiare. Il lavoro degli inquirenti proseguirà per stabilire quale tipo di alterazione abbiano subito gli alimenti.

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

DELIBERA 21 dicembre 2012

Fondo sanitario nazionale 2011 - Ripartizione tra le regioni della quota destinata al finanziamento della sanità penitenziaria. (Delibera n. 144/2012). (13A03986) (GU n.107 del 9-5-2013)

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

Visto il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che all'art. 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-regioni), l'assegnazione annuale delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente alle regioni e province autonome;

Visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, che all'art. 115, comma 1, lettera a), dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa della Conferenza Stato-regioni;

Vista la legge 24 dicembre 2007, n. 244 (finanziaria 2008) che all'art. 2, comma 283, al fine di dare attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari - prevede che siano definite con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e del Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, le modalità e i criteri per il trasferimento delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale;

Visto l'art. 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2010 sono abrogati gli articoli 5 e 6 della legge 30 novembre 1989, n. 386 e che, in conformità con quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera f), della legge 5 maggio 2009, n. 42, sono comunque fatti salvi i contributi erariali in essere sulle rate di ammortamento di mutui e prestiti obbligazionari accesi dalle province autonome di Trento e di Bolzano, nonché i rapporti giuridici già definiti;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008 (Gazzetta Ufficiale n. 126/2008) recante modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria e in particolare l'art. 6, comma 1, il quale prevede che, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157.800.000 euro per l'anno 2008, in 162.800.000 euro per l'anno 2009 e in 167.800.000 euro a decorrere dall'anno 2010;

Visto inoltre l'art. 8 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, il quale stabilisce che il trasferimento delle funzioni dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e Bolzano avverrà solo a seguito dell'emanazione delle norme di attuazione secondo i loro rispettivi statuti e che, pertanto, l'onere del personale dipendente di tali regioni e province autonome resta ancora a carico del Ministero della giustizia;

Vista la propria delibera del 20 gennaio 2012, n. 15 (Gazzetta Ufficiale n. 95/2012) e in particolare il punto 3.10 del deliberato che, nel ripartire le disponibilità del Fondo sanitario nazionale relative all'anno 2011, dispone l'accantonamento della somma di 167.800.000 euro per il finanziamento della medicina penitenziaria, ai sensi del citato art. 2, comma 283, legge n. 244/2007, da ripartire per le finalità individuate nella medesima delibera sulla base di successive proposte del Ministro della salute;

Vista la nota del Ministro della salute n. 10099 del 10 dicembre 2012 con la quale è stata trasmessa la proposta di riparto, tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, dell'importo di 167.800.000 euro destinato al finanziamento della sanità penitenziaria per l'anno 2011;

Vista l'intesa in sede di Conferenza unificata conseguita nella seduta del 6 dicembre 2012 (rep. atti n. 138/CU);

Considerato che i nuovi criteri di riparto della somma complessiva stanziata per l'anno 2011, pari a 167.800.000 euro, non fanno più alcun riferimento alla spesa storica, ma si basano per il 60% sul peso percentuale del numero dei detenuti, per il 30% sul peso percentuale del numero degli ingressi dei detenuti e per il 10% sul peso percentuale del numero degli istituti penitenziari con un numero inferiore a 200 posti;

Tenuto conto dell'esame della proposta svolto ai sensi del vigente regolamento di questo Comitato (delibera 30 aprile 2012, n. 62, art. 3, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 122/2012) da cui è emerso che l'ultimo dei tre criteri sopra menzionati (numero degli istituti penitenziari con un numero inferiore a 200 posti) andrà riesaminato, in occasione di futuri riparti, alla luce del principio di razionalizzazione dei costi operativi di cui al processo di spending review in atto, considerato che, per tali strutture, debbono comunque essere sostenuti costi fissi, indipendentemente dal numero dei detenuti ospitati;

Vista la nota n. 5314-P del 21 dicembre 2012 predisposta congiuntamente dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministero dell'economia e delle finanze e posta a base dell'odierna seduta del Comitato, contenente le osservazioni e le prescrizioni da riportare nella presente delibera;

Su proposta del Ministro della salute;

Delibera:

1. A valere sull'accantonamento di 167.800.000 euro di cui alla delibera di questo Comitato n. 15/2012 richiamata in premessa, destinato al finanziamento della medicina penitenziaria nell'ambito delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale 2011, viene disposta la ripartizione, tra le regioni a statuto ordinario, dell'importo di 141.083.657 euro come riportato nella tabella allegata che costituisce parte integrante della presente delibera.

2. Le quote relative alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e Bolzano, di importo complessivo pari a 26.716.343 euro, restano accantonate in applicazione di quanto previsto dell'art. 8 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008 richiamato in premessa, il quale prevede che il relativo trasferimento delle funzioni dell'Amministrazione

penitenziaria e della giustizia minorile avverrà solo dopo l'emanazione delle norme di attuazione secondo i rispettivi statuti e che, pertanto, l'onere per il funzionamento delle strutture e per il personale dipendente, per tali regioni e province autonome, resta a carico del Ministero della giustizia. In particolare per le province autonome di Trento e di Bolzano la quota relativa viene resa indisponibile ai sensi dell'art. 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 richiamato in premessa.

Roma, 21 dicembre 2012

Il Presidente: Monti

Il segretario: Barca

Registrato alla Corte dei conti il 24 aprile 2013
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dell'economia e delle
finanze, registro n. 3, Economia e finanze, foglio n. 290

AltraCittà
www.altravetrina.it

ALLEGATO

FSN 2011 - RIPARTO DELLE RISORSE FINANZIARIE DESTINATE ALLA SANITÀ PENITENZIARIA

importi in euro

REGIONI E P.A.	REGIONI A STATUTO ORDINARIO: SOMME DA RIPARTIRE	REGIONI A STATUTO SPECIALE E PROVINCE AUTONOME: SOMME DA ACCANTONARE A VALERE SUL FSN		RIPARTO TOTALE
		SOMME RESIDUE A CARICO DEL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA (dal 1° gennaio 2009)	SOMME ACCANTONATE A CARICO DEL MINISTERO DELLA SALUTE (*)	
ABRUZZO	3.612.107	0	0	3.612.107
BASILICATA	1.342.532	0	0	1.342.532
CALABRIA	6.280.730	0	0	6.280.730
CAMPANIA	19.682.466	0	0	19.682.466
EMILIA ROMAGNA	12.144.675	0	0	12.144.675
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	2.367.191	8.786	2.375.977
LAZIO	16.452.359	0	0	16.452.359
LIGURIA	3.791.552	0	0	3.791.552
LOMBARDIA	29.115.943	0	0	29.115.943
MARCHE	2.840.923	0	0	2.840.923
MOLISE	1.045.417	0	0	1.045.417
PIEMONTE	10.876.424	0	0	10.876.424
PUGLIA	9.961.105	0	0	9.961.105
SARDEGNA	0	4.140.377	178.728	4.319.105
SICILIA	0	15.602.409	2.620.751	18.223.160
TOSCANA	14.279.112	0	0	14.279.112
P.A. TRENTO	0	1.306.558	0	1.306.558
P.A. BOLZANO				
UMBRIA	2.763.342	0	0	2.763.342
VENETO	6.894.970	0	0	6.894.970
VALLE D'AOSTA	0	491.543	0	491.543
TOTALI	141.083.657	23.908.078	2.808.265	167.800.000

(*) Somme accantonate nell'attesa che le RSS e le PPAA adottino i regolamenti di attuazione per far fronte ai maggiori oneri contrattuali del personale da trasferire al SSN

DOSSIER

CARCERE E DISABILITA: ANALISI DI UNA REALTA' COMPLESSA

Dr.ssa Catia Ferrieri

Ricerca svolta nell'ambito del progetto:

POR UMBRIA FSE 2007-2013 Asse II "Occupabilità", Obiettivo specifico "e" - Asse IV "Capitale Umano", Obiettivo specifico "1", Bando assegni di ricerca finalizzato al potenziamento dell'attività di ricerca e di trasferimento tecnologico nelle imprese, nelle università, nelle agenzie di ricerca pubbliche e private, nei centri di ricerca pubblici e privati e nei poli d'innovazione;

Nulla osta del DAP n. protocollo GDAP-0028437-2012, del 23 gennaio 2012.

INDICE

- 1- **LA TUTELA DEL DETENUTO DISABILE FISICO.....**pgg. 3-4;
- 2- **CARATTERISTICHE FUNZIONALI E STRUTTURALI DELLE SEZIONI E REPARTI DETENTIVI CHE OSPITANO DETENUTI DISABILI.....**pgg. 5-6;
- 3- **ANALISI DEL QUESTIONARIO SULLA PRESENZA DI DETENUTI DISABILI FISICI.....**pgg. 7-16;
- 4- **CURRICULUM VITAE.....**pg. 17

APPENDICE: ASPETTI GIURIDICO-NORMATIVI SULLA TUTELA DEL DETENUTO DISABILE.

1- LA TUTELA DEL DETENUTO DISABILE FISICO.

La tutela dei diritti del disabile detenuto è stato oggetto di una ricerca, finanziata dalla Regione dell'Umbria nell'ambito del POR UMBRIA FSE 2007-2013, curata dall'Università degli Studi di Perugia e con la collaborazione dell'ufficio detenuti e trattamento del Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria dell'Umbria, dal titolo "Carcere e disabilità: analisi di una realtà complessa". Lo scopo, partendo dalla definizione normativa di disabile, è stato quello di analizzare a che punto fosse il recepimento della legge di riforma della sanità penitenziaria prendendo in considerazione, anche, gli elementi funzionali e strutturali dei reparti e sezioni detentive che ospitano detenuti disabili; una volta acquisiti questi dati è stata effettuata una rilevazione statistica per monitorare la presenza dei detenuti disabili a livello sia nazionale che regionale, convogliando il tutto in un dossier che ha raccolto i dati, seppur parziali, del lavoro.

Il disabile, secondo quanto stabilito dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 13 dicembre 2006, ratificata dal nostro paese dalla legge n. 18 del 03 marzo 2009, è colui che " *presenta durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere architettoniche di diversa natura possono ostacolare la loro piena e effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri*". Tale definizione deve essere letta tenendo conto di quanto stabilito dalla *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità, della Salute*, ICF, che ha apportato importanti cambiamenti a livello culturale al concetto di salute, funzionamento e, soprattutto, disabilità.

La stretta relazione tra ambiente e salute della persona ha contribuito all'evoluzione del concetto di salute che da assenza di malattia, senza alcuna connessione con l'ambiente esterno, è stata definita come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale" dimostrando come l'interazione con l'ambiente in cui un soggetto vive e si determina influisca in modo notevole su di essa. Ciò ha comportato una diversificazione dei concetti di disabilità, menomazione e handicap, identificando quest'ultimo come una condizione universale, valutata tenendo conto dell'importanza dell'ambiente esterno sullo stile di vita; conseguentemente, in ambito nazionale e sovranazionale sono state adottate delle "soluzioni ragionevoli" per evitare discriminazioni, dirette o indirette, nei confronti dei disabili nei diversi ambiti della vita, migliorandone la qualità e il grado di inclusione sociale, soluzioni estendibili analogicamente anche al detenuto disabile.

Il diritto alla salute all'art. 32 della Costituzione viene definito come un "diritto fondamentale", comprendente anche e soprattutto il diritto soggettivo e assoluto a vivere in un ambiente salubre e al suo mantenimento. Nei confronti delle persone *in vinculis* la sua piena disponibilità non deve essere intaccata dal necessario coordinamento con le esigenze di sicurezza, fermo restando il suo necessario affievolimento che si manifesta, ad esempio, nell'impossibilità di scegliere il medico curante, o il luogo di cura subordinandolo alle conseguenze correlate allo *status personae*.

Il riordino della medicina penitenziaria, ha iniziato a porre le basi per l'effettiva parificazione del cittadino detenuto con quello in stato di libertà, almeno per quanto riguarda la presa in carico e la fruizione dei servizi sanitari, costituendo pratica attuazione di quanto stabilito dal nostro dettato costituzionale in tema di tutela dei diritti inviolabili dell'uomo. La *summa divisio* delle competenze affida alle Unità sanitarie locali la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari mentre

all'Amministrazione penitenziaria la funzione del mantenimento della sicurezza, ponendo fine alle questioni sorte con la creazione del Servizio Sanitario Nazionale e aprendo il fronte al passaggio delle funzioni, del personale e delle competenze dall'amministrazione della giustizia alla Asl. Le regioni a Statuto speciale che non hanno ancora recepito quanto stabilito dalla norma mentre quelle a Statuto ordinario hanno già stabilito i relativi protocolli di intesa con l'amministrazione penitenziaria per il relativo passaggio di competenze.

La portata di questa riforma è stata oggetto della relazione del Comitato Europeo contro la tortura che in una sua visita del 2010, analizzando la fornitura sanitaria negli istituti penitenziari dopo il trasferimento delle competenze, lamentava sia la mancanza di continuità nel conformarsi al dettato legislativo da parte delle singole Asl che la carenza sanitaria delle strutture penitenziarie. Situazione che non può non essere messa in relazione con le molteplici condanne della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo nei confronti del nostro paese per la violazione dell'art.3 della Convenzione Europea.

Con riferimento al diritto alla salute, la relazione eziologica tra la presa in carico del detenuto e la sua tutela configura un comportamento imposto da una norma giuridica specifica, così che in caso di morte o lesione della persona *in vinculis* scaturisce una pretesa risarcitoria non solo da parte della persona offesa ma anche dei suoi congiunti. Come non ricordare, a riguardo, la recente sentenza C.E.D.U. dell'08.01.2013, Torreggiani e altri/Italia, in cui la Corte ha espressamente chiesto alle autorità di mettere in atto entro un anno azioni volte alla risoluzione del problema di sovraffollamento delle strutture penitenziarie, vista la molteplicità di richieste di risarcimento per mancanza dello spazio minimo vitale e lesione del diritto alla salute visto come diritto a vivere in ambiente salubre.

2- CARATTERISTICHE FUNZIONALI E STRUTTURALI DI REPARTI E SEZIONI DETENTIVE CHE OSPITANO DETENUTI DISABILI.

Riguardo l'aspetto dell'accessibilità, della visitabilità e dell'adattabilità delle sezioni e reparti detentivi la ricerca ha sottoposto alla Direzione Generale Risorse Materiali, dei Beni e dei Servizi- Ufficio IV- del Dap un questionario relativo alle modalità di progettazione dei reparti detentivi per disabili anche alla luce della riforma della sanità penitenziaria.

Le risposte sono state molto esaurienti.

La normativa antincendio si attua dotando la sezione di idranti, generalmente con 25 metri di raggio di azione, estintori custoditi nei posti di sorveglianza, e vie d'esodo verso "luoghi sicuri" interni (es. cortili di passeggio). Gli istituti penitenziari sono dotati di squadre antincendio addestrati dai Vigili del Fuoco. Le strutture murarie molto consistenti, il tipo di infissi penitenziari ed anche gli arredi (ad es. materassi in lastre ignifughe) abbattano molto i rischi di incendio e di propagazione delle fiamme; l'accesso dei soccorritori esterni autorizzati è garantito e assistito dal personale di sorveglianza (24 ore su 24) dell'istituto.

I detenuti disabili possono spostarsi autonomamente, qualora non sia necessario l'accompagnamento per motivi di sicurezza, nelle sezioni ristrutturatae dotate di ascensori, corridoi e varchi di adeguate dimensioni; i servizi igienici sono di dimensioni e caratteristiche dedicate ai portatori di handicap, posizionati in modo tale da garantire l'agevole accessibilità da parte del disabile e la necessaria sorveglianza, dal corridoio di sezione, da parte del personale di custodia. Generalmente le sezioni pluriplano sono dotate di ascensori, manovrati dal personale di sorveglianza, di dimensioni tali da consentire l'agibilità da parte dei disabili, ove necessario, per leggeri dislivelli, sono previsti scivoli o rampe di adeguata pendenza.

In linea generale l'Amministrazione Penitenziaria è tenuta all'osservanza delle norme in materia sanitaria; qualche deroga è legata più alla datazione e alle caratteristiche architettoniche ed artistiche di alcuni complessi (ad ex. complessi, castelli o fortezze monumentali) ancor oggi utilizzate come carceri; la normativa seguita è quella vigente sul piano nazionale in materia di abbattimento delle barriere architettoniche.

La categoria "minorati fisici" era già prevista in alcune strutture penitenziarie del primo '900, come, ad esempio, l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario; l'Ordinamento Penitenziario del 1975 ed il Regolamento Penitenziario del 2000 hanno comunque confermato la necessità di trattamenti particolari per soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche, pertanto le sezioni dedicate devono rispondere ai necessari requisiti in materia di igiene edilizia, anche nella costruzione e ristrutturazione di sezioni ordinarie ormai vengono, comunque, previsti locali e percorsi accessibili da parte di detenuti o internati disabili, in grado di muoversi autonomamente o mediante l'assistenza di compagni e/o personale sanitario e/o di sorveglianza.

Si è assistito all'estensione delle norme sull'abbattimento delle barriere architettoniche nella fase di progettazione e ristrutturazione degli edifici penitenziari, non solo per gli alloggi e gli uffici dove sono ospitati gli impiegati ma anche per consentire una maggiore accessibilità al detenuto disabile. Rispetto alle linee guida del 2003 le

risposte date ci mostrano l'impegno e la volontà di poter rendere la qualità della vita del detenuto disabile accettabile. Inoltre, con la circolare GDAP-0405351-2012, del 14.11.2012, per la prima volta, in modo ufficiale, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha riconosciuto come canoni per la costruzione degli istituti penitenziari il Dm. 236/1989 e il DPR 503/1996, norme riguardanti l'abbattimento delle barriere architettoniche negli edifici di civile abitazione, ponendo sullo stesso piano in merito all'accessibilità, visitabilità e adattabilità degli edifici, i cittadini disabili detenuti con coloro che vivono in stato di libertà.

Effettivamente, nonostante la presenza di specifici reparti per i cosiddetti minorati fisici (detenuti o internati disabili), la sensibilità su questo argomento si è sviluppata solo nella seconda metà degli anni '90, quando la normativa in materia di abbattimento di barriere architettoniche, risalente già alla fine degli anni '70, è stata applicata anche ai reparti ed alle strutture detentive, le cui caratteristiche dimensionali (ad es. le larghezze e lunghezze dei bagni delle celle, le larghezze delle porte), fino ad allora, non erano state adeguate alle dimensioni standard stabilite dai decreti del 1978 e dalla legge del 1989. Riguardo alle deroghe riguardanti edifici con caratteristiche architettoniche ed artistiche particolari, confermato anche da una recente sentenza del T.A.R. del Lazio, sez. II-*quater*, del 28/09/2011 in cui si afferma l'incompatibilità di opere di adattamento alla normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche se questo comporti un pregiudizio alla complessiva configurazione dello stabile, rispecchia quanto affermato dalla giurisprudenza costante sulla ristrutturazione degli edifici civili. I livelli di assistenza previsti per le persone detenute con disabilità motoria e/o sensoriale sono due: il primo per disabili non autosufficienti, detti Reparti di I livello, la cui attivazione riguarda gli istituti sede di CDT (Parma, Bari, Catanzaro, Roma Regina Coeli), il secondo per quelli autosufficienti, definiti Reparti di livello intermedio, riguarda gli istituti dotati di infermeria attrezzata e assistenza sanitaria di base garantita 24 ore su 24.

Già nel 1999 con circolare del 16 marzo l'Amministrazione ha disposto l'individuazione all'interno degli istituti di camere da adibire come luoghi di soggiorno e pernottamento per "soggetti con deficit motorio permanente", idonee e adattate secondo la normativa vigente, adeguandosi a quanto decretato dal Ministero di Grazia e Giustizia con una circolare del 25 gennaio 2005 volta all'applicazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 all'interno degli istituti penitenziari. A seguito di ciò, in una circolare del 24 marzo 2000 il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria evidenzia gli schemi strutturali di entrambi i reparti, elencando anche gli ausili che obbligatoriamente debbono essere presenti al loro interno.

3- ANALISI DEL QUESTIONARIO SULLA PRESENZA DI DETENUTI DISABILI FISICI.

La necessità di disporre di informazioni statistiche per la predisposizione di interventi mirati volti alla presa in carico e alla cura dei detenuti ha portato alla richiesta di compilazione di un questionario ai responsabili della sanità penitenziaria delle Asl italiane che hanno nella loro competenza istituti penitenziari, nonché ai responsabili sanitari degli istituti penitenziari che insistono nelle regioni a Statuto Speciale.

La rilevazione ha interessato un totale di 65.977 detenuti presenti negli istituti penitenziari (dato aggiornato al 24 aprile 2012), di cui 10.771 nelle regioni a statuto speciale (16,32%) e 55.206 in quelle a statuto ordinario (83,6%).

Il questionario è stato inviato agli assessorati regionali alla sanità delle regioni a statuto ordinario e, previa autorizzazione del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, all'attenzione dei direttori delle case circondariali e di reclusione che insistono nelle regioni a statuto speciale.

La compilazione in ogni sua parte e la successiva restituzione è stata effettuata da parte dal 50% del campione di cui 7 a statuto ordinario (Umbria, Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Campania e Calabria) e 3 a statuto speciale (Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna).

I detenuti disabili monitorati sono stati in totale 210, 208 ospitati all'interno delle case di reclusione o circondariali ubicate nelle regioni a statuto ordinario e 2 in istituti penitenziari presenti nelle regioni a statuto speciale .¹

Nel dettaglio:

TABELLA 1- REGIONI A STATUTO ORDINARIO CHE HANNO COMPILATO IL QUESTIONARIO²

REGIONE	ISTITUTO PENITENZIARIO	NUMERO DETENUTI DISABILI	% SU POPOLAZIONE DETENUTA
UMBRIA	C.C/C.R. CAPANNE	4	0,70%
PIEMONTE	C.C. CUNEO	3	0,90%
	C.C./C.R. SALUZZO	1	0,30%
LIGURIA	C.C. GENOVA MARASSI	40	5,00%
	C.C. DI SANREMO	4	1,20%
CAMPANIA	O.P.G. DI AVERSA	1	0,60%
	C.C. S. MARIA CAPUA V.	6	0,60%
CALABRIA	C.C.	2	0,80%

¹ Nel totale sono stati considerati anche i dati forniti dall'assessorato alla sanità delle Regione Lombardia e quelli del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria per il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e il Trentino Alto Adige.

² La tabella si riferisce alle regioni dove insistono gli istituti penitenziari i cui referenti alla sanità penitenziaria hanno compilato e restituito il questionario inviato loro.

	CASTROVILLARI		
	C.C. REGGIO CALABRIA	17	4,80%
	C.C. LAUREANA DI B.	0	0,00%
TOTALE	9	61	14,90%³

TABELLA 2- REGIONI A STATUTO SPECIALE CHE HANNO COMPILATO IL QUESTIONARIO.⁴

REGIONE	ISTITUTO PENITENZIARIO	NUMERO DETENUTI DISABILI	PERCENTUALE SU POPOLAZIONE DETENUTA
FRIULI V. GIULIA	C.C. UDINE	2	0,90%
VALLE D'AOSTA	C.C. BRISSOGNE	0	0,00%
SARDEGNA	C.C./C.R. NUORO	1	0,50%
	C.C. SASSARI	1	0,50%
TOTALE	4	4	1,90%⁵

I dati riguardanti le Regioni Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige e Lombardia sono stati forniti rispettivamente dal Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e il Trentino Alto Adige e dall'Assessorato alla sanità della Regione Lombardia in base a dati da loro precedentemente raccolti.

Per questo motivo devono essere riportati in una tabella separata.

TABELLA 3- DATI DELLA REGIONI LOMBARDIA E TRIVENETO.

REGIONE	ISTITUTO PENITENZIARIO	NUMERO DETENUTI DISABILI	%SU POPOLAZIONE
LOMBARDIA	C.C./C.R. BERGAMO	2	0,40%
	BOLLATE II C.R.	0	0,00%
	BRESCIA C. MONBELLO	8	1,50%
	BRESCIA VERZIANO	0	0,00%

³ La somma è stata effettuata tra percentuali con valori non a cascata ossia non dipendenti tra di loro.

⁴ La tabella ha come oggetto le regioni a statuto speciale dove insistono gli istituti penitenziari i cui responsabili sanitari hanno compilato in ogni sua parte il questionario previo nulla osta del Capo Dipartimento del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria nota prot. n. GDAP-0028437-2012.

⁵ La somma è stata effettuata tra percentuali con valori non a cascata ossia non dipendenti tra di loro.

	C.C./C.R. BUSTO A.	2	0,50%
	C.C. VOGHERA	2	0,00%
	C.C./C.R. COMO	3	0,60%
	C.C. CREMONA	3	0,80%
	C.C. LECCO	0	0,00%
	C.C. LODI	0	0,00%
	C.C. MANTOVA	0	0,00%
	MILANO S. VITTORE	2	0,20%
	MILANO S. VITTORE (F)	1	0,10%
	C.C. MONZA	8	1,07%
	MILANO OPERA	80	6,10%
	MILANO OPERA	0	0,00%
	C.C. PAVIA	0	0,00%
	C.C. SONDRIO	0	0,00%
	C.C. VARESE	0	0,00%
	C.C. VIGEVANO	0	0,00%
TOTALE⁶	20	111	11,27%⁷
VENETO	C.C./C.R. BELLUNO	0	0,00%
	C.C. PADOVA	1	0,40%
	C.R. PADOVA	15	1,90%
	C.C. ROVIGO	0	0,00%
	C.C./C.R. TREVISO	0	0,00%
	C.C. VENEZIA	0	0,00%
	C.C.VENEZIA GIUDECCA	0	0,00%
	C.R.FEMMINILE VENEZIA	0	0,00%
	C.C. MONTORIO	1	0,20%
	C.C. MONTORIO	0	0,00%
	C.C. VICENZA	0	0,00%
	C.C VICENZA	0	0,00%
TOTALE⁸	12	17	2,50%⁹

⁶ Dati raccolti dall'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia nell'anno 2011 da utilizzare nell'ambito della pianificazione sanitaria regionale.

⁷ La somma è stata effettuata tra percentuali con valori non a cascata.

⁸ Dati raccolti dal Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria del Triveneto comunicati in data 09 settembre 2011, con nota prot. n. 26581/Trattam.

⁹ La somma è stata effettuata tra percentuali con valori non a cascata ossia non dipendenti tra di loro.

Analizziamo i dati del questionario trasmesso ai referenti della sanità penitenziaria delle Asl ove insistono istituti penitenziari, nonchè ai responsabili sanitari degli istituti delle regioni a statuto speciale.

Il questionario- composto da 26 domande a risposta multipla da compilarci a cura del referente Asl dell'istituto penitenziario o della casa circondariale insistenti nelle regioni a statuto ordinario o- nel caso di istituti che sono ubicati in regioni a statuto speciale- da parte del responsabile sanitario - ha rilevato la presenza di 84 detenuti disabili all'interno di 14 istituti penitenziari che hanno risposto ai quesiti proposti, su un totale di 416 istituti presenti in Italia. I dati sono parziali perchè non attengono la totalità delle regioni italiane.¹⁰

§ 1-ISTITUTO PENITENZIARIO.

Il 47,6% dei detenuti disabili monitorati è presente nell'istituto penitenziario di Genova-Marassi, mentre il resto è suddiviso tra la casa circondariale di Benevento (4,7%), la casa circondariale di Santa Maria Capua Vetere (7,1%), la casa circondariale di Castrovillari (2,3%), la casa circondariale di Perugia-Capanne (4,7%).

Nell'OPG Saporito di Aversa è presente l'1,19%, mentre nella casa circondariale di Cuneo il 4,7% e nelle case circondariali di Saluzzo, Oristano e Cagliari l'1,19%, e nella casa Circondariale di Sanremo il 4,7%.

All'interno della Casa Circondariale di Reggio Calabria è presente il 20,2% dei detenuti disabili monitorati.

§ 2- ASL PRESSO LA QUALE ERA ISCRITTO IL DETENUTO IN LIBERTA'

Il 28,57% dei detenuti monitorati prima della detenzione era iscritto alla Asl dove insiste la casa circondariale o di reclusione dove sconta la pena- la Asl 3 di Genova- ad eccezione di coloro che erano residenti all'estero, Portogallo e Svizzera, e per coloro che- residenti altrove- scontano la condanna presso un istituto diverso.

§ 3- ETA'

Il 35,7% dei detenuti disabili monitorati ha un età compresa tra i 40-50 anni, mentre il 20,2% ha un età compresa tra i 50-60 anni.

Il 5,9% è ultra settantenne, mentre il 15,4% ha un età compresa tra i 30 e i 40 anni.

Il 3,5% ha un età compresa tra i 20 e i 30 anni. Per il 9,5% del campione il dato non è conosciuto.

§ 4- SESSO

Il 79,3% dei detenuti disabili è di sesso maschile; non sono presenti detenuti transessuali, mentre il 3,5% è di sesso femminile.

§ 5-STATO CIVILE

Il 40,4% è celibe, mentre il 41,6% è coniugato.

¹⁰ Non si conoscono i motivi di una così alta percentuale di istituti penitenziari per i quali non sono stati forniti dati sulla presenza di detenuti disabili. Tale assenza di dati non contribuisce alla esatta conoscenza di un fenomeno per il quale non sono pubblicati, ad oggi, dati aggiornati ed affidabili né da parte dell'Amministrazione Penitenziaria né da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Il 4,7% è vedovo mentre il 7,1% è separato o divorziato.
Mentre il 5,9% convive.

§ 6-FIGLI

Il 41,6% dei detenuti disabili monitorati non ha figli, mentre il 38% ha solo figli maggiorenni e l' 11,9% ha solo figli minorenni.

Lo 0,12% ha figli sia minorenni che maggiorenni, per lo 0,12% il dato non è conosciuto.

Riguardo al numero dei figli a carico per ogni detenuto, su un totale di 84 detenuti disabili censiti il 62% ha figli maggiorenni mentre il 38% ha figli minorenni.

§ 7- CITTADINANZA

Il 92,8% dei detenuti è cittadino italiano, l'1,19% è cittadino straniero di un paese membro all'Unione Europea mentre il 5,9% è cittadino di un paese extracomunitario.

Di questi il 2,38% ha cittadinanza tunisina, mentre il 4,76% proviene dalla Serbia, Marocco, Ecuador e Portogallo.

§ 8- RESIDENZA O DOMICILIO DICHIARATI AL MOMENTO DELL'INGRESSO NELL'ISTITUTO PENITENZIARIO

Il 94% dei detenuti disabili monitorati ha dichiarato all'ingresso in carcere di essere domiciliato o residente in Italia, mentre 2,3% ha dichiarato di essere residente o domiciliato in un paese che non fa parte dell'Unione Europea.

La percentuale di coloro che erano senza fissa dimora al momento dell'ingresso in carcere è del 2,3%.

Riguardo ai comuni di residenza o domicilio il 28,5% dei detenuti è residente a Genova. Il 19,4% dei detenuti monitorati è residente in Calabria.

§ 9-TITOLO DI STUDIO

Il 50% dei detenuti disabili hanno conseguito il diploma di scuola media inferiore, mentre il 21,4% ha la licenza elementare.

L' 1,19% è analfabeta e il 14,2% è diplomato alla scuola superiore.

Il 7,14% è laureato.

Per il 3,57% il dato non è conosciuto.

§ 10- CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE SEGUITI DAL DETENUTO

Il 61,9% dei detenuti disabili monitorati non ha seguito corsi di formazione nè prima dell'ingresso nell'istituto penitenziario, nè durante l'attuale detenzione.

Il 14,2% ha seguito corsi prima della detenzione, mentre il 8,3% durante le precedenti detenzioni ha partecipato a corsi di formazione.

Per il restante 11,9% il dato non è conosciuto.

§ 11-TIPOLOGIA DI DETENZIONE

Il 51,1% dei detenuti disabili monitorati è sottoposto ad esecuzione penale, mentre il 27,3% è in custodia cautelare, per il 19% il dato non è conosciuto.

§ 12- CIRCUITO PENITENZIARIO NEL QUALE E' INSERITO IL DETENUTO

Il 55,9% dei detenuti monitorati è inserito nel circuito penitenziario della media sicurezza, mentre il 11,9% è inserito nel circuito protetti. Non sono presenti detenuti disabili nei circuiti A.s 1, A.s. 2, e 41bis, il 19% è inserito nel circuito A.s. 3, l'8,3% è inserito in un altro circuito penitenziario non specificato.

Il 3,5% è ospitato nel circuito di custodia attenuata.

Per il 4,7% il dato non è conosciuto.

§ 13- SEZIONI O REPARTI DETENTIVI DI ATTUALE ASSEGNAZIONE

Il 47,6% dei detenuti disabili monitorati è attualmente assegnato a reparti ordinari, a fronte del 14,2% assegnati a reparti per disabili.

Il 7,1% è attualmente ospitato nella sezione protetti e il 22,6% presso C.D.T./centro clinico.

Solo il 5,9% presso un reparto non specificato dai compilatori.

§ 14- TIPO DI DISABILITA'

L'79,7% dei detenuti è affetto da una disabilità fisica, e l'11,9% ha una disabilità sia fisica che psichica.

Per il 3,5% il dato non è conosciuto.

§ 14.1- VARIE TIPOLOGIE DI DISABILITA'

L'1,19% dei detenuti è affetto da tetraplegia (disturbo dei movimenti dei quattro arti) e il 3,5% da paraparesi (riduzione della motilità volontaria dei due arti inferiori), il 2,38% è affetto da tetraparesi (paralisi incompleta dei quattro arti dovuta ad una compressione midollare cervicale da frattura oppure a patologie infiammatorie, degenerative, settiche o neoplastiche).

Nessun caso di paraplegia (paralisi motoria e/o carenza funzionale degli arti inferiori).

Il 17,8% è affetto da problemi legati all'apparato cardiocircolatorio e il 5,9% a quello respiratorio. Il 3,5% ha problemi legati all'apparato urinario, l'11,9% legati all'apparato digerente e legato all'apparato endocrino.

Il 14,2% ha riportato l'amputazione o la perdita di un arto inferiore, mentre il 5,9% di un arto superiore nonché il 20,2% ha una disabilità legata al rachide.

L'17,8%, ha una disabilità legata all'apparato nervoso centrale.

L'1,19% ha una disabilità legata all'apparato uditivo e nessuno all'apparato vestibolare mentre il 3,5% ha una disabilità legata all'apparato visivo.

Il 19% dei soggetti ha una disabilità legata a una patologia immunitaria.

Nessun caso di disabilità legata agli apparati fonatorio, l'1,19% riguarda l'apparato stomatognatico; nessuna patologia riguarda l'apparato fisiognomico. Il 2,3% ha una disabilità legata all'apparato riproduttivo, stessa percentuale riguardante le patologie malformative o congenite.

E' presente un 3,5% avente una patologia sistemica, mentre l'1,19% ha una patologia neoplastica.

Il 20,2% è affetto da una patologia non presente nella lista e non specificata dal compilatore.

§ 15- ELENCO PATOLOGIE EX. D.M. 2 AGOSTO 2007.

Il 76,1% è il totale dei detenuti disabili affetti da patologie quali asma bronchiale, valvola mitralica meccanica, cardiopatia ischemica cronica e plurivascolarizzata, deficit visivo, depressione, emiplegia, epatite, ernia discale cronica, esiti di poliometite, Hiv Aids, ictus ischemico, infortunio sul lavoro, insufficienza cardiologica e respiratoria, Ipb, Irc, ischemia, linfoma NH, meningite, miastenia, parziale cecità, retinopatia diabetica, schizofrenia paranoide, sclerosi multipla, spasticità motoria, spina bifida, trauma cranico, trombosi venosa, ustioni, cardiopatia ischemica, apofisite, ipoacusia, ipercolesterolemia, isterectomia, psoriasi, reflusso gastro esofageo, stenosi uretrale.

Il 19% da paralisi post-ictus, spondilo artrosi, scoliosi, sindrome ansioso depressiva, IMA e tbc.

Il 14,2% è affetto da HIV, il 14,2% è affetto da diabete e diabete mellito di tipo II, il 7,1% è affetto da epilessia e ernia iatale, un 4,7% da HCV positivo.

§ 16- ORGANO CHE HA EFFETTUATO LA DIAGNOSI DI DISABILITA'

Il 34,5% dei detenuti disabili ha ottenuto la diagnosi di disabilità da parte dell'INPS; il 10,7% da parte di una commissione dell'Asl di appartenenza, mentre il 25% da parte del medico che opera all'interno dell'istituto penitenziario; il 4,7% da parte del medico che seguiva il detenuto in libertà. Per il 14,2% dei detenuti disabili il dato non è conosciuto.

§ 17- DETENUTI CHE USUFRUISCONO DI UNA INDENNITA' DI DISABILITA'

Il 45,2% dei detenuti usufruisce attualmente di una indennità di disabilità erogata dall'INPS, l'4,7% da parte di altri enti preposti, il 38% non ne usufruisce.

Per il 9,5% il dato non è conosciuto.

§ 18- INSERIMENTO IN UNA ATTIVITA' LAVORATIVA DEL DETENUTO DISABILE

Il 96,4% dei detenuti disabili monitorati non è inserito in una attività lavorativa all'interno dell'istituto penitenziario. Per l'1,19% il dato non è conosciuto.

Il 2,38% è inserito in attività lavorativa. Nella fattispecie questo dato si riferisce alla Casa Circondariale di Reggio Calabria dove i disabili sono inseriti nell'attività di lavanderia e di lavoro all'esterno dell'istituto.

§ 19- REPARTO O SEZIONE CON RIDOTTE BARRIERE ARCHITETTONICHE

Il 55,9% dei detenuti disabili è ospitato in sezioni o reparti detentivi con ridotte barriere architettoniche, mentre il 44% in reparti o sezioni aventi barriere architettoniche.

§ 19.1- UTILIZZO DI AUSILI PER SPOSTARSI ALL'INTERNO DELLA SEZIONE O REPARTO.

Il 42,8% dei detenuti disabili monitorati utilizza ausili per la deambulazione, mentre il 57,1% non ne utilizza.

Il 16,6% utilizza la carrozzina, il 11,9% i bastoni canadesi, l'1,19% rispettivamente il deambulatore, delle protesi e il treppiede; l'8,3% utilizza le stampelle.

§ 21- DETENUTI CHE USUFRUISCONO DI MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE

L'1,19% usufruiscono della misura alternativa della semidetenzione e della semilibertà: nessun detenuto disabile usufruisce del lavoro esterno ex. art. 21 O.P. Il 78,5% non usufruisce di nessun tipo di misura alternativa.

§ 22- IL DETENUTO E' STATO TRASFERITO DURANTE L'ATTUALE DETENZIONE PRESSO ALTRE STRUTTURE DETENTIVE

Il 42,8% dei detenuti disabili non è stato trasferito presso altre strutture diverse da quello di attuale assegnazione durante l'attuale detenzione. Per il 13% il dato non è conosciuto.

Il 27,3% è stato trasferito presso una struttura penitenziaria con un CDT o centro clinico.

Il 9,5% che è stato ricoverato presso una clinica o struttura ospedaliera.

Solo il 4,4% è stato trasferito in una struttura con un reparto per disabili e l'1,19% in una struttura con un reparto per minorati fisici.

§ 22.1- MOTIVO DI AVVENUTO TRASFERIMENTO

Il 34,5% dei detenuti disabili monitorati ha avuto un trasferimento a causa di esigenze sanitarie non affrontabili in loco; il 2,3% per la presenza di barriere architettoniche all'interno della sezione o reparto detentivo dove era ospitato. Per l'8,3% il dato non è conosciuto.

§ 23- Dall'analisi dei dati raccolti si è volutamente tralasciato di parlare della parte riguardante la durata della detenzione e quella della pena residua- oggetto anch'esse dell'analisi- per un aspetto tecnico non di poco conto.

Il computo della pena nel nostro sistema processuale si basa su quanto stabilito dall'art. 657 del codice di procedura penale che così recita:

"1. Il pubblico ministero, nel determinare la pena detentiva da eseguire, computa il periodo di custodia cautelare subita per lo stesso o per altro reato, anche se la custodia è ancora in corso. Allo stesso modo procede in caso di applicazione provvisoria di una misura di sicurezza detentiva, se questa non è stata applicata definitivamente.

2. Il pubblico ministero computa altresì il periodo di pena detentiva espiata per un reato diverso, quando la relativa condanna è stata revocata, quando per il reato è stata concessa amnistia o quando è stato concesso indulto, nei limiti dello stesso.

3. Nei casi previsti dai commi 1 e 2, il condannato può chiedere al pubblico ministero che i periodi di custodia cautelare e di pena detentiva espiata, operato il ragguaglio, siano computati per la determinazione della pena pecuniaria o della sanzione sostitutiva da eseguire; nei casi previsti dal comma 2, può altresì chiedere che le sanzioni sostitutive espiate siano computate nelle sanzioni sostitutive da eseguire per altro reato.

4. *In ogni caso sono computate soltanto la custodia cautelare subita o le pene espiate dopo la commissione del reato per il quale deve essere determinata la pena da eseguire.*
5. *Il pubblico ministero provvede con decreto, che deve essere notificato al condannato e al suo difensore."*

Pertanto, si è proceduto al computo medio matematico dei valori trovati, eccetto per quel che riguarda i detenuti condannati alla pena dell'ergastolo o in custodia cautelare.

§ 23.1-DURATA PENA RESIDUA

Il 27,3% dei detenuti disabili monitorati sono in custodia cautelare; per l'1,19% il dato non è conosciuto.

Non sono presenti detenuti condannati all'ergastolo.

La durata media della pena residua ammonta a 1527,78 giorni ossia a 4 anni, 2 mesi e 7 giorni.

La pena espiata più lunga è di 28 anni, mentre la più breve è di 8 giorni.

§ 23.2-DA QUANTO TEMPO IL SOGGETTO E' IN STATO DETENTIVO

La media del tempo in cui il soggetto è in stato detentivo è di 1057,41 giorni, ossia 3 anni e 57 giorni.

La pena espiata più lunga è di 19 anni, la più breve è di 16 giorni.

§ 24-COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI

L'1,19% dei detenuti disabili monitorati ha una compromissione delle funzioni che oscilla tra il 16% e il 95%; il 2,3% ha una compromissione che oscilla tra l'86% e il 60%; il 3,5% ha una compromissione che oscilla tra il 50% e il 90%; il 7,1% ha una compromissione pari all'80%, mentre il 5,9% ha una compromissione pari al 75%.

Il 19% ha una compromissione delle funzioni vitali pari al 100%.

La percentuale di detenuti disabili di cui non si conosce il dato è pari al 33%, mentre il 4,7% non ha nessun tipo di compromissione.

CURRICULUM VITAE

Catia Ferrieri, nata a Berna (CH) il 10.11.1979. Laureata in giurisprudenza nel 2003 con una tesi in diritto tributario sui “Profili fiscali del Common Law trust”, subito dopo la laurea ho iniziato a collaborare con “Archi Ora d’aria” in qualità di operatrice volontaria presso la casa circondariale di “Perugia- Capanne”. Dal 2007 al 2009 sono stata progettista pedagogico-formativa presso l’istituto penitenziario di Orvieto; nel 2011 nell’ambito del “POR UMBRIA FSE 2007-2013” ho vinto un assegno per il finanziamento della ricerca “Carcere e disabilità: analisi di una realtà complessa”, curata dall’Università degli Studi di Perugia, con la collaborazione dell’ufficio detenuti e trattamento del Provveditorato dell’Amministrazione Penitenziaria dell’Umbria. La ricerca, della durata di 9 mesi, ha raccolto dei dati statistici sulla presenza di detenuti disabili presso gli istituti penitenziari a livello nazionale.

Ho pubblicato su Sportello antiviolenza.org l’articolo “ Quando l’amore diventa ossessione: lo stalking” e su Penale.it l’articolo “ Osservatorio sulla Corte Europea dei diritti dell’Uomo in tema di diritto alla salute del detenuto: analisi della sentenza Erol Zavar/ Turchia.

APPENDICE

ASPETTI GIURIDICO-NORMATIVI SULLA TUTELA DEL DETENUTO DISABILE.

1-I DIRITTI DEI DISABILI.

1.1-IL CONCETTO GIURIDICO DI DISABILE FISICO ALLA LUCE DELLA “CONVENZIONE O.N.U. DEI DIRITTI DELLE PERSONE DISABILI”; pg 20-25;

1.2-LA TUTELA EUROPEA DEL DISABILE; pg. 26-28;

1.3-IL PANORAMA ITALIANO: LA LEGGE 104/'92 pg.29-33;

1.5-LA DETENZIONE, IL FERMO E L'ARRESTO DELLA PERSONA DISABILE pg. 34-40;

1.6-APPLICAZIONE DELLE NORME PER LA TUTELA DEI DISABILI AL DETENUTO pg. 41.

2-LA TUTELA DELLA SALUTE DEL DETENUTO DISABILE.

2.1- LA TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE DELLE PERSONE *IN VINCULIS*..... pg 41-45;

2.2- LA RIFORMA DELLA SANITA' PENITENZIARIA.....pg. 46-47;

2.3- L'ATTUAZIONE DELLA RIFORMA IN UMBRIA.....pg. 48-50;

2.4- DIRITTI DEL DETENUTO: TRATTAMENTI INUMANI E DEGRADANTI... pg. 51-52;

2,5- RESPONSABILITA' DELL'AMMINISTRAZIONE PER OMISSIONI NEI CONFRONTI DEL DETENUTO....pg. 53-64

3-ELEMENTI FUNZIONALI E STRUTTURALI DI REPARTI O SEZIONI DETENTIVE PER DETENUTI DISABILI....pg. 66-68;

3.1- ADATTAMENTO DELLE SEZIONI DELLE SEZIONI DETENTIVE ALLA NORMATIVA SULL'ABBATTIMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE.....pg.69-74.

CAPITOLO UNO

I DIRITTI DEI DISABILI

1.1-IL CONCETTO GIURIDICO DI DISABILE FISICO ALLA LUCE DELLA “CONVENZIONE O.N.U. DEI DIRITTI DELLE PERSONE DISABILI”.

Il disabile è chi “ è affetto da una deficienza fisica, mentale o psichica prevedibilmente persistente che le rende difficile o le impedisce di compiere le attività della vita quotidiana, d'intrattenere contatti sociali, di spostarsi, di seguire una formazione e un perfezionamento o di esercitare un'attività lucrativa”.

La definizione fornita dalla “Legge federale svizzera sull'eliminazione di svantaggi nei confronti dei disabili” del 13 dicembre 2002 ci illustra un aspetto dell'argomento in esame senza fornire la piena delimitazione di che cosa si intenda giuridicamente per disabilità e per disabile fisico.¹¹

La difficoltà sostanziale è la non conoscenza di una definizione esauriente di quanto è oggetto del nostro studio, visto che nel corso degli anni si sono usati termini quali “invalido”, “menomato”, “disabile” e “handicappato” come se avessero lo stesso significato lessicale non tenendo conto delle loro basilari differenze.¹²

C'è una netta differenza, difatti, tra l'handicap e la disabilità come tra disabilità e invalidità e le invasioni di campo lessicali che possono esserci tra di loro non fanno altro che accrescere la confusione in un ambito che ha ancora dei profondi buchi neri definitivi e legislativi.

Lo studio della disabilità è trasversale, coinvolgendo diversi gradi di conoscenza e intersecandosi con materie che prescindono dall'ambito giuridico e si avvicinano alle scienze sociali e sanitarie, fondamentali per avere un quadro di riferimento completo da cui partire per giungere a un risultato soddisfacente.

Nell'ottica della creazione di un linguaggio multidisciplinare sul tema della disabilità occorre tenere presente sia la “Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità”, del 13 dicembre 2006, che quanto stabilito dall'ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health, pubblicato dell'O.m.s. ¹³

Il 13 dicembre 2006 l'O.N.U ha approvato la “Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità” un evento storico che ha avuto ripercussioni nella vita di molti disabili nel mondo¹⁴: l'approccio sistematico al problema fa elevare la disabilità da condizione individuale a violazione di diritti umani, di inclusione sociale e discriminazione sociale: i disabili da oggetti di decisioni prese da altri soggetti acquistano la consapevolezza di voler decidere della propria vita e delle politiche sociali e sanitarie che li coinvolgono in prima persona.

¹¹La Svizzera non ha ancora firmato la Convenzione dell'Onu sui diritti delle persone con disabilità del 2006 preferendo vagliare tutte le possibili implicazioni e conseguenze di una sua adesione. Pur tuttavia, le pari opportunità e l'integrazione delle persone con disabilità sono prese in considerazione anche dalla sua legislazione. La Costituzione federale vieta, ad esempio, qualsiasi discriminazione delle persone a causa di menomazioni “ fisiche, mentali o psichiche” ed esige l'eliminazione degli svantaggi esistenti nei confronti dei disabili.

Nel 2002 è stata approvata la legge federale sull'eliminazione di svantaggi nei confronti di disabili (la cd. legge sui disabili, LDIs) entrata in vigore nel 2004. Il campo di applicazione della norma riguarda soprattutto l'accessibilità degli edifici, dei trasporti pubblici e dei servizi, nonché il settore della formazione e del perfezionamento.

¹² Nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblicò un primo documento dal titolo **International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)**. In tale pubblicazione veniva fatta l'importante distinzione tra menomazione e gli altri due termini che precedentemente venivano usati in modo scambievole senza capire appieno al distinzione.

¹³Se l'aspetto significativo del primo documento dell'O.M.S. è stato quello di associare lo stato di un individuo non solo alle funzioni corporee del corpo umano ma anche ad attività a livello individuale o di partecipazione alla vita sociale, nel secondo documento dal titolo **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)** si evince un cambiamento sostanziale nel modo di porsi di fronte al problema, di fornire un quadro di riferimento e un linguaggio unificato per descrivere lo stato delle persone. Non ci si riferisce più ad un disturbo, funzionale o strutturale, senza rapportarlo a uno stato considerato di “salute”. Il documento ICF copre tutti gli aspetti della salute umana, raggruppandoli nel dominio “salute” e in quello collegato alla salute, non limitandosi solo alle persone con disabilità ma potendo essere utilizzato per tutti., quindi con valore universale mediante l'associazione a uno o più qualificatori.

¹⁴ L'Onu ha approvato la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità nel dicembre 2006; con i suoi 50 articoli la Convenzione indica la strada che gli stati del mondo devono percorrere per garantire i diritti di uguaglianza e di inclusione sociale di tutti i cittadini con disabilità.

Il 24 febbraio 2009 il Parlamento Italiano ratifica la Convenzione che diventa legge dello Stato.

Da molti anni l'ONU e altre organizzazioni internazionali¹⁵ si sono occupate dei diritti delle persone con disabilità, memori di quanto accaduto durante la seconda guerra mondiale, con milioni di disabili fatti rastrellare da Hitler in tutta Europa nel nome della purezza della razza.

L'art. 1 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 9 dicembre 1948, la *Magna Charta* dell'umanità, stabilisce che *“Tutti gli esseri umani nascono liberi ed uguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri con spirito di fratellanza”*; nonché nell'art. 2 *“ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate dalla presente dichiarazione senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione”*.¹⁶

Alla luce di quanto detto, si è cercato di approntare degli opportuni strumenti di tutela mediante l'inserimento all'interno di “categorie protette”, creando delle barriere con le altre persone e conferendogli la tutela di cui avevano bisogno.

Attraverso la “Dichiarazione dell'Onu sui diritti dei portatori di handicap” del 9 dicembre 1975, che secondo le intenzioni dei redattori doveva costituire una base di riferimento comune per la protezione dei loro diritti, il termine “portatore di handicap” designa *“colui che è incapace di garantirsi per proprio conto, in tutto o in parte, le necessità di una vita individuale e/o sociale normale, in ragione di una minorazione, congenita o no, delle sue capacità fisiche o mentali”* senza distinzione o discriminazione a causa della sua condizione.¹⁷

La stretta correlazione tra rispetto della dignità umana legata alla sola condizione di essere nati, che non può in alcun modo venire meno, e la disabilità apre la strada a una discussione profonda sull'applicabilità dell'art. 2 della Dichiarazione universale dei diritti dell'Uomo: “l'individuo” tutelato dalla norma è anche la persona disabile che è un essere umano e, sulla base di quanto da essa espresso, non si può aprioristicamente rifiutare l'applicazione normativa a questa categoria giuridica.¹⁸

L'iter normativo che stiamo analizzando ha portato all'elaborazione delle *“Regole standard delle Nazioni Unite per l'uguaglianza di opportunità delle persone con disabilità”*, del 20 dicembre 1993, avente lo scopo di garantire i diritti del disabile per il solo fatto di essere persona, diritti inalienabili e cogenti. Le regole hanno introdotto il principio fondamentale delle pari opportunità degli individui, senza nessuna discriminazione dovuta alla loro condizione fisica mediante lo sviluppo di concetti validi per qualsiasi persona.¹⁹

¹⁵ Si ricordi, a questo riguardo, il lavoro svolto dal Consiglio d'Europa per rimuovere le barriere alle pari opportunità e promuovere la piena partecipazione di tutti alla vita della comunità.

¹⁶La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, proclamata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite riunita a Parigi, al Palais de Chaillot, il 10 dicembre 1948, contiene il codice genetico di una rivoluzione giuridica, politica e culturale che è tutt'ora in atto nel segno della centralità della persona umana. Essa è all'origine del nuovo Diritto Internazionale, costituito da numerose Convenzioni giuridiche, da quella per la tutela dei fanciulli a quella per la tutela dei disabili, con la forza della norma giuridica in tutti i campi dalla politica all'economia. L'articolo 1 dice chiaramente che fondamento dei diritti umani è l'essere umano in quanto tale, da leggere in correlazione dell'art. 7 della Convenzione Europea dei diritti dell'Uomo.

¹⁷La “Dichiarazione dei diritti delle persone disabili dell'Onu” fu proclamata nella 243ma seduta plenaria del 9 dicembre 1975 dell'Assemblea generale degli Stati membri, nello spirito della Carta delle Nazioni Unite. L'anno successivo l'Assemblea Generale chiese a tutti gli Stati membri di attivarsi sull'onda di quest'ultima direttiva tanto che il 1981 venne dichiarato “Anno internazionale delle persone disabili”.

¹⁸L'articolo 2 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo affermando che *“tutti i diritti e le libertà enunciate dalla Dichiarazione spettano ad ogni individuo”* è il complemento dell'art. 1. L'espressione *“senza distinzione”* richiama implicitamente il principio di uguaglianza e introduce quello di non discriminazione che sarà introdotto dall'art. 7. Il divieto di discriminazione è già espresso, in termini generali, nell'articolo 1 della Carta delle Nazioni Unite del 1945 che annovera tra i fini quello di *“conseguire la cooperazione internazionale nella soluzione dei problemi internazionali di carattere economico, sociale, culturale, e umanitario e nel promuovere e incoraggiare il rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali per tutti, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua e di religione”*. La dottrina e la giurisprudenza sono concordi nel ritenere il divieto di discriminazione come un divieto di carattere assoluto, come tale di altissima valenza precettiva, facendo sì che lo *ius cogens* che da esso discende venga ad essere obbligatorio a tutti a prescindere che lo abbia o meno accettato per iscritto non valendo per i diritti umani il principio della reciprocità.

¹⁹Le “Regole Standard” presentano delle direttive di cambiamento sociale che dovrebbero permettere alle persone con disabilità di partecipare in maniera egualitaria alla vita della società.

Affrontano, infatti, in modo analitico tutti gli ambiti che sono legati all'inclusione sociale delle persone con disabilità. Il 20 dicembre 2006, il Consiglio dei Ministri dell'Unione Europea ha approvato una risoluzione sulle pari opportunità delle persone disabili che ha posto le “Regole Standard” alla base di tutte le azioni, i programmi e le direttive europee future. Questo passo ha comportato la presa di coscienza che la condizione delle persone con disabilità non è una condizione di

Il primo principio è quello di accessibilità: all'art.5 si stabilisce che gli Stati “*dovrebbero riconoscere l'importanza centrale dell'accessibilità nel processo di realizzazione delle pari opportunità in ogni sfera di vita sociale*” non limitandosi all'ambiente fisico rimuovendo gli ostacoli fisici quali le barriere architettoniche mediante linee guida a cui ingegneri edili e architetti dovrebbero ispirarsi ma anche gli ostacoli all'accesso all'informazione sui diritti e i servizi messi a disposizione per consentire la concreta realizzazione delle pari opportunità.

Il secondo è quello dell'uguaglianza dei diritti: i bisogni di ogni persona hanno uguale importanza e tutte le risorse devono essere impegnate in modo da assicurare ad ogni individuo le stesse opportunità, senza nessuna discriminazione per ricevere il sostegno di cui si abbisogni all'interno delle strutture statali²⁰ Ultimo, ma non meno importante, è il concetto della parificazione dei diritti e dei doveri anche nei confronti dei disabili.

Le “*Standard Rules*” rappresentano il primo tentativo di dare una definizione giuridica di disabilità piena dei valori fatti propri dalla Dichiarazione dell'Onu e accettata in modo universale, basata su quanto elaborato durante il Decennio delle Persone Disabili delle Nazioni Unite.²¹

Pertanto, il termine “disabilità viene a “*riassume un gran numero di limitazioni fisiche di diverso tipo che esistono in ogni tipo di popolazione in tutti in Paesi del mondo*”, gli impedimenti fisici, intellettuali o sensoriali per malattie o infermità di mente siano esse permanenti o transitorie che incontrandosi con l'ambiente circostante manifestano l'handicap. La confusione terminologica denota un approccio che ignora le interazioni con l'ambiente e delimita il problema solo all'ambito clinico e sanitario senza considerare che la disabilità è una questione sociale.

Per accrescere la consapevolezza dei diritti, dei bisogni, del potenziale e del contributo che i disabili possono dare le Regole partono dal concetto fondamentale dell'obbligo statale di mettere i disabili nella condizione di esercitare i loro diritti inclusi quelli umani, civili, politici su basi uguali con gli altri cittadini (art. 15- Legislazione), concedendo loro la possibilità di essere formati rimanendo all'interno delle loro famiglie con gli strumenti necessari per l'accesso alla cultura. Da quanto detto finora, si evince un ruolo dei disabili e delle organizzazioni di tutela dei loro diritti di attivo coinvolgimento per la creazione di azioni positive volte alla diversa presa di coscienza del problema come stabilito dalla Convenzione O.n.u. del 2006.

Su questa linea di pensiero l'O.m.s., Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1980 pubblicò la “*Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità, e degli Svantaggi Esistenziali*”.²²

Secondo le definizioni inserite all'interno della classificazione ogni persona è relativamente handicappata relativamente alla condizione di vita, di lavoro e alla realtà dove il soggetto è inserito al contrario del concetto di deficit fisico o psichico. compromissione della salute, ma di discriminazione e mancanza di accesso alla vita sociale a causa delle barriere, ostacoli, e pregiudizi che la società frappone fra se e le persone disabili e trasformando in positive le azioni che venivano fatte precedentemente, sancendo il definitivo passaggio da una prospettiva medica della disabilità ad una prospettiva sociale.

L'influenza delle Regole sulla politica dei paesi membri è stata tale da far pensare alla necessità di una vera e propria convenzione per la tutela dei disabili.

²⁰ Il concetto di “accessibilità” riferito all'ambito della disabilità non riguarda solo l'architettura ma anche quello dell'accesso del disabile alla vita sociale in generale. All'interno delle “Regole per le pari opportunità delle persone disabili” del 1993 si stabilisce che “*Lo scopo delle Norme è di assicurare che ragazze, ragazzi donne e uomini disabili, come parte della società, possano esercitare i propri diritti e doveri come gli altri. (.....) compito dello Stato è quello di intraprendere tutte le azioni adeguate per rimuovere questo ostacolo.*”

²¹ Il “Decennio delle Persone Disabili” si è tenuto tra il 1983 e il 1993, decennio in cui si sono sviluppati i concetti che saranno ripresi, in modo più esteso, all'interno della formazione internazionale.

²²La “*Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Svantaggi Esistenziali*” distingueva tre diversi livelli:

- Menomazione, intendendo con essa qualsiasi perdita o anomalia permanente a carico di una struttura anatomica o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica;
- Disabilità, intendendo qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività di base (quale camminare, mangiare, lavorare) nel modo e nella maniera considerati normali per un essere umano (oggettivazione);
- Handicap; intendendosi la condizione di svantaggio, conseguente alla menomazione o a una disabilità, che limita o impedisce l'adempimento di un ruolo sociale considerato normale in relazione all'età, al sesso o al contesto socio-culturale.

In seguito, l'OMS ha elaborato altri concetti portanti come quello di attività personali, con cui si intende le limitazioni di natura, durata e qualità che una persona subisce nel corso delle sue attività a causa di una limitazione strutturale o funzionale. Sulla base di questa definizione ogni persona è diversamente abile. Altro concetto è quello di partecipazione sociale, che si definisce come le restrizioni di natura, durata e qualità che una persona subisce in tutte le aree e le sfere della propria vita a causa dell'interazione delle menomazioni, le attività e i fattori contestuali.

Il 22 maggio 2001 l'OMS perviene alla creazione della *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità, della Salute*, denominata ICF, approvata nel 2002 che ha apportato degli importanti cambiamenti a livello culturale sul concetto di salute, funzionamento e, soprattutto, disabilità.²³

Precedentemente salute, secondo una definizione prettamente medica, era considerata l'assenza di malattia senza tenere conto che con tale termine debba intendersi il senso di benessere del soggetto correlato con tutti i livelli da quello psicologico a quello ambientale. L'ambiente in cui un soggetto vive, infatti, influenza in modo determinante la sua salute ed è proprio dallo studio dell'iterazione tra ambiente e individuo in rapporto al livello di stress, barriere, inquinamento e atteggiamenti incidenti sulla sua salute che l'Oms ha iniziato a sviluppare un pluriennale lavoro di ricerca per cercare di definire nel modo più completo possibile che cosa si intenda per disabilità.

Si sono identificati alcuni criteri base che fossero accettati da tutti e applicabili a tutte le categorie, senza creare aprioristiche discriminazioni e descrivendo la disabilità attraverso aree di funzionamento.²⁴ Il risultato di questo approccio sistematico al problema è stato quello di creare una classificazione basata sugli aspetti di iterazione tra l'individuo e l'ambiente, dando una definizione oggettiva del problema e facendo chiarezza sull'utilizzo, finora scambievole, di termini quali handicap, menomazione e disabilità.²⁵

Già con la precedente classificazione, l'ICIDH, la disabilità veniva definita "*qualsiasi limitazione o perdita, conseguente a una menomazione, della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano*"; mentre la menomazione una "*qualsiasi perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche o anatomiche, che rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico e riflette dei disturbi a livello di organo*" e l'handicap come "*la condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità*" correlata con l'ambiente in cui questo soggetto vive e lo circonda. Qui il concetto di disabilità cambia venendo definita come "*uno stato di diminuzione del funzionamento connesso con le malattie, disturbi, lesioni, o altre condizioni di salute che, nel contesto del proprio ambiente è vissuto come una menomazione, una limitazione alla attività o una restrizione alla limitazione*", denotando un nuovo approccio sociale dello studio.²⁶

L'ICF è una classificazione delle caratteristiche della salute nel contesto della vita individuale e delle iterazioni con i fattori ambientali, siano essi delle barriere o degli elementi facilitatori e introduce un cambiamento culturale e semantico che sfocia in nuove politiche sociali e culturali.

A fronte di ciò, si è cercato di correlarlo con "l'approccio alla disabilità basato sui diritti", proprio della Convenzione Onu sui diritti dei disabili, per sfociare ad una descrizione completa del termine. La Convenzione ha la stessa base filosofica delle Regole standard del 1993 ma non fornisce, purtroppo, nessuna definizione legislativa di chi sia il disabile. La forza

²³L'approccio alla materia dato dalla classificazione ICF è di carattere multidisciplinare e universale. Alla sua elaborazione hanno partecipato 192 governi che compongono l'Assemblea Mondiale della Sanità, tra cui l'Italia, che ha offerto un significativo apporto tramite una rete collaborativa informale chiamata Disability Italian Network, costituita da 25 centri dislocati nel territorio nazionale e coordinata dall'Agenzia regionale della Sanità del Friuli Venezia Giulia. Gli scopi principali del D.I.N. sono la diffusione degli strumenti elaborati dall'OMS e la formazione di operatori che si occupano dell'inserimento dei diversamente abili, in collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali.

²⁴Lo scopo dell'ICF è quello di fornire una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti ad essa correlate; nonché stabilire un linguaggio standard e univoco per la descrizione della salute della popolazione allo scopo di migliorare la comunicazione tra i diversi utilizzatori tra cui operatori sanitari, ricercatori e anche le persone con disabilità. In altri termini fornire uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari che consenta di favorire gli interventi socio sanitari in grado di migliorare la qualità delle vite delle persone.

²⁵Le informazioni fornite dall'ICF racchiudono delle informazioni relative al funzionamento umano e alle sue restrizioni distinguendole in due gruppi correlati tra di loro: il primo si occupa di funzionamento e disabilità, mentre il secondo riguarda i fattori contestuali. Tramite l'analisi delle varie componenti che caratterizzano i due gruppi la classificazione sottolinea come l'avvicinamento alla disabilità debba essere fatta tenendo conto dei molteplici aspetti che denotano la vita umana e non solo della salute.

²⁶L'ICF pone una stretta correlazione tra la salute e l'ambiente in cui il soggetto vive, potendosi applicare non solo alla persona che vive in sedia a rotelle. L'handicap, pertanto, viene ad essere identificato come una condizione universale, sottolineando l'importanza di valutare l'influenza dell'ambiente sullo stile di vita di un soggetto. L'analisi delle varie dimensioni esistenziali dell'individuo porta a evidenziare non solo come le persone convivono con la loro patologia ma anche cosa è possibile fare per migliorare la loro qualità della vita. I concetti di universalismo, la classificazione viene applicata non ad un gruppo di persone determinato ma a qualsiasi persona normodotata e non, di approccio integrato, che si esprime attraverso l'analisi di tutte le dimensioni esistenziali dell'individuo non escludendone nessuna, e di modello multidimensionale del funzionamento e della disabilità fa sì che la ICF si ponga come classificatore della salute in modo tale da bypassare i problemi di carattere fisico e agire direttamente sul contesto sociale mediante azioni positive.

cogente dell'atto, ratificato dal nostro paese il 3 marzo 2009, vincola gli stati firmatari a applicare il diritto internazionale come guida della riforma interna e la formulazione di nuove politiche.

Già dal preambolo si evince come la base di partenza sia la Dichiarazione dei diritti dell'Uomo e come si riconosca che la disabilità sia un concetto in evoluzione risultato *“dell'iterazione di persone con menomazioni e barriere comportamentali e ambientali, che impediscono la loro piena e effettiva partecipazione su base di uguaglianza con altri”*, concetto affermato anche dall'ICF.²⁷ L'opportunità di un coinvolgimento attivo nelle decisioni che li riguardano direttamente segna un passo in avanti della politica internazionale di tutela e inclusione sociale, nonché nel riconoscimento della necessità di promozione dei diritti umani specie nei confronti di coloro che richiedono maggior sostegno. La lotta contro ogni tipo di discriminazione, vista come violazione della dignità umana e dei valori connotati alla persona, portata avanti fin dalle prime righe dalla Convenzione e la presa di coscienza che ancor oggi l'essere disabile comporta l'esclusione dalla partecipazione alla società come membri attivi fa riconoscere nell'importanza dell'accessibilità alle strutture fisiche, sociali, economiche e culturali, alla salute, all'istruzione, all'informazione, alla comunicazione per consentire di godere pienamente di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali la base assiomatica della Convenzione. L'analisi del corpo normativo non può partire se non dalla sua dichiarazione di scopo. *“promuovere, proteggere e garantire il pieno e uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità”*.

Al secondo comma dell'art.1 si provvede a fornire una definizione di persone con disabilità: *“ Per persona con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in iterazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con altri”*.²⁸ Ma basandosi solo sulla definizione fornita dal legislatore ci si trova in una condizione di incompletezza verso un argomento che si interseca con l'ambiente sociale in cui un soggetto vive, per questo è necessario affiancare a quanto dettato dalla Convenzione la classificazione ICF che può svolgere due funzioni: una prettamente tecnica e l'altra molto più politica.

Da un punto di vista tecnico, l'ICF è l'unico standard certificato su cui si possa fare affidamento per raccogliere e gestire tutti i dati sulla disabilità: si tenga conto di quanto stabilito dall'art. 26 della Convenzione in cui si parla di erogazione di servizi di riabilitazione o di altre tipologie di questioni, dove la comparazione di risposte specifiche a domande specifiche mediante un metodo scientifico può risultare quanto mai utile per aver un chiaro quadro della situazione. Nell'altro senso, invece, può essere la piattaforma utilizzata per stabilire chi siano i disabili in ambito sociale contestualizzando al meglio quei diritti che si intendono difendere. Dalla necessità di incardinazione delle due discipline, è nato il lavoro del “Centro collaboratore italiano OMS per la Famiglia delle Classificazioni internazionali”, con sede nel Friuli Venezia Giulia, che ha come scopo quello di contribuire al monitoraggio della Convenzione. La base di partenza per effettuare questo lavoro osmotico è l'art. 38 della Convenzione Onu in cui si invitano le agenzie specializzate, in questo caso l'OMS, a presentare rapporti sull'applicazione operative della Convenzione nei settori che ricadono nella loro

²⁷La Convenzione è il primo trattato che vincola i Paesi membri dell'Onu e pur non contrastando con le loro norme interne ne ha influenzato la politica riguardante la disabilità.

I lavori che hanno portato alla sua emanazione sono durati molti anni anche con la collaborazione di organizzazioni non governative che hanno potuto apportare un decisivo contributo alla sua elaborazione. La Convenzione ha introdotto diversi valori innovativi quali la non discriminazione, la piena ed effettiva partecipazione ed inclusione nella società, il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa, l'accessibilità e la pari opportunità. Il concetto di “inclusione sociale”, apportata dalla Convenzione è un concetto innovativo, in quanto non considera la persona disabile come persona da integrare nella società, ma considera la persona diversamente abile come parte integrante della società stessa, la quale deve porre in essere tutti gli strumenti necessari per accrescere la consapevolezza e il rispetto nei loro confronti.

²⁸Si possono enucleare dei concetti cardine della Convenzione quali la dignità e la partecipazione del disabile all'interno della società, l'uguaglianza e non discriminazione e l'accessibilità che deve consentire al disabile di vivere in maniera indipendente e partecipare pienamente a tutti gli aspetti della vita mediante delle azioni positive da parte degli stati. L'introduzione all'interno del corpo normativo del concetto di accessibilità è fondamentale: consentire alle persone disabili di vivere in maniera indipendente e partecipare pienamente a tutti gli aspetti della vita è lo scopo ultimo della norma. Per eliminare questi ostacoli gli Stati Parte debbono adottare misure come l'emanazione di norme minime per l'accessibilità delle strutture e dei servizi aperti al pubblico, nonché per eliminare gli ostacoli culturali per la loro integrazione nella società.

competenza. Il Centro sta lavorando per la standardizzazione internazionale del nome delle malattie e soprattutto per una nuova classificazione che tenga conto dell'influenza della Convenzione ONU. La Convenzione compie un'azione di straordinaria importanza riposizionando i diritti delle persone con disabilità all'interno dell'ambito dei diritti umani e facendo sì che le persone con disabilità non siano considerate un "problema sociale" ma una condizione umana che può investire tutte le persone.

AltraCittà
www.altravetrina.it

1.2-LA TUTELA EUROPEA DEL DISABILE.

L'Unione Europea ha dato il suo contributo per l'integrazione dei disabili mediante la "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea" stilata a Nizza nel 2000.²⁹ Precedentemente mediante raccomandazioni, interrogazioni e interpellanze volte a sensibilizzare i governi, si era fatta avanti l'idea della necessità sostanziale di affrontare in modo idoneo una problematica spesso dimenticata, anche sulla scorta di quanto in ambito extra europeo si stava facendo.³⁰

Già col Trattato di Amsterdam del 1997, art. 13, l'Unione stabiliva che "*Fatte salve le altre disposizioni dei trattati e nell'ambito delle competenze da essi conferite all'Unione, il Consiglio può prendere gli opportuni provvedimenti per combattere la discriminazione basata sulla disabilità*". Ma è con la Direttiva 2000/78/CE del Consiglio del 27 novembre 2000 che si è stabilito un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e condizioni di lavoro e sono state poste le basi per quella che sarà la Carta europea di Nizza del dicembre 2000, modificata dal Trattato di Lisbona del 1 dicembre 2009.³¹

La Carta racchiude tutta la filosofia che pervade il pensiero politico europeo e fin dal preambolo preannuncia i valori su cui si fonda il patrimonio morale e spirituale dell'Unione: la dignità umana, la libertà, l'uguaglianza e la solidarietà.

Posta come la base per la creazione di una "Costituzione dell'Unione", valida per ogni cittadino facente parte di essa, si affronta per la prima volta in una sede così importante il problema della coesione sociale e della lotta alla discriminazione nei confronti delle "categorie sensibili". L'art. 21 della Carta afferma che "*è vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale*", prendendo in considerazione anche la discriminazione basata sull'handicap segno di una nuova sensibilità nei confronti di questo problema. Nell'art. 26 si parla esplicitamente dell'inserimento dei disabili all'interno della società civile, concetto rafforzato dalla ratifica della Convenzione Onu da parte dell'Ue il 23 dicembre 2010. Già la Direttiva 2000/78/CE provava a dare un indirizzo di che cosa fosse la disabilità definendolo "*un limite che deriva, in particolare, da minorazioni fisiche, mentali o psichiche e che ostacola la partecipazione della persona considerata alla vita professionale*", limitandosi però al solo ambito lavorativo e proponendo delle "soluzioni ragionevoli" per evitare discriminazioni sia dirette che indirette nei loro confronti nell'accesso al lavoro.³² Quanto espresso in sede europea viene ripreso dalla Convenzione Onu, art. 3, dove si parla di "accomodamenti

²⁹La Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea è stata solennemente proclamata una prima volta a Nizza il 7 dicembre 2000 e una seconda volta, in versione adattata, il 17 dicembre 2007 a Strasburgo da Parlamento, Consiglio e Commissione Europea. Con l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, la Carta di Nizza ha il medesimo valore giuridico dei trattati, ai sensi dell'art. 6 del Trattato dell'Unione Europea e si pone, dunque, come pienamente vincolante per le istituzioni europee e gli stati membri e, allo stesso livello di protocolli e trattati ad essa allegati, come vertice dell'Ordinamento dell'Unione Europea. Essa risponde alle necessità emerse durante il Consiglio di Colonia del 1999 in cui palesò la necessità di definire un gruppo di diritti e di libertà di eccezionale rilevanza che fossero garantiti a tutti i cittadini.

³⁰ Possiamo trovare questa impostazione, ad esempio, nell'art. 13 c. 1 del Trattato CE il quale recita che "*Fatte salve disposizioni del presente trattato e nell'ambito delle competenze ad esso conferite alla Comunità, deliberando all'unanimità, su proposta della Commissione e previa consultazione del Parlamento Europeo, può prendere i provvedimenti opportuni per combattere le discriminazioni fondate sul sesso, la razza, l'origine etnica, la religione o le convinzioni personali, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali.*"

³¹ La discriminazione delle persone con disabilità può pregiudicare quanto stabilito dal Trattato CE, in particolare un elevato livello di occupazione e protezione sociale, il miglioramento del tenore e della qualità della vita, la coesione economica e sociale, la solidarietà e la libera circolazione delle persone. Questi obiettivi dovrebbero portare le persone con disabilità alla completa inclusione sociale che li renda soggetti attivi all'interno della società.

³²La Direttiva 2000/78/CE del Consiglio del 27 novembre 2000 stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazioni e di condizioni di lavoro. La stessa si associa al Regolamento n. 1107/2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 5 luglio 2006 relativo alle persone con disabilità e delle persone a mobilità ridotta nel trasporto aereo. Nella Direttiva si fanno spazio le nozioni di discriminazione diretta e indiretta; riguardo alla discriminazione indiretta si cita la posizione di svantaggio a cui possono venire sottoposte le persone in particolare portatori di handicap. Secondo questa norma spetta al datore di lavoro prendere gli opportuni provvedimenti per consentire ai disabili di accedere al lavoro e svolgerlo a meno che tali provvedimenti non richiedano un onere sproporzionato per il datore di lavoro stesso. La Direttiva mette in risalto come la parità di trattamento non pregiudica il diritto degli Stati membri di adottare o mantenere provvedimenti in materia di tutela della salute e sicurezza specifici per le persone disabili. Interessante è notare come in caso di giudizio l'onere della prova spetti non a carico della persona disabile ma a carico del convenuto in giudizio a cui spetta dimostrare che non vi è stata discriminazione. Il Regolamento 1107/2006 nel suo art. 1 comma 1 afferma che "*Il presente Regolamento stabilisce una serie di regole per la tutela e l'assistenza delle persone con disabilità e delle persone a mobilità ridotte nel trasporto aereo, sia per tutelarle dalla discriminazione che per garantire loro assistenza*". Tra le azioni

ragionevoli”che gli Stati hanno il compito di fornire per evitare discriminazioni, nonché nel 2008 dall’art 4 del Progetto di direttiva sulla discriminazione in ambito non lavorativo.

Ma cosa sono le soluzioni ragionevoli? Il concetto compare in risposta alle barriere erette dall’ambiente fisico e sociale che determinano una inabilità a svolgere una funzione in modo convenzionale e, per la prima volta, vennero riconosciute riguardo alla religione e applicate solo successivamente alla disabilità. Il riconoscimento definitivo è avvenuto nella Convenzione Europea dei diritti dell’Uomo che le ha definite “misure positive”, anche sulla scorta di quanto stabilito dalla carta Onu in cui vengono chiamate “misure speciali”. L’estrinsecazione delle soluzioni ragionevoli è messa in atto delle norme di legge per evitare in ambito lavorativo delle discriminazioni e assicurare il rispetto del principio di uguaglianza nei confronti dei lavoratori disabili. La novità apportata è la definizione della soluzione ragionevole come un diritto da parte dell’Unione Europea a beneficiare di una soluzione la cui violazione determina una discriminazione per la negazione della parità di trattamento a cui il disabile può appellarsi per far valere i suoi diritti.³³

La carta europea di Nizza, pur non avendo nessuna base di carattere giuridico, ha assunto delle aspirazioni giuridiche molto elevate ma che non hanno avuto riscontro in sede di Corte di Giustizia europea. La sua valenza, prettamente politica, fa sì che i diritti da essa propugnati godano già in ambito comunitario e nazionale di una forte tutela, tanto da far scaturire dei problemi di compatibilità con gli ordinamenti a costituzione rigida quale l’Italia. La vincolatività della Carta sembra assumere rilievo solo nei confronti dei “diritti nuovi”, ossia quelli non enunciati dalle norme comunitarie, facendo sì che si abbia una centralità europea nella difesa dei diritti umani. Ma il timore che si ceda all’idea liberista e si travalichi la potestà nazionale delle costituzioni ha frenato anche la tutela dei diritti sociali, non tenendo conto che molto spesso la tutela di soggetti quali i disabili, i minori o gli anziani viene messa in secondo piano negli ordinamenti nazionali e che la Carta rafforza le radici del “modello sociale europeo” indicando in esso uno dei tratti fondamentali dell’identità della politica dell’Unione.

Da ultimo, occorre dire che la “Carta europea dei diritti fondamentali” risponde effettivamente all’auspicio della creazione di una costituzione europea in cui la tutela dei nuovi diritti si incardini con quanto stabilito dalle costituzioni nazionali.³⁴

La Costituzione Europea è suddivisa in quattro grandi comparti, senza nessun tipo di prevalenza di uno sull’altro. Dopo un preambolo a carattere costituzionale in cui si ricorda la storia e l’eredità dell’Europa nonché la volontà di superare divisioni interne, la prima parte è dedicata ai principi, obiettivi e disposizioni istituzionali che disciplinano la nuova entità europea;³⁵ la seconda, preceduta da un preambolo, tratta dei temi fondamentali dell’inclusione sociale stabilite il Regolamento prevede anche una procedura di reclamo in caso di violazioni, insieme a sanzioni efficaci, proporzionate e dissuasive. Il tema della dissuasione è essenziale nel caso in cui i comportamenti verso le persone disabili non mutassero al meglio scelte di carattere culturale, sociale ed economico e potrebbero avere azione deterrente contro i comportamenti discriminatori.

³³Il concetto di “adattamento ragionevole” o “accomodamento ragionevole” è chiaramente espresso dalla Convenzione sui Diritti Umani delle persone con disabilità del 2006 delle Nazioni Unite.

Per “adattamento ragionevole” si intendono le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati, che non impongono un onere eccessivo e sproporzionato, adottati ove ne sia la necessità, in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l’esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali sulla base dell’eguaglianza con gli altri. Anche per l’Italia in virtù dell’adesione alla Convenzione del 2006 discende l’obbligo di adottare e far adottare accomodamenti ragionevoli per evitare discriminazioni, ad esempio costituisce adattamento ragionevole l’affiancamento di un insegnante di sostegno ad uno studente disabile. Il concetto di onere sproporzionato non va inteso come onere economico; non è tanto l’identificare la soluzione di minor costo quanto la più adeguata, per cui è un onere sproporzionato quello che in base all’obiettivo da raggiungere mette in campo troppe risorse. Il parametro principale non è l’economicità quanto la l’adeguatezza dei mezzi rispetto all’obiettivo da raggiungere.

³⁴Il 29 ottobre 2004, i 25 capi di Stato e di Governo hanno firmato a Roma il trattato che istituisce la Costituzione Europea. La Costituzione rappresentava un lungo processo di integrazione caratterizzato da l’ininterrotto potenziamento dell’integrazione e dai successivi allargamenti dell’Unione. Il primo Parlamento europeo eletto a suffragio universale ha aperto il dibattito sulla costituzionalizzazione dell’Europa . Il 14 febbraio 1984 veniva adottata a larga maggioranza la relazione di Altiero Spinelli, che proponeva nel suo “ progetto di Trattato dell’Unione europea” una riforma fondamentale della politica della CE. Da allora i trattati che si sono succeduti hanno permesso di far progredire il progetto della costituzione europea: passi in avanti sono stati fatti nel 1987 con la firma dell’Atto unico europeo e nel 1992 con l’istituzione dell’Unione Europea.

Con questa tappa fondamentale l’Europa passava da entità economica a entità politica con una sua moneta propria. E’ grazie al Trattato di Nizza del 2001 che si è avuto il potenziamento della riforma delle istituzioni europee resasi necessaria dall’allargamento dell’europea verso oriente.

³⁵ Divisa in 9 titoli la prima parte comprende:

europea e dei valori che stanno alla base della convivenza civile.³⁶ Soprassedendo su altri aspetti di carattere prettamente politico, la creazione mediante la Carta di un vero e proprio spazio europeo di libertà, sicurezza e giustizia tramite politiche sociali comuni è la novità più importante apportata dalla costituzione e contemperata alle carte costituzionali dei paesi membri. Ma è soprattutto il concetto di uguaglianza ad essere oggetto di svariate previsioni costituenti un intero capo della stessa, il capo terzo, dove compaio anche dei moniti di non discriminazione sulla base di un ampio catalogo di elementi quali il sesso, la razza, il colore della pelle, la religione.

Sono presenti anche disposizioni che concernono l'uguaglianza in senso sostanziale, specie nell'art. 26, tema non particolarmente trattato in sede nazionale e europeo, ma il cui principio ispiratore rimane l'art.15 della Carta sociale Europea³⁷ e l'art. 26 della Carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori.³⁸

1.3-IL PANORAMA ITALIANO: LA LEGGE 104/'92.

I diritti dei disabili attirano da molto tempo l'attenzione da parte della comunità internazionale e portando all'emanazione di norme, più o meno cogenti, volte alla loro tutela.

La legge 104 del 1992, " Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", ha rappresentato la pietra miliare nel nostro Paese in materia nonché il recepimento di quanto a livello internazionale era stato emanato, diventando una sorta di "testo unico" a riguardo.³⁹ L'aver approvato ed applicato questa norma di legge

- la definizione e gli obiettivi dell'Europa;
- i diritti fondamentali e la cittadinanza dell'Unione;
- la competenza dell'Unione;
- le istituzioni dell'Unione;
- l'esercizio delle competenze dell'Unione;
- la vita democratica dell'Unione;
- le finanze dell'Unione;
- l'Unione e l'ambiente circostante;
- l'appartenenza all'Unione.

³⁶ I sette titoli della seconda parte trattano temi fondamentali per convivenza civile:

- dignità;
- uguaglianza;
- libertà;
- solidarietà;
- cittadinanza;
- giustizia.

³⁷ Articolo 15 – Diritto delle persone portatrici di handicap all'autonomia, all'integrazione sociale ed alla partecipazione alla vita della comunità

Per garantire alle persone portatrici di handicap l'effettivo esercizio del diritto all'autonomia, all'integrazione sociale ed alla partecipazione alla vita della comunità, a prescindere dall'età e dalla natura ed origine della loro infermità, le Parti si impegnano in particolare:

1. ad adottare i provvedimenti necessari per somministrare alle persone inabili o minorate un orientamento, un'educazione ed una formazione professionale nel quadro del diritto comune ogni qualvolta ciò sia possibile oppure, se tale non è il caso, attraverso istituzioni specializzate pubbliche o private;
2. a favorire il loro accesso al lavoro con ogni misura suscettibile d'incentivare i datori di lavoro ad assumere ed a mantenere in attività persone inabili o minorate in un normale ambiente di lavoro e ad adattare le condizioni di lavoro ai loro bisogni o, se ciò fosse impossibile per via del loro handicap, mediante la sistemazione o la creazione di posti di lavoro protetti in funzione del grado di incapacità. Tali misure potranno giustificare, se del caso, il ricorso a servizi specializzati di collocamento e di accompagnamento;
3. a favorire la loro completa integrazione e partecipazione alla vita sociale mediante misure, compresi i presidi tecnici, volte a sormontare gli ostacoli alla comunicazione ed alla mobilità ed a consentire loro di avere accesso ai trasporti, all'abitazione, alle attività culturali e del tempo libero.

³⁸ Carta Comunitaria dei diritti dei lavoratori:Art. 26-Persone portatrici di handicap

Ogni persona portatrice di handicap, a prescindere dall'origine e dalla natura dell'handicap, deve poter beneficiare di concrete misure aggiuntive intese a favorire l'inserimento sociale e professionale. Tali misure devono riguardare la formazione professionale, l'ergonomia, l'accessibilità, la mobilità, i mezzi di trasporto e l'alloggio, e devono essere in funzione delle capacità degli interessati.

³⁹ La " Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" venne approvata il 5 febbraio 1992 dopo un iter di varie legislature. Nei suoi 44 articoli sono racchiusi molte delle norme di legge previgenti ma anche alcune nuove disposizioni di importante rilievo quali, ad esempio, la definizione di handicap.

comporta un passo avanti verso la realizzazione di un maggiore grado di civiltà nei confronti di persone che, per nascita o meno, si trovano a dover affrontare problemi di inclusione e integrazione sociale.

Già dall'inizio ne è molto chiara la finalità: garantire il rispetto della dignità umana, i diritti di libertà e autonomia, promuovendo l'integrazione attraverso la rimozione di condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana.⁴⁰ L'art 3 da una definizione specifica di persona handicappata: "*colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione*".⁴¹

L'handicap, quindi, viene visto come conseguenza della disabilità che si realizza ogni volta in cui l'ambiente in cui si vive interpone delle barriere architettoniche, legislative, psicologiche o culturali che impediscono la completa integrazione nella società: è l'impatto tra disabilità e struttura sociale.

La legge in esame fornisce una definizione quanto mai coerente con quanto espresso dall'OMS, sottolineando come non sia tanto la malattia a creare l'handicap quanto l'ambiente in cui un soggetto vive e si autodetermina. Il problema, per essere risolto in modo costruttivo, non dovrebbe essere affrontato fornendo solo assistenza economica, quali pensioni di invalidità, ma soprattutto facendo sì che i disabili acquisissero pari diritti per essere integrati nel mondo del lavoro e nella società civile.⁴²

La nostra Carta Costituzionale non ha dato molto spazio a questo problema limitandosi a circoscriverlo a un ambito meramente assistenzialistico e non positivo. L'art. 38 Cost., infatti, assicura l'istruzione e forme assistenziali erogate da appositi istituti, ma nessuna menzione è fatta ad azioni volte all'abbattimento delle barriere sociali e

⁴⁰Gli scopi che la legge persegue sono il garantire il pieno rispetto della dignità umana, dei diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata, il promuoverne la piena integrazione nella vita sociale e nella famiglia. Altro punto fondamentale è quello della rimozione delle condizioni invalidanti che impediscono il raggiungimento pieno e completo della indipendenza e autonomia della persona con handicap, e di predisporre degli interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata. La legge n. 104 persegue l'obiettivo, grazie ad un coordinamento fra Stato, Regioni e Comuni, di rimuovere le cause invalidanti, di promuovere l'autonomia e realizzare l'integrazione sociale. Tali obiettivi, secondo il legislatore, sono perseguibili non solo attraverso un considerevole sviluppo della ricerca scientifica, genetica, biomedica, psicopedagogica, sociale e tecnologica con la garanzia di un tempestivo intervento di prevenzione e di riabilitazione, ma, anche, con un adeguato sostegno psicologico ed economico per la persona handicappata e per le famiglie promuovendo inoltre il superamento di ogni forma di emarginazione e di esclusione sociale anche mediante l'attivazione dei servizi previsti dalla presente legge.

⁴¹ La norma si rivolge alla persona handicappata, secondo la definizione data dall'articolo in esame, prendendo spunto da quanto stabilito dalla nostra carta costituzionale negli artt.3 c.2 e 38.

⁴²Dall'entrata in vigore della costituzione, il 1 gennaio 1948, è stato promulgato un numero consistente di leggi relative al mondo della disabilità. La legge 118 del 1971, cui va riconosciuto il merito di aver dato una prima sistemazione organica alla materia, recita nell'articolo 2: "*Si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da menomazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di diciotto anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età*".

A questa definizione piuttosto complessa si sostituisce, nel 1984, quella più semplice data dalla legge n. 222/1984 "*viene considerato invalido il soggetto la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti le sue attitudini, sia ridotta in modo permanente a causa di infermità o difetto fisico o mentale a meno di un terzo*". Nella stessa legge viene data anche una definizione di soggetto inabile "*il soggetto che a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa*". Oggi, anche alla luce delle modifiche introdotte nel 1992 dalla legge quadro, il quadro generale delle categorie di invalidità è dunque il seguente:

- a) Invalidi di guerra;
- b) Invalidi del lavoro;
- c) Invalidi per servizio;
- d) Invalidi civili, categoria che comprende motulesi, minorati neuropsichici, pluriminorati e anziani;
- e) Ciechi, che la normativa distingue tra ciechi assoluti e ipovedenti;
- f) Sordi, muti e sordomuti.

all'inclusione nel mondo del lavoro in condizioni di parità con i normodotati.⁴³ Questo è il criterio di "assistenza sociale" alla base della nostra cultura, di una solidarietà collettiva indirizzata a che tutti, a prescindere dalla condizione di lavoratori, siano liberi dall'indigenza e possano vivere con dignità. Ma il pensiero europeo e internazionale non è quello di assistere ma di integrare e, proprio per questo motivo, è necessario inserire quanto detto nell'ottica dei diritti fondamentali garantiti dall'art.2 e 3 della nostra Costituzione.⁴⁴ L'inviolabilità dei diritti delle persone portatori di handicap, alla luce di quanto stabilito dall'art. 3 Costituzione, comma 1, deve essere ugualmente garantita, specie se il compito della Repubblica è quello di rimuovere gli ostacoli che non rendono effettiva l'uguaglianza tra i cittadini. La giurisprudenza, sin di primi casi basati sul principio di uguaglianza, ha posto l'accento sul fatto che il rispetto del principio non consiste nel dettare una disciplina legislativa sempre e invariabilmente uniforme, ma implica che sia assicurata " *uguaglianza di trattamento quando uguali siano le condizioni soggettive e oggettive alle quali le norme giuridiche si riferiscono per la loro applicazione*".⁴⁵ La base da cui partire è quella del lavoro e dell'istruzione da cui far scaturire una serie di interventi concreti volti all'abbattimento delle barriere sia architettoniche che socio-culturali che rendono difficile l'integrazione e la effettiva uguaglianza sia formale che sostanziale. Il comma 2 dell'articolo 3 della Costituzione prescrive al legislatore di attivarsi in varie direzioni al fine di rimuovere le disuguaglianze "di fatto" tra i cittadini, dando luogo ad un'ampia e contraddittoria gamma di interpretazioni da parte della dottrina.⁴⁶ Pur trovando esiguo spazio all'interno della giurisprudenza, il principio

⁴³ Gran parte della normativa sull'handicap nel dopoguerra si è occupata di fornire prestazioni economiche agli invalidi civili, garantendo il diritto all'assistenza che la costituzione stabilisce per gli inabili al lavoro. La prima categoria a godere di un assegno di accompagnamento è quella dei ciechi che già negli anni '60 è oggetto di normativa. Negli anni '70 ci fu l'estensione di fondi di sostegno ad altre categorie di disabili.

⁴⁴Nel suo secondo articolo la Costituzione Repubblicana afferma il primato dell'individuo rispetto allo Stato. Questo articolo è particolarmente importante perché ha permesso l'inclusione dei cd. "diritti nuovi" che non erano stati previsti dalla Costituzione e che l'evolversi culturale della società ha evidenziato. La prima parte dell'art. 2 "pone come fine ultimo dell'organizzazione sociale lo sviluppo di ogni singola persona umana" (cfr. Corte Costituzionale, sent. 167/1999) ponendo come base il concetto che " non è l'uomo in funzione dello Stato ma lo Stato in funzione dell'uomo" (cfr. MORTATI, *Istituzioni*, 1975, 155). in senso più ampio quanto espresso dalla noma " *Caratterizza tutte le disposizioni costituzionali che tutelano una sfera della personalità, fisica e morale*" (cfr. CARETTI, *I diritti fondamentali*, 2005, 137). L'inviolabilità non riguarda solo i diritti costituzionalmente garantiti ma si estendono anche a quei diritti qualificati quali libertà di pensiero, opinione, diritto alla salute e di associazione; tali diritti costituiscono un limite sia per le norme internazionali che comunitarie e vengono tutelate in più livelli. Particolare attenzione è quello costituito dalla diretta applicabilità delle norme CEDU affermato prevalentemente dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione (v. Cass. Pen, sent. n. 1101/1989; Cass. Pen., sent. 2194/1993). Fondamentale è anche quanto stabilito dall'art. 3 Cost. che è il risultato dei valori che discendono dalla rivoluzione francese. Diversi sono i modi di intendere il principio di uguaglianza. La varietà di accezioni dipende dalla molteplicità delle sedi nelle quali questo principio è stato oggetto di studio ed esame, ma ciò non toglie che esso sia stato considerato un valore fondante della nostra evoluzione costituzionale. In ambito comunitario il suddetto principio viene visto quale parametro di legittimità degli atti comunitari derivati oltre che nei casi in cui rientrano nel campo di applicazione nazionale. L'articolo 3 Costituzione, da un punto di vista oggettivo, pone l'uguaglianza quale punto di partenza per la creazione di una comunità sociale. La formula utilizzata in apertura dell'articolo, pur dando luogo a diverse interpretazioni (si veda, ad esempio, FERRARA, in *Studi Chirelli*, 1974, 1104) è stato sviscerato in più di un'occasione dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale. Quello che la giurisprudenza ha fin dall'inizio negato è che il giudizio di uguaglianza potesse risolversi in un giudizio sull'equità o sulla giustizia della legge, o anche sul merito di essa, essendo piuttosto un giudizio limitato a verificare l'assenza di privilegi o di disposizioni discriminatorie (cfr. Corte Costituzionale, sent. n. 118/1957; in dottrina PALADIN, *Eguaglianza (Dir. Cost.)*, *Enc. Del Diritto*, 526). La Corte ha precisato che " *E' estraneo al sindacato di legittimità costituzionale ogni indagine volta ad appurare se la legge sia giusta, equa, opportuna, completa e tecnicamente ben fatta, campo questo lasciato all'esclusivo apprezzamento del legislatore*" (Cfr. Corte Cost. 46/1959 orientamento ribadito anche dalla giurisprudenza successiva ad esempio nella sent. 5/2000 secondo cui, non potendo la valutazione della Corte risolversi in un sindacato nel merito delle scelte legislative).

⁴⁵Corte Costituzionale, sent. n. 3/1957, il giudizio di uguaglianza è un giudizio di tipo relazionale, nella misura in cui nell'ambito di esso ciò che rileva è la comparazione tra diverse situazioni oggetto di disciplina normativa. Al fine di identificare la questione correttamente il giudice dovrà anche evidenziare un termine di paragone alla stregua del quale si lamenta una disparità di trattamento o una illegittima assimilazione di situazioni che dovrebbero essere trattate diversamente. Tale elemento è stato definito *tertium comparationis* della questione di legittimità, un elemento che ricorre invariabilmente nei giudizi di uguaglianza quando non venga evocato in modo espresso dalla Corte. Su questo argomento si veda PALADIN, *Corte Costituzionale e principio generale di uguaglianza*, pag. 614, secondo il quale il *tertium* è in realtà individuabile anche nei casi in cui apparentemente difetta, cioè quando vena invocata l'irragionevolezza intrinseca della norma oggetto di giudizio o nel caso di " norme arbitrariamente parificatrici o, comunque, del tutto inadeguate al loro oggetto".

⁴⁶A riguardo si tengano in considerazione i lavori di GIORGIS, *La costituzionalizzazione del diritto all'uguaglianza sostanziale*, 1999, PALADIN, *Corte Costituzionale e principio generale di uguaglianza*, pag. 628, PIZZORUSO, *Eguaglianza (diritto)*, in *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, pag. 496.

di uguaglianza, inteso in senso sostanziale, ampio spazio ha avuto in quelle leggi di carattere “positivo” volte ad adottare misure di carattere differenziato a favore di determinate categorie sociali svantaggiate.

A questo riguardo occorre ricordare due norme importanti che si innestano sul solco tracciato dalla normativa internazionale: la legge 9 gennaio 2004, n.6 e la legge 67/2006, che si occupa della tutela antidiscriminatoria nei confronti delle persone con disabilità.

Con la legge 9 gennaio 2004 n. 6 si è introdotta nel nostro codice civile una nuova figura di protezione nei confronti dei disabili, “l’amministrazione di sostegno” che si affianca alle figure della interdizione e dell’inabilitazione.⁴⁷

L’istituto in esame consente al soggetto inabile di valorizzare la sua autonomia nella sfera degli atti negoziali di minor impegno, facendo sì che sia presente una minima autodeterminazione del soggetto. Lo strumento in mano al giudice è duttile, nel senso che può in relazione al caso concreto variare l’incidenza della misura di protezione tra un minimo e un massimo.⁴⁸

In questa continua osmosi c’è la creazione di sempre maggiori tutele nei confronti di categorie che altrimenti non avrebbero la possibilità, stante la vetustà della nostra Carta e l’alacre lavoro dei giudici costituzionali mai applicato fino in fondo se non in sede interpretativa, di essere salvaguardate.

Questo è il caso della legge 67/06 che mira a concedere tutela antidiscriminatoria alle persone con disabilità anche al di fuori del contesto lavorativo, sulla scia della normativa europea e interna.⁴⁹ Nonostante l’Italia sia all’avanguardia per la tutela dei disabili e dei suoi familiari, la legge è stata introdotta per la necessità di tutela antidiscriminatoria generalizzata che si estendesse ad ambiti prescindenti da quello lavorativo. La norma in esame risulta essere la trasposizione dei principi accordati dalla direttiva 2000/78/CE e dalla normativa di attuazione d.lgs. 216/2003, perseguendo l’obiettivo di rafforzare il processo di integrazione dei soggetti disabili nella vita socio-politica, cercando di dare attuazione concreta a quanto espresso dall’art.3 Cost.

Nell’art.1 della legge 67/2006, primo comma, si legge che “ *la presente legge, ai sensi dell’art.3 della Costituzione, promuove la piena attuazione del principio di parità di trattamento e delle pari opportunità nei confronti delle persone con disabilità di cui all’art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, al fine di garantire alle stesse il pieno godimento dei loro diritti civili, politici, economici e sociali*”, specificando poi al secondo comma che una delle conseguenze concrete dell’applicazione del principio di parità di trattamento è “ *che non può essere praticata alcuna discriminazione in pregiudizio delle persone con disabilità*”.

Questo divieto riguarda sia le discriminazioni dirette che indirette, traendo spunto dalle direttive comunitarie 2000/43/CE e 2000/78/CE, delineando quali siano i diversi comportamenti che costituiscono attività discriminatoria e fissando la

⁴⁷L’amministrazione di sostegno è un istituto giuridico entrato per la prima volta nell’ordinamento italiano con la legge n. 6 del 9 gennaio 2004. Lo scopo è quello di affiancare il soggetto la cui capacità di agire risulti del tutto compromessa o limitata. Prima dell’approvazione della norma in esame erano presenti all’interno del nostro codice civile le figure dell’interdizione e dell’inabilitazione, ma la volontà del legislatore con l’emanazione della presente legge è stata quella di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente che siano di più semplice e veloce applicazione rispetto alle pratiche dell’interdizione e dell’inabilitazione. Occorre sottolineare come i tre istituti siano tra di loro incompatibili ma questo non significa che si possa richiedere una revoca motivata dei provvedimenti. I soggetti che beneficiano dell’amministrazione di sostegno conservano la capacità di agire per tutti gli atti per cui non necessiti la rappresentanza esclusiva o l’assistenza necessaria dell’amministrazione di sostegno e in ogni caso per quegli atti che interessano la loro vita quotidiana.

⁴⁸I potenziali interessati all’amministrazione di sostegno vengono ad essere elencati dall’art. 404 del codice civile: sono le persone che per effetto di una infermità o menomazione fisica o psichica si trovano nell’impossibilità anche temporanea di provvedere ai propri interessi. L’amministratore di sostegno deve principalmente tenere conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario, in caso contrario di scelte ed eventi dannosi nonché di negligenza nello svolgimento dei suoi compiti il pubblico ministero o le persone legittimate possono ricorrere al giudice per la revoca della del decreto di nomina. Un provvedimento del giudice tutelare di Modena merita di essere citato come esempio concreto di applicazione dei principi cardine introdotti all’interno del nostro ordinamento dalla L. 18/2009 di Ratifica ed esecuzione della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità. In particolare si tratta dei principi di libertà di compiere le proprie scelte, di pari opportunità per l’accesso alla giustizia, artt. 3 comma 5 e 13 della Convenzione, nonché del principio di uguale riconoscimento di fronte alla legge espresso dall’art. 12 comma 4 della Convenzione. Il nostro ordinamento nazionale si conforma a quanto espresso da quello internazionale mediante la procedura del “rinvio”, facendoli diventare diritto vivo e in grado di influenzare il nostro ordinamento.

⁴⁹La legge entrata in vigore il 21 marzo 2006 ha esteso ai disabili taluni strumenti di tutela giurisdizionale in relazione ad aspetti diversi dall’ambito lavorativo. L’obiettivo perseguito è stato quello di rafforzare ulteriormente il processo di integrazione dei disabili nella sfera sociale dando completa attuazione a quel compito della Repubblica consistente nella rimozione degli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese (cfr. art. 3 Costituzione).

nozione di discriminazione sia diretta che indiretta.

Si ha discriminazione diretta quando *“per motivi connessi alla disabilità, una persona è trattata meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe stata trattata una persona non disabile in una situazione analoga”*; mentre si rientra nella fattispecie della discriminazione indiretta *“ quando una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento apparentemente neutri mettono una persona con disabilità in una posizione di svantaggio rispetto ad altre persone”*.⁵⁰ Oltre a tali condotte, vengono ad essere considerate forme di discriminazione vietate anche quelle molestie o *“quei comportamenti indesiderati, posti in essere per motivi connessi alla disabilità, che violano la dignità, la libertà di una persona con disabilità, ovvero creano un clima di intimidazione, di umiliazione e di ostilità nei suoi confronti”*.

Il richiamo a quanto dettato dall'art. 3 Cost., mostra quanto radicata sia la necessità che si raggiunga l'uguaglianza formale e sostanziale attuando un procedimento giurisdizionale che beneficia della cosiddetta *“prova presuntiva”*.⁵¹

La norma pone a carico del soggetto convenuto in un giudizio l'onere di fornire la prova dell'inesistenza della discriminazione nel caso in cui il ricorrente fornisca *“ elementi di fatto idonei a fondare, in termini precisi e concordanti, la presunzione dell'esistenza di atti, patti o comportamenti discriminatori basati sulla disabilità”*.

Quello su cui porre l'attenzione è il ruolo preminente che assumono le associazioni maggiormente rappresentative che si occupano della tutela dei disabili, legittimate processuali attive nelle azioni antidiscriminatorie, segno che l'accesso alla giustizia in ambito nazionale viene garantito loro paritariamente e in modo effettivo.⁵²

⁵⁰ Le definizioni riportate nell'art. 2 della legge 67/06 sono sostanzialmente identiche a quelle contenute nel d.lgs. 216/03 riguardante la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro. Si colgono, però, alcune differenze sostanziali: la prima riguarda il concetto di discriminazione indiretta che ricorre nel caso in cui *“ l'atto o il fatto discriminatorio mettono una persona con disabilità in una posizione di svantaggio”* non si parla di situazioni potenzialmente in grado di porre il disabile in una condizione di svantaggio ma di una situazione concreta contro la quale l'ordinamento deve apprestare mezzi di tutela anche quando il fatto non abbia ancora prodotto i suoi effetti negativi. In secondo luogo per la legge 67/06 la violazione alla dignità del disabile deve essere effettiva, reputando che possa ritenersi sufficiente un semplice atto o fatto discriminatorio che, pur non avendo ancora prodotto l'effetto della violazione della dignità o di creazione di un clima volto a questo scopo, abbia comunque questo scopo. Da ultimo occorre sottolineare come per la tutela antidiscriminatoria occorra in ogni caso la dimostrazione rigorosa che l'obiettivo perseguito sia legittimo e che i mezzi scelti per raggiungerlo siano necessari ed adeguati ed attuati in modo ragionevole.

⁵¹ Fin dalla relazione di accompagnamento alla proposta di legge n. 4129 si palesa come accanto alla ordinaria tutela processuale viene data la possibilità di attivare un particolare tutela giurisdizionale con la relativa legittimazione ad agire da parte delle associazioni di tutela dei disabili. La *“prova presuntiva”* ex art. 2727 del codice civile non è ogni semplice illazione, congettura, o deduzione che possa derivarsi in via ipotetica partendo da un fatto certo, ma un meccanismo adoperato per invertire l'onere della prova. Il meccanismo della presunzione è quello di imporre, o giustificare, un giudizio di certezza su un fatto rilevante, ai fini di decidere, facendolo derivare non dalla prova di essa ma da quella di un altro distinto fatto.

⁵² L'ultimo articolo della norma prevede che la persona con disabilità possa farsi rappresentare in giudizio da associazioni o enti che verranno individuati con decreto del Ministro delle Pari Opportunità, di concerto col Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, sulla base della finalità statutaria e della stabilità dell'organizzazione.

Le stesse associazioni o enti potranno intervenire nei giudizi per danno subito dalle persone disabili e ricorrere in sede di giurisdizione amministrativa per l'annullamento di atti lesivi degli interessi delle persone stesse. Sono altresì legittimati ad agire in relazione ai comportamenti discriminatori quando essi assumono carattere collettivo e quindi ricorrere al giudice amministrativo contro le delibere di regioni e comuni.

1.4-LA DETENZIONE, IL FERMO E L'ARRESTO DELLA PERSONA DISABILE

Il detenuto non è solo colui che sta scontando una condanna divenuta esecutiva a seguito dell'esaurimento dei tre gradi processuali o una misura cautelare, ma è anche colui che in particolari casi viene ad essere sottoposto a misure che limitano la sua libertà, quali l'arresto e il fermo.

L'arresto e il fermo sono definite, da costante dottrina e giurisprudenza, provvedimenti coercitivi precautelari perchè limitano la libertà del soggetto che vi è sottoposto ma si fondano su presupposti autonomi rispetto alle misure cautelari personali avendo natura anticipatoria e strumentale.⁵³ La loro temporaneità li rende adottabili solo in presenza di talune circostanze come stabilisce l'art. 13 co. 3° della Costituzione, che concede alla polizia giudiziaria "in casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge" di emettere dei provvedimenti temporanei limitativi della libertà personale salvo poi essere confermati in brevissimo tempo.⁵⁴

L'arresto, disciplinato dall'art. 379 c.p.p., viene ad essere disposto dagli ufficiali e dagli agenti di polizia giudiziaria, in presenza di flagranza, propria o differita, nella commissione del reato.⁵⁵ Per procedervi ci deve essere la sussistenza fondata o ragionevole di elementi da cui possa desumersi che la persona arrestata nell'atto di commettere il reato, o subito dopo che sia stato commesso, sia l'autore dell'illecito. L'obbligatorietà o meno dello stesso dipendono dalla gravità del reato commesso: è obbligatorio l'arresto di quei soggetti che, valutata la gravità in concreto e la pericolosità della persona, hanno commesso reati tali da ledere la tutela collettiva mentre è facoltativo in presenza di condotte colpose o che non siano strettamente lesive dell'ordine pubblico.

Le condizioni di fatto hanno il valore di parametro di valutazione della pericolosità del soggetto, e non di elementi autonomi che giustificano l'esercizio della facoltà di arresto.⁵⁶

Il fermo di persona indiziata di reato, invece, è un potere/dovere assegnato in via ordinaria al pubblico ministero

⁵³L'arresto e il fermo sono, nel nostro sistema processuale, misure di limitazione della libertà personale disposte da un organo di natura non giurisdizionale- la polizia giudiziaria e il pubblico ministero- e giustificate, in casi tassativamente previsti dalla legge, in considerazione di casi di necessità ed urgenza.. In tali casi e solo in tali casi si può procedere alla limitazione provvisoria della libertà personale prima dell'intervento del giudice ma i provvedimenti hanno natura temporanea e devono essere comunicati all'organo giurisdizionale che, pena la caducazione della misura, dovrà obbligatoriamente svolgere la funzione di controllo pronunciandosi in tempi stretti sulla legittimità della misura.

⁵⁴Nel sancire l'inviolabilità della libertà personale l'art. 13 della nostra Costituzione ne consente la limitazione in casi di eccezionale (cfr. art. 13 c.3 Costituzione), abilitando anche il pubblico ministero a convalidare i provvedimenti precautelari ma affidando, in via esclusiva, al giudice il potere di convalida.

⁵⁵L'arresto è la misura restrittiva della libertà personale che ufficiali e agenti della polizia giudiziaria adottano nei confronti di chi è colto in flagranza di reato, cioè di chi secondo la definizione di cui all'art. 382 c.p.p. viene colto nell'atto di commettere il reato, flagranza propria, oppure inseguito subito dopo l'arresto ovvero sorpreso con cose dalle quali appaia che abbia commesso il reato immediatamente prima, cd. flagranza impropria.

⁵⁶Nelle fattispecie di reato previste dall'art. 380 c.p.p. gli ufficiali e gli agenti di polizia giudiziaria non hanno margine discrezionale e hanno l'obbligo di porre in stato d'arresto il soggetto colto in flagranza di reato.

Tale articolo stabilisce che sia obbligatorio l'arresto in flagranza:

- 1) per delitti non colposi, tentati o consumati, puniti con la pena dell'ergastolo o della reclusione non inferiore nel minimo a cinque e nel massimo a venti anni;
- 2) per una serie di delitti non colposi, tentati o consumati, che pur essendo puniti con pene edittali inferiori destano grave allarme sociale (es. rapina, estorsione, violazione della normativa in materia di sostanze stupefacenti con esclusione dell'ipotesi attenuata di cui al comma 5 dell'art. 73 DPR 309/90, furto con strappo o furto in abitazione tranne che ricorra l'ipotesi attenuata del fatto di particolare tenuità di cui all'art. 62 n. 4 c.p.).

Invece, nei reati elencati ex art. 381 c.p.p., gli ufficiali e gli agenti di polizia giudiziaria hanno la facoltà di procedere all'arresto di colui che viene colto in flagranza di reato, purchè il provvedimento si giustifichi in ragione della gravità del fatto, ovvero dalla pericolosità del soggetto.

E' facoltativo l'arresto in flagranza quando:

- 1) trattasi di delitto non colposo tentato o consumato, punito con la pena della reclusione superiore nel massimo ad anni tre, ovvero trattasi di delitto colposo punito con la pena della reclusione non inferiore nel massimo ad anni cinque;
- 2) trattasi di delitti che il legislatore ha ritenuto di allarme sociale e che non raggiungono le pene edittali previste al comma precedente (ad es. furto semplice, lesione personale lieve, truffa, appropriazione indebita, violenza o minaccia a pubblico ufficiale).

e, in via d'urgenza, alla polizia giudiziaria quando il pubblico ministero non abbia ancora assunto la direzione delle indagini o quando la situazione sia così grave da non consentire di poter attendere un suo provvedimento.⁵⁷ Le condizioni che lo legittimano sono la gravità del reato- deve trattarsi di un reato per cui l'ordinamento commina la pena dell'ergastolo o la reclusione da un minimo di due anni a un massimo di sei- l'esistenza di gravi indizi in ordine alla commissione del delitto e la possibilità di un comprovato pericolo di fuga. La concretezza, mediante indizi fondati, del possibile allontanamento del reo costituisce la giustificazione all'emissione del provvedimento e alla sua esecuzione.⁵⁸

Sia l'arresto in flagranza che il fermo da parte degli organi di polizia giudiziaria, per il loro carattere di provvisorietà e di urgenza, fanno nascere in capo alla stessa dei doveri da adempiere, finalizzati a garantire da un lato i diritti fondamentali di libertà e difesa in capo al fermato o all'arrestato e, dall'altra, a far sì che l'intervento verificatore del pubblico ministero sia quanto mai celere e incisivo.

Tra le norme che tutelano il diritto di difesa si deve ricordare l'art.387 c.p.p., in cui si stabilisce la tempestiva notizia ai

In ogni caso, come già esposto, la polizia giudiziaria può esercitare la facoltà di procedere all'arresto solo quando la misura è giustificata dalla gravità del fatto ovvero dalla pericolosità del soggetto desunta dalla sua personalità o dalle circostanze del fatto (art. 381, co. IV c.p.p.).

Quando trattasi di delitti perseguibili a querela, l'arresto in flagranza è possibile, sia in caso di arresto obbligatorio che facoltativo, unicamente se la querela viene proposta, anche oralmente dall'avente diritto, all'ufficiale o all'agente di polizia giudiziaria presente sul luogo dell'avvenuto reato. Se il querelante dichiara di rimettere la querela, l'arrestato deve essere immediatamente posto in libertà (Artt. 380, co. III e 381, co. III c.p.p.). Detto che nei casi previsti dall'art. 380 c.p.p. l'arresto in flagranza può essere effettuato anche dai privati ma solo in ordine a delitti perseguibili d'ufficio, deve piuttosto ricordarsi di alcune importanti fattispecie, vista la frequenza con cui si ripetono nelle cronache quotidiane, per cui è obbligatorio oppure facoltativo procedere all'arresto anche fuori dallo stato di flagranza. E' obbligatorio l'arresto anche fuori dalla flagranza e si procede con rito direttissimo nel caso di violazione dell'art. art. 14, co. 5 ter primo periodo e 5 quater D.Lvo 286/98 (mancato allontanamento entro cinque giorni a seguito del provvedimento di espulsione e reingresso non autorizzato dell'irregolare già espulso). A seguito del recentissimo intervento legislativo in materia di sicurezza pubblica (cosiddetto decreto sicurezza), è obbligatorio l'arresto anche fuori dalla **flagranza** e si procede con rito direttissimo in caso di violazione dell'ordine di espulsione o di allontanamento disposti dal giudice **penale**, quale misura di sicurezza, ai sensi dei nuovi artt. 235 e 312 c.p. (art. 1, co. 1, lett. a) e b) decreto legge 23 maggio 2008, n. 92, convertito nella legge 24 luglio 2008, n. 125, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 173 del 25 luglio 2008). Consentito invece, anche fuori dallo stato di flagranza, l'arresto in caso di evasione (art. 385 c.p.) e di violazione dell'art. 189, co. 6, C.d.S. (utente della strada che in caso di incidente con danno alle persone non ottempera all'obbligo di fermarsi). Per converso, sempre l'art. 189 C.d.S. stabilisce che è vietato l'arresto qualora il conducente si fermi e presti assistenza ovvero, se allontanatosi, si metta a disposizione degli organi di polizia giudiziaria entro le successive 24 ore. Infine, peculiare l'arresto, facoltativo o obbligatorio a seconda dei reati, possibile grazie all'espansione temporale dello stato di flagranza: è previsto dall'art. 8, comma 1 ter della L. 401/89 (norme di contrasto dei fenomeni di violenza in occasione di competizioni sportive) per il quale, quando per ragioni di sicurezza ed incolumità pubblica non è possibile procedere immediatamente all'arresto, si considera comunque in stato di flagranza ex art. 382 colui il quale, sulla base di documentazione videofotografica o di altri elementi dai quali emerge inequivocabilmente il fatto, ne risulti autore, purchè l'arresto sia compiuto non oltre il tempo necessario alla sua identificazione e comunque entro le trentasei ore dal fatto.

⁵⁷ Il fermo di persona indiziata di delitto è l'altra misura precautelare prevista dal nostro codice di procedura penale. Esso opera al di fuori dei casi in cui sussista la flagranza di reato quando sussistono specifici elementi che, anche in relazione alla impossibilità di identificare l'indiziato, fanno ritenere fondato il pericolo di fuga della persona gravemente indiziata di reato.

Nella sua ipotesi classica è un provvedimento provvisorio disposto dal pubblico ministero titolare

del provvedimento ma sempre in presenza dei presupposti sopra enucleati possono procedere al fermo anche gli organi di polizia giudiziaria. A differenza dell'arresto il fermo è sempre obbligatorio e non può essere mai eseguito da privati.

⁵⁸Da quanto sopra si enucleano tre presupposti irrinunciabili per procedere al fermo di indiziato di delitto:

1) pericolo di fuga, attuale e concreto, che si evince da indizi certi (ragionevole probabilità) e che la legge nello specifico esemplifica nell'impossibilità di una identificazione certa (art. 384, co.1 c.p.p.) o nella sopravvenuta disponibilità di documenti falsi (art. 384, co. 3 c.p.p.);

2) gravi indizi di colpevolezza;

3) che si tratti di delitti puniti con la pena dell'ergastolo o della reclusione non inferiore ad anni due nel minimo e superiore ad anni sei di reclusione nel massimo oltre a delitti in materia di armi ed eversione nazionale ed internazionale (perciò, sostanzialmente, gravi delitti); nonché tre "tipologie" di fermo:

1) fermo disposto dal pubblico ministero dopo che lo stesso ha assunto la direzione delle indagini;

familiari del fermato, l'art. 96, comma 3 c.p.p., riguardante la nomina del difensore di fiducia da parte di un congiunto, ma anche l'art. 386 c.p.p. In cui si stabilisce che la polizia giudiziaria avviserà il fermato della facoltà di nominare un difensore di fiducia.

Ma è l'articolo 386 c.p.p., comma 5, che concede la facoltà al pubblico ministero di disporre “ *che l'arrestato o il fermato sia custodito, se infermo, presso la propria abitazione o, in luogo di cura, ovvero, se ne possa derivare grave pregiudizio per le indagini, presso altra casa circondariale o mandamentale*”.⁵⁹

Esplicitamente non si fa riferimento a che cosa si intenda per infermità e se al suo interno si possa inserire anche la disabilità, ma in caso affermativo questo pone dei problemi quanto mai attuali relativi all'accessibilità e alla tutela contro ogni tipo di tortura e trattamento inumano e degradante.

La *Relazione del Codice* sottolinea come il pregiudizio alle indagini sia distinto dall'ipotesi di infermità e che le modalità di custodia alternative debbono tassativamente essere disposte nell'arco delle ventiquattro ore a pena dell'inefficacia dell'arresto o del fermo. Tenendo conto di quanto stabilito dall'art. 3 della Convenzione Europea dei diritti dell'Uomo si evince come il trattamento inumano e degradante si può manifestare non solo nella fase detentiva *strictu sensu*, ma anche in quella prodromica custodiale effettuata dalla polizia giudiziaria. Le regole per una architettura penitenziaria che tenga conto delle norme sull'abbattimento delle barriere architettoniche necessariamente debbono essere applicate, anche, nella costruzione delle camere di sicurezza all'interno delle Questure per evitare situazioni in contrasto con quanto espresso dalla norma sopracitata.

Il decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il sovraffollamento delle carceri modifica in modo sistematico la struttura degli istituti in esame e l'ordinamento penitenziario. L'incidenza del suo art. 1 su quanto stabilito dall'art. 588 del codice di procedura penale, in materia di convalida del fermo e giudizio direttissimo, è lapalissiana: si vieta la conduzione della persona arrestata presso la casa circondariale a meno che la mancanza di locali idonei, ragioni di salute o altre ragioni di necessità non facciano derogare a questa norma, adottando un provvedimento motivato da parte del pubblico ministero in cui si dispone la carcerazione o la custodia nella sua abitazione o dimora. In secondo luogo viene disposta la fissazione dell'udienza di convalida non entro le 48 ore dall'arresto ma entro le 48 ore successive alla richiesta del pubblico ministero. Le misure deflative della popolazione detenuta prevedono l'utilizzo delle camere di sicurezza del circondario dov'è stato eseguito l'arresto quali luoghi di custodia prima dell'udienza di convalida del fermo. Gli intenti del dettato legislativo comportano delle problematiche applicative originarie, stante la mancanza di regole minime per la gestione delle “camere di sicurezza” non rinvenendosi nessuna definizione delle stesse in alcuna norma.

Negli ultimi decenni il diritto sovranazionale ha acquisito una forza sempre più preminente all'interno delle fonti nazionali, secondo quanto stabilito dal nostro art. 117, 1° comma, Cost., e la potestà legislativa del paese che agisce sulla libertà del soggetto detenuto deve conformarsi ai dettati della CEDU in special modo del suo art. 5 § 3. L'articolo in questione stabilisce che “ *Ogni persona arrestata o detenuta nelle condizioni previste nel paragrafo 1 c) del presente articolo, deve essere tradotta al più presto dinanzi a un giudice o a un altro magistrato autorizzato dalla legge ad esercitare funzioni giudiziarie e ha diritto di essere giudicata entro un termine ragionevole o di essere posta in libertà durante l'istruttoria. La scarcerazione può essere subordinata ad una garanzia che assicuri la comparizione della persona in udienza*” , nel caso di palese violazione il soggetto avrà diritto ad un'equa riparazione.⁶⁰

2) fermo di iniziativa della polizia giudiziaria prima che il pubblico ministero abbia assunto la direzione delle indagini;

3) fermo disposto dalla polizia giudiziaria nonostante il pubblico ministero abbia precedentemente assunto la direzione delle indagini, ma vi sia l'improvvisa concretizzazione di un pericolo di fuga dell'indiziato che non permette di attendere il provvedimento.

⁵⁹La Corte Costituzionale con l'ordinanza n. 130/2003 ha ulteriormente stabilito che non subisce alcuna limitazione il diritto alla salute essendo previsto un sistema cautelare, e per converso precautelare, specifico nei confronti delle persone che versino in condizioni di salute particolarmente gravi.

⁶⁰Il paragrafo 3 dell'art. 5 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo stabilisce che “ *Ogni persona arrestata o detenuta nelle condizioni previste nel § 1 c) del presente articolo, deve essere tradotta al più presto davanti a un giudice o a un altro magistrato autorizzato dalla legge ad esercitare funzioni giudiziarie e ha diritto di essere giudicata entro un termine ragionevole o di essere posta in libertà durante l'istruttoria. La scarcerazione può essere subordinata ad una garanzia che assicuri la comparizione della persona in udienza.*” La forza cogente della Convenzione si estrinseca nell'articolo 46.1 che impone alle “Alte Parti contraenti” l'obbligo di conformarsi sia a quanto stabilito dalla stessa che alle sentenze di Strasburgo pronunciate anche contro il nostro paese. Nella sentenza del 08.08.2006 (Husjn/Turchia) la Corte Europea dei diritti dell'uomo in merito alla violazione dell'art. 5 § 3 della C.E.D.U. ha stabilito che “ *Costituisce violazione dell'articolo in*

Il decreto n. 211/2011 si conforma a quanto dettato dall'articolo in questione lasciando, però, aperta la questione relativa all'ubicazione dei fermati non conforme al dettato dell'articolo 3 CEDU. L'utilizzo delle "camere di sicurezza" fa sorgere questioni di carattere giuridico relative alla conformità a quanto dettato a livello internazionale e nazionale sul rispetto della dignità del detenuto e del fermato.

Come rilevato dai giudici della Corte Europea di Strasburgo mancano a livello europeo delle regole certe e utili per definire i requisiti minimi a cui devono rispondere i locali di detenzione. Nella sentenza Sulejmanovic/Italia, n. 22635/03, per la prima volta la corte strasburghese richiama in modo esplicito quanto stabilito dalle Regole Penitenziarie europee, art.18, in tema di locali di detenzione e da quanto stabilito dagli artt. 6 della legge n. 354/'75 e n. 6 e 7 delle disposizioni di attuazione dell'ordinamento penitenziario.⁶¹ In diverse altre occasioni la C.e.d.u. ha stabilito che il detenuto debba essere detenuto in condizioni conformi alla tutela della dignità umana (v. sent. Kudla/Polonia), sottolineando come anche il Comitato Europeo contro la Tortura, C.P.T., ha stabilito in 7 metri quadri per persona la superficie minima vitale di pernottamento. La struttura della camera di sicurezza, non aventi un bagno al proprio interno, finestre e caratteristiche tali da permettere l'accessibilità ai fermati con una disabilità fisica non si conformerebbe a quanto stabilito dalla Convenzione Europea dei diritti dell'Uomo e neppure al Decreto Ministeriale 5 luglio 1975 sulle caratteristiche dei luoghi di civile abitazione.

Nel codice di rito nulla viene detto riguardo al detenuto in esecuzione penale a cui vengono concesse delle garanzie volte a tutelare i diritti che gli spettano. Si definisce detenuto colui che, in virtù di una sentenza divenuta irrevocabile o di una misura cautelare personale, viene ad essere affidato a un istituto penitenziario per eseguire quanto stabilito in sede giurisdizionale. La fase esecutiva segna il conseguente cambio di competenze: esso diventa parte dell'amministrazione penitenziaria e pur mantenendo i suoi diritti fondamentali verrà tutelato dal magistrato di sorveglianza e non dal giudice ordinario.

L'Ordinamento penitenziario, art. 4 l.354/'75, stabilisce che " *i detenuti e gli internati esercitano personalmente i loro diritti derivanti dalla presente legge, anche se si trovano in stato di interdizione legale*" anche se in questo caso più opportuno sarebbe parlare più che di diritti di posizioni soggettive. Il magistrato di sorveglianza è il giudice vicino e competente a accogliere le doglianze del detenuto e mediante la presentazione di reclami e istanze gli viene consentito di tutelare produttivamente i propri diritti. ⁶² L'articolo 68, comma 4, O.P., stabilisce che il magistrato di sorveglianza " *non deve essere adibito a nessuna funzione giurisdizionale*", mostrando da subito la particolarità di questo ufficio che si basa su una concezione del giudice come "garante" dell'esecuzioni delle sanzioni penali e non come organo giudicante in senso stretto. Le molteplici funzioni ad esso affidate, che vanno dalla vigilanza e controllo, agli interventi di contenuto amministrativo, all'emanazione di provvedimenti e interventi a contenuto giurisdizionale, gli conferiscono una natura amministrativa e delle competenze non ben definite.⁶³ Questa commistione dimostra come forte si senta ancora il retaggio culturale che voleva i diritti soggettivi del detenuto trasformati in interessi legittimi, affievoliti e non tutelabili in ambito giuridico ma solo amministrativo scontrandosi con quanto dettato dall'art. 24 della nostra Carta Fondamentale.

La presa in carico del detenuto da parte dell'amministrazione penitenziaria non comporta un completo e generalizzato assoggettamento ad essa, con il conseguente disconoscimento delle posizioni giuridiche soggettive: i diritti inviolabili, quali ad esempio la dignità della persona, il diritto alla salute sono mantenuti anche durante l'esecuzione

esame il protrarsi della detenzione cautelare di anni cinque e mesi quattro. La persistenza per un così lungo periodo delle esigenze cautelari del pericolo di fuga e della distruzione delle prove deve essere oggetto di una motivazione specifica e di un effettivo controllo da parte dell'autorità giudiziaria". Altresì, nella sentenza Labita/Italia del 06.04.2000 è affermata la legittimazione a denunciare la durata eccessiva della custodia cautelare, che permane anche se nel frattempo è intervenuto il risarcimento a titolo di riparazione per ingiusta detenzione.

⁶¹Con la sentenza del 16 luglio 2009 la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha condannato per la prima volta il nostro paese in merito alla violazione dell'art. 3 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo. La vicenda riguarda un cittadino bosniaco recluso con sentenza definitiva presso la Casa Circondariale di Roma Rebibbia. Le doglianze del Sulejmanovic riguardavano l'esoso spazio minimo vitale assegnatogli alla luce della promiscuità con altri detenuti all'interno dello stesso locale di soggiorno e pernottamento. Le caratteristiche dei locali di soggiorno e pernottamento vengono richiamate dalla legge dell'ordinamento penitenziario e dal suo regolamento di esecuzione, nonché dalle Regole Penitenziarie Europee e dalla molteplice giurisprudenza della Corte.

⁶²Ai sensi dell'art. 35 dell'Ordinamento penitenziario, i detenuti e gli internati possono rivolgere istanze o reclami, orali o scritte, a varie autorità tra cui al magistrato di sorveglianza. L'esercizio di tale diritto può avere finalità diverse, a seconda dell'oggetto del reclamo o del contenuto della domanda. Il magistrato di sorveglianza è chiamato a adottare determinazioni sia di carattere amministrativo sia riguardanti la concreta tutela dei diritti dei detenuti.

penale. In ragione di ciò, è necessario che eventuali violazioni siano fatte valere mediante l'azione in giudizio, così come stabilito dagli artt. 24 e 113 Cost. L'ordinamento penitenziario non ha espressamente previsto forme di tutela giurisdizionale dando il compito alla giurisprudenza costituzionale di rimediare a queste falle. Sulla linea tracciata dalla sentenza 26/'99 della Corte Costituzionale, in cui si dichiarava l'illegittimità costituzionale degli artt. 35 e 69 dell'O.P., nella parte in cui non si prevedeva una tutela giurisdizionale nei confronti degli atti dell'amministrazione penitenziaria lesivi dei diritti dei detenuti, si è assistito ad un'inversione di rotta culminata poi nella sentenza 341/2006 della Corte Costituzionale.⁶⁴ La Corte ha dichiarato "costituzionalmente illegittimo l'art. 69 c. 6 lett.a, l.26 luglio 1975 n. 3554, nella parte in cui prevede la competenza del magistrato di sorveglianza a conoscere le questioni relative all'attribuzione della qualifica lavorativa, alla mercede e remunerazione, allo svolgimento delle attività di tirocinio e lavoro e alle assicurazioni sociali del detenuto", conferendo una comprovata giustificazione alla necessità di una tutela giurisdizionale piena nei confronti delle doglianze dei detenuti.

Successivamente l'analisi costituzionale delle caratteristiche dei procedimenti di sorveglianza, quali la mancanza di un adeguato contraddittorio, la natura terza del magistrato, la non vincolatività da parte dell'amministrazione delle decisioni prese ha comportato un ulteriore avanzamento verso l'equiparazione del detenuto al cittadino. Mancando una contrapposizione dialettica tra le parti il tutto sfocia in una decisione unilaterale per individuare al meglio la soluzione del caso concreto con la presentazione di memorie scritte, senza la partecipazione dell'amministrazione penitenziaria, dando sempre maggior peso al ruolo di terzo imparziale del giudice.

Ma quello su cui occorre porre l'attenzione è la natura delle sue decisioni, che non possono essere fatte rispettare in modo coattivo in caso di inottemperanza, facendo definire da costante dottrina la magistratura di sorveglianza un organo più amministrativo che giudiziario.⁶⁵ Gli strumenti generali di tutela a garanzia dei diritti dei detenuti sono il reclamo o l'istanza per lamentare una violazione di una posizione giuridicamente rilevante o, indipendentemente dalla lesione di un diritto o un interesse, richiedere qualcosa di particolare; i referenti possono essere soggetti appartenenti all'autorità amministrativa penitenziaria, ad esempio il magistrato di sorveglianza, o soggetti che non ne fanno parte quali, ad esempio, il presidente della giunta regionale o il Capo dello stato, che si vedono pervenire queste richieste scritte o oralmente mediante colloqui.

Tra le ipotesi disciplinate dall'art. 35 O.P., quella del reclamo al magistrato di sorveglianza è di particolare rilevanza visto quanto detto precedentemente e visto il potere di questo organo di poter impartire disposizioni "dirette ad 63Secondo MANTOVANI, in *Legislazione Penale*, 2007,1, "la vigente normativa penitenziaria- discostandosi dal vecchio regolamento in materia prevalentemente incentrato sulla finalità afflittiva della pena e della sicurezza penitenziaria- è venuta a configurare una sorta di "carta dei diritti dei detenuti"; sul punto si può ricordare su tutti il commento di GREVI, *Diritti dei detenuti e trattamento penitenziario a cinque anni dalla riforma*, in *Diritti dei detenuti e trattamento penitenziario*. In questo quadro si intersecano varie pronunce della Corte di cassazione volte a delimitare i confini delle competenze del magistrato di sorveglianza che, a causa della sua conformazione prettamente amministrativa, sono sempre stati sempre labili.

⁶⁴La sentenza 341/2006 della Corte Costituzionale giunge a distinguere in maniera netta lo stato di detenzione del soggetto dalla sfera dei diritti e obblighi derivanti dal rapporto di lavoro. La Corte pur non negando la possibilità data al legislatore di prevedere tutele giurisdizionali differenziate in caso di diritti originati dal rapporto di lavoro dei detenuti, evidenzia comunque delle limitazioni nel reclamo al magistrato di sorveglianza che "non possono comportare una irrazionale discriminazione". Il richiamo alla sentenza della Corte Costituzionale 26/'99 appare sintomatico del cambio di direzione della Corte: nella motivazione il giudice delle leggi afferma che "al riconoscimento della titolarità di diritti non può non accompagnarsi il riconoscimento del potere di farli valere dinanzi a un giudice dinanzi a un procedimento di natura giurisdizionale". La Corte ha da tempo abbandonato l'originario indirizzo che, facendo leva sul carattere esecutivo delle misure prese nell'ambito del "trattamento" penale e sulla natura prettamente amministrativa delle decisioni prese dalla magistratura di sorveglianza riguardo, soprattutto, alle garanzie che l'ordinamento penitenziario ha previsto una valenza diversa di queste ultime rispetto alle prime. La duttilità del successivo sviluppo giurisprudenziale ha permesso di distinguere anche a livello nomofilattico tra provvedimenti per l'esecuzione della pena negli istituti e provvedimenti destinati alla misura e qualità della stessa.

⁶⁵Con la legge 10 ottobre 1986, n. 663 la Magistratura di sorveglianza ha acquisito maggiori poteri, compiendosi una razionalizzazione della distribuzione delle competenze in materia di esecuzione penale della quale risulta essere il garante per eccellenza. La "legge Gozzini" non ha intaccato né il contenuto, né la forma dei provvedimenti del magistrato, rimanendo però indiscussi i passi avanti compiuti in ambito procedurale apportati dalla norma.

Il ruolo di "imprecisa figura amministrativa, priva del tutto o quasi di funzioni giurisdizionali, costretta ad arrampicarsi sugli specchi di letterarie affermazioni di principi alla ricerca di una identità funzionale che i fatti gli negano continuamente" (BASILE, *Il ruolo della magistratura di sorveglianza nella riforma penitenziaria: qualche riflessione*, in *Giust. Pen.*, 1985, (prima parte), pag. 221) è stata sostituita dalla consapevole giurisdizionalizzazione delle sue decisioni che hanno cominciato a poter essere impugnate in Cassazione (cfr. Corte Costituzionale, sent. 227/1995)

eliminare eventuali violazioni dei diritti dei condannati e degli internati” (art. 69, c. 5, O.P.). Benchè non esplicitato da parte dell'ordinamento penitenziario, i rimedi per la tutela dei diritti dei detenuti sono stati “*configurati nell'organizzazione dei giudici di sorveglianza, dando vita a un assetto chiaramente ispirato al criterio per cui la funzione di tutela giurisdizionale dei diritti dei detenuti è posta in capo a tali uffici della magistratura ordinaria*” (cfr. Corte Costituzionale, sentenza n. 212/97), non tenendo opportunamente conto che il procedimento di reclamo è privo dei requisiti della procedura giurisdizionale risolvendosi solo in una semplice doglianza al magistrato.⁶⁶

Questo è quanto le successive pronunce della Corte hanno sottolineato, tenendo conto del fatto che le potenziali violazioni riguardano i diritti inviolabili della persona privata della libertà non annullati dallo stato di detenzione. La sentenza della Corte Costituzionale n. 26/99, un passo avanti non risolutivo, non ha avuto l'impatto che ci si aspettava per la creazione di un nuovo sistema di tutela dei diritti dei detenuti lesi da atti illegittimi dell'Amministrazione penitenziaria.⁶⁷

Inizialmente anche la Corte di Cassazione ha ritenuto inammissibili i ricorsi presentati avverso i provvedimenti conclusivi dei reclami al magistrato di sorveglianza riconoscendogli una natura prettamente amministrativa, ma successivamente è emerso un orientamento giurisprudenziale maggiormente rispettoso degli orientamenti della Corte Costituzionale secondo cui non è più sostenibile la tesi della “*appartenenza al settore amministrativo*” dei reclami proposti ai sensi dell'art. 35 O.P. contro i provvedimenti lesivi dei loro diritti.

I giudici di legittimità, quindi, hanno risolto le diatribe scaturenti dai diversi orientamenti con la sentenza n. 25079 del 2003, in cui le Sezioni Unite hanno individuato un sistema di tutela dei diritti soggettivi e degli interessi legittimi del detenuto lesi mediante il procedimento regolato dall'art. 14 ter O.P.⁶⁸ Il combinato disposto degli artt. 14 ter, 71 e ss. dell'O.P., prevede una procedura celere e veloce a fronte del più lungo rito ordinario.

Ma anche questa conclusione non ha convinto parte della dottrina che vede solo nell'applicazione della procedura

⁶⁶La sentenza della Corte Costituzionale n. 212/1997 presenta molti punti innovativi rispetto alla precedente giurisprudenza sia di merito che costituzionale. La fondatezza nel merito della questione sollevata in sede di gravame sulla lesione del diritto di difesa del detenuto, in quanto il “giudizio” instaurato di fronte al magistrato di sorveglianza non risponde pienamente ai canoni stabiliti dalla nostra Costituzione in merito al diritto di difesa, porta a concludere che “*il procedimento instaurato attraverso l'esercizio del generico “diritto di reclamo” del detenuto, che può rivolgersi sia ad autorità amministrative che politiche o comunque estranee all'organizzazione penitenziaria (assumendo di volta in volta il carattere di reclamo amministrativo o di semplice istanza o esposto o petizione, sia all'organo giudiziario specificamente preposto dal sistema penitenziario, quindi il magistrato di sorveglianza, può assumere anche in quest'ultimo caso vesti diverse a seconda dell'oggetto del reclamo e del contenuto della domanda*”. Difatti, come spiegato in motivazione, alcune volte il magistrato può adottare dei provvedimenti di natura amministrativa, altre volte, nel caso in cui sia posta in discussione la concreta tutela dei diritti dei detenuti che possono essere fatti valere solo in quella sede, si dovrà e potrà riconoscersi al relativo procedimento natura di “giudizio” nel corso del quale può anche essere sollevato questione di costituzionalità.

⁶⁷Nella motivazione della sentenza la Corte Costituzionale sottolinea non solo che le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e tendere alla rieducazione del condannato, ma anche che le azioni in difesa dei diritti sono protette dagli artt. 24 e 113 della Costituzione e sono da annoverarsi tra i diritti inviolabili da ricondursi all'art. 2 della carta costituzionale. La lesione dei diritti dei detenuti non deve essere considerata come una potenziale conseguenza del regime di sottoposizione a restrizione della libertà personale né di comportamenti dell'amministrazione penitenziaria. L'abbandono dell'indirizzo originario, che facendo leva sul carattere esecutivo delle pene insisteva sulla natura amministrativa tanto delle misure quanto delle eventuali garanzie che l'ordinamento penitenziario avesse previsto, è stato sostituito da un atteggiamento duttile attraverso l'accoglimento della distinzione, elaborata dalla giurisprudenza di legittimità, tra provvedimenti relativi alle modalità di esecuzione della pena negli istituti a ciò destinati e per questo attratti nell'area dell'amministrazione e dei soli rimedi di indole amministrativa e provvedimenti riguardanti la misura e la qualità della pena attratti invece nell'area della giurisdizione.

⁶⁸Nella citata sentenza la Corte di Cassazione pronunciandosi a Sezioni Unite nel risolvere il contrasto giurisprudenziale circa la natura del provvedimento del magistrato di sorveglianza, reso ai sensi dell'art. 35 o.p. ha affermato che se un'interpretazione della normativa ordinaria conforme alla Costituzione impone di rinvenire un mezzo di tutela definito dai caratteri della giurisdizione contro la lesione delle posizioni soggettive del detenuto un simile mezzo non può che ricondursi, proprio per le esigenze di speditezza e semplificazione che devono distinguerlo, considerando anche le posizioni soggettive fatte valere, a quello di cui agli artt. 14-ter e 69 dell'ordinamento penitenziario che prevede la procedura del reclamo al magistrato di sorveglianza nelle materie indicate dall'art. 14-ter. In sintesi la loro dichiarazione di incostituzionalità si risolve nell'obbligo di adottare, per la decisione dei reclami dei detenuti, pur in assenza di specifiche previsioni legislative, modelli procedurali predisposti e disciplinati in relazione a materie particolari, comunque rientranti nella sua competenza ed idonei ad elidere, superandolo per via interpretativa, il vizio di costituzionalità. Si ricordi, in proposito, la sentenza n. 341 del 2006 della Corte Costituzionale in cui si riconosceva la lesione dei diritti costituzionalmente garantiti ad opera dell'art. 69 co.6 lett. A) dell'ordinamento penitenziario in materia di lavoro, mercede e remunerazione.

disciplinata dagli artt. 666 e 678 c.p.p. l'unica in grado di garantire la conformità a quanto dettato dalla nostra Carta Costituzionale. Ovviamente, pur apprezzando il passo avanti effettuato, si lasciano scoperti quei diritti che non sono connessi al trattamento e che di frequente vengono lesi dagli atti dell'amministrazione penitenziaria, non lasciando spazi di manovra nell'ipotesi di situazioni diverse da quelle enunciate.

Il sistema penitenziario risulta carente di una procedura che consenta al magistrato di sorveglianza di intervenire in qualunque momento a tutela dei diritti soggettivi e degli interessi legittimi dei detenuti e la cui pronuncia abbia gli effetti di dichiarare non solo l'illiceità del comportamento ma ne rimuova anche gli effetti.

AltraCittà
www.altravetrina.it

Il detenuto, sia esso oggetto dell'esecuzione penale o di un provvedimento temporaneo quale l'arresto o il fermo, rimane soggetto di diritti fondamentali e tutelati da parte non solo da norme nazionali ma anche da norme internazionali.

La detenzione non comporta automaticamente la trasformazione di diritti soggettivi in interessi legittimi ma, a fronte di un provvedimento di limitazione della libertà personale, si viene a creare una scissione netta: i diritti personali, quali la patria potestà, i diritti familiari o quelli diritti politici e civili vengono meno mentre i diritti inviolabili quali la pari dignità, il diritto alla salute, il diritto di accedere alla giustizia rimangono in capo al detenuto forti delle loro caratteristiche.

Le violazioni compiute da parte dell'amministrazione penitenziaria, in virtù della sua funzione di custode e garante della corretta esecuzione della sanzione, sono state per molto tempo identificate come "violazioni amministrative" e, pertanto, risolte mediante procedimenti amministrativi che, come dimostrato da dottrina e ampia giurisprudenza, ledono i diritti inviolabili dell'uomo pure se detenuto. Le norme che abbiamo precedentemente analizzato mostrano come i disabili in qualunque contesto si trovino e tentino di autodeterminarsi sono persone e cittadini pertanto è loro applicabile quanto stabilito dalla legge 67/2006 sulla tutela antidiscriminatoria.

Ovviamente il problema maggiore riguarda la possibilità di adire la giustizia da parte del detenuto che prescindendo dalle canoniche modalità stabilite dall'ordinamento penitenziario. Recenti sentenze della Cassazione hanno ribadito che anche al detenuto debba darsi la possibilità di accedere alla giustizia ordinaria rispettando quanto stabilito dalla nostra Carta Costituzionale e dalle sentenze di organi sovranazionali quale la C.e.d.u.

A fronte di queste considerazioni occorre adesso chiedersi come e se vengono messe in pratica le azioni positive per combattere ogni tipo di discriminazione e inserire all'interno della società il detenuto disabile.

CAPITOLO DUE

LA TUTELA DELLA SALUTE DEL DETENUTO DISABILE

AltraCittà
www.altravetrina.it

Attraverso l'elaborazione costituzionale la *salute* è stata annoverata tra i beni primari dell'uomo in grado di far estrinsecare

compiutamente la personalità di ognuno.⁶⁹ Proprio in questo senso che si esprime l'art. 32 Cost. che nel suo comma 1 impone la sua tutela come uno dei compiti fondamentali della Repubblica sia nell'interesse del singolo che della collettività.⁷⁰

Il riconoscimento della salute come “ *diritto fondamentale*” porta con sé la conseguenza della sua inalienabilità, in trasmissibilità, indisponibilità e tutelabilità sul territorio nazionale nei suoi elementi essenziali.⁷¹

La giurisprudenza costituzionale e quella della Corte di Cassazione hanno concorso a qualificarlo tra i diritti primari ed assoluti, operante nei rapporti interprivati malgrado la sua formulazione che, in modo abbastanza ambiguo, unisce strettamente l'ambito individuale e quello collettivo. Nella lunga e variegata diatriba sviluppatasi intorno alla sua natura e al suo contenuto una parte meno recente della dottrina lo ha classificato come uno di quegli articoli a valenza programmatica negando il suo carattere precettivo sulla scorta di una nozione di salute vista solo come “assenza di

⁶⁹L'affermazione in questione sintetizza il lavoro di elaborazione giurisprudenziale che a partire dagli anni Settanta è andato affermandosi costituendo la base per il riconoscimento in capo all'individuo di un diritto fondamentale, primario ed assoluto, direttamente tutelato dalla Costituzione ed insuscettibile di compressione da parte della pubblica amministrazione anche quando opera per la tutela della salute pubblica. Cfr. Cass, sez. un., 21 marzo 1973, in *Foro amm.*, 1974, I, 1, p. 26; Id., sez. un., 9 aprile 1973, in *Foro It.*, 1974, I, c. 843.

Se è pacifico il riconoscimento del diritto alla salute tra le situazioni giuridiche soggettive piene ed assolute, questo non può dirsi in merito alla pretesa di una prestazione sanitaria. Cfr. C. FIORIO, *Salute del condannato e strumenti di tutela*, in Giurisdizione di sorveglianza e tutela dei diritti (a cura di) ADOLFO SCALFATI.

⁷⁰ “ *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”. Questo è quanto stabilito dalla nostra Carta Costituzionale in merito al diritto alla salute, che ha fatto obbligo allo Stato di promuovere ogni opportuna iniziativa e comportamenti vertenti alla miglior tutela possibile della salute dell'individuo. La salute costituisce un diritto fondamentale, che comprende sia il diritto di essere curati che quello di non essere curati se non nei casi previsti dalla legge. L'insegnamento giurisprudenziale affiancato da quanto affermato dalla dottrina ha precisato che il “bene” salute, costituzionalmente protetto e garantito, non è suscettibile di affievolimento nemmeno per opera della Pubblica Amministrazione con questo sottolineando come la tutela sia assoluta e incondizionata, a riguardo si veda per la giurisprudenza si veda innanzitutto la sentenza cardine Cass., Sez. un., 9 marzo 1979, n. 1463, in *Foro It.*, 1979, I, 939, cui fece seguito una giurisprudenza costante fino alle recenti Cass., Sez. un., 23 giugno 1989, n. 2999, in *Giust. Civ.*, 1989, I, 2299; Id., Sez. un., 17 ottobre 1988, n. 5626, in *Rep. Giust. Civ.*, 1988, voce «Giurisdizione civile», n. 482; Id., Sez. un., 17 ottobre 1988, n. 5627, *ivi*, 1988, voce cit., n. 483; Id., Sez. un., 20 febbraio 1985, n. 1504, in *Foro It.*, 1985, I, 672. In dottrina si segnalano i seguenti lavori: F. Bassi, *Diritti fondamentali e art. 4 secondo comma L. 20 marzo 1865*, n. 2248, *all. E*, in *Riv. Amm.*, 1986-1987, 606 e segg.; F. G. Scoca, *Riflessioni sui criteri di riparto delle giurisdizioni (ordinaria e amministrativa)*, in *Riv. Trim. Dir. Proc. Amm.*, 1989/4, II, 621 e segg.; A. Schreiber, *È mai esistita la degradazione dei diritti? Osservazioni sull'art. 2 legge abolitiva del contenzioso amministrativo*, in *Foro Amm.*, 1985, 669 e segg.; *contra* F. Piga, *Nuovi criteri di discriminazione delle giurisdizioni amministrativa e ordinaria: siamo ad una svolta?*, in *Giust. Civ.*, 1980, I, 357 e segg.

⁷¹Sul piano della rilevanza giuridica questa norma è nello stesso programmatica in quanto impegna il legislatore a promuovere la sperimentazione e la ricerca, ma anche burocratico-organizzativa per la creazione di un compiuto sistema di tutele. Il primo approccio è stato quello di creare un sistema mutualistico la cui fonte è stata riconosciuta dall'art. 38 Cost., che fondandosi sull'obbligatorietà dell'assicurazione sociale contro le malattie per lavoratori e pensionati garantiva al verificarsi del rischio di malattia opportune cure per ristabilire le condizioni psico fisiche.

L'articolo in esame ha assunto il ruolo di norma cardine dell'ordinamento solo in un secondo momento rispetto all'entrata in vigore della Costituzione, quando abbandonando l'orientamento di coloro che tendevano ad attribuire a questo articolo carattere programmatico e non precettivo è stata riconosciuta dalla dottrina l'effettiva portata dell'articolo e la sua scombinabilità in interesse della collettività e diritto dell'individuo e l'intreccio tra i due aspetti entrambi fondamentali.

Sul contenuto del diritto costituzionale alla salute, cfr., in generale, Mortati, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, (ripubblicato) in *Raccolta di Scritti*, III, Milano, 1972, 433 e segg.; Bessone-Roppo, *Diritto soggettivo alla «salute», applicabilità diretta dell'art. 32 della Costituzione ed evoluzioni della giurisprudenza*, in *Politica del Diritto*, 1974, 768 e segg.; Luciani, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. e Soc.*, 1980, 769 e segg.; Vincenzi Amato, *Tutela della salute e libertà individuale*, in *Giur. Cost.*, 1982, I, 2462 e segg.; Caravita, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. e Soc.*, 1984, 21 e segg.; Alpa, voce «Salute (Diritto alla)», in *Appendice al Noviss. Dig. It.*, Torino, 1985; Caianiello, *Limiti delle prestazioni idrotermali nel quadro del diritto alla salute e del diritto di scelta del cittadino*, in *Nuova Rass.*, 1985, 825 e segg.; Crisafulli-Paladin, *Commentario breve alla Costituzione, sub art. 32*, Padova, 1990; Luciani, voce «Salute I) Diritto alla salute - Dir. Cost.», in *Enc. Giur.*, XXVII, Roma, 1991; Musumeci, *Dal «potere» alla «libertà» di disporre del proprio corpo*, in *Giur. Cost.*, 1991, 626 e segg.; e, da ultimo, Modugno, *I «nuovi diritti» nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995 e Cocconi, *La tutela del diritto alla salute nella crisi dello Stato sociale. Problemi e prospettive*, in *Sanità pubblica*, 1995, 1167. e segg. Più in particolare, sull'applicazione diretta dell'art. 32 Cost., cfr. Morelli, *L'applicazione diretta*

malattie e infermità”.

Solo a partire dagli anni Settanta, con l'affermarsi di una nozione più ampia di salute e al coordinamento in modo sistematico operato dalle Sezioni Unite tra l'art. 32 e gli artt. 2 e 3 comma 2 Cost., è stato ricompreso in quella categoria di diritti assoluti che sono alla base della nostra convivenza civile. La sua essenza proteiforme lo rende applicabile a diversi aspetti della vita, dalla tutela dell'integrità fisica della persona, al diritto a essere curati e al rifiuto di ogni tipo di accanimento terapeutico.⁷²

L'elaborazione da parte dell'O.M.S. del concetto di salute quale “*stato di completo benessere*” ha consentito la sua tutela in sede civile mediante l'art. 5 c.c. che impone l'astensione da parte di chiunque di atti lesivi e pregiudizievoli nei confronti di un soggetto vivente tali da pregiudicare irrimediabilmente le sue funzioni fisiche.⁷³ Nell'evoluzione della dottrina e della giurisprudenza, il profilo della tutela dell'integrità psico-fisica dell'individuo viene ad essere integrato e sviluppato mediante la stretta connessione col diritto a un ambiente salubre dove autodeterminarsi.⁷⁴ È evidente che le condizioni di salute di un individuo sono strettamente connesse all'ambiente in cui egli vive, si muove, lavora: un ambiente insalubre o non in grado di far fronte alle sue necessità fisiche ha dei riflessi immediati sulla salute e la qualità della vita di chi lo abita. Ne consegue che come un soggetto ha un diritto soggettivo e assoluto alla tutela della sua integrità psico-fisica così lo vanta nei confronti della conservazione di un ambiente salubre, nella sua gestione e nel suo miglioramento.⁷⁵

della Costituzione nei rapporti interindividuali, in *Giust. Civ.*, 1996, II, 537 e segg.; sulle condizioni di legittimità costituzionale della legge impositiva di trattamenti sanitari obbligatori, ex art. 32, cpv., Cost., si può rinviare a Colapietro, *La valutazione costi-benefici nei trattamenti sanitari obbligatori: il bilanciamento tra gli interessi del singolo e quelli della collettività*, in *Nomos*, 1997, n. 3, 57 e segg., in cui si ricostruisce il rapporto fra diritto alla salute del singolo ed interesse della collettività alla salute pubblica attraverso il «ragionevole bilanciamento» operato dalla giurisprudenza costituzionale tra i due valori in gioco.

⁷² A riguardo deve essere ricordata la sentenza del T.A.R. del Lazio, Roma sez.III, quater, n. 8650 del 12 settembre 2009 in cui si ritorna sulla questione di imporre come obbligatori i trattamenti di idratazione e nutrizione artificiale a pazienti in stato vegetativo persistente, anche in caso di accertata loro contraria volontà. La sentenza dell'organo amministrativo configura la mancanza di nutrizione come atto discriminatorio basantesi sulla disabilità, seguendo quanto affermato dalla cd. “direttiva Sacconi” che qualifica come atto discriminatorio della sospensione della somministrazione di idratazione e nutrizione artificiali alla persona in stato vegetativo persistente in ogni caso, e quindi anche nell'ipotesi in cui ciò corrispondesse alla volontà del paziente, viene piuttosto suggerita come conseguenza del divieto di discriminazioni fondate sulla disabilità e della inclusione del malato in stato vegetativo fra i disabili (ALESSANDRA PIOGGIA, in *Giornale di Diritto amministrativo*, 20120, 4, 386).

⁷³ La sentenza della Corte d'Appello di Milano, sez. I, 19 agosto 2011, in *Famiglia e Diritto*, 2012, 1, pag.59, affronta ancora una volta la problematica relativa alle conseguenze sul piano giuridico dell'effettuazione sul piano giuridico di un trattamento sanitario non autorizzato, anzi espressamente e consapevolmente rifiutato dal paziente.

Ponendosi sulla linea tracciata dalla precedente dottrina e giurisprudenza la corte ribadisce come il rifiuto di sottoporsi ad un trattamento sanitario trova il limite nell'esigenza della salvaguardia della vita umana e quindi ricadente nel novero della indisponibilità; l'orientamento opposto sostiene che i trattamenti sanitari anche a sostegno della vita non possono essere imposti contro la volontà di un soggetto coscientemente dissenziente (cfr. Cass., 15 settembre 2008, n. 23676, in *Guida al diritto*, 2008, 39, 52; *Corr. giur.* 2008, 1671, con nota di Forte, *Resp. civ.* 2009, 2108, con nota di Polizzi, *Giur. it.* 2009, 1661, con nota di Petri, *ivi* 1397, con nota di Valore, ed *ivi* 2009, 1124, con nota di Pellegrino, *Giust. civ.* 2009, I, 2403, con nota di Rossetti, *Resp. civ.* 2009, 122, con nota di Gorgoni, *Dir. fam.* 2009, I, 50, con nota di Masoni, *Nuova giur. civ. comm.* 2009, I, 170, con nota di Cricenti; Cass. 16 ottobre 2007, n. 21748, in questa *Rivista* 2008, 129, con nota di Campione, nonché in *Dir. e giur.* 2007, 572, con nota di Ghionni, *Corr. giur.* 2007, 1676, con nota di Calò, *Guida al dir.* 2007, 43, 29, con nota di Salerno, *Giust. civ.* 2008, I, 1725, con nota di Simeoli, *Resp. civ.* 2008, 1103, con nota di Gennari, *Riv. it. dir. proc. pen.* 2008, 389, con nota di Barbieri, *Riv. it. medicina legale* 2008, 583, con nota di Sartea e La Monaca, *Dir. uomo* 2008, 7, con nota di Tria, *Iustitia* 2008, I, 55, con nota di Stanzone e Salito, *Foro it.* 2008, I, 2609, con nota di Cacace, ed *ivi* 2008, I, 125, con nota di Maltese, *Nuova giur. civ. comm.* 2008, I, 83, con nota di Venchiarutti, *Dir. fam.* 2008, I, 77, con nota di Gazzoni, Danovi e Galuppi, ed *ivi* 594, con nota di Virgadamo, *Danno e resp.* 2008, 421, con note di Bonaccorsi e Guerra, *Riv. dir. civ.* 2008, II, 363, con nota di Palmerini).

⁷⁴ La definizione dell'OMS fa riferimento alla salute come “*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non come semplice assenza di malattia*”, solo con la previsione costituzionale del diritto alla salute che l'integrità personale cessa di essere riconducibile a “*singole parti separate*” da proteggere da lesioni sia proprie che altrui e diviene non più frazionabile ma da guardare in modo unitario nelle sue molteplici dimensioni psichica, fisica e sociale,

⁷⁵ La tutela di un ambiente salubre dove autodeterminarsi sia esso lavorativo che più in generale l'ambiente in cui si vive solo recentemente è stato oggetto di disamina e tutela da parte della Corte Costituzionale. Le conclusioni dottrinali sulla presenza di una nozione unitaria di ambiente non sono stati concordi: da un lato, secondo alcuni, deve essere esclusa la

L'aspetto del diritto alla salute come diritto a essere curati trova la sua tutela nel comma 1 dell'art. 32 Cost., nella parte in cui riconosce alla Repubblica il dovere di garantire cure gratuite agli indigenti e lo tutela sia che si estrinsechi in modo positivo che in modo negativo, come ad esempio nel rifiuto a essere sottoposti a cure mediche contrarie al proprio diritto di autodeterminazione.⁷⁶

Proprio a causa della sua definizione quale "diritto dell'individuo" e "interesse della collettività" dottrina e giurisprudenza si sono imbattuti in problemi di ordine interpretativo nel cercare di ricondurre quanto dettato dall'art. 32 Costituzione nella categoria dell'interesse legittimo o del diritto soggettivo. La molteplicità di applicazione ben si presta a farlo rientrare nella categoria dei diritti soggettivi *strictu sensu*, tutelabile però solo nei rapporti tra privati mediante il ricorso al giudice ordinario: mentre una tutela amministrativa si avrà solo nel caso in cui si verta in materie riguardanti l'espletamento dei servizi pubblici in materia sanitaria.⁷⁷

presenza di un "bene- ambiente" e come tale tutelato dall'ordinamento. Tale orientamento dottrinario si è sviluppato ed articolato intorno alla riflessione del Giannini, "Ambiente": saggio sui diversi aspetti giuridici, in Riv. trim. dir. pubbl., 1973, 15 ss., che individua tre distinti significati giuridici del termine ambiente: "1) l'ambiente a cui fanno riferimento la normativa e il movimento di idee relativi al paesaggio; 2) l'ambiente a cui fanno riferimento la normativa e il movimento di idee relativi alla difesa del suolo, dell'aria, dell'acqua; 3) l'ambiente a cui si fa riferimento nella normativa e negli studi dell'urbanistica". La protezione costituzionale del diritto alla salute quale diritto ad avere una qualità di vita umana e un habitat naturale dell'uomo "comprensivo di tutte le risorse naturali e culturali" trova riconoscimento per la prima volta nella sentenza della Corte Costituzionale n. 210 del 1987 in cui si dà un riconoscimento specifico alla salvaguardia dell'ambiente.

⁷⁶Per quanto attiene al profilo del diritto alla salute come diritto di essere curati esso trova espressa tutela nell'articolo 32 comma 1, nelle parti in cui riconosce la salute come fondamentale diritto dell'individuo e impegna la Repubblica a garantire cure gratuite agli indigenti. A fronte di questa disposizione costituzionale "l'infermo assurge, nella novella concezione dell'assistenza ospedaliera, alla dignità di legittimo utente di un pubblico servizio, cui ha pieno e incondizionato diritto, e che gli viene reso in adempimento di un inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale, da apparati di personale e di attrezzature a ciò strumentalmente preordinati e che in ciò trovano la loro stessa ragione di essere (cfr. Corte Costituzionale, sent. 103, 1977).

⁷⁷Nella sentenza del Consiglio di Stato, sez. IV, 12 novembre 2003, n. 7262, in *Giur. It.*, 2004, 4, il giudice amministrativo ritorna in modo incisivo sul riparto di giurisdizione apportato dal D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 80.

Alla luce del nuovo riparto, basato su "blocchi di materie", i giudici si trovano a delimitare con precisione le materie devolute per legge nelle competenze del giudice amministrativo da quelle del giudice ordinario. La norma prevede che il giudice amministrativo sia competente solo nei casi di controversie "riguardanti le attività e le prestazioni di ogni genere, anche di natura patrimoniale, rese nell'espletamento di pubblici servizi, ivi compresi quelli resi nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale".

In dottrina, in generale sul riparto di giurisdizione cfr. Angeletti, *Il riparto di giurisdizione, le azioni possessorie ed il letto di Procuste*, in *Giur. It.*, 1991, IV, 341; sul tema del riparto per «blocchi di materie» cfr. Lipari, *La nuova giurisdizione amministrativa in materia edilizia, urbanistica e dei pubblici servizi*, in *Urbanistica e Appalti*, 1998, 599; Bertonazzi, *La nuova giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo*, *Commentario* a cura di Travi, in *Leggi civ. comm.*, 1998, 212; Numerico, *L'estensione della giurisdizione amministrativa esclusiva dopo il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 80 - In particolare la giurisdizione sui servizi pubblici*, in *Le sospensive*, 1998, 7247.

2.1- LA TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE PER LE PERSONE *IN VINCULIS*

La tutela del diritto alla salute nei confronti delle persone *in vinculis* risente dell'imprescindibile coordinamento con la necessità di sicurezza che impone l'ordinamento penitenziario ma senza che si limiti o intacchi però la piena disponibilità di esso.⁷⁸ Il suo esercizio rimane nella titolarità del detenuto nelle forme e nei modi stabiliti dal dettato costituzionale, fermo restando il suo necessario affievolimento che si manifesta, ad esempio, nell'impossibilità di scegliere il proprio medico curante, o il luogo di cura subordinandolo al suo *status personae* e alle conseguenze ad esso correlate.

La legge di ordinamento penitenziario e il suo regolamento di esecuzione agli artt. 11 o.p e 17 reg. es. assicurano il suo formale riconoscimento lasciando a modalità quanto mai informali la sua tutela. Il ricorso al magistrato di sorveglianza o nei casi più urgenti al direttore dell'istituto di custodia, volto a determinare la incompatibilità relativa o assoluta con la detenzione di un soggetto che ha problemi di salute, si risolve in un provvedimento che, secondo costante giurisprudenza, ha solo carattere amministrativo mancando di contraddittorio e impugnabilità di fronte al giudice ordinario.⁷⁹ In materia di tutela dei diritti dei detenuti, la riforma dell'ordinamento penitenziario del 1975 ha comportato una equiparazione del nostro ordinamento ai canoni espressi in sede internazionale sia dalle Regole penitenziarie europee che dalle Regole minime per il trattamento penitenziario dell'O.n.u., risentendo del passaggio dal concetto retributivo della pena a quello della pena come percorso "rieducativo" volto al reinserimento sociale del reo.⁸⁰

Quanto enunciato dall'art. 27 comma 3 Cost. "*Le pene(...)devono tendere alla rieducazione del condannato*" ha guidato la Corte Costituzionale verso il riconoscimento del recupero sociale del reo quale fine ultimo e risolutivo della pena e "*ha assunto un peso ed un valore più incisivo di quello che non avesse in origine; rappresenta, in sostanza, un peculiare aspetto del trattamento penale e il suo ambito di applicazione presuppone un obbligo tassativo per il legislatore di tenere non solo presenti le finalità rieducative della pena, ma anche di predisporre tutti i mezzi idonei a realizzarle e le forme atte a garantirle*".⁸¹

⁷⁸Si veda sull'argomento FIORIO, *Il diritto alla salute per le persone in vinculis*, dove si sottolinea come "la necessità di armonizzare la protezione del diritto alla salute della persona *in vinculis* con le finalità di sicurezza" imposte dall'ordinamento penitenziario impone che il legislatore ordinario pieghi la sua attività per armonizzare l'esercizio del diritto all'ordinamento speciale.

⁷⁹ Sempre FIORIO, *v. supra*, pag. 70, sottolinea come da un punto di vista contenutistico non tutti i profili riferibili al diritto alla salute sono riferibili al detenuto: la libertà terapeutica del detenuto, ad esempio, è totalmente subordinata all'esigenza di assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza demandate istituzionalmente all'amministrazione penitenziaria.

La Corte Costituzionale riguardo al combinato disposto degli artt. 11 l.n. 354 del 1975 e 17 del suo regolamento di esecuzione sottolinea come il procedimento di tutela della salute sia totalmente carente delle minime garanzie sia riguardanti il contraddittorio che il controllo, cfr. Corte Costituzionale, sent. 6 agosto 1979, n. 114, nonché Corte Costituzionale, sent. 19 novembre 1991, n. 414 in *Giur. Cost.*, 1991, p. 3540.

⁸⁰ Le Regole Penitenziarie Europee già dal preambolo sottolineano come l'esecuzione delle pene privative della libertà debba sia la presa in considerazione degli imperativi di ordine e disciplina e allo stesso tempo garantire che le condizioni di detenzione non portino pregiudizio alla dignità umana, offrendo occupazioni costruttive e preparando il detenuto al reinserimento sociale. Nella parte terza, l'articolo 39 stabilisce che "*Le autorità penitenziarie devono salvaguardare la salute dei detenuti affidati alla loro custodia*" organizzando in istituto dei servizi medici che siano correlati con l'assistenza sanitaria nazionale e compatibile con essa. Da qui si estrinseca quanto affermato dall'art. 11 dell'ordinamento penitenziario e l'art. 17 del suo regolamento di esecuzione sottolineando come all'interno degli istituti penitenziari sia importante la tutela della salute: l'art. 11 o.p. nel suo comma 1 stabilisce che "*Ogni istituto penitenziario è dotato di un servizio medico e di un servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati; dispone, inoltre, dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria*".

⁸¹ Corte Costituzionale, sent. 204/1974, in cui avverso un ricorso nei confronti di un provvedimento del magistrato di sorveglianza di Biella, la Corte sottolinea come l'art. 27 comma 3 ha assunto un peso e un valore maggiormente pregnante rispetto alla sua introduzione, tale da influenzare il concetto di pena e di finalità della stessa.

In dottrina si è discusso animatamente sulla finalità e sugli scopi della pena, si veda EUSEBI, *La pena "in crisi". Il recente dibattito sulla funzione della pena*, 1989; RONCO, *Il problema della pena. Alcuni profili relativi allo sviluppo della riflessione sulla pena*, 1996. In ossequio con i precetti costituzionali l'art. 1 dell'ordinamento penitenziario al suo comma 1 enuncia il principio secondo il quale il trattamento penitenziario oltre a essere conforme ad umanità, deve anche assicurare il rispetto della dignità umana, riconosce l'esistenza di un ampio ventaglio di diritti dei detenuti e degli internati che lo stato di reclusione non intacca. In materia di diritti delle persone reclusi le Regole Penitenziarie Europee enuncia tre principi fondamentali: in primo luogo che "Le persone private della libertà devono essere trattate nel rispetto dei diritti dell'uomo" (Art.1), in secondo luogo "Le persone private della libertà conservano tutti i diritti che non sono stati loro tolti, secondo la legge, dal provvedimento che le condanna a pena detentiva o che applica la custodia cautelare" (Art.2) e in terzo luogo "la mancanza di risorse non può giustificare condizioni di detenzione lesive dei diritti dell'uomo" (Art.4).

L'influenza apportata alla norma di ordinamento penitenziario e al suo regolamento di esecuzione dal profondo mutamento ideologico circa il modo di intendere il detenuto, identificandolo come persona umana al centro dell'esecuzione penale e non come sottoposto ad un sistema afflittivo, ha comportato la realizzazione di quanto stabilito dall'art. 32 Cost. attraverso gli artt. 5-11 l. 354/1975 integrati dagli artt. 6 ss. del d.p.r. n. 230 del 2000. Gli aspetti toccati operano per un verso la tutela preventiva della salute dei detenuti e per un altro a realizzare le condizioni minime ambientali e igieniche, nonché un regime di cura per il mantenimento della loro integrità fisica.⁸² In particolare, l'art. 11 o.p. stabilisce i principi concreti dell'organizzazione medica all'interno degli istituti, finalizzata a garantire le migliori condizioni di salute dei detenuti e internati assicurando le cure opportune in caso di malattia o altre esigenze sanitarie.

La norma stabilisce che sia presente " *un servizio medico e farmaceutico*" volto a far fronte a finalità profilattiche e di cura, nonché l'obbligo di avvalersi della collaborazione di un esperto in psichiatria.⁸³ Importante rilievo assumono le numerose circolari emanate dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria su questo argomento, facendo emergere l'approccio pratico al problema dell'amministrazione centrale e i principi basilari con cui contemperare la tutela della salute e la gestione degli istituti soprattutto riguardo alla divisione delle competenze tra Servizio Sanitario nazionale e Amministrazione Penitenziaria.⁸⁴

Tutto questo è però mutato con la riforma della sanità penitenziaria e la sua regionalizzazione

Principi analoghi si ricavano dalle Regole Minime per il Trattamento dei detenuti, emanata dall'O.N.U. nel 1955, nonché dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo del 1944.

⁸²Queste disposizioni hanno per oggetto le caratteristiche degli edifici penitenziari, i locali di soggiorno e pernottamento, il vestiario e il corredo, l'igiene personale, l'alimentazione, la permanenza all'aperto, le attrezzature per attività di lavoro, di istruzione e di ricreazione.

Sono norme che operano per un verso per la tutela della salute dei soggetti privati della libertà e volte ad assicurare le condizioni minime sia ambientali che igieniche, riprendendo quanto stabilito dalle Regole Penitenziarie Europee. La Corte Costituzionale nella sentenza n. 212 del 3 luglio 1992 ha stabilito che " Il detenuto pur trovandosi in situazione di privazione di libertà personale in forza della sentenza di condanna, è pur sempre titolare di diritti incompressibili, il cui esercizio non è rimesso alla semplice discrezionalità dell'autorità amministrativa preposta all'esecuzione della pena detentiva, e la cui tutela sfugge al giudice dei diritti".

Il principio in questione va esteso ai diritti che sono posti a tutela dei " minimi spazi vitali" dei detenuti e degli internati quali il diritto ad un ambiente salubre in cui scontare la pena detentiva, e ad una alimentazione sana e sufficiente (art. 6 e 7 O.P) e al diritto di permanere all'aria aperta per non meno di un ora (art. 10 O.P.).

⁸³ L'articolo 11 dell'Ordinamento penitenziario stabilisce i principi generali degli interventi di carattere medico e paramedico finalizzati sia alla conservazione delle buone condizioni di salute dei detenuti che ad assicurare le cure opportune in caso di infermità o di altre esigenze sanitarie.

Da un punto di vista della prevenzione va presa in considerazione la nuova disciplina in merito alla costruzione degli edifici penitenziari (artt. 5-12 o.p.), mentre dal punto di vista terapeutico l'organizzazione del servizio sanitario, disciplinata dall'art. 11 o.p. e integrata da numerose disposizioni del regolamento di esecuzione, viene concepita " come una funzione a cui le risorse esterne direttamente e continuamente collaborano" (cfr. DI GENNARO-BREDA-LA GRECA, *Ordinamento penitenziario*, p.84).

⁸⁴A riguardo si possono ricordare: la circolare D.A.P. del 12 settembre 1985, n. 3132/5582 avente ad oggetto l'assistenza sanitaria ai detenuti.

" La salute è bene primario di ogni cittadino" così stabilisce la circolare sottolineando come sia dovere dell'Amministrazione Penitenziaria far sì che il detenuto possa usufruire della migliore assistenza all'interno degli istituti penitenziari; dello stesso avviso la circolare D.A.P. del 21 luglio 1986, n. 3182/5632, la n. 3258/5708 riguardante la Tutela della vita e della salute dei detenuti e degli internati e, da ultimo, la n. 643295/12 del 24 novembre 1990 riguardanti gli indirizzi e le direttive per l'assistenza sanitaria penitenziaria.

2.2-LA RIFORMA DELLA SANITA'PENITENZIARIA

Fin dalla nascita dell'ordinamento penitenziario una delle materie più controverse sotto l'aspetto della divisione delle competenze è stata la tutela della salute dei detenuti. La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, l. 833/78, ha fatto confluire in un unico soggetto mutualistico tutte le varie organizzazioni di assistenza sanitaria presenti all'epoca.⁸⁵ Per questo motivo si intese come non del tutto sbagliato dire che l'assistenza in carcere dovesse essere gestita dal SSN, concedendo agli enti locali una parte di responsabilità di gestione e amministrazione con la deresponsabilizzazione dell'Amministrazione Penitenziaria, non essendoci nessuna esplicita deroga a riguardo nel corpo normativo. Chiarezza fu fatta grazie al parere del Consiglio di Stato n. 305 del 07.07.1978 che confermò la esclusiva competenza dell'Amministrazione Penitenziaria in tema di salute delle persone reclusi definendola come “uno dei compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario”.⁸⁶

Nel 1998 la legge n. 419, avente ad oggetto la “Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale”, nel suo articolo 5 ha fissato le linee guida per il riordino della medicina penitenziaria. In forza di questa previsione è stato emanato il d.lgs. n. 230/99 che, ispirandosi ai dettati dell'articolo 32 della Costituzione, ha iniziato a porre le basi per il riordino della medicina penitenziaria e per il passaggio del personale sanitario dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria al SSN.⁸⁷ L'equiparazione del detenuto e dell'internato al cittadino in stato di libertà per l'erogazione delle prestazioni di diagnosi, cura, prevenzione e riabilitazione affermato quale principio generale dal d.lgs.

⁸⁵La legge 23 dicembre 1978, n. 833, negli artt. 1 e 2 indica le finalità e i principi da cui è ispirata: il rispetto della dignità umana e della libertà, nonché il sottolineare come la tutela della salute sia un diritto fondamentale dell'individuo sono le basi ispiratrici della creazione di un servizio sanitario su basi egualitarie e universali, che superasse le frammentazioni del sistema mutualistico senza incidere nei suoi principi di fondo.

I principi fondamentali su cui si basa il SSN partono dalla responsabilità pubblica della salute delle persone, per concludersi con la portabilità dei diritti di assistenza all'interno dell'intero territorio nazionale. Il governo del sistema sanitario è esercitato in maniera prevalente da Stato e Regioni, secondo la distribuzione avvenuta in base alla recente riforma costituzionale.

Si sono delineati a riguardo due approcci: il primo basato sul principio costituzionale della solidarietà sociale collegato col principio di sussidiarietà, consistente nel far corrispondere il livello della risposta politica, amministrativa e sociale con il livello di bisogno a cui far fronte. Il secondo approccio è maggiormente individualistico e pone l'accento sull'individualizzazione della risposta del bisogno unita ad una sussidiarietà cd. “verticale”.

Proprio per dare attuazione a quanto stabilito dall'art. 32 Costituzione nella parte in cui prevede le prestazioni sanitarie, incluse quelle preventive, riabilitative e di cura, attraverso l'iterazione tra istituzioni pubbliche e private.

⁸⁶ Il dibattito sorto successivamente a questa normativa ha visto due fronti contrapposti: uno costituito dagli assertori dell'indipendenza della sanità penitenziaria proprio in assenza sul punto di una specifica norma, nell'ambito della legge 833/78; l'altro costituito dai sostenitori della tesi opposta, che vedeva la sanità penitenziaria ormai riassorbita all'interno del servizio sanitario nazionale proprio perché non espressamente derogata da questa legge, come avvenuto per altri settori della sanità come la sanità militare. La vicenda ha trovato composizione grazie, proprio, al parere del Consiglio di Stato, n. 305 del 07 luglio 1978, che si è espresso confermando l'esclusiva competenza dell'Amministrazione Penitenziaria in materia di diritto alla salute della popolazione detenuta confermando la tesi favorevole alla conservazione dell'assistenza sanitaria tra i compiti riservati allo Stato. L'autonomia del servizio sanitario penitenziario viene ad essere suffragata da una presunzione di specialità “in re ipsa” determinata sia dalla necessità di assoggettare il servizio ai limiti imposti per la salvaguardia delle finalità primarie degli istituti di pena, sia dalle peculiari caratteristiche che dovrebbe avere la medicina penitenziaria in quanto istituzionalmente volta anche a contribuire all'opera di trattamento in collaborazione con altre autorità e figure professionali a ciò preposte. (cfr. MAGLIONA-PASTORE, *Riv.It. Med. Leg.*, 91, p.455).

⁸⁷Il trasferimento delle funzioni sanitarie per i detenuti ed internati dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario è l'atto conclusivo di un lungo processo di riflessione e di ricerca che ha visto coinvolti non solo organi politici ma anche studiosi e addetti ai lavori. Nel 1998 la legge n.419, nel suo articolo 5 aveva affidato ad appositi decreti legislativi il “riordino della medicina penitenziaria”, attraverso l'inserimento all'interno del Servizio Sanitario Nazionale di personale e strutture dell'amministrazione penitenziaria, riordinando così l'intero assetto assistenziale pubblico. In attuazione delle disposizioni il d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230 inseriva questo settore all'interno del SSN definendo gli ambiti di intervento degli enti interessati- Regioni, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia- stabilendo che all'Asl spettasse il compito di erogare le prestazioni sanitarie mentre al Ministero della Giustizia manteneva il compito di sicurezza. Lo stesso decreto legislativo disponeva il transito immediato, a decorrere dal 1 gennaio 2000, delle funzioni relative all'assistenza e cura dei detenuti tossicodipendenti e prevedeva il trasferimento delle altre funzioni sanitarie al termine di un periodo di sperimentazione da realizzarsi presso alcune Regioni. Nel 2002 con un decreto interministeriale sanità-giustizia, presso il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, veniva costituita una Commissione mista di studio per il rinnovamento del Servizio sanitario penitenziario con il compito di definire nuovi modelli in materia di medicina penitenziaria.

Successivamente nel 2007 si costituì un gruppo tecnico presso il Ministero della Salute che riprendeva il cammino della riforma fino a che nel 2008 con la Legge finanziaria del 2008 confermava il definitivo passaggio di competenze dal Ministero della Giustizia a quello della salute.

n.230/'99 costituisce pratica attuazione di quanto affermato dal nostro dettato costituzionale in tema di tutela dei diritti inviolabili dell'uomo.

La *summa divisio* delle competenze stabilita dall'art. 3 del decreto, che affida alle Unità sanitarie locali la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari e all'Amministrazione Penitenziaria la funzione del mantenimento della sicurezza, pone fine alle questioni scaturite dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale aprendo il fronte del passaggio delle funzioni, del personale e degli strumenti alle Asl.

Riguardo al trasferimento delle competenze l'art. 8 del decreto stabilisce che a decorrere dal 1 gennaio 2000 quelle relative alla prevenzione e all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti siano trasferite al servizio sanitario nazionale lasciando la devoluzione delle altre, dopo un breve periodo di sperimentazione da realizzarsi presso le regioni Lazio, Toscana e Puglia, già indicate all'interno del Decreto, ad un periodo successivo.

La proroga del periodo di sperimentazione mediante il D.Lgs. 433/2000 e la sua estensione alle Regioni a Statuto Speciale che ne avessero fatto richiesta, nonché l'aggiunta di altre Regioni quali la Campania, l'Emilia Romagna e il Molise, ha portato solo nel 2008 alla sottoscrizione del definitivo D.p.c.m. e alla sua effettiva entrata in vigore. Il difficile equilibrio tra esigenze cautelari e tutela della salute dei detenuti è sfociata nella costituzione, fin dal mese di aprile 2008, di un gruppo tecnico di rappresentanti delle Regioni, al quale sono stati invitati a partecipare delegati del Ministero della salute e del Ministero della Giustizia, e a un tavolo di consultazione permanente nell'ambito della Conferenza unificata Stato/Regioni con l'obiettivo di garantire nell'intero territorio nazionale l'attuazione e l'elaborazione di una bozza di protocollo di intesa tra regioni e i Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria.

In particolare, il Tavolo di consultazione permanente ha il compito di verificare l'attuazione del transito della medicina penitenziaria alle Regioni sull'intero territorio nazionale e di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nei confronti di detenuti ed internati; il Comitato paritetico interistituzionale, invece, ha l'obiettivo di fornire le linee guida per gli interventi agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e alle Case di Cura e Custodia. L'attuazione del D.p.c.m.01/04/2008 ha avuto fasi differenti nelle varie regioni d'Italia per la complessità della materia, pur rimando fermi i principi di riferimento della riforma e gli obiettivi da perseguire.

Si è assistito, pertanto, a una attuazione a "due velocità". Per le Regioni a Statuto Speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano, il D.lgs. n. 230/1999 al suo articolo 9 ha previsto per la sua attuazione le modalità previste dai rispettivi Statuti e dalle relative norme di attuazione con l'adozione in Trentino Alto Adige del Decreto Legislativo 19 novembre 2010 n. 252, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 26 del 02.02.2011 ed entrato in vigore in data 17. 02.2011⁸⁸ e in Valle d'Aosta del Decreto Legislativo n. 192 del 26 ottobre 2010, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 271 del 19 novembre 2010, che nel suo articolo 2 prevede che il trasferimento delle funzioni sia successivo al trasferimento delle risorse finanziarie, cosa che non è avvenuta finora. Passi avanti sono stati fatti solo dalla regione Sardegna che, mediante l'emanazione del d.lgs. 18 luglio 2011, ha cominciato a intraprendere il passaggio delle competenze delle strutture e del personale sanitario alle Aziende sanitarie. Molto indietro appare la Sicilia che dal 2008 ad oggi non ha ancora intrapreso nessun tipo di azione volta alla concreta devoluzione delle competenze. Identica situazione in Friuli Venezia Giulia dove l'Amministrazione Penitenziaria ha ancora la competenza sull'ambito sanitario, malgrado il d.lgs. n. 274/'10 stabilisca, al suo art.7, la necessità di un pronto trasferimento delle competenze.

Mentre gli assessorati alla sanità di Regioni a statuto ordinario hanno già stipulato i relativi protocolli d'intesa con l'amministrazione penitenziaria per il passaggio delle relative competenze e materiali. La regione Emilia Romagna, ad esempio, mediante delibera n. 1067 del 2009 ha recepito il decreto del 2008, nonché con Delibera della Giunta Regionale

⁸⁸Lo stabilire che l'attuazione del passaggio delle competenze per le Regioni a Statuto speciale dovrebbe avvenire secondo le norme dei rispettivi statuti comporta delle conseguenze palpabili sul piano legislativo. Con il decreto legislativo n. 252 del 19 novembre 2010 la regione Trentino Alto-Adige ha dato attuazione al decreto sulla regionalizzazione della medicina penitenziaria.

Con il provvedimento di cui sopra si apporta modifiche al DPR n. 474 del 1975 riguardante le "Norma di attuazione di igiene e sanità" e si dispone pertanto il trasferimento alle Province autonome di Trento e Bolzano delle funzioni statali di assistenza ai detenuti e agli internati.

Il decreto in questione completa le funzioni che sono state attribuite dal decreto legislativo n. 168 del 2006 sul trasferimento del personale sanitario e degli strumenti. La Valle d'Aosta, invece, con la Legge regionale n. 11 del 10 maggio 2011 ha recepito il Dpcm del 2008.

n. 314 del 23 marzo 2009 ha istituito il “Programma Regionale per la salute negli istituti penitenziari”. Con questo documento la regione ha voluto dare alla Asl un indirizzo per la redazione dei Programmi Aziendali volti a perseguire uno standard di assistenza sia della medicina di base che della medicina specialistica nei confronti della popolazione detenuta. La regione Veneto recepito con DGR n. 2144 del 29 luglio 2008 il decreto di riordino della sanità penitenziaria ha istituito, con decreto n.114 del 06 ottobre 2011, un Osservatorio Regionale permanente della Sanità Penitenziaria.

Lo stesso si può dire per la Campania che ha recepito il decreto del 2008 con Delibera n. 1551 del 29 settembre 2008, ma solo nel 2011 ha creato un Osservatorio permanente per il monitoraggio della sanità penitenziaria. Tutto ciò premesso ci porta a concludere che, malgrado la cronica lentezza delle istituzioni, la regionalizzazione della sanità penitenziaria si è compiuta nella totalità, lasciando alla competenza del Provveditorato dell’Amministrazione Penitenziaria solo le Regioni a Statuto Speciale.

Pertanto, saranno i rispettivi assessorati alla sanità ad avere la funzione di impulso e coordinamento nei confronti delle Asl. di competenza realizzando quanto era nei piani della creazione del sistema mutualistico del Servizio Sanitario Nazionale.

AltraCittà
www.altravetrina.it

2.3- L'ATTUAZIONE DELLA RIFORMA IN UMBRIA

In Umbria il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 01.04.2008 risulta recepito mediante la delibera della Giunta regionale 682/2008, in cui si istituisce l'Osservatorio permanente della salute in carcere, con rappresentanti della direzione regionale, delle aziende sanitarie locali e dell'amministrazione penitenziaria al fine di concertare i programmi di intervento socio-sanitari e monitorare e valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi a tutela della salute dei detenuti e degli internati sottoposti a provvedimento penale, garantendo l'efficacia delle misure di sicurezza.⁸⁹ Il modello preso in considerazione è il cosiddetto modello "a rete", che individua le attività sanitarie di base e specialistiche e massimizza la qualità delle prestazioni da erogare in relazione alle risorse economiche e alla complessità del sistema penitenziario regionale; di conseguenza, il Distretto Sanitario risulta essere l'articolazione organizzativa della Asl che si occupa della presa in carico del detenuto nei suoi bisogni socio-sanitari, garantendo l'equità della cura e della piena parità di trattamento e facendo diventare l'Istituto Penitenziario una appendice del distretto.

L'esecuzione penale comporta la necessità di una assistenza sia primaria che specialistica continuativa, per i bisogni mutevoli legati non tanto all'età del detenuto quanto a pregresse fragilità dovute all'ambiente in cui si è autodeterminato. Quindi il piano sanitario penitenziario comprende la presenza di figure professionali che garantiscano la continuità della cura e di una organizzazione del lavoro che tenga presente sia le tipologie del detenuto, pena definitiva e assegnazione, sia il numero degli stessi e la loro dislocazione nell'istituto.⁹⁰

Nell'ambito della ricerca è stato sottoposto un questionario a 11 Asl aventi la competenza in cui insistono istituti con reparti detentivi per disabili e minorati fisici⁹¹ per comprendere lo stato di attuazione del decreto specie per l'aspetto riguardante la presa in carico dei detenuti disabili fisici.

Delle 11 Asl interpellate solo due di esse, la Asl del Triveneto e la Ausl Roma H, di cui fa parte il complesso penitenziario di ⁸⁹Con la delibera della Giunta regionale 682 del 9 giugno 2008 si è dato attuazione a quanto stabilito dal D.p.c.m. del 1 aprile 2008.

Nel preambolo si sottolinea come scopo primario non sia solo il recepimento del decreto ma anche l'istituzione di un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, delle Aziende sanitarie e dell'Amministrazione penitenziaria al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi a tutela della salute dei detenuti internati sottoposti a provvedimento penale, garantendo, nel contempo, l'efficacia delle misure di sicurezza.

La delibera pone tra i compiti istituzionali quello di attivare strutture di organizzazione aziendale per la tutela della salute in carcere e, contestualmente, di prendere in carico sia il personale che le attrezzature e gli arredi, nonché stipulare dei protocolli di intesa sulla materia.

⁹⁰E' stato sottoposto, a questo riguardo, un questionario al dirigente della programmazione sanitaria presso la Regione Umbria che insieme al responsabile di sezione si occupa della attuazione del decreto e della presa in carico dei detenuti:

- A che punto è l'attuazione del D.P.C.M del 01.04.2008 nella regione Umbria?
- Quali atti gestionali e quali servizi hanno adottato la ASL competente per territorio e/o la Regione Umbria in riferimento al reparto detentivo per disabili attivo presso l'Istituto Penitenziario Perugia Capanne?
- In caso di adattamento o nuova costruzione di un reparto detentivo per disabili eventuali deroghe costruttive (ad esempio inserimento o meno di un ascensore o servo scala) vengono concesse dalla Asl?
- In caso di costruzione o ristrutturazione di un ambiente o reparto o sezione detentiva per finalità sanitarie (ad esempio: reparto per disabili, centro clinico, ambulatorio, infermeria, ecc.), la valutazione di accessibilità, visitabilità, adattabilità alle esigenze dei detenuti disabili da quale organismo vengono effettuate?
- Sono presenti dei detenuti disabili all'interno dei nostri istituti penitenziari? Se sì che tipo di patologia hanno?
- I detenuti disabili per quanto concerne la riabilitazione e la cura vengono presi in carico dai Distretti sanitari di competenza e usufruiscono di quanto stabilito dal "Piano regionale integrato per la Non Autosufficienza"?
- Nei reparti detentivi ospedalieri esistenti a Terni e Spoleto ovvero in futuro eventualmente realizzati, sarà operata e da quale organismo, la valutazione sulla accessibilità, visitabilità, adattabilità alle esigenze dei detenuti disabili.

⁹¹ Cfr. *supra*.

Velletri hanno dato delle risposte, delle altre non si è avuta risposta alcuna. L'Asl Roma H fa presente che l'attuazione del D.p.c.m non è stata omogenea e che, benchè la Asl abbia acquisito sia il personale medico che il materiale, la casa circondariale non è stata ancora definita quale unità operativa aziendale. Nel nuovo complesso ci sono camere detentive adibite ad ospitare detenuti in carrozzina ma non è stato richiesto alcun sopralluogo da parte dell'azienda sanitaria per l'abilitazione. Di contro, la Asl del Triveneto fa presente che ancora nella loro regione il decreto non è stato attuato e la presa in carico dei detenuti e dei detenuti disabili è ancora nelle competenze dell'amministrazione penitenziaria

AltraCittà
www.altravetrina.it

.4- DIRITTI DEL DETENUTO: TRATTAMENTI INUMANI E DEGRADANTI.

La privazione della libertà non equivale a un generale assoggettamento della persona *in vinculis* all'amministrazione penitenziaria e non preclude la tutela dei diritti soggettivi in capo ad essa: questa idea percorre tutta la dottrina e la giurisprudenza sia costituzionale che europea. La dignità del detenuto trova una estrinsecazione giuridica non solo nel nucleo dei diritti inviolabili dell'uomo, ma si estende anche a posizioni sostanziali che appartengono a tutti i cittadini e che non sono incompatibili con lo *status* detentivo.

Come detto precedentemente, questa è l'elaborazione ideologica e culturale avvenuta con lo sviluppo della concezione della pena che da retribuzione e metodo di repressione criminale è divenuta mezzo di rieducazione e reinserimento e ha segnato in modo indelebile tutto il sistema penitenziario. Non c'è da stupirsi, pertanto, se il legislatore ha affidato il compito di disciplinare la vita del detenuto ad una norma primaria, la legge n. 354 del 1975, fissando preventivamente delle regole capaci di delimitare in modo preciso i confini tra potere amministrativo e diritti dei detenuti. Il "trattamento penitenziario" assume, così, due diverse connotazioni una di genere e una di specie: in generale, si intende " *quel complesso di norme e di attività che regolano e assistono la privazione della libertà per l'esecuzione di una sanzione penale. Rientrano, nel concetto, le norme dirette a tutelare i diritti dei detenuti, i principi di gestione degli istituti penitenziari, le regole che attengono alla somministrazione e alle prestazioni dovute ai privati della libertà*" secondo quanto stabilito dall'ordinamento penitenziario.⁹² Nel caso di specie, invece, il "trattamento" si ricollega a quanto stabilito dall'art. 27 comma 3 della Costituzione discendendo da esso la caratteristica di percorso rieducativo incardinato nella sfera dei rapporti tra amministrazione penitenziaria e persone recluse.

Molte sono state le pronunce dei giudici costituzionali volte a rendere la disciplina penitenziaria maggiormente attinente con quanto espresso dalle norme sovra nazionali, attribuendo limiti netti al potere punitivo dello Stato e tutelando i diritti inviolabili del detenuto. Lo scopo sia delle corti nazionali che sovranazionali è sempre stato quello di evitare che l'esecuzione della pena potesse aumentare in modo ingiustificato il senso di umiliazione.

Per questo motivo una serie di diritti, elaborati dalla Corte Europea dei diritti dell'uomo e accolti anche dal nostro ordinamento, vengono usufruiti dai detenuti tra cui il più importante è il divieto di essere sottoposto a trattamenti carcerari inumani e degradanti.

L'art. 3 della C.e.d.u stabilisce che " *Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti*", richiamando quanto espresso dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite a New York nel dicembre 1948 che nell'art. 5 sancisce " *Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizione crudeli, inumani o degradanti*".⁹³ Pur non avendo valore giuridico

⁹² MARIO CANEPA-SERGIO MERLO " *Manuale di diritto penitenziario*", Mi, 2012.

⁹³ Il divieto di tortura e pene inumane e degradanti è un principio rientrante nel nucleo fondamentale del diritto internazionale dei diritti dell'uomo quale valore della dignità umana.

L'art. 3, comune alle quattro Convenzioni di Ginevra del 1949 (norme e consuetudini di guerra) vieta nei confronti di coloro che non partecipano attivamente alle ostilità "a) le violazioni contro la vita e l'integrità corporale, specialmente l'assassinio in tutte le sue forme, le mutilazioni, i trattamenti crudeli, le torture e i supplizi; b) gli oltraggi alla dignità personale, in particolare trattamenti umilianti e degradanti". La Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo approvata dall'assemblea generale delle Nazioni Unite a New York nel dicembre del 1948 sancisce nel suo art. 5 che " *Nessun individuo può essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizioni crudeli, inumane e degradanti*", e anche se la Convenzione non ha carattere giuridico vincolante da più di mezzo secolo rappresenta un modello per gli ordinamenti giuridici post- bellici. Sulla dall'art.5 della Dichiarazione Universale nasce la Convenzione per l'abolizione della tortura e dei trattamenti o delle punizioni crudeli, inumani o degradanti adottata nel 1984 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite. Allo stesso modo nell'art.5 della Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo (e nella successiva Convenzione ONU contro la tortura) trova la sua matrice prima di riferimento il divieto di tortura contenuto nel Patto internazionale sui diritti civili e politici del 1966, l'art. 3 della Convenzione europea di Salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del Consiglio d'Europa e la Convenzione europea per la prevenzione della tortura del 1987. L'art.5 della Dichiarazione Universale ha costituito modello di riferimento anche per il divieto di tortura contenuto nella Convenzione americana dei diritti dell'uomo (art.5 par.2), e per la Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli, approvata nel 1981 in Gambia dai Paesi membri dell'organizzazione dell'Unità Africana, che sancisce all'art.5: " *Ciascun individuo deve avere il diritto al rispetto della sua dignità in quanto essere umano ed al riconoscimento del suo status legale. Tutte le forme di prevaricazione e mortificazione dell'uomo e particolarmente la schiavitù e la sua tratta, la tortura, le pene ed i trattamenti crudeli, disumani o degradanti, dovranno essere proibite*." Secondo il medesimo impianto generale il crimine di tortura è codificato anche in Convenzioni internazionali a carattere regionale quali la Dichiarazione del Cairo sui diritti dell'uomo nell'Islam adottata dalla IX

vincolante, quanto espresso dalla Dichiarazione ha costituito la base per l'elaborazione della "Convenzione per l'abolizione della tortura e dei trattamenti o delle punizioni crudeli, inumani o degradanti" adottata nel 1984 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite, nonché l'esempio per molte produzioni giuridiche con lo stesso contenuto.

Il rispetto della dignità dell'uomo, premessa del carattere assoluto del divieto di tortura e trattamenti inumani e degradanti, fa sì che si confermi come uno dei principi fondamentali su cui si fonda la comunità internazionale, con la conseguenza che la sua violazione configura una vera e propria lesione dell'assetto dell'ordine pubblico europeo.

L'articolo 3 della Convenzione Europea non definisce compiutamente i confini di cosa sia la tortura e il trattamento inumano e degradante ma è toccato alla giurisprudenza della Corte Europea di Strasburgo il compito di precisarne la fattispecie concreta, attraverso la quale sono stati indicati i punti cardine che hanno guidato l'interpretazione dell'art. 3 C.e.d.u.⁹⁴

Identificando nella "soglia minima di gravità" il confine che delimita quando si sia in presenza di una condotta lesiva dell'articolo in esame o meno la tortura è stata definita come "un trattamento inumano avente lo scopo di ottenere informazioni o confessioni, o di infliggere una condanna", che integra tra di loro tutti gli elementi caratterizzanti il trattamento inumano e il trattamento degradante. Si configura trattamento inumano "un trattamento tale da provocare volontariamente gravi sofferenze mentali e fisiche che nelle condizioni del caso non può essere giustificato", mentre è trattamento degradante quello "volto ad umiliare in modo vile l'individuo davanti ad altre persone e a spingerlo ad agire contro la sua volontà, instillando sentimenti di paura, di angoscia, di inferiorità atti ad umiliare ed avvilito". Secondo la Corte la gravità del comportamento si integra con la gravità della condotta da ricostruirsi sulla base di elementi di carattere relativo, che cioè possono assumere rilevanza diversa da caso a caso, quali le caratteristiche del soggetto, la sua età e lo

stato di salute.⁹⁵ La valutazione globale di questi elementi concorrono, ma non pienamente, a integrare la fattispecie della Conferenza islamica dei Ministri degli Affari Esteri al Cairo nel 1990, o la Dichiarazione islamica universale dei diritti dell'Uomo del 1981. Tra le Convenzioni internazionali in materia di diritti dell'uomo quella che ha contribuito maggiormente alla definizione ed allo sviluppo della moderna giurisprudenza in materia di divieto di tortura è indubbiamente la Convenzione elaborata dal Consiglio d'Europa: la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali firmata a Roma nel 1950.

⁹⁴La Corte europea, attraverso un percorso interpretativo che ormai ricopre l'arco temporale di quasi mezzo secolo, ha connotato il contenuto dell'art.3 sia "in ampiezza" che "in profondità". La giurisprudenza di Strasburgo ha delineato il contenuto dell'art.3 cercando di circoscrivere, sulla base di parametri normativi di carattere empirico, l'ampiezza massima e minima che la condotta deve assumere per integrare le tre diverse forme di violazione: il trattamento degradante, il trattamento inumano, la tortura. L'elaborazione giurisprudenziale se da un lato ha tenuto distinti i profili tipici delle tre diverse violazioni, dall'altro le ha ricondotte in un unico solco, quello che le accomuna in quanto tutte costituenti espressione di un *vulnus* al principio fondamentale del rispetto della dignità umana. Di conseguenza diversa è "la profondità" che caratterizza le condotte integranti le tre violazioni. A parere della Corte europea, infatti, necessariamente una condotta che integra il crimine di tortura contiene in sé tutti gli elementi del trattamento inumano oltre, chiaramente, un *quid pluris* idoneo ad elevare la violazione al grado superiore di tortura. Così anche ogni trattamento inumano contiene in sé gli elementi del trattamento degradante, e, *ex adverso*, la configurazione di un trattamento degradante non è detto che abbia in sé tutti gli elementi necessari ad integrare un trattamento inumano. Secondo la Commissione: "It is plain that may be treatment to which all these descriptions apply, for all torture must be inhuman and degrading treatment, and inhuman treatment also degrading. The notion of inhuman treatment covers at least such treatment as deliberately causes severe suffering, mental or physical, which in the particular situation, is unjustifiable. ... The word torture is often used to describe inhuman treatment, which has a purpose such as obtaining of information or confession, or the infliction of punishment, and it is generally an aggravated form of inhuman treatment. Treatment or punishment of an individual may be said to be degrading if it grossly humiliates him before others or drives him to act against his will or conscience. In this report the expression torture or ill-treatment will be used for sake of brevity to describe generally acts prohibited by article 3" (caso Greco)

⁹⁵ Nel delimitare la portata applicativa dell'art.3 la Corte europea ha fatto ricorso al meccanismo giuridico della c.d. *soglia minima di gravità*. Per giungere a configurazione la condotta criminosa prevista dall'art.3 della Convenzione deve raggiungere un livello minimo di gravità. Il criterio della c.d. soglia minima di gravità elaborato dalla Corte europea non solo individua e circoscrive il focus applicativo dell'art.3 della Convenzione, ma rileva anche ai fini della distinzione nell'ambito delle tre condotte illecite contemplate dall'art.3: trattamento degradante (soglia minima), trattamento inumano (soglia intermedia) e tortura (soglia superiore). La soglia minima di gravità (che configura l'illecito meno grave ossia il trattamento degradante), la soglia intermedia inferiore (che distingue il trattamento degradante dal trattamento inumano) e quella intermedia superiore (che distingue il trattamento inumano dalla tortura), non sono ancorate a parametri fissi di riferimento normativo, ma hanno carattere relativo e dunque mobile.

La Corte di Strasburgo da sempre richiede che i maltrattamenti, per poter essere qualificati come violazioni sostanziali dell'art. 3 CEDU, superino una certa soglia minima di gravità. Il criterio della soglia minima di gravità è stato più volte ribadito dalla giurisprudenza che afferma quasi in ogni sentenza il concetto che "un maltrattamento, ivi compresa una

soglia minima di gravità tanto che la giurisprudenza, quale strumento interpretativo utile ad individuare il confine tra trattamento violento lecito e quello rientrante nel divieto sanzionato dalla norma, ha affiancato ad essa il concetto dell'intensità delle sofferenze. A carico degli Stati firmatari sono posti degli obblighi positivi e negativi per il rispetto di quanto affermato dall'art. 3 delle Convenzione e non incorrere nelle sanzioni per la mancata protezione sia delle persone libere che di quelle private della libertà. Lo Stato ha l'obbligo positivo di accertare, di prevenire e impedire i maltrattamenti di cui, in modo concreto o astratto, viene a conoscenza. L'obbligo negativo da cui è gravato, invece, è quello di astenersi dall'infliggere torture e pene inumane o degradanti, adottando tutte le misure positive idonee a impedire casi di violazione dell'art. 3 della Convenzione.

L'omesso avvio di attività di indagini per constatare la reale violazione da parte di organismi statali di questo divieto, configura un grave inadempimento da parte dello Stato parte, visto che gli organi statali debbono dare corso alle indagini in ogni caso di denuncia di tortura.⁹⁶ L'influenza che i principi internazionali esercitano nel nostro ordinamento giuridico non hanno portato alla creazione di uno specifico "reato di tortura", ma solo ad una forma di adattamento per via pena, deve raggiungere un minimo di gravità per rientrare nella previsione dell'art.3".

Se i maltrattamenti non raggiungono questa soglia potranno essere classificati come violazione dell'art.8 della Convenzione come dimostrato dalla sentenza *Costello-Roberts/Regno Unito*.

⁹⁶ Il divieto posto dall'art. 3 è di carattere assoluto non ammette, quindi, limitazioni, bilanciamenti o deroghe come si evince dai lavori preparatori e anche dalla copiosa giurisprudenza della Corte Europea. Nei lavori preparatori, infatti, si legge in un intervento del delegato del Regno Unito che "la tortura non possa essere consentita per nessuno scopo, né per scoprire prove, né per salvare la vita, né per salvare la vita dello Stato".(cfr. A. ESPOSITO, *Proibizione della tortura*, in S.BERTOLE-B. CONFORTI (a cura di), *Commentario alla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali*, Padova, 2001, p.49). La base normativa risulta dall'art.15 della norma di legge che stabilisce l'inderogabilità dell'art. 3 anche in caso di eventi quale la guerra o un pubblico pericolo che minacci la nazione, si tratta quindi di un diritto che sta alla base della convenzione e ne costituisce lo spirito stesso. Gli obblighi degli Stati vengono esplicitati dalla Convenzione contro la tortura : in primo luogo essi devono adottare le opportune misure legislative, amministrative e giudiziarie (art. 2); in secondo luogo devono vietare espressamente le cd. "violazioni indirette" del divieto di tortura ossia quelle violazioni che si concretizzano non in un maltrattamento compiuto direttamente dallo Stato ma nell'esecuzione dell'espulsione, del respingimento o dell'extradizione di una persona "verso un altro Stato nel quale vi siano seri motivi di ritenere che essa rischi seriamente di essere sottoposta a tortura"(art.3). In terzo luogo la Convenzione sancisce un obbligo di incriminazione in capo agli Stati. Nell'art. 4.1 si legge, infatti, che "Ogni Stato parte vigila affinché tutti gli atti di tortura vengano considerati quali trasgressioni nei confronti del suo diritto penale". Come emerge dai più recenti lavori di codificazione a carattere internazionale in materia di diritti fondamentali dell'individuo (cfr. la Carta di Nizza dell'Unione europea), principi generali quali la dignità dell'individuo racchiudono diritti che di definiscono "diritti aperti", ossia diritti che si fondano su un continuo interscambio con l'evoluzione e lo sviluppo che connotano il bene oggetto di tutela sul piano socio-giuridico. Ne deriva una conseguente necessità di contestualizzazione spazio-temporale della norma nel corso della fase applicativa. Dunque una condotta che in un dato contesto storico-sociale sia idonea ad essere qualificata tortura in un mutato e diverso contesto può divenire trattamento inumano o degradante oppure può essere ritenuta di contenuto non equivalente né superiore alla c.d. soglia minima di gravità e dunque divenire condotta lecita. Afferma la Corte europea di Strasburgo che la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali è "uno strumento vivente, che deve essere applicato alla luce delle condizioni di vita attuali" (caso Tyrer c. Regno Unito). L'art.3 della Convenzione europea pone un divieto in termini assoluti di tortura e di pene o trattamenti inumani o degradanti. Attraverso un riferimento normativo puntuale la Convenzione europea ha configurato il divieto di tortura come uno dei diritti fondamentali dell'individuo appartenente alla categoria "blindata" dei c.d. diritti inderogabili. In linea generale la Convenzione europea ammette la derogabilità da parte degli Stati contraenti di alcuni suoi articoli qualora ricorrano particolari condizioni di assoluta urgenza, sempre che tali clausole di deroga siano necessarie e non contrastino con altri obblighi internazionali. Esistono tuttavia alcuni principi contenuti nelle disposizioni della Convenzione che non sono assolutamente passibili di deroga, la loro ampiezza non può subire limitazioni di carattere temporaneo né essi incontrano il limite esterno della sussistenza di "stato di urgenza" (la nuova rubrica aggiunta dal Protocollo n.11 recita all'art.15 co.1: "In caso di guerra o di altro pericolo pubblico che minacci la vita della nazione, ogni Alta Parte Contraente può prendere misure in deroga agli obblighi previsti nella presente Convenzione nella stretta misura in cui la situazione lo esiga e a condizione che tali misure non siano in contrasto con altri obblighi derivanti dal diritto internazionale."). La disposizione contenuta nell'art.3 della Convenzione rientra tra questi principi assolutamente inderogabili, secondo quanto dispone espressamente l'art.15 al comma 2. La giurisprudenza degli organi di salvaguardia della Convenzione europea ha dato applicazione all'art.15 co.2 della Convenzione secondo una interpretazione costante e estensiva dell' "assoluta inderogabilità" dell'art.3. Secondo la Corte europea di Strasburgo "l'obbligo enunciato dall'art.3 della Convenzione europea di non sottoporre nessuno a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti consacra un valore fondamentale della società democratica e costituisce il contenuto di una norma imperativa del diritto internazionale generale" (caso Al-Adsani c. Regno Unito).

legislativa agli obblighi assunti con la ratifica della Convenzione.

Proprio per questo, in diverse occasioni i giudici di Strasburgo pur non avendo riscontrato una palese violazione dell'art.3, hanno ammonito severamente il nostro paese a causa di mancanza di azioni volte alla tutela della dignità dei detenuti nonché della tutela del loro diritto alla salute.⁹⁷

L'obbligazione positiva in capo agli stati di assicurare che tutti i detenuti siano trattati nel pieno rispetto della dignità umana e in modo che le modalità di esecuzione della pena non eccedano le inevitabili sofferenze connesse allo stato di detenzione ha come conseguenza che la valutazione del superamento del grado minimo di gravità della pena sia connessa, anche, alla maggiore o minore tutela del diritto alla salute della persona *in vinculis* in tutte le sue più ampie accezioni. In merito a questo è necessario citare la sentenza del 10 giugno 2008 della Corte Europea di Strasburgo, il cd. "*Affaire Scoppola c. Italia*". Il caso in questione appare composito e meriterebbe un approfondimento su tutti gli aspetti di doglianza sollevati, ma occorre concentrare la nostra attenzione sull'area della tutela del diritto alla salute del detenuto disabile e la responsabilità dello stato per la compressione di questo diritto, identificato come caso di tortura e trattamento inumano e degradante.⁹⁸

Davanti alla violazione dell'art. 3 Cedu non si possono in alcun modo invocare situazioni di "crisi" o di emergenza, apparendo tale divieto inderogabile secondo quanto stabilito dall'art. 15 comma 2 della Convenzione e sottolineato da diverse sentenze di condanna della corte strasburghese (cfr. sent. Sulejmanovic c. Italia, sentenza 16 luglio 2009).⁹⁹ Ci sono dei passaggi della sentenza europea che offrono dei criteri guida per capire come uno Stato debba intendere il dettato dell'articolo in esame, interessante appare quanto detto riguardo al concetto di "dignità umana" o meglio di "rispetto della dignità umana":

⁹⁷ Il potere della Corte Europea di condannare gli Stati parte per avere violato le norme della convenzione è conseguenza del dovere che quegli Stati assumono di mantenere un atteggiamento non lesivo dei diritti tutelati. Per questo motivo si configurano in capo agli stessi degli obblighi negativi e positivi: sono obblighi negativi quelli in cui lo Stato è chiamato ad astenersi dal fare qualcosa, ad esempio non commettere maltrattamenti o non esporre un soggetto a maltrattamenti in altri Stati; sono obblighi positivi quelli volti a prevenire e impedire che si svolgano episodi di violazione dell'art. 3 CEDU e, nel caso in cui non sia stato possibile impedire la violazione, di attivare immediatamente le procedure investigative e di inchiesta necessarie a farvi fronte.

A completare il quadro degli obblighi positivi interviene anche il dovere di incriminazione con la conseguente predisposizione da parte dello Stato di una normativa penale adeguata per l'infrazione e l'esecuzione di pene proporzionate.

⁹⁸ La sentenza di cui in oggetto si riferisce al ricorso n. 50550/06 presentato alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo da parte del signor Franco Scoppola. Il richiedente, condannato alla pena dell'ergastolo per l'omicidio di uno dei figli e della moglie, era recluso presso il carcere di Regina Coeli a Roma. A causa delle sue condizioni salute lo Scoppola richiese molte volte di essere trasferito in un istituto che fosse compatibile con le sue condizioni. Nella sua motivazione la Corte ritorna ancora sul concetto di "soglia minima di gravità", sottolineando come questo concetto sia relativo: essa dipende da molto fattori, in particolare dalla durata del trattamento e dai suoi effetti fisici e mentali., nonché alcune volte dal sesso, dall'età e dalle condizioni di salute delle vittime.

Affinchè una pena e il trattamento che si accompagna ad esso possano essere definiti "inumani e degradanti" la sofferenza e l'umiliazione devono superare le condizioni di detenzione compatibili con la dignità umana, sottoponendo il soggetto ad un logorio superiore rispetto alla sofferenza inevitabile della sua condizione di detenzione. La Corte sottolinea come "*Le condizioni di vita carceraria di una persona malata devono garantire la protezione della salute con riguardo alle contingenze ordinarie e ragionevoli della detenzione. Sebbene non sia possibile dedurre un obbligo generale di rimettere in libertà od anche di trasferire un detenuto presso un ospedale civile, anche se trattasi di una persona affetta da una malattia particolarmente difficile da curare l'articolo 3 della Convenzione impone in ogni caso allo Stato di proteggere l'integrità fisica delle persone private della libertà. la Corte non può escludere che dinanzi a condizioni particolarmente gravi, ci si possa trovare in presenza di situazioni in cui la buona amministrazione della giustizia penale esige l'adozione di misure di natura umanitaria*". Riconoscendo che il richiedente non è in grado di deambulare dal 1987, che soffre di patologie cardiache e metaboliche, apprezzando gli sforzi del Ministero della Giustizia per far fronte a questa situazione ha condannato comunque il nostro paese per violazione dell'art. 3 della Convenzione Europea dei diritti dell'Uomo.

⁹⁹ Con la sentenza Sulejmanovic/Italia del 16 luglio 2009 la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha condannato il nostro paese per il sovraffollamento carcerario quale violazione dell'art.3 CEDU.

I principi generali esposti in motivazione permettono di fare una panoramica sulla giurisprudenza già sviluppata in materia: la C.E.D.U. ricorda che lo Stato è obbligato a fare sì che tutti i detenuti vivano in condizioni compatibili con il rispetto della dignità umana, che le modalità di esecuzione del provvedimento non provochino all'interessato sconforto e malessere tale da eccedere l'inevitabile livello di sofferenza legato alla detenzione e che, tenuto conto delle necessità pratiche della reclusione, la salute e il benessere del detenuto siano assicurati in modo adeguato (cfr. sent. Kudla/Polonia, sentenza di Grande Camera, 26 settembre 2000, §92-94).

“Trattandosi, in particolare, di persone private della libertà, l’articolo 3 impone allo Stato l’obbligo positivo di assicurarsi che ogni prigioniero sia detenuto in condizioni compatibili con il rispetto della dignità umana, che le modalità di esecuzione della misura non sottopongano l’interessato ad un logorio o ad una afflizione di tali intensità da eccedere il livello inevitabile di sofferenza inerente alla detenzione e che, con riguardo alle esigenze pratiche della detenzione, la salute ed il benessere del detenuto siano assicurati in modo adeguato principalmente attraverso la somministrazione delle terapie mediche richieste” La dignità, quindi, non si risolve in un concetto astratto e vago ma diviene un parametro vincolante nei confronti dello Stato che ha sottoscritto la Convenzione, che ha il diritto di garantire l’espiazione della pena, privando il detenuto del solo diritto di libertà facendo rimanere integra la possibilità di usufruire degli altri. L’inerzia da parte dell’amministrazione penitenziaria nell’adottare tempestivamente delle “ *misure di natura umanitaria*” nei confronti di una persona privata della libertà ha come conseguenza il disattendere alla prassi della “buona amministrazione della giustizia penale”risultando inaccettabile.

La vicenda in oggetto si presta ad essere letta anche alla luce di quanto riportato nell’ultimo rapporto del Comitato europeo contro la tortura che ha visitato il nostro paese dal 14 al 18 giugno 2010.¹⁰⁰ Durante la visita la delegazione ha esaminato anche la questione della fornitura sanitaria negli istituti penitenziari dopo il trasferimento delle competenze dall’Amministrazione penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale. Già nella visita del 2008 il C.P.T.,pur considerando in modo positivo il trasferimento delle competenze sanitarie avvenuto con il D.p.c.m. del 2008 lamentava sia la mancanza di continuità nel conformarsi al dettato legislativo da parte delle singole regioni che la carenza cronica di assistenza sanitaria nelle strutture penitenziarie.

I “considerando” posti all’interno del rapporto rappresentano l’importanza del servizio sanitario penitenziario, visto come sentinella per episodi di maltrattamento ai danni delle persone ospitate negli stabilimenti, raccomandando una maggiore chiarezza nelle informazioni relative alle cure e alle visite dei sanitari dopo la riforma della sanità penitenziari

¹⁰⁰ Tra il 14 e il 18 giugno 2010 una delegazione del Comitato del Consiglio d’Europa per la prevenzione della tortura ha effettuato una visita ad hoc nel nostro Paese. Le questioni esaminate sono state principalmente tre: la fornitura di assistenza sanitaria nelle carceri, le azioni volte alla riduzione dei suicidi in carcere e il sistema utilizzato per indagare su eventuali maltrattamenti in carcere. Già nel 2008 le visite effettuate all’interno ei carceri di Brescia, Secondigliano e Cagliari hanno portato il Comitato a sottolineare come “*Il CPT raccomanda alle autorità italiane con forza a chiedere l’adozione e l’attuazione di una strategia coerente per combattere il sovraffollamento delle carceri, alla luce della Raccomandazione Rec (99) 22 del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa in materia di inflazione popolazione sovraffollamento carcerario e la prigione ,Raccomandazione Rec (2000) 22 sul miglioramento della applicazione delle regole europee in materia di sanzioni e misure, Raccomandazione Rec (2003) 22 sulla liberazione condizionale (parole) e la Raccomandazione Rec (2006) 13 sull’uso della custodia cautelare, le condizioni in cui si svolge e la fornitura di garanzie contro gli abusi*”, nonché di impegnarsi affinché le condizioni di sovraffollamento delle strutture venga superato.

2.5-RESPONSABILITA' DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA PER OMISSIONI NEI CONFRONTI DEL DETENUTO.

Il procedimento dell'esecuzione penale genera un rapporto giuridico complesso, attraverso cui si assiste alla volontà dello Stato di attuare la sanzione penale e alla soggezione, non totalizzante, del condannato alla potestà pubblica. L'ordinamento struttura il rapporto di esecuzione su un modello che, nascendo dal passaggio in giudicato della sentenza, si estrinseca attraverso l'esecuzione penitenziaria fino alla definitiva espiazione della pena.¹⁰¹

Come detto precedentemente, il condannato rimane titolare di alcuni fondamentali diritti non comprimibili da parte dell'amministrazione pubblica che vengono tutelati nel caso di provvedimenti amministrativi lesivi della sua sfera soggettiva.¹⁰² La fase esecutiva comporta la presa in carico del detenuto da parte dell'amministrazione penitenziaria con la conseguente applicazione delle norme della l. n. 354 del 1975. Nel suo art. 1 la legge sull'ordinamento penitenziario stabilisce che *"Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona (...). Negli istituti devono essere mantenuti l'ordine e la disciplina. Non possono essere adottate restrizioni non giustificabili con le esigenze predette o, nei confronti degli imputati, non indispensabili a fini giudiziari."*¹⁰³

Il rapporto bilaterale tra Amministrazione Penitenziaria e detenuto si estrinseca nella procedibilità nei confronti di ogni atto o provvedimento che sia in contrasto con quanto stabilito dalle norme civili, penali o amministrative nella sede di competenza per la tutela delle situazioni incomprimibili in capo al detenuto. L'articolata serie di obblighi che scaturiscono dalla sua presa in carico quali la tutela del diritto alla salute, dell'integrità fisica, della socialità, della sua sfera familiare e affettiva, fa sì che esso non possa vederli in alcun modo compressi e il loro esercizio *"non è rimesso alla pura discrezionalità dell'autorità amministrativa preposta all'esecuzione della pena detentiva"* essendo sottoposti alla competenza del giudice ordinario.¹⁰⁴ A ragione, l'Ordinamento Penitenziario riconosce alla persona *in vinculis*, artt. 4 e 69 o.p., la possibilità di agire personalmente per la tutela delle sue posizioni giuridiche soggettive di fronte al giudice senza

¹⁰¹ Il "potere di coazione personale" dello Stato non è illimitato ma è una potestà pubblica che incontra limiti precisi quali definiti nella sentenza della Corte Costituzionale n. 349/93. Deve sottolinearsi che il sacrificio imposto dalla sentenza di condanna è limitato soltanto alla libertà di movimento o d'azione. Il provvedimento del giudice, infatti, determina una "degradazione giuridica" ossia "una menomazione o mortificazione della dignità e del prestigio della persona, tale da poter essere equiparata a quell'assoggettamento all'altrui potere, in cui si concreta la violazione del principio dell'*habeas corpus*" (cfr. sentenza Corte Costituzionale n. 68, 20 giugno 1964). Nessun sacrificio può essere imposto, dalla sentenza di condanna, alla libertà morale che è quell'aspetto della libertà personale consistente nella "pretesa dei singoli all'autodeterminazione ed all'integrità della propria coscienza, che non deve essere coartata, direttamente o indirettamente, con minacce o intimidazioni al fine di annientare la volontà e rendere supinamente acquiescenti i comandi dei governati" (cfr. MARTINEZ).

¹⁰² In tal senso si veda la sentenza della Corte Costituzionale n. 114 del 25 luglio 1979 in cui si sottolinea come *"Sia un principio di civiltà giuridica riconoscere la titolarità di situazioni giuridiche soggettive attive"*, che non vengono intaccate dalla condizione di detenzione. La sanzione detentiva comporta una grave limitazione ma non la privazione totale e assoluta dei diritti di libertà della persona, ritenendosi che quel residuo di libertà, che la detenzione lascia sopravvivere, "è tanto più prezioso, in quanto costituisce l'ultimo ambito nel quale può espandersi la sua personalità individuale" come affermato nelle sentenza della Corte Costituzionale, n. 349 del 24 giugno- 28 luglio 1993.

¹⁰³ In materia di diritti delle persone recluse, la Raccomandazione R(2006)2 delle Regole penitenziarie europee, adottata dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa, l'11 gennaio 2006 enuncia tre principi fondamentali: 1) "Le persone private della libertà devono essere trattate nel rispetto dei diritti dell'uomo" (art.1); 2) "Le persone private della libertà conservano tutti i diritti che non sono stati tolti, secondo la legge, dal provvedimento che le condanna a pena detentiva o che applica la custodia cautelare" (art.2) ; 3) "La mancanza di risorse non può giustificare condizioni di detenzione lesive dei diritti dell'uomo" (art.4).

¹⁰⁴ Il detenuto può ottenere la tutela dei diritti lesi da un atto illegittimo o da un comportamento illecito della Amministrazione Penitenziaria non solo mediante il procedimento di reclamo al Magistrato di Sorveglianza che, pur essendo carente dei requisiti propri della procedura giurisdizionale, si fonda su dati normativi oggettivi e non è messa in discussione da sentenze della Corte Costituzionale che hanno attribuito a questo procedimento la natura di "giudizio" al solo fine di consentire la proposizione di una questione di legittimità costituzionale (cfr. sentenza Corte Costituzionale, n. 217/1997). Nella sentenza della Corte Costituzionale n. 26 del 1999 dichiarando "l'illegittimità dell'art.35 O.P. dell'art.69 O.P. dell'Ordinamento Penitenziario nella parte in cui non prevedono una tutela giurisdizionale nei confronti degli atti dell'Amministrazione penitenziaria" in contrasto con quanto stabilito dall'art. 24 della nostra carta costituzionale si fa spazio l'idea che non sia del tutto sbagliato fare in modo che alcune tipologie di diritti vengano tutelati mediante un procedimento di fronte al giudice delle leggi specie se si tratta di responsabilità omissiva da parte dell'Amministrazione penitenziaria

dire però, concretamente, quali siano quelle oggetto di tutela, quali siano gli strumenti giurisdizionali attivabili e l'ampiezza del controllo del giudice. La giurisprudenza costituzionale ha stabilito che il precetto contenuto negli artt. 24 e 113 Cost. impone la tutela giurisdizionale sia ai diritti costituzionali che alle posizioni soggettive tutelate dalle leggi ordinarie nei confronti di pregiudizi subiti dal detenuto per effetto di azioni od omissioni lesive dei diritti garantiti da parte dell'Amministrazione penitenziaria. La necessità di una tutela assai maggiore e intensa, vista la particolarità dei soggetti a cui ci si riferisce, comporta una preliminare valutazione della proporzione tra la necessità di sicurezza e le esigenze del singolo in relazione, soprattutto, alla azionabilità della procedura di tutela di fronte al giudice delle leggi.

La lista dei diritti non comprimibili coincide con i diritti fondamentali enunciati dalla Carta Costituzionale e le azioni proponibili sono quelle che rilevano la tutela, anche negativa, del diritto alla salute, quella del riconoscimento e la salvaguardia della dignità umana nonché riguardante il risarcimento di un "danno ingiusto" cagionato da parte dell'Amministrazione.¹⁰⁵ Il detenuto o l'internato che subisca a causa di un comportamento colpevole della amministrazione un danno ingiusto ha la pretesa di poter vedere risarcito il cd. "danno esistenziale" in base al combinato disposto degli artt. 2049 e 2059 c.c..

L'art. 28 Cost., infatti, stabilisce la diretta responsabilità penale, civile e amministrativa dei funzionari dello Stato e degli enti pubblici per gli atti compiuti in violazione dei diritti.¹⁰⁶ Il dibattito dottrinale e giurisprudenziale sulla sua valenza precettiva si è incentrato, principalmente, sul problema della teoria della cd. "immedesimazione organica", secondo la quale gli organi della P.A. si identificano con essa quando operano nelle attribuzioni proprie dell'ente. I vari orientamenti minoritari hanno dovuto cedere il passo alla tesi, quanto mai consolidata, che si orienta nel ritenere la responsabilità della p.a. una responsabilità diretta ex art. 2043 c.c. per fatto proprio, visto che agendo tramite i suoi organi è essa stessa ad agire e non essi come soggetti distinti.

L'operato dei suoi funzionari viene ad essere direttamente imputato alla P.A. anche quando comporta la lesione di posizioni giuridiche soggettive di terzi facendo configurare due distinte responsabilità: quella della pubblica amministrazione secondo i principi generali e quella dei suoi funzionari secondo quanto stabilito dall'art. 28 Cost. A prescindere dal caso in cui ci si trovi di fronte ad un atto o fatto lesivo posto in essere dall'agente della P.A. per uno scopo personale ed egoistico, è proprio l'immedesimazione organica a far sì che le loro azioni siano riferibili ad essa e la loro colpa non sia ascrivibile a quella descritta dall'art. 2049 c.c. (*culpa in vigilando*). Non esistendo una specifica regola per la risoluzione dei casi che si pongono all'attenzione del giudice, le questioni verranno risolte partendo dal presupposto che per esserci immedesimazione organica deve sussistere un rapporto di lavoro tra l'agente e la P.A. così da permettere il diretto riferimento dell'azione secondo quanto stabilito dall'art. 28 Cost.¹⁰⁷

Inizialmente le soluzioni dottrinali prospettate furono diverse:

¹⁰⁵ Si ricordi in merito la sentenza del Tribunale di Firenze del 4 giugno 1992 in cui si sottolinea come qualora siano state violate le norme relative all'ordinamento penitenziario o comunque la vigilanza sui reclusi si sia rivelata insufficiente, il Ministero della Giustizia è responsabile, in riferimento all'art. 28 Costituzione, per il danno patrimoniale e non patrimoniale sofferto dai congiunti di un detenuto ucciso dai compagni di cella. Ancora si può ricordare anche la sentenza della Corte di Cassazione, III sez. civile, n. 6552 del 22 marzo 2011 in cui la suprema corte stabilisce che " *La responsabilità civile si estende alla Pubblica Amministrazione di volta in volta, muovendosi dalla medesima area concettuale della responsabilità ex art. 2049 c.c. dei padroni e dei committenti per il fatto illecito dei propri domestici e commessi, responsabilità che, come è ben noto ha carattere oggettivo*" basandosi non solo su una scelta politica ma anche volta a rafforzare la tutela della buona fede dei terzi sia con riferimento ai negozi stipulati che alla corrispondenza tra situazione apparente e situazione reale. Si ricordi, ancora, la sentenza del Tribunale di Cagliari dell'11.01.1988, in *Riv. Giur. Sarda*, 1988, 723, dove si sottolinea come " *La legittimazione passiva del Ministero di Grazia e Giustizia nel giudizio civile di danni promosso dai congiunti di una persona che si era tolta la vita in carcere mentre si trovava in regime di isolamento nel corso di una istruttoria penale a suo carico, sussiste anche quando gli attori si limitino a dedurre genericamente, nell'atto introduttivo la responsabilità dei dipendenti addetti alla casa circondariale dove si trovava detenuto il suicida per la " non continua sorveglianza" da parte di detto personale*". Si veda anche la sentenza del Tribunale di Roma, 3 settembre 2007 in cui si asserisce la responsabilità del direttore della Casa Circondariale e quindi del ministero per la morte di un detenuto a causa della mancata vigilanza sullo spaccio di droga all'interno della casa di reclusione o del Tribunale di Venezia del 2009 in cui si legge che " *l'amministrazione penitenziaria debba rispondere del fatto oggetto di lite, apparendo di tutta evidenza che il sistema dei controlli carcerario non è stato in grado di impedire l'afflusso di sostanza stupefacente all'interno della Casa Circondariale di Rovigo*".

¹⁰⁶ Poiché i soggetti della P.A. non operano in semplice rappresentanza dell'amministrazione ma vi si immedesimano

1. **Teoria della responsabilità indiretta:** l'art. 28 Cost. aveva inteso sancire una responsabilità diretta del dipendente per i fatti illeciti da lui compiuti e una responsabilità solo indiretta per *culpa in vigilando* della P.A. Dunque, non essendoci in capo al soggetto pubblico una vera e propria capacità di agire, stante la necessità di operare tramite i suoi dipendenti, un eventuale fatto illecito commesso dal pubblico dipendente avrebbe fatto sorgere in capo al dipendente una responsabilità diretta ex art. 2043 c.c. e in capo all'Amministrazione quella indiretta per *culpa in vigilando* ex art. 2049 c.c.¹⁰⁸
2. **Teoria della duplice responsabilità della P.A.:** in assenza di precise indicazioni normative non era possibile affermare *a priori* la natura della responsabilità dell'Ente nell'ipotesi di fatto illecito del proprio dipendente. L'omissione intenzionale da parte del legislatore indicava che la responsabilità della P.A. poteva atteggiarsi, a seconda dei casi, sia come responsabilità diretta (art. 2043 c.c.) che come responsabilità indiretta.

¹⁰⁷ L'ascrivibilità alla P.A. di una qualsivoglia forma di responsabilità per gli atti illeciti da essa commessi è pacificamente e unanimemente affermata solo di recente. L'originaria posizione assunta dalla dottrina tendeva a negare la configurabilità stessa di una responsabilità ascrivibile alla P.A. per i danni derivanti dal suo operato ritenendo che la stessa fosse chiaramente e insanabilmente incompatibile con il perseguimento dell'interesse pubblico cui è preordinato l'agire amministrativo. L'unico responsabile dei danni arrecati ad interessi secondari lesi poteva ritenersi il pubblico dipendente che avesse agito in nome e per conto della pubblica Amministrazione di appartenenza, nei cui confronti solamente poteva valutarsi il comportamento illecito o meno.

Dopo la netta distinzione tra atti di imperio e atti di gestione, rilevante ai fini delle conseguenze per la P.A. dei danni conseguenti alla loro formazione, si dovette individuare il fondamento dogmatico per spiegare come ad un soggetto pubblico potessero essere ricondotte le conseguenze di un contegno umano. Sin dal 1948 l'unica norma a disciplinare l'illecito dei soggetti pubblici era l'art.4 della legge 20 marzo 1865 n. 2248, All. E (cd. legge abolitrice del contenzioso amministrativo) che espressamente stabiliva che *“Quando la contestazione cade sopra un diritto che si pretende leso da un atto dell'autorità amministrativa, i tribunali si limiteranno a conoscere degli effetti dell'atto stesso in relazione all'oggetto dedotto in giudizio. L'atto amministrativo non potrà essere revocato o modificato se non sovra ricorso alle competenti autorità amministrative, le quali si conformeranno al giudicato dei tribunali in quanto riguarda il caso deciso”*. Da questo presupposto la dottrina ha ritenuto di poter rinvenire un collegamento tra responsabilità del singolo e responsabilità dell'organo in virtù del rapporto organico che legava l'uno all'altro (cd. teoria organica). Tale teoria entrò, però, in crisi con l'apparire dell'art. 28 Cost. che definendo “diretta” la responsabilità dei funzionari e dipendenti pubblici e l'aver, nello stesso tempo, operato una estensione anche allo Stato aprì un dibattito tra i vari autori che cercano di interpretare al meglio la norma rendendola coerente e conforme con l'intero sistema legislativo. Secondo M. CLARICH, *La responsabilità civile della P.A. nel diritto italiano*, in Riv. trim. di dir. pubbl., 1989, 1095, *«l'art. 28 Cost., così com'è stato interpretato, non ha modificato significativamente i principi giuridici elaborati nei primi decenni di questo secolo dalla giurisprudenza alla quale si deve il definitivo superamento dell'immunità dello Stato (immunità sovrana)»*. Anche secondo Corte Cost. 18 gennaio 1989, n. 18: *«già prima della Costituzione repubblicana, dottrina e giurisprudenza concordavano nell'affermazione (che trovò maggiore ostacolo nei confronti dell'amministrazione militare e di quella ferroviaria) del principio che la lesione del precetto del neminem laedere determinava la responsabilità dell'ente pubblico»*. Cfr. pure, E. FERRARI, *Dall'illecito dell'ente pubblico al fatto amministrativo dannoso*, in Scritti in onore di Antonio Amorth, vol. I, Milano, 1982, 204 ss.) Secondo A. TRAVI, *Responsabilità del pubblico dipendente e ordinamento del pubblico impiego nel dibattito alla Costituente*, in AA.VV. (a cura di U. DE SIERVO), *Scelte del Costituente e cultura giuridica*, tomo II, Bologna 1980, 334 ss., *«all'inizio degli anni '40 l'estensione del principio del neminem laedere al funzionario o al pubblico dipendente che compiva atti lesivi costituiva un dato acquisito nella giurisprudenza della Cassazione»*: se dunque l'art. 28 avesse semplicemente costituzionalizzato questo principio, *«limitato cioè al piano dei rapporti tra cittadino e agente dell'amministrazione, il suo effetto sarebbe veramente marginale... in particolare per la verificata infrequenza di azioni dirette di risarcimento dei terzi danneggiati nei confronti dell'agente»*. Cfr. in senso conforme, F. GARRI, voce *Responsabilità amministrativa*, in Enc. giur., vol. XXVI, Roma, 1991, 1. Sottolineano la possibilità di attribuire alle formule usate dall'art. 28 Cost. i significati più vari: C. ESPOSITO, *La responsabilità dei funzionari e dei dipendenti pubblici secondo la Costituzione*, in Riv. trim. di dir. pubbl., 1951, e poi in *La Costituzione italiana*. Saggi, Padova, 1954, 105, fa riferimento a *«formule che, isolatamente prese, sono molto equivoche e suscettibili delle più varie interpretazioni»*. Sul carattere ambiguo del significato e della ratio dell'art. 28 Cost. v.: Cfr. M. BENVENUTI, *Commento all'art. 28 Cost.*, in AA.VV. (a cura di R. BIFULCO-A. CELOTTO-M. OLIVETTI), *Commentario alla Costituzione*, tomo I, Torino, 2006, 588. Cfr. pure R. ALESSI, *La responsabilità del pubblico funzionario e la responsabilità dello Stato in base all'art. 28 Cost.*, in Riv. trim. di dir. pubbl., 1951, 885, il quale definisce l'art. 28 una disposizione *«quanto mai nebulosa»*. F. MERUSI-M. CLARICH, *Commento all'art. 28 Cost.*, in AA.VV., *Commentario alla Costituzione*. Rapporti civili, Roma-Bologna, 1991, 356, sostengono in proposito che *«a tutt'oggi esiste un problema di che cosa i costituenti abbiano voluto dire con le due proposizioni contenute nell'articolo e del per che, nella prassi, siano stati riconosciuti all'articolo effetti innovativi estremamente modesti»*. In merito quanto affermato dalla Suprema Corte sull'argomento viene ad essere visto come dogmaticamente esauriente, stabilendo come la responsabilità del funzionario sia personale e autonoma rispetto a quella dell'amministrazione. Si ricordi in merito la sentenza n. 9741/2005 della Corte di Cassazione sez. III.

¹⁰⁸ A sostegno del carattere indiretto della responsabilità dell'amministrazione, cfr. G. ZANOBINI, *Corso di diritto amministrativo*, vol. I, Milano, 1958, 144; A. TORRENTE, *La responsabilità indiretta della P.A.*, in Riv. dir. civ., 1958, 278; A. DE VALLES, *Elementi di diritto amministrativo*, Padova 1965, 266; E. CASSETTA, voce *Responsabilità della P.A.*, in Dig.

Di conseguenza la stessa poteva ritenersi direttamente responsabile dei fatti illeciti compiuti dal dipendente nell'esplicazione delle sue funzioni; indirettamente nell'ipotesi in cui in danni fossero stati cagionati nel corso dello svolgimento di una attività totalmente estranea ai fini propri dell'ente interessato. Il dolo del dipendente, pur non essendo sufficiente a costituire un esimente per la P.A. influisce sul tipo di responsabilità ad essa ascrivibile: se il soggetto avesse ritenuto di agire nell'interesse pubblico la P.A. è direttamente responsabile, qualora, invece, avesse operato consciamente nell'espletamento di una funzione pubblica e per fini personali la P.A. è responsabile solo indirettamente.¹⁰⁹

3. Teoria della responsabilità diretta della P.A. : La tesi in esame prendeva in considerazione l'assenza all'interno nell' art. 28 Cost. di qualunque riferimento al tipo di responsabilità della P.A..

Questo era un chiaro di non voler innovare in alcun modo il sistema fino ad allora delineato, che considerava la P.A. responsabile in via diretta in virtù dell'immedesimazione organica e di volere soltanto aggiungere alla responsabile diretta della P.A. quella diretta dei funzionari e dipendenti dello Stato e degli enti pubblici autori materiali dell'illecito.

Proprio in virtù di questa teoria la P.A. rimaneva esente da responsabilità nel caso in cui l'illecito veniva compiuto dal dipendente o dal funzionario al di fuori dell'esplicazione dell'attività amministrativa o nel caso in cui i soggetti che hanno compiuto l'illecito non potevano considerarsi suoi agenti.¹¹⁰

La giurisprudenza della Corte di Cassazione, a riguardo, è estremamente chiara quando nella sentenza 9741/2005 stabilisce che non vi è antinomia tra responsabilità diretta- cioè ricollegata a fatto proprio- e responsabilità indiretta- scaturente da fatto altrui, ma che l'art. 28 Cost. nell'affermare la diretta responsabilità di funzionari e dipendenti dello Stato intende soltanto dire " *che essi rispondono "personalmente" di tali atti senza che si elida la responsabilità dell'amministrazione*".¹¹¹ La Suprema Corte, affermando anche che l'annullamento da parte del Giudice amministrativo di disc. pubbl., vol. XIII, Torino 1997, 214 ss. Anche la giurisprudenza costituzionale ha sottolineato questo aspetto: vera novità della disposizione, secondo Corte Cost. n. 18/1989, cit., 62, è il «*principio generale... della responsabilità diretta dei pubblici dipendenti*». Infine secondo D. SORACE, *Diritto delle amministrazioni pubbliche*, Bologna, 2007, 375, l'art. 28 «*pone in primo piano la responsabilità dei funzionari e dei dipendenti, non quella della P.A. che è 'estensione' della prima*».

Il carattere necessariamente prioritario della responsabilità della persona fisica rispetto a quella dell'ente è sottolineato da A. AMORTH, *La Costituzione italiana*, Milano, 1948, 66, e, più di recente, da G. NAPOLITANO, *La responsabilità civile*, in AA.VV. (a cura di S.C. DE BRANCO e altri), *Le responsabilità del pubblico impiegato*, Padova, 2003, 137.

¹⁰⁹ Secondo R. ALESSI, *L'illecito e la responsabilità civile degli enti pubblici*, Milano, 1972, 59, «*l'art. 28, come del resto appare dalla sua lettera, contiene due norme distinte*» e la responsabilità del funzionario deriva da un obbligo autonomo di non ledere antiggiuridicamente i diritti dei terzi (155), perché per gli atti riferibili all'ente «*in base alla norme comuni non potrebbe sorgere alcuna responsabilità personale del funzionario, trattandosi di atti che giuridicamente sono riferibili soltanto all'ente, non già alla persona fisica*». Sottolinea la diversa funzione delle due responsabilità pure A. CORPACI, *Su alcuni aspetti problematici della responsabilità civile e della responsabilità amministrativa di funzionari e dipendenti pubblici*, in AA.VV. (a cura di D. SORACE), *Le responsabilità pubbliche*, Padova, 1998, 245 ss. Ad essi si rifà tutta la successiva dottrina sull'argomento.

¹¹⁰ Secondo G. DUNI, *Lo Stato e la responsabilità patrimoniale*, Milano, 1968: «*scopo dell'art. 28 ... è stato quello di riaffermare la responsabilità diretta dei dipendenti, che si credeva, a torto o a ragione, esclusa dalla legislazione precedente, o quanto meno caduta in desuetudine*», mentre la seconda parte della disposizione sarebbe servita solo ad evitare «*l'equivoco che alla responsabilità dell'ente si fosse voluta sostituire quella del dipendente*». Secondo A.M. SANDULLI, *Diritto amministrativo*, vol. II, Napoli, 1989, 1182, la disposizione è innovativa non tanto per la responsabilità diretta dell'amministrazione (già prevista in precedenza), ma per la «*responsabilità civile diretta degli agenti (prima generalmente esclusa), verso i danneggiati*»: infatti quest'ultima, «*dato il rapporto organico che lega gli agenti all'amministrazione, in applicazione dei principi non dovrebbe sussistere*».

Secondo F. BENVENUTI, *Appunti di diritto amministrativo*, Padova, 1959, 281 s., in base all'art. 28 sono riferibili all'amministrazione «*non solo gli atti compiuti nel suo interesse, ma tutti gli atti compiuti da chi si trova ad essere legato da un rapporto di impiego (anche onorario)*»; tuttavia, si deve trattare di «*atti comunque compiuti nell'esplicazione di un'attività ricompresa nel dovere d'ufficio*» e non vi può essere responsabilità dell'ente «*quando l'autore dell'illecito, pur essendo impiegato, commette l'illeceità senza che sussista alcuna connessione tra l'illecito e il suo dovere d'ufficio e cioè, non nella sua qualità di impiegato, ma di individuo privato*».

¹¹¹ Prima dell'intervento della sentenza delle Sez. Unite 500/1999 l'impossibilità di considerare la P.A. responsabile dei danni cagionati a terzi dalle sue attività era un necessario corollario della interpretazione tradizionale dell'art. 2043 c.c.,

un provvedimento illegittimo della P.A. viene ad essere considerato quale presupposto necessario dell'azione di risarcimento danni, fa sì che una volta ripristinato il diritto soggettivo si possa adire il giudice ordinario per il risarcimento dei danni.¹¹²

Nel nostro caso, il rapporto che si instaura nel momento dell'ingresso del detenuto in carcere fa nascere un rapporto bilaterale con l'Amministrazione penitenziaria comportante il “ *solenne riconoscimento che lo status di detenuto o di internato che non solo non fa venire meno la posizione di lui come titolare di diritti soggettivi connessi a tale status, ma, anzi, altri gliene attribuisce altri*”. Quanto stabilito dalla legge 354 del 1972 e dal suo regolamento di esecuzione costituiscono la base per capire quali sono i doveri che l'Amministrazione penitenziaria ha nei confronti della persona *in vinculis* e dalla cui violazione scaturisce il diritto di adire il giudice delle leggi. Il dovere di vigilanza è conseguenza dell'ingresso del soggetto all'interno dell'istituto penitenziario e comporta una responsabilità omissiva nel caso in cui sia cagionato un danno prevedibile ed evitabile con la dovuta diligenza. La prevedibilità ed evitabilità del danno costituiscono i requisiti essenziali ai fini dell'imputazione della condotta a titolo di colpa come sottolineato da ampia giurisprudenza.

Nella sentenza del Tribunale di Firenze del 04/06/1992 si legge “ *Qualora siano state violate norme in materia di ordinamento penitenziario o comunque la vigilanza sui reclusi si sia rivelata insufficiente, il ministero di Grazia e Giustizia è responsabile (.....) per il danno patrimoniale e non patrimoniale sofferto dai congiunti di un detenuto (...)*”, avverandosi in primo luogo la violazione di quelle disposizioni dell'ordinamento penitenziario che pongono a carico dell'Amministrazione l'obbligo di garantire il diritto all'integrità fisica ad ogni persona presa in carico. In secondo luogo, l'omessa vigilanza da parte del personale preposto vista come concausa dell'evento letale configura la fattispecie descritta dagli artt. 2049 e 2059 c.c., in riferimento all'art. 28 Cost. La violazione dell'onere di vigilanza affidato *ex lege* all'Amministrazione penitenziaria configura l'ipotesi di responsabilità colposa omissiva, contraddistinta dalla violazione dell'obbligo giuridico di attivarsi per scongiurare il verificarsi di un evento dannoso che il soggetto è tenuto a impedire, in virtù di una posizione di protezione e garanzia in cui viene a trovarsi rispetto al bene giuridicamente tutelato. Competerà al convenuto, in sede di giudizio, dimostrare di aver fatto tutto il possibile per evitare il prodursi dell'evento dannoso, adottando tutto i necessari e possibili accorgimenti idonei a scongiurarlo, in modo tale da poterlo ascrivere nel novero degli accadimenti fortuiti.

secondo il quale il “danno ingiusto” consisteva solo nella lesione di un diritto soggettivo. Si ricordino in merito diverse sentenze della Suprema Corte quali, ad esempio Cass., Sez. Un., 21 gennaio 1988, n. 442, Cass., Sez. Un., 5 dicembre 1986, n. 7213, Cass., Sez. Un., 4 maggio 1991, n. 4944, Cass., Sez. Un., 26 aprile 1994, n. 3963; in due ipotesi solamente la giurisprudenza ammetteva la risarcibilità del danno cagionato a una situazione giuridica diversa dal diritto soggettivo: nel caso di un diritto soggettivo affievolito, o di un originario diritto soggettivo inciso da un provvedimento illegittimo annullato successivamente dal Giudice amministrativo con effetto retroattivo. In tal senso, la Corte di Cassazione, sent. n. 6542/1995, aveva stabilito che “ *In realtà (nella relazione tra giudizio amministrativo che è un giudizio sulla legittimità dell'atto e che non comporta un accertamento sul rapporto tra soggetto pubblico e privato, con effetto pregiudiziale in ordine alla controversia civile, e la causa dinanzi al Giudice ordinario per il risarcimento del danno) il previo annullamento dell'atto amministrativo si pone con efficacia diversa, non come effetto del giudicato, ma quale presupposto necessario dell'azione di risarcimento. Infatti l'annullamento, rimuovendo il provvedimento illegittimo, che aveva degradato il diritto soggettivo a interesse legittimo, con effetto costitutivo rende configurabile una lesione del diritto per fatto illecito della P.A.*”.

¹¹² In tal senso si tengano presenti molteplici sentenze della Suprema Corte quali, ad esempio, Cass., Sez. Un., 5 ottobre 1979, n. 5145, dove si afferma che “ *La pretesa al risarcimento del danno cagionato dal ritiro, a qualsiasi titolo disposto dalla P.A., dell'autorizzazione già concessa è proponibile davanti al Giudice ordinario soltanto dopo, e se, il Giudice amministrativo – al quale è attribuita dall'art. 32 della legge giurisdizione esclusiva in materia – abbia pronunciato la non conformità a legge, non importa se per carenza o per cattivo esercizio di potere, del provvedimento di ritiro*”; sulla stessa linea Cass., Sez. Un., 2 aprile 1998, n. 3384 in cui la Corte sottolinea come “ *l'originaria posizione di interesse legittimo, a seguito dell'iscrizione all'Albo e dell'acquisizione da parte del privato di un diritto soggettivo all'attività economico imprenditoriale, acquista lo spessore di diritto soggettivo che viene successivamente leso dalla P.A., con un provvedimento di radiazione dall'Albo, tale da impedire l'esercizio dell'attività imprenditoriale. Nell'ipotesi in cui il provvedimento di radiazione sia riconosciuto illegittimo dal Giudice amministrativo, con una decisione che la stessa P.A. ha fatto passare in giudicato, senza peraltro, adottare un nuovo provvedimento, negativo di diverso contenuto, questa è tenuta a rispondere dei danni patrimoniali che il suo provvedimento ha prodotto. In altri termini, avvenuta l'iscrizione all'Albo, l'Amministrazione dispone ancora di un potere discrezionale di controllo, in presenza di determinati presupposti, normativamente previsti, che degradano la posizione soggettiva del privato a una di interesse legittimo. Ma, come si è già rilevato, per questi provvedimenti, intervenuti in costanza di iscrizione all'Albo – quando cioè l'iscritto è ormai titolare del diritto soggettivo, in virtù del quale può esportare prodotti all'estero – se concretizzano l'illegittima interruzione dell'attività imprenditoriale, l'amministrazione risponde dei danni che ha cagionato con il suo provvedimento illegittimo e una domanda di risarcimento non può che appartenere alla giurisdizione del Giudice ordinario*”.

Con riferimento alla tutela del diritto alla salute, la relazione eziologica tra la presa in carico del detenuto e la sua tutela configura un comportamento imposto da una norma giuridica specifica, così che in caso di morte o lesione dalla persona *in vinculis* scaturisce una pretesa risarcitoria non solo in capo alla persona offesa ma anche nei confronti dei suoi congiunti *iure hereditatis*. Dalle costruzioni giurisprudenziali esposte si può concludere che la responsabilità colposa omissiva, derivante da violazione dell'obbligo di vigilanza, da parte dell'Amministrazione penitenziaria comporta l'imputazione della stessa, in capo al Ministero della Giustizia, a causa dell'immedesimazione organica dei suoi agenti e una pretesa risarcitoria, sia *iure proprio* che *iure hereditatis*, che si configura come risarcimento del danno biologico. Nella sentenza n. 6552 della Corte di Cassazione, sez. III, del 22 marzo 2011 si afferma con palmare evidenza quanto detto finora.¹¹³

La Corte ha individuato un ulteriore passaggio ermeneutico affinché si profili la responsabilità del datore di lavoro: essa sussiste ogni volta che il fatto lesivo sia stato prodotto, o quanto meno sia stato agevolato, da un comportamento riconducibile allo svolgimento dell'attività lavorativa, anche se il dipendente ha operato oltrepassando i limiti delle proprie mansioni o abbia agito all'insaputa del suo datore di lavoro. Condizione necessaria e sufficiente è il nesso di "occasionalità necessaria", che esige comunque che l'agente sia rimasto nell'ambito dell'incarico affidatogli, non potendo essere escluso nel caso in cui si operi una condotta lesiva contestuale all'operato complessivo dell'ente. Nel caso di specie, si prendeva in considerazione la condotta di alcuni agenti di Polizia Penitenziaria, la Corte ha stabilito che "la condotta illecita perpetrata da parte degli Agenti di Polizia Penitenziaria si è compiuta nell'ambito dell'attività istituzionale del Ministero della Giustizia" facendo sussistere una responsabilità di carattere oggettivo nei confronti dell'Amministrazione. L'applicazione delle norme civilistiche della *culpa in vigilando*, basate su logici principi di diritto, anche ai rapporti tra l'istituzione totale e coloro che vi sono sottoposti da la possibilità di estendere la tutela risarcitoria anche a quelle situazioni particolari in cui la configurazione dei rapporti gerarchici non consentirebbe fino in fondo di ottenere il *quantum* dovuto.

¹¹³ Dopo avere sancito la diretta responsabilità, secondo le leggi penali, civili e amministrative, dei funzionari e dei dipendenti dello Stato e degli enti pubblici per gli atti compiuti in violazione di diritti, la Suprema Corte dispone che, questi casi, la responsabilità civile si estende alla Pubblica Amministrazione di volta in volta interessata; si muove nella medesima area concettuale della responsabilità di cui all'art. 2049 cod. civ. dei padroni e dei committenti per il fatto illecito dei propri domestici e commessi, responsabilità che, come è ben noto, ha carattere oggettivo, in quanto fondata, da un lato, sulla scelta di porre a carico dell'impresa, come componente dei costi e dei rischi dell'attività economica, i danni cagionati da coloro della cui prestazione essa si avvale per il perseguimento delle proprie finalità di profitto; dall'altro, sull'esigenza di rafforzare la tutela della buona fede dei terzi, sia che, con riferimento all'attività negoziale, questa riguardi la corrispondenza tra situazione apparente e situazione reale; sia, più in generale, che si risolva nell'aspettativa di una maggiore affidabilità di soggetti già sottoposti a procedure selettive, ai fini dell'assunzione. Peraltro - ha rilevato la Corte - la legittimazione etica di siffatta disciplina ha indotto, nell'identificazione dell'area delle incombenze nel cui esercizio è necessario che si sia concretizzato il *damnum iniuria datum* del dipendente, affinché scatti la responsabilità del suo datore di lavoro, un ulteriore passaggio ermeneutico: la responsabilità sussiste ogni qualvolta il fatto lesivo sia stato prodotto, o quanto meno agevolato, da un comportamento riconducibile allo svolgimento dell'attività lavorativa, anche se il dipendente abbia operato oltrepassando i limiti delle proprie mansioni o abbia agito all'insaputa del suo datore di lavoro. Necessario e sufficiente, in definitiva - ha affermato la Corte - è il cosiddetto nesso di occasionalità necessaria, la cui configurabilità esige che l'agente sia comunque rimasto nell'ambito dell'incarico affidatogli; più nel dettaglio, specificamente ragionando proprio di responsabilità diretta della P.A. per fatto lesivo derivante dall'operato dei suoi dipendenti, la sussistenza del rapporto di occasionalità necessaria non può essere esclusa in presenza dell'eventuale abuso compiuto dall'agente o dall'illegittimità del suo operato, qualora la condotta lesiva si innesti, comunque, nel meccanismo dell'attività complessiva dell'ente; in tale prospettiva l'inesistenza di ogni nesso tra condotta e attività viene limitata all'ipotesi in cui il dipendente agisca come semplice privato, per un fine strettamente personale ed egoistico, e il suo comportamento, non importa se colposo o doloso, non sia perciò diretto al conseguimento dei fini istituzionali dell'Amministrazione. Venendo al caso di specie - ha concluso la Corte - l'assunto che il giudice di merito abbia fatto malgoverno del contenuto precettivo dell'art. 28 della Costituzione, riconoscendone l'operatività pur in presenza di circostanze indicative della interruzione, o comunque della inesistenza di quel vincolo di occasionalità necessaria indispensabile, secondo la costante giurisprudenza di legittimità, perché il fatto illecito del dipendente determini la responsabilità risarcitoria del dominus, è del tutto privo di consistenza; come correttamente argomentato dalla Corte territoriale, sussiste un nesso inscindibile tra lo svolgimento dei compiti assegnati agli agenti di polizia penitenziaria, nell'ambito dell'attività istituzionale del Ministero della Giustizia, e la loro condotta illecita, perché l'esercizio di quelle mansioni ha agevolato il compimento dell'azione lesiva. Questa - ha osservato la Corte - lungi dall'essere estranea o contraria alle funzioni dei convenuti, si è materializzata nella degenerazione di un intervento repressivo adottato in risposta a condotte provocatorie del detenuto, maturati - l'uno e le altre - in un contesto ambientale di segregazione, fortemente e naturalmente esposto a rischi di questo tipo.

CAPITOLO TRE

ELEMENTI FUNZIONALI

E

**STRUTTURALI DI REPARTI O SEZIONI DETENTIVE CHE OSPITANO
DETENUTI DISABILI**

AltraCittà
www.altravetrina.it

Dalla sentenza n.17461/2006 della Corte di Cassazione si evince l'importanza della qualità edilizia e architettonica come strumento di benessere sociale, tutelato dall'art. 32 Cost., perché idoneo a realizzare il diritto alla salute specie di soggetti con disabilità.¹¹⁴

In tema di disabilità e tutela alla salute, l'attenzione per le caratteristiche dell'ambiente che si possono configurare come barriera generando ulteriori ostacoli per l'utente finale viene ad essere amplificata nel caso di architettura ed edilizia penitenziaria, visto il contesto in cui si opera e visto che le difficoltà di un detenuto disabile appaiono insormontabili. Abbiamo precedentemente analizzato quanto espresso dalla Corte europea dei Diritti dell'Uomo che accogliendo il ricorso di un detenuto disabile ha confermato che una buona qualità architettonica è fondamentale per tutelare i diritti inviolabili della persona, dal momento che garantisce la libertà di movimento delle persone in generale e in particolare delle persone disabili.¹¹⁵ È proprio partendo da questi presupposti che l'analisi dell'architettura ed edilizia penitenziaria risulta essere strettamente connessa con l'evoluzione del concetto filosofico di pena, innestandosi con quanto stabilito dalla legislazione nazionale e sovranazionale riguardante la fase esecutiva e trattamentale della persona detenuta. Il cambiamento dell'edilizia penitenziaria precede la riforma dell'ordinamento penitenziario del 1975, risentendo delle influenze utilitariste del pensiero di Bentham e della sua filosofia del "sorvegliare e punire" madre del "sistema panottico".¹¹⁶ L'epoca storica a cui si fa risalire la nascita del carcere moderno è collocata tra la seconda metà del XVII secolo e l'inizio del XVIII con la costruzione delle Carceri Nuove in Roma, fatte edificare da Innocenzo III su progetto di Antonio del Grande. Con la realizzazione di questi primi edifici si segna anche il definitivo distacco dell'architettura penitenziaria da quella giudiziaria, visto che per una lunga fase storica le due funzioni si erano trovate a convivere nello stesso luogo per la implicita e naturale funzione del detenere il giudicabile.¹¹⁷ Ma è solo con lo sviluppo filosofico illuminista che all'architettura dell'edificio viene assegnata una funzione pedagogica con la conseguente separazione fisica tra giustizia e città, che sfocia nella delocalizzazione delle carceri in spazi sempre più periferici. Tutte le caratteristiche strutturali classiche non sono in alcun modo casuali, ma derivano da principi imposti dai magistrati agli architetti, sintomo di una evoluzione del concetto

di detenzione punitiva che è una acquisizione dell'età moderna.¹¹⁸ Prima la condanna penale veniva intesa come reazione ¹¹⁴Nella motivazione della sentenza in esame il giudice sottolinea come in dottrina sia stata ampiamente superata l'iniziale lettura restrittiva che vedeva l'art. 32 della Costituzione come articolo rivolto ai soli poteri pubblici, facendogli guadagnare la qualifica di diritto soggettivo fondamentale ed assoluto, zoccolo duro del diritto- insopprimibile quale che siano le esigenze della collettività. La qualità architettonica viene ad essere vista come strumento di tutela di diritti inviolabili della persona laddove garantisce la libertà degli individui aumentando la libertà di movimento delle persone in generale e in particolare di quelle diversamente abili. Sulla base di queste premesse la sentenza di cui sopra mette in evidenza la rilevanza della qualità architettonica sancendo l'assenza di discrezionalità della Pubblica Amministrazione qualora la qualità e il decoro siano tali da espletarsi in contrasto con la normativa di legge e i diritti inviolabili come quello alla salute.

¹¹⁵Si tratta della sentenza n. 6253/03 riguardante il caso Scoppola/Italia in cui la Corte Europea ha condannato il nostro Paese per violazione dell'art.3 della Convenzione Europea dei diritti dell'uomo.

¹¹⁶ Il sistema "panottico" era così chiamato perché permette una visione molto ampia da un unico punto di osservazione. E' proprio di costruzioni a forma circolare con celle sovrapposte, dove è possibile realizzare un controllo centralizzato di interi comparti detentivi, inizialmente ideato per attuare un controllo indifferenziato sugli uomini o su animali e successivamente proposto per la contenzione carceraria. L'edificio si presenta come un corpo unico, senza nessuna articolazione, con un muro perimetrale circolare e privo di aperture verso l'esterno; le celle si sviluppano in ordini sovrapposti appoggiati al muro perimetrale e collegate mediante un ballatoio. La fonte di aria e luce è unica e proviene dal tetto a cupola, con isolamento continuo e la possibilità di movimento e di lavoro praticamente inesistenti. Le misure della cella elementare erano previste di m. 1,20x4xh.3 circa. (cfr. SCARCELLA-DI CROCE, *Gli spazi della pena nei modelli architettonici*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2001, 1/3).

¹¹⁷Nel Medioevo l'attività giudiziaria fu ospitata molto spesso in edifici in cui non costituiva la principale destinazione, portici delle chiese, al piano superiore delle porte di città e dei mercati coperti, nelle sale dei castelli, ma solo a partire dal XII e XIII secolo e fino agli ultimi del Medioevo si iniziano a realizzare appositi edifici per la giustizia ecclesiastica in prossimità di cattedrali e per le piccole giurisdizioni signorili. L'edificio ha una forma allungata con due piani: uno per la amministrazione della giustizia e l'altro destinato a carcere, luogo in cui sostavano i detenuti in attesa di giudizio o all'esecuzione della condanna. Da un punto di vista architettonico- funzionale questi primi edifici giudiziari simbolizzano un microcosmo: il piano inferiore, che associa prigionie e scambi di denari, evoca l'inferno; quello superiore, luminoso e caratterizzato dal prevalente legno dell'arredo, implica una dominazione ultraterrena, facendo emergere la dicotomia tutta medioevale di luce e ombra, freddo e caldo, vita e morte. (cfr. *supra*).

¹¹⁸La tappa successiva verso un concetto di pena scevro dai retaggi cristiani di emenda del reo come tappa obbligata verso la redenzione avvenne a partire dal XVIII secolo quando ha inizio una radicale revisione dei presupposti e dei metodi

vendicativa che “*stigmatizzava il condannato minorandolo civilmente e fisicamente, oppure eliminandolo con la morte o l'allontanamento o, altrimenti, sfruttandolo con la imposizione coatta di servizi manuali.....Comune a tutte le pene era l'intento di non sacrificare il pubblico denaro per il mantenimento dei condannati.*”.¹¹⁹

Questa concezione di pena non ha subito alcun mutamento fino alla seconda metà del XVIII secolo quando una radicale revisione dei presupposti e dei metodi punitivi fa assumere all'edilizia, influenzata dalle prime teorie penitenziarie e dalle riflessioni sui fini e metodi della detenzione, dei nuovi connotati per umanizzare le condizioni detentive. La finalità è quella di abolire i vincoli fisici, la promiscuità e l'antigenicità con un minore dispendio di personale, dando il via alla creazione di tre modelli costruttivi che verranno assunti come modelli prevalenti. Filo conduttore di tutti e tre è la segregazione dal contesto urbano del carcere, confinando a un ruolo marginale l'attività penitenziaria da quella giudiziaria.

La delocalizzazione degli istituti penitenziari dal centro urbano ha portato alla dismissione di molti edifici e la loro sostituzione con altri costruiti in periferia per esigenze di spazio. Ma questo ha comportato anche il recidersi di legami forti con la collettività esterna, contrastando con le teorie socio-riabilitative che vedono nell'osmosi tra carcere e collettività la base della rieducazione.¹²⁰ La ricerca di una architettura penitenziaria adeguata ai principi di umanizzazione della pena e ai criteri di funzionalità degli spazi ha spinto alla creazione di modelli che si ispirano a quanto dettato dalla legge di riforma dell'ordinamento penitenziario e dalla legislazione sovranazionale.

La l. 26 luglio 1975 n.354 prevede una struttura edilizia che consenta la salvaguardia delle esigenze di vita individuale del detenuto e di coltivare le relazioni umane in spazi attrezzati per la socialità. L'art. 5 o.p. nel suo comma due afferma la necessità che “*gli edifici penitenziari-siano dotati -oltre che di locali per le esigenze di vita individuale, anche di locali per lo svolgimento di attività in comune*”, anticipando quanto affermato dagli artt. 7,8 e 9 o.p. che mostrano una generica “tutela preventiva della salute” dei detenuti.¹²¹ I principi generali, riconosciuti a livello costituzionale dagli artt. 2, 3 e 27 sottesi a questo articolo, hanno plasmato la progettazione penitenziaria verso la costruzione di un carcere visto come “spazio per l'uomo” e non come luogo di totale soggezione all'amministrazione della giustizia. L'edilizia penitenziaria segna in modo visibile il passaggio da una esecuzione penale statica a una dinamica, frutto delle nuove metodologie rieducative che prevedono l'incremento dell'attività lavorativa, ricreativa, culturale e nuove tecniche di osservazione e trattamento legate ai bisogni personali dei singoli detenuti. Tenuto conto, anche, di quanto affermato dalle Regole Penitenziarie Europee, artt. 17 e ss., e dalle Regole minime per il trattamento dei detenuti, approvate dall'Onu, la dignità umana si pone quale scopo ultimo della progettazione e ristrutturazione degli istituti penitenziari, facendo sorgere in capo all'amministrazione penitenziaria una responsabilità per eventuali lesioni di questo fondamentale diritto. L'aspetto punitivo con le prime teorie penitenziarie. In questo contesto l'edilizia assume caratteri funzionali specifici per umanizzare le condizioni delle carceri. Dopo la fallimentare applicazione del modello panottico, l'esigenza di differenziare in classi anche la popolazione detenuta portò alla creazione di uno schema costruttivo detto “pensilvanico o filedlfiano”, anche quest'ultimo poco utilizzato per le conseguenze sulla psiche dei ristretti costretti a un continuo isolamento. Si passò, così, all'utilizzo dello schema “auburniano” che risente dell'influenza della rivoluzione industriale con grandi ambienti officina e vasti spazi per il passeggio collettivo.

¹¹⁹ V. *supra*.

¹²⁰ L'allontanamento delle carceri dai centri urbani ha alle sue origini varie motivazioni, sia igienico sanitarie, si ricordi la bonifica urbana tra la fine dell'Ottocento e il primo Novecento, a quelle inerenti il processo di separazione fisica dalle prigioni dal tribunale. Il processo di spostamento del carcere dal centro alla periferia si è definitivamente consolidato nel corso del '900 senza nessuna possibilità di inversione, anzi nei programmi di edilizia penitenziaria viene ad essere prevista e teorizzata la dismissione degli istituti localizzati all'interno del centro urbano e la sostituzione di nuovi complessi da costruire in aree del tutto periferiche (cfr. CORRADO MARCETTI, *Gli spazi della pena e l'architettura del carcere*, seminario, Giardino degli Incontri, Sollicciano, 13 giugno 2009).

¹²¹ L'art. 5 dell'ordinamento penitenziario stabilisce che “ *Gli istituti penitenziari devono essere realizzati in modo tale da accogliere un numero non elevato di detenuti o internati. Gli edifici penitenziari devono essere dotati, oltre che di locali per le esigenze di vita individuale, anche di locali per lo svolgimento di attività in comune*”. Secondo le indicazioni programmatiche volte al recupero sociale del reo un ruolo primario viene svolto dall'edilizia penitenziaria che è definita “ l'insieme delle tecniche, delle procedure e delle realizzazioni immobiliari destinate all'esecuzione della misura cautelare, delle pene, delle misure di sicurezza detentive e delle misure alternative (cfr. DI GENNARO, *L'edilizia penitenziaria*, Bari, 1969). La vera novità della riforma è stata quella di provare a migliorare il trattamento del detenuto sotto l'aspetto della dignità della persona e delle sue esigenze morali, fisiche e ambientali, riconoscendo anche nel nostro paese, quanto espresso in ambito internazionale.

qualitativo della costruzione viene, purtroppo ancora oggi, ad essere considerato superfluo rispetto alla finalità detentiva del carcere considerata prioritaria rispetto a qualsiasi altro aspetto. Ciò non toglie, però, che intervenire sull'ambiente fisico serva a promuovere la salute del detenuto soprattutto riguardo alle caratteristiche degli edifici, il dimensionamento degli spazi, l'aerazione e la colorazione degli ambienti utile per diminuire la sensazione di ansia e disagio. La concentrazione solo sul concetto di sicurezza ha standardizzato l'edificio penitenziario, allontanando sia da un punto di vista teorico che pratico l'architettura e lasciando all'edilizia il compito di occuparsi della materia. Ma l'architettura ha il compito specifico di interrogarsi sul suo ruolo per la finalità di recupero e reinserimento sociale, nonché di osmosi con l'agglomerato urbano delle costruzioni penitenziarie concentrandosi sull'umanizzazione del detenuto secondo quanto dettato dalla riforma dell'ordinamento penitenziario.

Proprio per questo motivo la progettazione degli edifici deve procedere di pari passo con i dettami normativi nazionali e internazionali riguardanti la pari dignità del detenuto e conformarsi a quanto stabilito dalle norme di legge riguardo lo spazio minimo vitale del detenuto.

Una situazione da considerare è il rapporto tra gli elementi strutturali dei reparti detentivi e la disabilità, alla luce delle norme sull'abbattimento delle barriere architettoniche.

3.1-L'ADATTAMENTO DELLE STRUTTURE PENITENZIARIE ALLE NORME SULL'ABBATTIMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE

Si definiscono barriere architettoniche “ *gli ostacoli fisici che sono fonte di disagio per la mobilità di chiunque ed in particolare di coloro che, per qualsiasi causa, hanno una capacità motoria ridotta o impedita in forma permanente o temporanea; gli ostacoli che limitano o impediscono a chiunque la comoda e sicura utilizzazione di parti, attrezzature o componenti; la mancanza di accorgimenti e segnalazioni che permettono l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque e in particolare per i non vedenti, per gli ipovedenti e per i sordi*”.

Questa è la definizione fornita dal D.M. n. 236 del 1989 riguardante le “Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica (...)”.¹²² La situazione dell'accessibilità degli edifici da parte delle persone disabili ha avuto una profonda modificazione soltanto a partire dagli anni Settanta, quando anche l'Italia si è inserita nel dibattito internazionale sull'argomento. Grazie alla Conferenza Internazionale di Stresa, del giugno 1965, si è trattato per la prima volta della “*progettazione per gli invalidi*”, dando l'avvio alla emanazione di circolari ministeriali e norme volte alla creazione di una progettazione accessibile.¹²³ Le varie leggi presenti in Italia sono state raccordate grazie al Decreto del Presidente della Repubblica n. 503 del 1996, ad un unico filo conduttore: il Decreto Ministeriale- Ministero dei Lavori Pubblici – del 14 giugno 1989 n. 236, che ha uniformato la normativa sull'edilizia residenziale privata e pubblica.

La progettazione e la ristrutturazione di un edificio si articola tenendo conto di tre fondamentali livelli: l'accessibilità, la visitabilità e l'adattabilità.

Per accessibilità si intende “ *la possibilità, anche per persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di raggiungere l'edificio e le sue singole unità immobiliari e ambientali, di entrarvi agevolmente e di fruirne spazi e attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza e autonomia*”.

Viene, invece, ad essere definita visitabilità “ *la possibilità, anche da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di accedere agli spazi di relazione e ad almeno un servizio igienico di ogni unità immobiliare. Sono spazi di relazione gli spazi di soggiorno o pranzo dell'alloggio e quelli dei luoghi di lavoro, servizio ed incontro, nei quali il cittadino entra in rapporto con la funzione ivi svolta*”. Da ultimo, si definisce adattabilità “ *la possibilità di modificare nel tempo lo spazio costruito a costi limitati, allo scopo di renderlo completamente e agevolmente fruibile anche da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale*”. In merito agli edifici ad uso pubblico, edifici nei quale si svolge in tutto o in parte l'attività istituzionale di enti pubblici (definizione all. A) dlgs.192/2005), a cui appartengono, tra gli altri, anche le case circondariali e di reclusione occorre fare alcune precisazioni.

Mediante l'attuazione della legge n.119/1981 l'Amministrazione Penitenziaria ritenne utile concretizzare e definire le indicazioni per la costruzione di edifici penitenziari in modo tale da elaborare nuovi progetti. Dopo aver posto in essere una dettagliata stesura delle caratteristiche degli impianti tecnici, strutturali e funzionali delle sezioni detentive nonché la relativa organizzazione dei singoli elementi si è passati alla fase di realizzazione delle stesse. Tenendo conto di quanto stabilito nei “*Criteri per la progettazione di un istituto penitenziario*”, modulario del Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria- Direzione Generale delle risorse materiali, dei Beni e dei Servizi, Ufficio IV, dell'ottobre 2003 balza all'occhio quanto stabilito nel punto 1.17 comma 3 “*Per tutti gli edifici e le aree frequentate si deve tenere conto di quanto previsto dal D.P.R 27 aprile 1978, n. 384,- Regolamento di attuazione dell'art. 27 della legge 30 marzo 1971, n. 118- a favore dei mutilati e invalidi, in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici*”.

Occorre premettere che il punto 1.17 tratta delle opere all'esterno del muro di cinta non comprendendo le sezioni detentive, le infermerie, e tutto ciò che è posto all'interno del muro di cinta frequentato dai detenuti (infermerie, palestre, lavanderie, etc..). Ancora, al punto 3.3 il modulario tratta dell'impianto antincendio stabilendo che “*Nella progettazione degli istituti penitenziari non sempre è possibile assicurare il rispetto delle norme in materia di prevenzione incendi in quanto, molto spesso, le prescrizioni contrastano con i principi di sicurezza penitenziaria*”, citando a riguardo una deroga apportata dal Comitato Centrale Tecnico Scientifico per la Prevenzione Incendi (C.C.T.S.) riportato nella circolare dell'11 dicembre 1985, n. 36, fermo restando però lo sforzo per la ricerca di soluzioni tecniche appropriate per assicurare il massimo della sicurezza.

Le modalità di progettazione di un istituto penitenziario hanno avuto una netta sensibilizzazione nei confronti dei detenuti disabili, posto che da quanto esposto non era presente all'interno del corpo normativo nessun rinvio o riferimento a

122

modalità costruttive prive di barriere architettoniche per sezioni o reparti detentivi a loro adibiti. Infatti con “*edifici e aree frequentate*” si fa riferimento a luoghi posti all'esterno del muro di cinta, quali caserme, portinerie, alloggi e uffici di direzione, quindi frequentati da persone civili che prestano il loro lavoro all'interno dell'istituto. In secondo luogo, l'estensione analogica delle norme riguardanti l'abbattimento delle barriere architettoniche anche alla ristrutturazione o nuova costruzione di istituti, conforma il nostro sistema penitenziario a quanto affermato in ambito europeo e internazionale.

Nell'ambito della presente ricerca è stato sottoposto al Direttore della Direzione Generale Risorse Materiali, dei Beni e dei Servizi- Ufficio IV- un questionario relativo alle modalità di progettazione dei reparti detentivi per disabili anche alla luce della riforma della sanità penitenziaria.¹²⁴

La normativa antincendio si attua dotando la sezione di idranti, generalmente con 25 metri di raggio di azione, estintori custoditi nei posti di sorveglianza e vie d'esodo verso “luoghi sicuri” interni (es. cortili di passeggio). Gli istituti penitenziari

¹²⁴ **1)** Può elencare quali siano i reparti detentivi per disabili attivi, in progettazione o in costruzione nell'intero territorio cantonale specificando per ognuno:

- a. l'anno di attivazione in quanto reparto per disabili;
- b. se trattasi di reparto detentivo costruito ex novo con questa finalità o se trattasi di reparto riadattato o modificato strutturalmente per consentire di ospitare detenuti disabili;
- c. la capienza regolamentare e l'eventuale capienza tollerabile.

2) Può indicare in che modo si attua la normativa antincendio nella progettazione, realizzazione e gestione dei reparti per detenuti disabili, in particolare per quanto riguarda:

- a) l'identificazione dei “luoghi sicuri e stabili” che offrono rifugio in caso di incendio tramite vie di fuga ;
- b) l'identificazione dell'accesso alle camere detentive dall'esterno per i soccorsi?

3) Sono previsti percorsi mediante i quali in detenuto disabile fisico può accedere ai luoghi “comuni” o in “infermeria” autonomamente?

4) Sono adottati accorgimenti costruttivi e strutturali specifici per consentire l'accesso ai disabili fisici ai servizi doccia?

5) I servizi igienici presenti all'interno delle camere di detenzione vengono posizionati in modo da consentire uno spazio di manovra autonomo e sono senza spigoli vivi?

6) Sono installati degli ascensori o dei servo scala in grado di far spostare il detenuto disabile da un piano all'altro? In caso di mancanza ci sono corridoi ad andamento continuo per raccordare le varie parti?

7) La vostra Amministrazione penitenziaria agisce o può agire “in deroga” alle norme tecniche generali vincolanti in caso di costruzione di edifici per disabili? Se sì in che occasione?

- 1)** Può indicare i riferimenti normativi vincolanti, distinti in nazionali e cantonali, per i progettisti e costruttori di reparti detentivi per disabili?
- 2)** Da quale anno è stata creata la categoria “sezione per detenuti disabili”? tali sezioni devono lo standard costruttivo delle sezioni per minorati fisici?
- 3)** Secondo la sua esperienza sono presenti nelle carceri del vostro cantone detenuti disabili fisici? Se sì quale tipologia di malattia hanno?
- 4)** Della loro presa in carico se ne occupa il servizio sanitario o l'amministrazione penitenziaria?
- 5)** Nei confronti di questo particolare tipo di detenuti vengono adottati particolari tipi misure alternative alla detenzione?

sono dotati di squadre antincendio addestrati dai Vigili del Fuoco e strutture murarie molto consistenti, il tipo di infissi penitenziari ed anche gli arredi (ad es. materassi in lastre ignifughe) che abbattano molto i rischi di incendio e di propagazione delle fiamme; l'accesso dei soccorritori esterni autorizzati è garantito e assistito dal personale di sorveglianza (24 ore su 24) dell'istituto. I detenuti disabili possono spostarsi autonomamente, qualora non sia necessario l'accompagnamento per motivi di sicurezza, nelle sezioni ristrutturatae dotate di ascensori, corridoi e varchi di adeguate dimensioni; i servizi igienici sono di dimensioni e caratteristiche dedicate ai portatori di handicap, posizionati in modo tale da garantire l'agevole accessibilità da parte del disabile e la necessaria sorveglianza, dal corridoio di sezione, da parte del personale di custodia. Generalmente le sezioni pluripiano sono dotate di ascensori, manovrati dal personale di sorveglianza, di dimensioni tali da consentire l'agibilità da parte dei disabili, ove necessario, per leggeri dislivelli, sono previsti scivoli o rampe di adeguata pendenza. In linea generale l'Amministrazione Penitenziaria è tenuta all'osservanza delle norme in materia sanitaria; qualche deroga è legata più alla datazione e alle caratteristiche architettoniche ed artistiche di alcuni complessi (ad ex. ex complessi, castelli o fortezze monumentali) ancor oggi utilizzate come carceri; la normativa seguita è quella vigente sul piano nazionale in materia di abbattimento delle barriere architettoniche (L. 13/89 ss.). La categoria "minorati fisici" era già prevista in alcune strutture penitenziarie del primo '900, come, ad esempio, l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario; l'Ordinamento Penitenziario del 1975 ed il Regolamento Penitenziario del 2000 hanno comunque confermato la necessità di trattamenti particolari per soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche, pertanto le sezioni dedicate devono rispondere ai necessari requisiti in materia di igiene edilizia, anche nella costruzione e ristrutturazione di sezioni ordinarie ormai vengono, comunque, previsti locali e percorsi accessibili da parte di detenuti o internati disabili, in grado di muoversi autonomamente o mediante l'assistenza di compagni e/o personale sanitario e/o di sorveglianza.

Le conclusioni che si possono trarre sono le seguenti: si è assistito all'estensione delle norme sull'abbattimento delle barriere architettoniche nella fase di progettazione e ristrutturazione degli edifici penitenziari, non solo per gli alloggi e gli uffici dove sono ospitati gli impiegati civili ma anche per consentire una maggiore accessibilità al detenuto disabile. Rispetto alle linee guida del 2003, l'impegno e la volontà di poter rendere la qualità della vita del detenuto disabile accettabile risulta tangibile. Nonostante la presenza di specifici reparti per i cosiddetti minorati fisici (detenuti o internati disabili), la sensibilità su questo argomento si è sviluppata solo nella seconda metà degli anni '90, quando si è capito che la normativa in materia di abbattimento di barriere architettoniche, risalente già alla fine degli anni '70, andava applicata anche ai reparti ed alle strutture detentive, le cui caratteristiche dimensionali (ad es. le larghezze e lunghezze dei bagni delle celle, le larghezze delle porte), fino ad allora, non erano state adeguate agli standard stabiliti dai decreti del 1978 e dalla legge del 1989. Una recente sentenza del T.A.R. del Lazio, sez. II-*quater*, del 28/09/2011 ha confermato le deroghe riguardanti edifici con caratteristiche architettoniche ed artistiche particolari, affermando l'incompatibilità di opere di adattamento alla normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche se questo comporta un pregiudizio alla complessiva configurazione dello stabile rispecchiando quanto affermato dalla giurisprudenza costante sulla ristrutturazione degli edifici civili.

I livelli di assistenza previsti per le persone detenute con disabilità motoria e/o sensoriale sono due: il primo per disabili non autosufficienti, detti Reparti di I livello, la cui attivazione riguarda gli istituti sede di CDT (Parma, Bari, Catanzaro, Roma Regina Coeli), il secondo per quelli autosufficienti, Reparti di livello intermedio, riguarda gli istituti dotati di infermeria attrezzata e assistenza sanitaria di base garantita 24 ore su 24. Già nel 1999 con circolare del 16 marzo l'Amministrazione ha disposto l'individuazione all'interno degli istituti di camere da adibire come luoghi di soggiorno e pernottamento per "soggetti con deficit motorio permanente", idonee e adattate secondo la normativa vigente, adeguandosi a quanto decretato dal Ministro di Grazia e Giustizia con una circolare del 25 gennaio 2005 volta all'applicazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 all'interno degli istituti penitenziari. A seguito di ciò, in una circolare del 24 marzo 2000 il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria evidenzia gli schemi strutturali di entrambi i reparti, elencando anche gli ausili che obbligatoriamente debbono essere presenti al loro interno.

In ambito Europeo la presa in carico e la gestione dei detenuti disabili fisici ha delle modalità differenti a seconda dei diversi ordinamenti penitenziari. In Svizzera, dove esiste una organizzazione penitenziaria cantonale diametralmente

diversa dal nostro ordinamento penitenziario, non esistono attualmente dei reparti detentivi per disabili, né sono in costruzione o in progettazione.

Il “carcere penale” della Stampa, costruito nel 1968 e il Carcere giudiziario della Farera del 2006, riadattamento di uno stabile precedente, non hanno presenti al loro interno adattamenti particolari nelle camere detentive per ospitare detenuti disabili. Le strutture di Stampino e Navarazz sono dotate di camere e funzionano come normali abitazioni. Riguardo alla normativa antincendio, stanti le premesse, nessuna misura particolare viene applicata, restando fermo che i pochissimi detenuti disabili fisici presenti nel carcere della Stampa vengono collocati al piano terreno in prossimità dell’infermeria. Presso il carcere de La Farera nessun detenuto si muove autonomamente nella struttura essendo sempre accompagnato da un agente di custodia. Riguardo all’accessibilità ai servizi doccia e ai servizi igienici presso il carcere della Stampa è stato adattato un servizio doccia per facilitare l’accesso ai disabili, mentre presso la Farera le celle sono singole e dispongono all’interno di una doccia liberamente accessibile e vi è spazio di manovra autonomo anche se piccolo con presenza di spigoli vivi. Quello che si deve sottolineare è che nei prossimi mesi nel Canton Ticino un’ apposita organizzazione di progetto sarà incaricata di presentare una proposta di rifacimento totale della Stampa, nell’ambito dei lavori si terrà conto delle norme tecniche e si valuterà anche la problematica dei detenuti disabili. La presa in carico dei detenuti disabili fisici è effettuata dal servizio sanitario in strettissima collaborazione con l’amministrazione penitenziaria stante che un medico valuta l’ingresso in carcere di ogni detenuto ed il Giudice decide i provvedimenti coercitivi e misure alterative da applicare.

Situazione diametralmente opposta si trova in Inghilterra, dove esistono due tipi principali di istituti penitenziari: istituti aperti e istituti chiusi. Negli istituti a regime chiuso, dove esiste un perimetro di sicurezza per evitare fughe, i detenuti sono controllati all’interno dal personale penitenziario e vengono chiusi durante la notte e anche per la maggior parte delle ore del giorno; diversamente negli istituti a regime aperto non sono presenti perimetri di sicurezza e ai detenuti è data più libertà di movimento. E’ possibile che i detenuti abbiano la chiave della loro cella o che dormano in un dormitorio, come che possano uscire durante il giorno per seguire un periodo di inserimento lavorativo. Se non sussistono più i presupposti del pericolo di fuga e della pericolosità sociale un detenuto può essere spostato da un tipo ad un altro di struttura.

Le cure mediche alle persone *in vinculis* vengono erogate dal servizio sanitario nazionale mediante un team sanitario che include medici, infermieri, oculisti, farmacisti e dentisti, nonché personale specializzato per la salute mentale. Tutte le cure mediche sono gratuite a condizione che vengano approvate da un medico, perfino le cure dentarie e le visite oculistiche che si svolgono all’interno del centro clinico dell’istituto. Maggior parte dei problemi possono essere trattati nel centro clinico del carcere ma in caso contrario il personale penitenziario può o trasferire il detenuto in un ospedale esterno oppure far entrare in carcere un medico specializzato in quel tipo di trattamento e cura. In merito alla materia del nostro studio occorre dire che l’Inghilterra parte dal “*Disability Discrimination Act*” del 1995, una legge del Parlamento britannico volta ad eliminare ogni tipo di discriminazione nei confronti delle persone con disabilità in relazione all’occupazione, la fornitura di beni e servizi, istruzione e trasporti modificata nel 2010. Per la legge britannica una persona è considerata disabile se presenta una menomazione fisica o mentale e se questa situazione ha effetti negativi a lungo termine sulla capacità di svolgere le quotidiane attività, escludendosi categoricamente la dipendenza da sostanza non meglio definite. Il Parlamento inglese parte dal presupposto che un detenuto non ha meno diritti rispetto a chi non ha infranto la legge, pertanto anche nei confronti dei detenuti disabili fisici si applicano le stesse norme dei cittadini liberi. Le azioni messe in pratica per raggiungere lo scopo principale dettato dalla norma ossia “*promuovere la pari opportunità al fine di eliminare le molestie e promuovere atteggiamenti positivi nei confronti delle persone con disabilità*” partono da un attento monitoraggio e dalla nomina di un “*funzionario di coordinamento per la disabilità*”, un membro del personale incaricato di tenere rapporti costanti con i detenuti. Prima che un detenuto arrivi in carcere la direzione viene informata della sua condizione di salute e di quali “ragionevoli aggiustamenti” possono essere effettuati per rendere meno gravosa la permanenza all’interno della struttura.

Gli adattamenti ragionevoli possono consistere in:

- 1-corrimani all’interno delle strutture penitenziarie;
- 2-rampe per consentire l’accesso alle sedie a rotelle;

3-sveglia a vibrazione per i detenuti non udenti o con problemi di udito.

Mentre gli adeguamenti strutturali volti ad incentivare l'accessibilità alle strutture carcerarie sono molti e vanno dal prevedere una diversa colorazione delle pareti per i detenuti ipovedenti, alla fornitura di interpreti della lingua dei segni nei casi di sordità o in programmi di sostegno per l'apprendimento di persone con dislessia. Se i disabili sono molti può essere costituita una apposita commissione per coordinare gli interventi da effettuarsi.

Diverso il caso della Francia, dove nel 2001 è stata condotta la ricerca "*Handicaps-Incapacités-Dépendance en prison (Hid-prisons)*". La ricerca ha preso come campione la popolazione detenuta sia in esecuzione penale che in custodia cautelare esclusi coloro che sono detenuti in ospedale o beneficiano del regime della semilibertà. Il questionario, sottoposto ai detenuti dei 32 stabilimenti carcerari, si componeva di quattro parti fondamentali riguardanti l'accessibilità del luogo di carcerazione, la causa e l'origine della disabilità con la relativa descrizione e i legami familiari per avere poi una descrizione quanto mai puntuale della situazione dei detenuti disabili sia da un punto di vista sanitario che sociale. Condotta su 1.284 persone disabili in carcere, ha messo in luce che i detenuti disabili sono tre volte più numerosi delle persone senza disabilità. Tale differenza è motivata da una elevata presenza negli istituti penitenziari di persone con problemi comportamentali e di orientamento nel tempo e nello spazio (39,4% contro il 12% dei non reclusi), oltre che di individui con problemi sensoriali (il 17,3% contro il 5,7%). Quattro sono le più frequenti disabilità in carcere: comportamenti aggressivi o impulsivi (7,4% delle persone detenute), autolesionisti (17,7%), con problemi di orientamento temporale (12,3%) e con disturbi dell'udito (9,8%). Sono detentori di una invalidità certificata il 7,6% delle persone incarcerate rispetto al 6,7% della popolazione libera. Le cause della disabilità nelle persone detenute sono da ricollegarsi principalmente a incidenti (28% dei casi) e a malattie (25% dei casi). Con l'approvazione della legge 18 gennaio 1994 l'assistenza sanitaria ai detenuti in Francia è stata trasferita al Ministero della Salute. Grazie alla maggiore collaborazione con le strutture ospedaliere si è creata un'etica della medicina in carcere, consentendo in un paese dove il sovraffollamento delle strutture è cronico, che l'infermeria del carcere non sia più un luogo di detenzione ma di cura. L'obiettivo della riforma è stato quello di consentire che il detenuto avesse la stessa dignità di cura del cittadino libero introducendo due misure:

- Il trasferimento dell'assistenza sanitaria presso le strutture ospedaliere;
- L'inclusione in generale dei detenuti nel sistema generale di assistenza sociale.

La creazione all'interno degli istituti di centri di consultazione e cure ambulatoriali, mediante un protocollo tra autorità sanitarie e Amministrazione penitenziaria, consente di organizzare le cure e le risorse umane e tecnologiche. Questo comporta la responsabilità da parte dell'Amministrazione di tutelare il personale medico che si occupa della cura dei detenuti specie alla luce dell'aumento delle patologie di carattere psicologico. La riforma ha portato, comunque, a un incremento delle risorse economiche da destinare alla medicina penitenziaria con il conseguente stanziamento di fondi per la ristrutturazione dei locali per la cura di determinati tipi di patologie. La conclusione, sia pur molto travagliata, è quella di una situazione di migliore vivibilità dell'emergenza carcere, pur nella consapevolezza che sia necessario attuare degli interventi per affrontare le richieste sempre maggiori che si presentano all'interno degli istituti.

AltraCittà
www.altravetrina.it

Torino, 23 maggio 2013

COMUNICATO STAMPA

Ruolo fondamentale dell'ASL TO 2 nella diagnosi e cura a tutela del singolo e della collettività

PREVALENZA RECORD DI MALATTIE INFETTIVE IN CARCERE

Se ne parla domani al Sermig nel convegno sulle Malattie Trasmissibili dei Migranti in Ambito Penitenziario

I fenomeni migratori sono una sfida in tema di controllo e cura delle patologie trasmissibili: reintroducono patologie considerate “debellate”, portano in evidenza malattie poco conosciute, o con presentazioni differenti rispetto a quelle tipiche e ben note della popolazione autoctona.

Con i movimenti demografici degli ultimi dieci anni, nel nostro Paese ormai costantemente un 10% della popolazione risulta proveniente da altri Paesi o da altri continenti e quasi sempre da aree ad alta endemia per le malattie infettive.

Il fenomeno delle malattie trasmissibili dei migranti diventa particolarmente rilevante in ambito penitenziario, dove in media la percentuale di stranieri sale a oltre il 30% del totale e dove l'ambiente ristretto e sovraffollato è un ulteriore fattore favorente la trasmissione delle malattie infettive.

Una fotografia del problema verrà presentata venerdì 24 maggio prossimo nell'ambito del convegno “*Le Malattie Trasmissibili dei Migranti in Ambito Penitenziario*” organizzato dal Dipartimento di Malattie Infettive a direzione universitaria dell'Ospedale Amedeo di Savoia – ASL TO 2 in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Penitenziaria al Centro Congressi SERMIG – Arsenale della Pace di Torino.

La ASL TO 2, con il trasferimento delle competenze sulla Medicina Penitenziaria dal Ministero della Giustizia ai Servizi Sanitari Regionali, sin dal 2008 è scesa in campo concretamente, con l'istituzione presso la Casa Circondariale di Torino del “Presidio Sanitario per la Tutela della Salute”, in collaborazione col quale l'Infettivologia dell'Amedeo di Savoia eroga ogni settimana 58 ore di consulenza specialistica per i detenuti, con la media di assistenza specialistica più alta della Regione Piemonte.

“Il carcere rappresenta in molti casi una prima occasione di cura per gli stranieri che, a differenza di quelli irregolari liberi, sono sottoposti sin dal primo ingresso nell'istituto penitenziario a costante sorveglianza sanitaria e a interventi di recupero e riduzione del rischio di numerose patologie quali epatiti, tubercolosi, HIV – spiega la Dott.ssa Lucia Casolaro, Responsabile della S.C. Presidio Sanitario per la Tutela della Salute C.C. Lorusso e Cutugno – infatti eroghiamo ai detenuti una media di 320 visite mediche al giorno, tra visite dei medici di guardia e degli specialisti, con un volume di 9.500 visite al mese e oltre 100.000 all'anno. Inoltre a tutti i detenuti con convalida di fermo proponiamo all'ingresso in istituto un accurato screening degli esami ematochimici per HIV, epatite, lue ed esiste anche un protocollo specifico per individuare i soggetti da sottoporre ad esami appropriati per sospetta TBC”.

La sanità in carcere riveste dunque un ruolo fondamentale per intercettare i casi di malattie trasmissibili e iniziare tempestivamente le cure, a tutela sia del singolo sia della collettività

“La popolazione migrante con cui veniamo a contatto in carcere rappresenta però quasi sempre una fascia debole, con difficoltà anche culturali ad accedere ai Servizi Sanitari dopo la scarcerazione – precisa il Dottor Guido Leo, Referente regionale per le Malattie Infettive e la salute dei Migranti in ambito penitenziario e Responsabile Day Hospital Amedeo di Savoia ASL TO 2 nonché Responsabile scientifico del convegno – con conseguente scarsa adesione alle cure iniziate nell'istituto penitenziario, con il rischio di importanti ricadute sia sul singolo paziente sia sulla popolazione generale. Con questo congresso intendiamo pertanto coinvolgere le Istituzioni, le Associazioni di Volontariato, le ONG, e chiunque abbia la vocazione a prendersi carico di situazioni così problematiche”.

“Presso il nostro Centro Diagnostico Terapeutico nella Casa Circondariale di Torino giungono sia dalla regione sia da tutto il territorio nazionale detenuti portatori di gravi patologie e bisognosi di accertamenti strumentali non effettuabili negli Istituti di provenienza, infatti nel 2012 abbiamo preso in carico per cure 143 detenuti provenienti da altri sedi – conclude il Direttore Generale ASL TO 2, Dott. Maurizio Dall'Acqua – qui assicuriamo la massima efficacia delle prestazioni sanitarie mediante servizi di attività medica di continuità assistenziale e specialistici multidisciplinari, sia per le patologie generali sia per le malattie infettive, grazie ai nostri esperti dell'Amedeo di Savoia, il più attrezzato Presidio Ospedaliero del Piemonte per la cura e l'assistenza dei malati di AIDS, Centro di riferimento regionale per le malattie infettive”.

Leader nella tutela della salute in carcere, la ASL TO 2, al fine di dare maggiore sostegno al sistema di governance locale, sta anche elaborando una Carta dei Servizi, concertata in seguito a consultazioni con rappresentanze di detenuti e organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini, articolata in modo da contemplare tutti gli aspetti rilevanti per la salute dei detenuti all'interno dell'Istituto Penitenziario, che verrà presentata nel prossimo mese di settembre.

MALATTIE INFETTIVE IN CARCERE: I DATI

Le patologie trasmissibili negli Istituti di pena hanno prevalenze nettamente superiori a quelle presenti nella popolazione generale. I dati nazionali forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) indicano le seguenti percentuali:

patologia	Incidenza in carcere	Incidenza stimata in popolazione generale
HIV	7,5%	0,25%
Epatite B	8,6%	< 2%
Epatite C	37,9%	3%

OSSERVAZIONE INFETTIVOLOGICA ASL TO 2 C.C. LORUSSO E CUTUGNO - ANNO 2012

Capienza regolamentare circa 900 detenuti
Presenza media circa 1600 detenuti
Turn over annuale 7314 detenuti, di cui 4215 stranieri (58%)

TBC:

a Torino tra la popolazione carceraria nell'anno 2012 sono stati accertati 12 casi di TB bacillifera, tutti in soggetti stranieri, con un'incidenza di 164 casi per 100.000, 15 volte superiore rispetto all'incidenza nella popolazione generale, considerata inferiore ai 10 casi per 100.000 (SEREMI 2011)

EPATITE B:

a Torino tra la popolazione carceraria transitata nell'anno 2012 sono stati effettuati 1726 screening per l'Epatite B, che hanno individuato 77 soggetti portatori di HBV (56 migranti e 21 italiani) con un tasso di prevalenza del 4,5%, 2 volte superiore rispetto alla prevalenza nella popolazione generale, stimata inferiore al 2%

EPATITE C:

a Torino tra la popolazione carceraria transitata nell'anno 2012 sono stati effettuati 1705 screening per l'Epatite C, che hanno individuato 250 soggetti portatori di HCV (214 italiani e 36 stranieri) con un tasso di prevalenza del 14,5%, quasi 5 volte superiore rispetto alla prevalenza nella popolazione generale, attestata intorno al 3%.

HIV:

a Torino tra la popolazione carceraria transitata nell'anno 2012 risultano 105 soggetti sieropositivi, con una prevalenza dell'1,4%, circa 6 volte superiore rispetto alla prevalenza nella popolazione generale, stimata dello 0,25%.
Di questi 86 sono stati posti in trattamento antiretrovirale (78 italiani e 8 stranieri).

Tra le altre patologie infettive diffuse in ambiente penitenziario si devono citare anche le malattie a trasmissione sessuale, quali sifilide, neisseria gonorrhoeae, Herpes simplex tipo II, clamidia tracomatis, le parassitosi (scabbia e pediculosi) e le dermatomicosi, la cui prevalenza è però sovrapponibile a quella nella popolazione generale.

STRUTTURE ASL TO 2 NELLA C.C. LORUSSO E CUTUGNO

S.C. Tutela della salute con funzioni di Direzione Sanitaria

Centro clinico - 60 posti letto di medicina

Sezione "Prometeo" - 20 posti letto, servizio ambulatoriale per la diagnosi e la cura di malattie infettive acute e croniche (Dipartimento Malattie Infettive Ospedale Amedeo di Savoia)

Reparto di isolamento sanitario osservazionale - 20 posti letto

Reparto di Osservazione psichiatrica "il Sestante" - 50 posti letto, unica esperienza italiana di servizio psichiatrico in carcere costituito come presidio del Dipartimento di Salute Mentale

Sezione a custodia attenuata "Arcobaleno" - 110 posti, presa in carico di detenuti nuovi giunti tossicodipendenti e alcolisti (Dipartimento Dipendenze 1)

Attività ambulatoriale polispecialistica e servizio FKT

Servizio di radiodiagnostica interno

Servizio Odontoiatrico

Diagnostica di Laboratorio (attività di prelievo effettuata all'Interno dell'Istituto con invio ai laboratori del Maria Vittoria e dell'Amedeo di Savoia)

Fornitura di farmaci e presidi sanitari (servizio Farmacia presso l'Ospedale Maria Vittoria)

Mediatore culturale

Psicologo

Programma del congresso allegato





GARANTE REGIONALE DEI DIRITTI DEI DETENUTI

tel. 06.51531120 e-mail: uff.stampa@garantedetenutilazio.it



Roma, 07 maggio 2013

Comunicato Stampa

PRESENTATA, A REGINA COELI, LA CARTA DEI SERVIZI SANITARI PER I DETENUTI.

IL GARANTE DEI DETENUTI ANGIOLO MARRONI:

**«DALLA ASL RM A E DAL CARCERE DI REGINA COELI UN SEGNALE FORTE
ED INEQUIVOCABILE A TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE DEI RECLUSI».**

Garantire, a tutti i detenuti di Regina Coeli, l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura sulla base degli obiettivi generali di salute, dei progetti specifici e dei livelli essenziali di assistenza garantiti dalla Regione. Sono questi gli obiettivi della *Carta dei servizi sanitari per i detenuti* del carcere di via della Lungara, approvata dalla Asl Rm A.

Il documento - uno dei pochi già entrato in vigore in Italia - è stato presentato nel corso di una Conferenza Stampa cui hanno partecipato il **Garante dei Detenuti del Lazio Angiolo Marroni**, **Camillo Riccioni**, **Direttore Generale della Asl Rm A** e **Mauro Mariani**, **direttore di Regina Coeli**.

La *Carta dei Servizi Sanitari per i cittadini reclusi negli istituti di pena* è il primo frutto concreto del Tavolo tecnico congiunto tra Asl, carcere di Regina Coeli e Garante dei detenuti istituito, nell'ambito del D.P.C.M. del 2008 - che regola il passaggio delle competenze della medicina penitenziaria dal Ministero di Giustizia alle Asl - per realizzare una cabina di regia chiamata a monitorare la ricaduta della riforma sulla vita dei detenuti e sull'efficacia dell'organizzazione della Asl.

Il documento approvato dalla Asl ribadisce, nel suo preambolo, quanto statuito dall'art. 1 del D.Lgs. 230/1999 e dalla nostra Costituzione e cioè che *“i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza”*

All'interno della *Carta dei Servizi* sono riepilogate, nel dettaglio, tutte le prestazioni mediche cui ha diritto il cittadino privato della libertà personale recluso nella Casa Circondariale di Regina Coeli, oltre alle modalità e alla tempistica per la loro fruizione. E', altresì, previsto, che la Carta possa essere modificata sulla base delle indicazioni provenienti dal Tavolo tecnico congiunto.

«E' universalmente riconosciuto - ha detto il Garante Angiolo Marroni - che quello alla salute è il diritto maggiormente violato in carcere. Un dato, questo, che nel Lazio assume una valenza ancor più importante vista anche la situazione in cui versa il sistema sanitario penitenziario anche a causa delle note problematiche del deficit regionale. Carenze di fondi e di personale medico e paramedico, strutture fatiscenti e dotazioni tecnologicamente superate ed infine il sovraffollamento, fanno sì che la situazione peggiori giorno dopo giorno. In questo contesto, dove le emergenze legate alla tutela della salute in carcere sono purtroppo all'ordine del giorno, l'adozione di questa

Carta dei servizi sanitari rappresenta un segnale di speranza. Sancire in questo modo che anche i detenuti hanno diritto alla tutela della salute vuol dire aver raccolto i moniti del Presidente della Repubblica e di quelli delle due Camere, Boldrini e Grasso. Un gran bel risultato che riavvicina il carcere alla società».

*«Quando uomini e donne sono animati da buone intenzioni – **ha detto il Direttore Generale della Asl Rm A Camillo Riccioni** – riescono a coniugare aspetti diversi, e a raggiungere un ottimo risultato finale, come in questo caso. La carta va letta come un punto di partenza, un contenuto plasmabile che cresce e si arricchisce di nuova progettualità».*

*«La Carta dei Servizi è un percorso nuovo - **ha detto Maria Claudia Di Paolo, provveditore regionale dell'Amministrazione Penitenziaria** – un approdo verso una ulteriore certezza per i ristretti. A costoro chiediamo un credito di fiducia cui corrisponde un debito di responsabilità da parte degli operatori che, per conto loro, non finiscono mai di stupirmi per la passione con cui svolgono la loro professione in carcere».*

L'Ufficio Stampa Marco Leone 377.3180583

AltraCittà
www.altravetrina.it

Fra Kabobo e Brevik, *We need to talk about Kevin*

Mario Iannucci

Psichiatra della CC di Sollicciano in Firenze

Debbo dire la verità: rimango davvero stupito per il modo, un po' superficiale e irresponsabile, con cui vengono trattati argomenti delicatissimi, per una società che davvero voglia dirsi civile, come quelli che riguardano Adam Kabobo, l'assassino ghanese di vittime casuali a Milano, come quelli che riguardano Anders Brevik, l'assassino di settantasette ragazzi norvegesi e feritore di molti altri. Adriano Sofri ha scritto su entrambi i casi e, in tutta franchezza, debbo dire che i suoi ragionamenti non li ho capiti granché. Nell'articolo che ha pubblicato sabato scorso su *La Repubblica*, egli sembra voler contestare la "speranza che si tratti di gesti compiuti da pazzi isolati", per richiamare la società civile all'assunzione di una autentica posizione responsabile nei confronti di questi dilaganti delitti compiuti da persone che, su vittime più o meno casuali, sfogano la loro "inimicizia universale". Fino a qui non si può che essere d'accordo. Infatti non può certo *sperare*, la società civile, che comportamenti che stanno diventando tanto frequenti, e che in ogni caso sono emblematici e grandemente inquietanti, siano compiuti da "pazzi isolati". Occorrerebbe allora che la società si interrogasse sulla circostanza che se ne vadano "liberamente" in giro persone così pazze, persone che per essere tanto numerose non potrebbero più essere considerate "isolate". Sì: anch'io dunque, se non avessi detto e non dicessi niente in proposito, mi sentirei di dover scrivere sulle tombe di quelle vittime casuali: "*c'entro anch'io*". Io però ho detto e voglio ripetere delle cose in proposito. Riguardo a Brevik, ad esempio, ho detto cose molto diverse da quelle che ha detto Adriano Sofri, il quale, in occasione della condanna dell'assassino seriale di vittime casuali, ha scritto che i giudici della civile Norvegia, dove da decenni è stato abolito l'ergastolo (e io, che lavoro in carcere da trentaquattro anni, sono il primo a rallegrarmene), hanno fatto benissimo a condannare come sano di mente Anders Brevik, comminando il massimo della pena (20 anni) e aggiungendo peraltro una postilla in sentenza: dopo venti anni, qualora la pericolosità sociale di Brevik persistesse, la sua pena potrebbe essere prorogata di cinque anni in cinque anni fino alla cessazione della pericolosità sociale. Nella sostanza cioè, mentre lo negavano formalmente, i giudici norvegesi hanno di fatto riconosciuto che Anders Brevik, al momento in cui, ritenendosi un emissario del Dio dei Cristiani che si opponeva al dilagante Islamismo e alla diffusione di un lassismo morale, falciava decine di giovani vittime casuali, era almeno parzialmente incapace di intendere e di volere. Una sentenza pericolosissima quella dei giudici norvegesi, perché una sentenza farisaica e succube delle emozioni delle masse: la Giustizia, per essere tale, non può che essere onesta e coraggiosa. Non ho esaminato personalmente Anders Brevik eppure, dopo quattro decenni di esperienza psichiatrica in ambito forense, sfido qualsiasi persona di buon senso (non importa che sia uno psichiatra, tantomeno uno psichiatra forense), che abbia letto il suo scritto di 1518 pagine, intitolato '*2083 A European Declaration of Independence*', ad asserire che l'autore di quello scritto, nel momento in cui falciava "innocenti vittime casuali", a Oslo e a Utøya, in nome dell'islamofobia, del sionismo e dell'opposizione al femminismo, era del tutto *capace di intendere e di volere*. Come terapeuta della psiche degli uomini sono molto interessato alla storia di Anders Brevik, il quale venne indicato come affetto da schizofrenia paranoide nella prima perizia psichiatrica richiesta dalla Corte. Poi i giudici, dal momento che i risultati di questa prima perizia erano stati durissimamente attaccati da quasi tutti i mezzi di informazione norvegesi, ne richiesero una seconda. I successivi periti sostennero che Brevik era del tutto capace di intendere e di volere al momento dei fatti, anche se affetto da un *disturbo narcisistico di personalità*, disturbo la cui

presenza, considerando l'epoca nella quale viviamo, non colloca di certo gli individui che ne soffrono al di fuori della "normalità".

Se dunque Anders Brevik era ed è *responsabile* (capace cioè di comprendere ciò che stava facendo, di apprezzare il disvalore morale delle sue azioni e di determinarsi a compierle in piena libertà, senza essere in alcun modo condizionato da una *infermità di mente*), saranno davvero pochissimi, fra coloro che compiono dei reati, a dover essere giudicati, *per infermità di mente*, incapaci di intendere e di volere. Tutti sanno che recenti disposizioni di legge dello Stato Italiano hanno stabilito che, entro il 1° aprile 2014, i "vecchi" OPG, che ospitavano e ospitano i pazienti psichiatrici che hanno compiuto dei reati mentre erano incapaci di intendere e di volere, dovranno lasciare posto a "nuove" strutture, più sanitarie, che dovrebbero curare gli stessi pazienti. Ci sono inoltre alcuni colleghi psichiatri i quali, ormai da decenni, vanno sostenendo che è bene restituire i pazienti psichiatrici autori di reati alla piena responsabilità penale, abolendo gli articoli di legge (88, 89 e 95 del codice penale) che stabiliscono che sono da prosciogliere coloro che erano *totalmente infermi di mente* al momento dei fatti e che la pena deve essere ridotta a coloro la cui capacità di intendere e di volere era *grandemente scemata*. Ai soggetti di entrambe queste categorie quindi applicata la misura di sicurezza dell'internamento negli OPG (o nelle Casa di Cura e Custodia – CCC- che sono negli OPG) se giudicati *socialmente pericolosi*. Si capisce subito, allora, che se Anders Brevik e tutti quelli come lui vengono giudicati come *sani di mente*, l'OPG e le CCC non hanno più ragione di esistere. L'incapacità di intendere e di volere non esisterà più e gli OPG si estingueranno "per lisi" naturale.

Il cambiamento non sarà molto traumatico. Gli addetti ai lavori sanno da tempo che le carceri (gli istituti ordinari di pena) sono pieni zeppi di persone che presentano relevantissimi disturbi psichici. Nella Casa Circondariale di Firenze il Servizio di Salute Mentale ha in cura continuativa circa 200 persone su 1000 detenuti. In uno studio pubblicato nel 2010, Eytan e Wolff, della Università di Ginevra, hanno messo in evidenza come, nel carcere di quella città, circa il 46% dei detenuti soffre di disturbi psichici e che, fra le donne, il dato aumenta al 56%. Poiché queste percentuali le ritroviamo diffusamente a livello europeo, possiamo a ragione affermare che le carceri sono piene di *infermi di mente*. Vado segnalando questa circostanza da almeno due decenni, insieme a Gemma Brandi. All'inizio venivamo quasi dileggiati. Ora molti altri (di recente anche Claudio Mencacci, Presidente della Società Italiana di Psichiatria) si accorgono che le cose stanno davvero così.

Bene, dunque: Anders Brevik è in un carcere ordinario. Poco ci importa se, per via della ricchezza della Norvegia e della particolare vicenda di Brevik, egli pare abbia a disposizione due confortevoli stanze con l'uso di computer e che venga sottoposto a una vigilanza continua. Ci importa invece molto che i Giudici abbiano detto e scritto che egli è "sano di mente", che è "responsabile". Si capisce, allora, che di qui in avanti nessuno si potrà occupare della terapia di Anders Brevik a meno che egli non lo chieda. E, a dire il vero, possiamo nutrire moltissimi dubbi sul fatto che una persona siffatta, che con Jaques Lacan potremmo facilmente identificare come affetto da una *paranoia di rivendicazione*, giunga a chiedere una terapia. La sua notorietà, considerati gli elementi del patologico narcisismo insito nella paranoia di rivendicazione, per adesso è già un sufficiente "puntello". Se Anders Brevik è responsabile e quindi, giudicato come sano di mente, può decidere di rifiutare le cure, moltissimi altri pazienti psichiatrici autori di reato, specie fra quelli paranoici e rivendicativi, potranno seguire la stessa strada: giudicati come sani di mente, andranno in carcere e rifiuteranno le cure.

La psichiatria moderna nasce in carcere. Nasce nella seconda metà del 1600 per iniziativa di un medico, di un cappellano e di un capo delle guardie del carcere dell'Isola delle Stinche in Firenze. Questi tre signori, dopo avere osservato con attenzione i profondi e patenti disturbi psichici che affliggevano taluni detenuti (allora, ad esempio, si veniva rinchiusi in carcere anche per eccessiva prodigalità, uno dei sintomi possibili dello scompenso maniacale), decisero che quei detenuti andavano curati invece che puniti (il carcere, a quell'epoca, era eminentemente "retributivo" e non c'era l'art. 27 della Costituzione). Portarono quei detenuti "speciali" in una parte dell'Arcispedale di Santa Maria Nuova, che chiamarono Santa Dorotea de' Pazzarelli e cercarono di *curarli*. All'inizio dell'ottocento questa rivoluzione culturale ebbe il suo compimento effettivo con Esquirol e Pinel in Francia, con Tuke in Inghilterra, con Chiarugi di nuovo a Firenze. Pierre Riviere, che aveva sgozzato la madre, la sorella e il fratello, venne tratto fuori dalla prigione e curato nel primo ospedale psichiatrico. La psichiatria moderna nasceva con il riconoscimento della follia dei vari Pierre Riviere.

C'è allora da domandarsi: se alle persone malate di mente viene riconosciuto il diritto ad essere riconosciuti responsabili delle loro azioni delittuose, perché non riconoscere loro il diritto di rifiutare, con la stessa identica "responsabilità", le terapie a cui gli psichiatri, talvolta, ritengono di doverli sottoporre contro la loro volontà? Cosa che capita non di rado nelle forme di follia rivendicativa e risentita, le stesse che inducono questi pazienti ad adottare dismetrici, incongrui e pericolosi comportamenti delittuosi.

Se gli psichiatri, poiché tutte le persone sono responsabili, anche del rifiuto delle cure a tutta prima indispensabili, non possono più curare i folli not compliant (non condiscendenti alle cure), che senso avrebbe, per i magistrati, chiamare gli psichiatri stessi ad assumere nei confronti di tali pazienti riottosi la cosiddetta *posizione di responsabilità*? Posizione che possiamo così riassumere: il tuo paziente, per una grave patologia mentale, si trova in una situazione di pericolo: potrebbe farsi del male o fare del male agli altri. Tu, psichiatra, devi allora prenderlo in cura e fare tutto ciò che, in scienza e coscienza, ti è possibile fare per trarlo fuori dalla condizione patologica e, quindi, dalla situazione di pericolo. Se tutti sono *responsabili*, sarà molto meno *responsabile* lo psichiatra per i suoi pazienti, con grande sollievo di taluni psichiatri e, soprattutto, delle compagnie che li assicurano per la responsabilità professionale. Certo la psichiatria, rinunciando a ciò che di fortemente responsabilizzante c'era nelle sue origini, rinunciarebbe forse a una parte essenziale della sua funzione. Non è detto, peraltro, che almeno in una certa misura non vi abbia rinunciato, dedicando la maggior parte della sua riflessione alle faccende neurobiologiche e sterilmente tassonomiche.

La riflessione che ha fatto grande la scienza della psiche è anche quella che ha saputo indagare gli stretti legami esistenti fra le vicende dei singoli individui e le vicende della società. A cominciare da *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, di Sigmund Freud. Solo se la psichiatria e la psicologia si riappropriano di questa capacità di riflessione e di indagine, potranno essere davvero di aiuto agli individui che soffrono e che fanno soffrire la società civile.

Abbiamo mai pensato, ad esempio, alla estrema difficoltà che pone la cura di un individuo malato di mente proveniente da un altro Paese, talora molto *distante* dal nostro, un individuo che ha quindi atteggiamenti culturale assai diversi dai nostri e che parla un'altra lingua. Uno psichiatra ironico, che frequentavo molti anni or sono, amava ripetere che era molto difficile, per un bravo psichiatra di Firenze, esercitare con successo la professione a Brozzi (una frazione di Firenze): "troppo grande la differenza culturale", amava dire quel Collega! Figuriamoci, allora, le enormi difficoltà che incontreremo nel curare efficacemente (poiché noi comprendiamo soprattutto

attraverso le parole e curiamo con esse) persone che vengono da altri mondi culturali. Chi intende occuparsi di regolare i flussi migratori, bisognerebbe che tenesse conto del fatto che, se si emigra per fame e per guerre, si emigra anche per follia. Qualche anno addietro gli stranieri cominciarono a popolare il carcere: ora, nella nostra casa circondariale di Firenze, ci aggiriamo mediamente sul 60% di presenze straniere, con i pazienti stranieri che cominciano a popolare progressivamente anche i nostri Centri di Salute Mentale, mettendo alla prova le nostre capacità terapeutiche.

Oscar Wilde sosteneva che la superficialità è il maggiore dei difetti. Io vi accosterei l'ipocrisia. Siccome non vorrei essere né superficiale né ipocrita, mi affretto a dire che non ritengo davvero che la questione dei delitti gratuiti, contro persone casuali e inermi (fa bene, Adriano Sofri, a sottolineare come le donne siano senza dubbio vittime più frequenti; è proprio dei giorni scorsi la notizia di spari di pistola, a Roma, contro autovetture al cui interno erano delle donne), possa esaurirsi con queste mie considerazioni "specialistiche". Considerazioni che però auspico che possano alimentare un dibattito non superficiale. Io non ho trovato superficiale un film del 2011, *We Need to Talk About Kevin*, diretto da Lynne Ramsay. Presentato a Cannes, ha poi vinto il primo premio al London Film Festival. Vi si narra la storia di un ragazzo che, anche all'interno di una relazione molto problematica con la madre (il cui *sensu di colpa* viene tratteggiato nel film in modo mirabile e indiretto), finisce per fare strage, a colpi di frecce scagliate con l'arco, del padre, della sorellina e di una quantità imprecisata di compagni di scuola. Il film, a mio parere, può aiutarci ad affrontare il tema dei *delitti casuali* a partire dal titolo: noi abbiamo bisogno di parlare di Kevin. Abbiamo bisogno di parlare di questo *sensu di colpa improprio* che attraversa la nostra società, che attraversa maggiormente talune società moderne.

Secondo il detto popolare, è *la Legge a fare il peccato*. La pregnanza del detto va ben oltre la linearità con cui, nel cogito dei giuristi, si rintraccia il legame fra la pena e la colpa: *nulla pena sine culpa, nulla culpa sine crimine, nullum crimen sine lege*. Nel vecchio testamento Manasse, che fu un grande re dei Giudei, in gioventù aveva distrutto i tempi sacri e compiuto indicibili misfatti, anche contro i suoi familiari. Iddio lo punì: lo fece sconfiggere dagli eserciti di Assiria e lo fece imprigionare a Babilonia. In prigione Manasse riconobbe i suoi errori e chiese perdono al suo Dio. Fu ricondotto a Giuda, dove regnò saggiamente per molti anni. Fu la sottomissione a Dio che ristabilì la Legge e, con essa, la possibilità di costruire un regno. Come ci dice Lacan, alla affermazione di Karamazov/ Dostoevskij: "Dio è morto, allora tutto è permesso", assolutamente al di là di ogni moralismo o di ogni credenza religiosa l'uomo moderno, quest'uomo nascosto e inibito, risponde «con tutti i suoi mali e con tutti i suoi gesti: "Dio è morto, più niente è permesso"». Tanto più riconosceremo la potenza di questa preclusione distruttiva, quanto più la legge (con la l minuscola, si badi bene) sarà incarnata dalla nipotina di Mubarak o dai suoi compari. Ecco perché è indispensabile "*parlare di Kevin*".

Livorno detenuto morto nel 2003, la madre denuncia medici e chiede di riaprire le indagini

Ansa, 5 maggio 2013

La madre di Marcello Lonzi, il detenuto morto in cella quasi dieci anni fa nel carcere Le Sughere di Livorno, ha sporto querela ai carabinieri di Pisa, città nella quale risiede, contro due medici della casa circondariale e contro il medico legale che eseguì l'autopsia accusandoli di non avere "svolto bene il loro dovere" e chiedendo la riapertura delle indagini sulla morte del giovane.

Lonzi morì l'11 luglio 2003 e secondo l'inchiesta a ucciderlo sarebbe stato un malore, mentre per la madre, Maria Ciuffi, il figlio sarebbe morto in conseguenza di un pestaggio subito in cella. Alla querela contro l'anatomopatologo e i medici in servizio all'epoca dei fatti presso l'infermeria del carcere livornese, Maria Ciuffi, assistita dall'avvocato Erminia Donnarumma, ha allegato ampi stralci della relazione medico legale eseguita dal consulente nominato dalla procura livornese, quando fu riesumata la salma del giovane detenuto per effettuare una nuova autopsia, nella quale si evidenziavano "condotte non idonee".

Si rileva inoltre, secondo la denuncia, la presenza nella parte addominale del cadavere di numerose fratture non evidenziate prima, nonché "l'infossamento corticale dell'osso di ben due millimetri in corrispondenza di una ferita lacero contusa all'arcata sopracciliare di Lonzi non compatibile con una morte naturale".

Ivrea: Osapp; detenuto tenta di impiccarsi, salvato dalla Polizia penitenziaria

Adnkronos, 5 maggio 2013

"Poco prima delle 16 nel carcere di Ivrea (Torino) un detenuto italiano di 29 anni, con fine pena fine nel 2016 per concorso in estorsione aggravata e ricettazione, ha tentato di impiccarsi con uno straccio da pavimento legato alle grate del bagno della sua cella che per fortuna si è rotto. Un agente di vigilanza se ne è accorto e lo ha subito soccorso". A darne notizia è Leo Beneduci, segretario generale dell'Osapp, organizzazione sindacale autonoma di Polizia penitenziaria. Beneduci fa appello al neo Guardasigilli, Anna Maria Cancellieri "affinché metta mano con urgenza alle condizioni di sovraffollamento delle carceri e soprattutto alle drammatiche condizioni lavorative della polizia penitenziaria". E questa mattina agenti di polizia penitenziaria appartenenti a Osapp Sinappe e Cisl hanno tenuto un sit in davanti al carcere di Ivrea per contestare l'attuale organizzazione del lavoro all'interno del carcere.

Roma: tra Prap, Asl e Garante riparte il tavolo tecnico sulla sanità penitenziaria

www.romatoday.it, 3 maggio 2013

Il Tavolo coinvolge l'azienda Roma F, il provveditore regionale dell'amministrazione penitenziaria del Lazio, i vertici degli istituti penitenziari di Civitavecchia e i rappresentanti dell'Autorità Garante per i detenuti della Regione Lazio.

Riprendono gli incontri periodici nell'ambito del tavolo tecnico tra l'azienda Roma F, il Provveditore regionale dell'amministrazione penitenziaria del Lazio, i vertici degli istituti penitenziari di Civitavecchia e i rappresentanti dell'Autorità Garante per i detenuti della Regione Lazio.

Alla riunione di martedì scorso, voluta dal commissario della Asl Roma F Giuseppe Quintavalle, si è fatto il punto sullo stato delle varie iniziative messe in campo già dagli anni scorsi dalla Asl Roma F sul piano dell'assistenza sanitaria per i detenuti nei penitenziari situati nel territorio di competenza. Nell'incontro, in particolar modo, si sono esaminate alcune recenti normative regionali che, in attuazione della riforma nazionale del 2008, prevedono l'effettuazione di una ricognizione particolareggiata degli ambienti destinati all'erogazione di prestazioni ambulatoriali e supporti specialistici, che analogamente a quello già avvenuto per le competenze sanitarie, entreranno quanto prima nella giurisdizione completa dell'azienda sanitaria, ottenendo l'accreditamento regionale. È stato inoltre comunicata l'individuazione di percorsi riservati ai detenuti nelle attività ordinarie della chirurgia dell'ospedale San Paolo, per dare risposte immediate e di rapida dimissione e alcune patologie urgenti.

Il commissario dell'azienda sanitaria ha inoltre informato i presenti di una serie di ulteriori iniziative in sinergia con il Comune di Civitavecchia, che saranno volte all'inserimento di reclusi in attività produttive nella logica della delocalizzazione e dell'inserimento a pieno titolo delle problematiche dei detenuti tra quelle dei cittadini del comprensorio. Ma non solo. Il commissario straordinario della Asl Roma F ha proposto anche l'organizzazione di un workshop dedicato interamente al miglioramento ulteriore e alla integrazione organizzativa delle pratiche sanitarie e delle terapie di supporto psicologico, attività assistenziali (in questi casi primarie) destinate a quella particolare tipologia di cittadini posti temporaneamente in stato di restrizione della libertà.

Brescia: tubercolosi e sovraffollamento, il dramma del carcere di Canton Mombello

Brescia Oggi, 3 maggio 2013

Il dramma del carcere bresciano. Un sovraffollamento che viola l'idea stessa di dignità umana. Detenuti ammassati, poca igiene, letti a castello che arrivano al soffitto e non permettono nemmeno di aprire le finestre. Caterina Pagani: "Un dramma che continua da troppo tempo". Ieri pomeriggio, nella sede di Radio Onda d'Urto è stata presentata l'interrogazione parlamentare sulla situazione sanitaria a Canton Mombello.

Il rappresentante del comitato "Chiudiamo il carcere lager di Canton Mombello", Giuseppe Corioni, ha introdotto parlando dell'esposto presentato il 10 Aprile scorso al procuratore della Repubblica di Brescia, al Ministro della Giustizia, al Prefetto e al Sindaco Paroli, alla Direttrice del carcere e alla Corte Europea dei diritti dell'uomo: "Volevamo denunciare una situazione intollerabile sotto ogni profilo", soprattutto per le condizioni igienico-sanitarie in cui i detenuti sono costretti a vivere.

Recentemente è stato riscontrato in un detenuto un caso di Tubercolosi. Da qui l'urgenza di trovare soluzioni a pessime condizioni di vita, anche per evitare che si verifichi un contagio: "Perché non si diffonda la Tubercolosi, c'è bisogno di areazione e a Canton Mombello il continuo ammassamento di letti a castello non consente neanche di aprire le finestre".

Luigi Lacquaniti, deputato di Sinistra Ecologia e Libertà e autore dell'interrogazione parlamentare, ha visitato personalmente le carceri e ha potuto vedere con i propri occhi le condizioni in cui versano i detenuti: "Quello che ho visto è inimmaginabile. Nelle celle ognuno ha a disposizione circa 1 m/q ed è necessario fare i turni per stare in piedi. Le ore d'aria sono ridotte a 2, il resto del tempo lo si passa stipati nella cella".

L'esposto, presentato in Parlamento, ha superato il vaglio dell'Ufficio di Presidenza delle Camere. Al ministero si chiede chiarezza rispetto al caso del ragazzo malato di TBC attiva: "Avrebbe contratto la malattia in Africa, ma vogliamo sapere se ci sono stati altri casi in carcere. Chiediamo delle garanzie sulle condizioni sanitarie a Canton Mombello e che siano adottate misure concrete per superare questa situazione fortemente critica".

Uno dei problemi più gravi riguarda il sovraffollamento delle carceri. I posti a disposizione sono 208, ma oggi sono stipati nella struttura circa 600 detenuti. Le leggi che avrebbero causato questa insostenibile situazione sono principalmente tre: la legge Fini-Giovanardi in materia di stupefacenti, l'ex Cirielli e la Bossi-Fini con la creazione del reato di clandestinità.

"In carcere ci sono tante persone che non dovrebbero starci - spiega ancora Lacquaniti. Ci sarebbe bisogno di pene alternative, che purtroppo il Tribunale bresciano continua ad essere restio a proporre. Spesso queste pene alternative non sono prese in considerazione per mancanza di domicilio del detenuto. In molte città si è ovviato fornendo alloggi a queste persone, sfruttando strutture disabitate. Invece, a Brescia non succede quasi mai". A detta del Comitato, inoltre, il sindaco Paroli sembra completamente disinteressato all'argomento, e i tanti appelli avanzati sono rimasti lettera morta.

"La costruzione di nuovi carceri, oltre al costo troppo elevato, non ha senso. C'è bisogno di strutture da utilizzare per il recupero e la rieducazione dei carcerati", sottolinea Caterina Pagani, rappresentante del "Comitato famigliari", da tempo desidera un intervento della Chiesa bresciana, auspicandosi "che dia un aiuto concreto, fornendo degli spazi adeguati per le pene alternative. Il carcere dovrebbe diventare una realtà viva della città e la popolazione non può rimanere indifferente di fronte a questo dramma che continua ormai da troppo tempo".

Giustizia: la ministra Cancellieri "avrò grande attenzione ai bisogni dei detenuti"

Agi, 2 maggio 2013

"Mi impegnerò per rendere sempre più civili le condizioni di vita dei detenuti. Avrò grande attenzioni ai loro bisogni e alle loro condizioni". Lo ha detto il ministro della Giustizia, Anna Maria Cancellieri, al termine della visita nel carcere romano di Regina Coeli dove ha incontrato una rappresentanza di reclusi.

"Abbiamo inaugurato un nuovo reparto - ha spiegato il ministro - per il momento abbiamo dato soltanto un'occhiata veloce, sono sempre luoghi di detenzione che ti emozionano. Il bilancio di oggi - ha aggiunto il Guardasigilli - è che bisogna lavorare molto e tutti insieme per fare veramente qualcosa di utile. Nelle carceri lavorano persone straordinarie e con grande dedizione. Credo che ci sia molta gente che abbia voglia di lavorare seriamente".

Prima di incontrare una rappresentanza di detenuti, il ministro Cancellieri ha ringraziato gli agenti di polizia penitenziaria e il personale in servizio nell'istituto: "Voi svolgete un lavoro delicato e importante - ha detto - e per questo vi ringrazio. Vediamo quello che si può fare per agevolare voi nel vostro lavoro e gli ospiti che possano uscire da questi luoghi di sofferenza come persone migliori, come è giusto che sia e come questo Paese deve fare. Ricordiamo che siamo la culla della civiltà giuridica e non dobbiamo tralasciare nessuno sforzo per dare dignità a delle persona che espiano la loro pena e che ne escano migliorate".

Morti tema delicato da affrontare con determinazione

“Ho voluto rendere omaggio ai caduti della polizia penitenziaria per cominciare ad affrontare un tema che ritengo delicato e di grande valore”. Lo ha detto il ministro della Giustizia, Annamaria Cancellieri, arrivando al carcere romano di Regina Coeli, sua prima visita ufficiale dalla nomina, dopo essere stata al Dipartimento per l'amministrazione penitenziaria, dove ha depresso una corona presso la lapide in memoria degli agenti morti in servizio. “Voglio cominciare già qui - ha aggiunto Cancellieri - è un impegno serio che voglio affrontare con determinazione, e quindi prima di tutto occorre conoscere bene la situazione”.

Fns-Cisl: gesto cancellieri di grande sensibilità

“La visita a Regina Coeli, la prima in un istituto penitenziario dal suo insediamento, è un segnale che dimostra un gesto, non comune, di grande sensibilità e attenzione del ministro Cancellieri alle varie problematiche delle carceri e del personale del Corpo di Polizia penitenziaria mai riscontrate così con immediatezza”.

Lo afferma, in una nota, il segretario regionale della Federazione Nazionale della Sicurezza Cisl, Massimo Costantino, secondo cui “la situazione delle carceri del Lazio e italiane è drammatica”. Per Costantino, “in un sistema penitenziario sempre più” in affanno, con le carceri sovraffollate, il personale di Polizia penitenziaria, pur sotto organico, garantisce un prezioso apporto all'effettività della giustizia, nonostante le mille difficoltà che quotidianamente si trova ad affrontare”. Per questo la Fns Cisl Lazio si augura “interventi del ministro atti a risolvere molte questioni esistenti sia nel carcere romano di Regina Coeli, così anche in quelli della Regione e non solo, legate alle gravi difficoltà dovute alla carenza degli organici”.

Giustizia: detenuti morti a Catanzaro, Velletri, Reggio Emilia, Milano. Un bollettino di guerra
Ristretti Orizzonti, 2 maggio 2013

“Un altro detenuto, l'ennesimo, ha deciso di evadere dalla vita nel pomeriggio odierno annodandosi una busta di plastica intorno al collo in una cella del reparto isolamento della Casa Circondariale di Catanzaro. N.S., extracomunitario di circa 40 anni, in carcere per reati comuni, è il 55° morto nelle carceri italiane dall'inizio dell'anno, il secondo in meno di un mese alla Casa Circondariale di Catanzaro”.

A darne notizia, ancora una volta, è Gennarino De Fazio, segretario nazionale della Uil-Pa Penitenziari, che aggiunge: “Di nuovo un'auto-soppressione nelle carceri italiane che conferma la media dall'inizio dell'anno di circa 5 suicidi al mese, più di uno alla settimana. Come ho già detto in tristissime circostanze analoghe, ancor peggio di un bollettino di guerra.

Tutto questo non può non essere anche una diretta conseguenza dello stato di profondo degrado e sostanziale abbandono in cui continuano a versare le prigioni del Paese, nonostante le pur importanti ed apprezzabili iniziative connesse alla realizzazione dei circuiti penitenziari regionali differenziati, voluti dal Capo del Dap Tamburino, ma non ancora decollati in Calabria”.

“Anche per questo - continua il sindacalista - e per contribuire a sollecitare la politica e il neo governo in carica a dare senso compiuto alle dichiarazioni rilasciate sia dal presidente Letta sia dal ministro Cancellieri sulla tematica carceraria e porre fine alla flagranza di illegalità che ha portato pure a condanne della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo che ho di nuovo aderito al Satyagraha, con cinque giorni di sciopero della fame, promosso da Marco Pannella dal 26 al 30 aprile”. “La Casa Circondariale di Catanzaro - ribadisce in chiusura De Fazio - è peraltro fra quelle che verranno ampliate nei prossimi mesi, essendo interessata all'apertura di un nuovo padiglione per circa 300 posti detentivi, nonché alla messa in funzione del centro diagnostico terapeutico per ulteriori 47 posti.

Tutto questo, sembrerebbe, secondo le intenzioni dell'Amministrazione, in assenza di cospicui rinforzi agli organici della Polizia penitenziaria e delle altre figure professionali. Ciò, se confermato, anche a prescindere da moderni ed auspicabili modelli di sorveglianza connessi alla realizzazione del circuito penitenziario regionale differenziato, rischierebbe di vanificare gli effetti dell'ampliamento, se non addirittura di peggiorare la situazione complessiva in termini di operatività e offerte trattamentali”.

Sappe: un bollettino di guerra

Un giovane di origine magrebina si è suicidato oggi pomeriggio nel carcere di Catanzaro. “Secondo i primi accertamenti - riferiscono Giovanni Battista Durante, segretario generale aggiunto Sappe, e Damiano Bellucci, segretario nazionale - l'uomo sarebbe morto per asfissia, dopo essersi messo un sacchetto in testa. Sono ancora in corso gli accertamenti. È l'ennesimo, grave episodio che si verifica nelle carceri italiane, sempre più invivibili e indegne di un paese civile, sia per i detenuti, sia per gli operatori, in primis la polizia penitenziaria che sta a contatto 24 ore su 24 con i detenuti, riuscendo, così, ad evitare, che ogni anno circa 1100 di loro muoiano, tentando il suicidio”.

“Negli ultimi 20 anni - aggiungono i due sindacalisti - sono stati salvati circa 17.000 detenuti.

Le notizie dal carcere sono sempre più un bollettino di guerra. Nell'ultima settimana un giovane di 25 anni si è suicidato nella Casa di lavoro di Castelfranco Emilia, a Modena, un agente nell'istituto minorile di Lecce, uno ha tentato il suicidio a Modena e uno è appena morto anche nell'ospedale psichiatrico di Reggio Emilia. Cosa deve ancora succedere nelle carceri perché la politica faccia qualcosa? A Catanzaro ci sono circa 600 detenuti, per una capienza di circa 400 posti. C'è un nuovo padiglione che potrebbe ospitare oltre 200 detenuti, ma resta chiuso per mancanza di personale. In Italia - concludono gli esponenti del Sappe - mancano circa 7.500 unità”.

Detenuto muore a Velletri. Il Garante “è emergenza”

Un detenuto di 53 anni, Claudio T., è morto per un malore nel carcere di Velletri, dove era recluso dallo scorso mese di marzo. Lo rende noto il Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni. Il decesso è avvenuto la notte fra il 30 aprile ed il 1 maggio. È il quarto decesso registrato nelle carceri del Lazio dall'inizio del 2013; il secondo in poco meno di un mese a Velletri dopo quello del 27 marzo di un marocchino di 27 anni, Mohamed Saadaoui, le cui cause sono ancora in fase di accertamento.

“Sarebbe un errore rubricare morte per malattia il decesso di quest'uomo - ha detto il Garante dei detenuti Angiolo Marroni - perché il problema è il contesto in cui è avvenuta. A Velletri sono presenti 635 detenuti a fronte di 444 posti. La metà di loro assume psicofarmaci e in 240 sono in carico al Sert. Circa 80 detenuti sono sottoposti a grande o grandissima sorveglianza.

Il paradosso è che il nuovo padiglione, aperto di recente, è sottoutilizzato perché ha una impostazione di regime aperto ma, per quanto appena detto, la stragrande maggioranza dei detenuti presenti è incompatibile con un regime di bassa sorveglianza.

Il personale di polizia penitenziaria è, poi, drammaticamente sotto organico: attualmente sono in 209 per 635 presenti quando la norma imporrebbe un rapporto agente/detenuto pari a 0,80. In queste condizioni - conclude Marroni - è davvero difficile che in carcere possa essere garantita non solo l'applicazione dell'art. 27 della Costituzione, ma anche un efficace diritto alla salute per i reclusi”.

Piazzoni (Sel): dopo decesso Velletri affrontare dramma detenuti

Ho appreso con grande rammarico dal Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni la notizia di un nuovo decesso, nel carcere di Velletri.

La morte, seppure avvenuta per un malore, non ci esime da una riflessione sull'urgenza di affrontare il dramma degli istituti di pena. La presenza nella struttura di Velletri di 635 detenuti a fronte di 444 posti, di cui oltre la metà in carico al Sert, e molti sotto massima sorveglianza, l'impropria utilizzazione degli spazi disponibili, la sotto dotazione dell'organico della polizia penitenziaria sono tutte condizioni che acuiscono la drammaticità del clima carcerario.

In queste condizioni mi chiedo in quale misura possa essere tutelato il diritto alla salute. Il Gruppo parlamentare di Sinistra Ecologia e Libertà ha presentato recentemente tre proposte di legge: sull'introduzione del reato di tortura nel codice penale italiano, sull'abolizione di quello di immigrazione clandestina, sul ripristino della disciplina sulla recidiva e sulla prescrizione del reato antecedente alla legge Cirielli del 2005.

È tuttavia urgente mettere in campo misure concrete (economiche, strutturali, giuridiche e organizzative) per garantire un trattamento dignitoso e rispettoso della persona in regime carcerario, poiché la detenzione non può prescindere da percorsi di rieducazione, anche e soprattutto nei periodi di crisi, quando si tende a porre in sordina situazioni di particolare disagio sociale come il sovraffollamento e le condizioni sanitarie nelle carceri. Intendo impegnarmi a tenere alta l'attenzione sul tema della qualità del trattamento intramurario dei detenuti”.

Reggio Emilia: internato dell'Opg ritrovato morto in cella

Un internato di circa 50 anni è stato trovato morto dal personale medico ieri pomeriggio nell'ospedale psichiatrico di Reggio Emilia, all'interno del reparto dove era sottoposto alla misura di sicurezza. Lo rende noto il Sappe, il sindacato autonomo di polizia penitenziaria, spiegando che non è la prima volta che si verificano episodi di questo tipo, dovuti, molto probabilmente, alle precarie condizioni di salute degli internati.

L'uomo, di origine veneta, era nato a Verona: sarebbe morto per arresto cardio circolatorio. Il sindacato rende noto che già dal 2010 è stato firmato un protocollo d'intesa tra amministrazione penitenziaria e regione, per la dismissione dell'ospedale psichiatrico giudiziario e la costruzione di una nuova struttura che dovrebbe ospitare gli internati dell'Emilia Romagna.

Attualmente - sottolinea il Sappe - a Reggio Emilia ci sono circa 210 internati, di cui circa 50 sono all'esterno in

licenza. L'attuale struttura potrebbe essere riconvertita in casa circondariale o di reclusione, in modo da avere circa 300 posti detenuti in più in regione, salvaguardando anche la posizione lavorativa di tutti i dipendenti, in modo particolare il personale di polizia penitenziaria che costituisce la maggioranza.

Milano: la Garante; 4 morti in un mese e mezzo, magistratura faccia luce

Il caso del detenuto 78enne gravemente malato, morto nel carcere di San Vittore a Milano, "non è l'unico registrato nelle ultime settimane". A dirlo è Alessandra Naldi, garante per il Comune di Milano dei diritti delle persone private della libertà. "Non posso fare a meno di manifestare la mia preoccupazione e la mia rabbia per il senso di impotenza che è inevitabile provare di fronte a queste notizie", sottolinea in una nota, elencando altri tre decessi che si sono verificati nel giro di un mese e mezzo in due istituti di pena milanesi.

"Sempre nel carcere di San Vittore, nel III reparto, a metà marzo è morto un giovane tossicodipendente - spiega Naldi - Pare che stesse male già durante il giorno e che sia deceduto durante la notte. All'inizio di aprile, nello stesso reparto, è morto un altro giovane detenuto. Entrambi i decessi sembrerebbero imputabili a cause naturali, ma i compagni di detenzione riferiscono di una lunga attesa prima dell'intervento dei sanitari, fatto normale in un carcere in cui di notte un solo agente deve controllare più piani. Inoltre, in uno di questi due casi, sembra ci fosse stata una caduta dal letto a castello qualche ora prima del decesso".

Un'altra morte, "catalogata come suicidio - riferisce Naldi - è stata registrata a metà marzo nel reparto di massima sicurezza del carcere di Opera. Quattro morti in un mese e mezzo sono francamente troppi. Chiedo che la Magistratura faccia piena luce su questi casi, individuando eventuali responsabilità. Ma chiedo anche che si faccia tutto il possibile perché casi simili non si debbano più ripetere".

"Nel corso dei primi mesi della mia attività - prosegue il Garante - ho ricevuto molte segnalazioni di persone detenute nonostante una situazione di palese incompatibilità con le condizioni detentive. Persone anziane, invalide o gravemente malate sono costrette a vivere nelle celle chiuse per la maggior parte della giornata, in condizioni detentive e con un'assistenza sanitaria inadeguate. Per fare un esempio, nel Centro clinico di San Vittore, dove sono detenute diverse persone cardiopatiche o a rischio per le loro patologie, le celle non sono neanche dotate di un campanello per richiedere aiuto di notte. E, comunque, in vari reparti del carcere, un solo agente di notte deve controllare più piani, e quindi i tempi di intervento in caso di urgenza sono ovviamente troppo lunghi. Così la carenza di personale e di risorse all'interno del carcere impediscono spesso di intervenire in tempo per salvare vite umane. Molte morti in carcere si potrebbero, e si devono, evitare".

Torino: agente evita suicidio detenuto

Un giovane agente di polizia penitenziaria ha evitato il suicidio di un detenuto nel Padiglione C del carcere "Lorusso e Cutugno" di Torino. Lo rende noto Roberto Strega, segretario regionale dell'Ugl polizia penitenziaria. "L'agente - dice Strega - ha dato prova di ineccepibile professionalità, ma c'è da chiedersi se avrebbe dovuto disculparsi nel caso non fosse riuscito a salvare il suicida. In Italia lavorano 38mila poliziotti penitenziari in difficilissime condizioni per il sovraffollamento delle strutture penitenziarie che ormai non sono più in grado di contenere l'enorme numero di detenuti".

Parma: i detenuti diventano assistenti personali dei compagni di cella disabili
di Stefania Galli

www.superabile.it, 1 maggio 2013

La vita per una persona con disabilità non è mai semplice e molto spesso a peggiorare la situazione ci si mettono anche le istituzioni, proprio loro che dovrebbero invece tutelarle. Eppure la Costituzione italiana parla chiaro: nell'articolo 3, infatti, viene sancito che "tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali". Tutti hanno pari dignità, quindi, nessuno escluso. Nella realtà di tutti i giorni, però, non è proprio così e può capitare di assistere a situazioni completamente opposte. E se, nella vita normale risulta difficile comprendere che dietro ad una sedia a rotelle si trova una persona, dietro le sbarre la situazione appare ancora più problematica. Si perché non bisogna dimenticare che i disabili si trovano anche in carcere.

E nel nostro Paese non sono pochi: la Lombardia, con 121 persone con disabilità, è la Regione che detiene il primato, seguita da Campania (96), Lazio (51), Marche (34) e Sicilia (34), ancora Toscana (31), Piemonte e Valle D'Aosta (23), Veneto, Trentino e Friuli Venezia Giulia (20), Puglia (17), Emilia-Romagna (16), Sardegna (16), Calabria (14), Umbria, Abruzzo-Molise, Liguria (tutte con 3 detenuti) e, infine, Basilicata (1). A fornire le cifre è l'Ufficio Servizi sanitari del Dipartimento dell'amministrazione Penitenziaria. I dati, però, si riferiscono alla fine

del 2006 e da allora non ci sono stati ulteriori aggiornamenti. Secondo sempre queste stime, ci sono nel Bel Paese 11 strutture penitenziarie che hanno sezioni attrezzate, 175 i posti ma ben 90 sono inagibili. Dati non proprio confortanti.

Eppure nel panorama carcerario italiano si sta tentando di porre rimedio anche a questo problema. Caso esemplare è quello della casa circondariale di Parma dove è presente un centro clinico, reparto in cui sono ricoverati detenuti non necessariamente disabili, con patologie che necessitano di cure intensive tali da non poter essere eseguite in cella. C'è anche un reparto paraplegici che invece accoglie nove persone in sedia a rotelle, alcune con un bisogno di assistenza 24 ore su 24, mentre nella sezione minorati fisici vivono 50 detenuti con impedimenti e difficoltà di diverso genere e diversa gravità.

Con l'obiettivo di assistere queste persone sono partiti, primo caso in Italia, corsi per formare detenuti come veri e propri operatori sociosanitari, che siano in grado, quindi, di assistere altri carcerati con disabilità. Nove detenuti hanno deciso di intraprendere questo percorso, importante non solo per chi andranno ad aiutare ma anche per loro stessi. Tramite questo percorso di studi si permette, infatti, al carcerato di poter fare esperienza per il proprio futuro lavorativo fuori dal carcere, dando la possibilità reale a queste persone di potersi creare un futuro al di là delle sbarre. Questa iniziativa rientra nel progetto "Benessere psicofisico negli istituti penitenziari", elaborato dalla Asl in collaborazione con il centro "Forma Futuro", per offrire ai detenuti, inclusi quelli disabili, risorse, dignità, autostima, crescita e una forza conquistata dentro con l'obiettivo di spenderla fuori. Due dei nove carcerati che hanno seguito il corso e hanno ottenuto la qualifica di operatore assistenziale hanno intanto iniziato il loro percorso lavorativo presso il centro clinico del carcere, mentre gli altri sette andranno a sostituire gli operatori attualmente esistenti nella struttura penitenziaria.

"Il carcere è di per sé un luogo di disagio, per il fatto stesso di limitare la libertà" sottolinea Francesco Ciusa, dirigente medico presso la Asl, direttore del programma Salute all'interno del penitenziario. "Per restituire abilità alle persone occorre togliere una certa dose di sofferenza, in modo che ciascuno possa diventare padrone della propria riabilitazione". E chi meglio di un altro detenuto può comprendere e quindi togliere questa dose di sofferenza ad un altro detenuto. E si sa, anche per una persona abile, il carcere è luogo di sofferenza e di abbattimento per antonomasia. È di fondamentale importanza, quindi, che i detenuti facciano della propria esperienza in carcere una esperienza di ricostruzione di sé anche per ritrovare un rapporto non solo con se stessi, ma con tutta la società. E per fare ciò il carcere deve tornare ad assumere quel ruolo per cui è stato costituito, cioè essere un luogo educativo e non punitivo.

Milano: a San Vittore muore detenuto di 78 anni, era malato e doveva scontare solo 6 mesi

La Repubblica, 1 maggio 2013

Aveva 78 anni, era malato da tempo, doveva scontare ancora sei mesi di pena, poi sarebbe stato libero. Nel febbraio del 2012 era stato condannato a sei anni e 20 giorni per riduzione in schiavitù di una ragazza marocchina e concorso in numerosi furti.

Dal carcere di San Vittore è uscito nella notte tra domenica e lunedì, ma per essere ricoverato d'urgenza all'ospedale Fatebenefratelli, dove è morto poche ore dopo. E nessuno si è ricordato di avvisare la famiglia. A scoprire che Sliman Bombaker, libico di origini irachene, era morto per l'aggravarsi delle sue condizioni, è stato il suo avvocato, Enzo Lepre.

"Ho chiamato in carcere per sapere come stava il signor Bombaker e mi hanno detto quello che era successo - racconta l'avvocato. Non avevano avvisato né il sottoscritto né i 10 figli che vivono a Milano. Si sono giustificati dicendo che non avevano nessun numero. Falso, il mio assistito riceveva telefonate giornaliere dai figli e i loro numeri sono segnati sui registri. Mi chiedo in che Paese viviamo".

Bombaker era malato di diabete, lo scorso anno aveva avuto un infarto, una grave insufficienza renale lo aveva quasi paralizzato e solo poche settimane fa si era procurato un trauma cranico cadendo in cella. "Un quadro incompatibile con il carcere - spiega l'avvocato.

Anche il medico di San Vittore aveva detto che la situazione sarebbe potuta degenerare da un momento all'altro e che era da scarcerare". Ma il 18 aprile, il tribunale del riesame ha negato i domiciliari. "Di fatto è stato impedito ai figli di vegliare il padre nelle ultime ore della sua vita", accusa Lepre.

Lecce: poliziotto penitenziario di 54 anni si suicida impiccandosi nel carcere minorile

www.lettera43.it, 1 maggio 2013

Ha scritto due biglietti: uno per i figli e l'altro per la magistratura. E poi si è impiccato. Ha deciso di togliersi la vita appendendosi a un albero del giardino del carcere minorile di Lecce, un Poliziotto penitenziario di 54 anni. A fare la tragica scoperta è stato un collega dell'uomo. Sul posto sono subito arrivati altri agenti di Polizia

Penitenziaria e funzionari della squadra mobile, oltre al medico legale Alberto Tortorella che ha confermato il suicidio.

L'agente, originario di Novoli in provincia di Lecce era separato e nel biglietto indirizzato ai due figli ha chiesto scusa per il gesto. Nel biglietto destinato alla magistratura, invece, la vittima farebbe riferimento a presunti contrasti con persone al di fuori dell'ambito familiare. Pare inoltre che l'agente di Polizia Penitenziaria sarebbe dovuto andare in pensione tra pochi mesi. "La notizia di un nuovo suicidio tra gli appartenenti alla Polizia Penitenziaria ci sconvolge. L'ennesima tragedia tra i Baschi Azzurri dovrebbe fare seriamente riflettere tutti coloro che colpevolmente hanno trascurato e trascurano il disagio lavorativo dei poliziotti penitenziari.

Non è più possibile assistere inermi a queste morti assurde. È stato accertato che i suicidi di appartenenti alla Polizia Penitenziaria, benché verosimilmente indotti dalle ragioni più varie e comunque strettamente personali, siano in taluni casi le manifestazioni più drammatiche e dolorose di un disagio derivante da un lavoro difficile e carico di tensioni. Ma l'Amministrazione penitenziaria così come quella della Giustizia minorile non sono stati in grado di predisporre alcun intervento concreto risolutivo, anche per le diffuse colpe di Capi Dipartimento, Direttori Generale, Provveditori Regionali, Direttori di Centri per la Giustizia minorile, di Cpa ed Ipm.

Quanti si sono premurati di verificare davvero le condizioni di disagio dei poliziotti? Quanti hanno messo in campo efficaci strategie per contrastare il disagio lavorativo, anche attraverso collaborazioni con centri di ascolto? Sono probabilmente meno delle dita di una mano. E questa è una vergogna, una colpevole vergogna".

Non nasconde la sua ira Donato Capece, segretario generale del Sindacato Autonomo Polizia Penitenziaria Sappe, la prima e più rappresentativa organizzazione dei Baschi Azzurri, alla notizia di un nuovo suicidio tra i poliziotti penitenziari.

In pochissimi mesi abbiamo avuto colleghi suicidi a Trapani, Formia, San Vito al Tagliamento, Battipaglia, Torino, Mamone Lodè, Caltagirone, Viterbo. uno persino sulla nave che da Genova lo portava al paese d'origine, in Sardegna E dal 2000 ad oggi sono stati circa 100 i poliziotti penitenziari che si sono uccisi, 1 direttore di istituto (Armida Miserere, nel 2003 a Sulmona) e 1 dirigente regionale (Paolino Quattrone, nel 2010 a Cosenza). Come ci può continuare a sottovalutare queste tragedie?"

Osapp: ministro Cancellieri agisca

Il segretario generale dell'Osapp, Leo Beneduci, commenta il suicidio dell'agente di custodia nel carcere minorile di Lecce affermando che "è l'ennesimo suicidio di un poliziotto penitenziario vittima non del carcere ma dei problemi del carcere. La guardasigilli Cancellieri si affretti - chiede Beneduce - ad inserire i problemi del lavoro negli istituti penitenziari per adulti e minori tra le emergenze a cui il governo deve porre immediato riparo".

Uil-Pa: non strumentalizzare

Eugenio Sarno, segretario generale del sindacato Uil-pa Penitenziari, esprime il cordoglio per il suicidio nel carcere minorile di Lecce di un agente che, sottolinea Sarno, era iscritto alla Uil da circa 20 anni. "Benché ogni suicidio celi sempre motivazioni non sempre indagabili, abbiamo ragione di credere - afferma Sarno - che in questo caso la professione e l'ambiente lavorativo siano da escludere tra le cause scatenanti dell'estremo gesto". "In questi momenti di così grande dolore auspico - conclude il segretario generale della Uil-pa - che questa tragedia non sia artatamente strumentalizzata, ancor più da parte di chi nel passato ha assunto posizioni rigide verso l'IPM di Lecce e atteggiamenti critici verso l'intero contingente di polizia penitenziaria colà in servizio".

Roma: detenuto Regina Coeli morì per anoressia, 3 medici a processo per omicidio colposo

Adelaide Pierucci

Il Messaggero, 30 aprile 2013

Quando è entrato in carcere la bilancia segnava 81 chili. È morto, di notte, senza che i suoi tre compagni di cella se ne accorgessero, e ormai era un fuscello: 47 chili, tutto ossa. Si era spento così, in undici mesi, gli ultimi sei passati a Regina Coeli, Simone La Penna, il 32enne romano trovato senza vita sulla sua brandina il 26 novembre 2009. Per la procura i medici del carcere avevano sottovalutato la sua anoressia. Un nuovo caso Cucchi, si è detto. Simone e Stefano tutti e due trentenni, con problemi di droga alle spalle, ridotti a uno scheletro dalla fame, e, secondo i pm, vittime di chi avrebbe potuto e dovuto assisterli e salvarli.

E mentre il caso Cucchi è ormai agli sgoccioli - il 22 maggio dovrebbe arrivare la sentenza - il processo per la morte di Simone La Penna si è aperto ieri. Sul banco degli imputati con l'accusa di omicidio colposo davanti al giudice monocratico tre camici bianchi di Regina Coeli: il direttore sanitario, Andrea Franceschini, e i medici Giuseppe Tizzano e Andrea Silvano.

Un'udienza chiave per il pm Eugenio Albamonte, titolare dell'inchiesta. Hanno parlato i compagni di cella di La Penna, ma anche la sua compagna, Valeria. "Ogni giorno Simone mi inviava una lettera. Mi scriveva: qua mi ignorano, mi fanno sentire un peso. Pensano che fingo. Non ho più le forze. Era un lamento continuo. Io lo sollecitavo, premevo con l'avvocato, ma nulla. Quando si presentava in infermeria: gli consigliavano di tornare in cella e bere un bicchiere di acqua e zucchero. Non so come sia potuto succedere - ha aggiunto la giovane - Era diventato pelle e ossa, inguardabile. L'ho visto io, come hanno potuto non vedere i medici?"

Simone La Penna era stato arrestato mentre era nella sua casa, a gennaio del 2009: doveva scontare un residuo pena per reati commessi nel 1998. Allora era padre di una bimba di un anno e una volta messo piede in carcere - la prima assegnazione era stata Viterbo - aveva avuto un tracollo psicologico: in tre mesi era dimagrito trenta chili. Il direttore del carcere aveva firmato il trasferimento a Regina Coeli, dove c'è un centro sanitario attrezzato. Lì, cinque anni prima, Simone era stato detenuto e assistito per problemi analoghi e poi, viste le condizioni, trasferito ai domiciliari. "Ma ora - si sfogava con la compagna - è cambiato tutto, sono cambiati direttore sanitario e medici. Le cure di routine non mi aiutano. Mangio e vomito". L'ultima lettera è arrivata due giorni dopo la morte: "Me ne sto andando", scriveva. L'avvocato Giuseppe Nicola Madia, difensore del direttore sanitario, è convinto che il dibattito chiarirà tutto. "Qui sono stati mandati tre medici alla gogna solo sull'onda dei fatti emotivi del caso Cucchi", ha tagliato corto.

Modena: tragedia alla Casa di Lavoro di Castelfranco, giovane detenuto si toglie la vita

www.politicamentecorretto.com, 27 aprile 2013

Nella serata di martedì, un 25enne italiano si è suicidato utilizzando una bomboletta del gas che viene utilizzata per cucinare e riscaldare cibi e bevande. Il giovane era in attesa di scarcerazione per essere ricoverato in casa di cura a causa degli evidenti segni di malessere psicofisico.

Sul tragico incidente accaduto alla Casa di Lavoro si è espresso il segretario generale aggiunto del Sindacato autonomo della Polizia Penitenziaria, Giovanni Battista Durante: "Sarebbe opportuno che l'amministrazione provvedesse al più presto a vietare l'uso delle bombolette di gas, considerato che a tutti i detenuti e gli internati viene fornito il vitto".

Dalla sua parte, "Ristretti Orizzonti", componente dell'Osservatorio permanente sulle morti in carcere è intervenuto sul caso: "Doveva essere scarcerato e ricoverato in una casa di cura, ma l'ordinanza del magistrato non era stata ancora eseguita, il ricovero del giovane, firmato da giorni dal magistrato di sorveglianza non è stato eseguito neppure quando, venerdì scorso, dopo il colloquio con i familiari, il 25enne aveva dato segni evidenti di malessere psicofisico".

La vittima, che è stata trovata senza vita dal suo compagno di stanza, si è soffocata con un sacchetto della spazzatura riempito del gas della bomboletta.

Intanto, Giovanni Battista Durante ha voluto parlare anche sui tragici incidenti nei carceri italiani: "Il malessere psichico è diffuso nelle strutture penitenziarie e quello avvenuto a Castelfranco è l'ennesimo suicidio. In media sono 60-70 quelli dei detenuti in Italia ogni anno, circa 1.100 quelli sventati dalla polizia penitenziaria. A questi drammi non si riesce a porre rimedio, anche perché gli agenti sono ora 7mila in meno rispetto al previsto nel nostro Paese. Auspichiamo che il governo metta in agenda la questione carceri e che nomini nuovi vertici dopo che nell'ultimo anno si è perso tanto tempo".

Il commento di Luana Cinti, esponente dell'Italia Dei Diritti

È successo mercoledì. Si è tolto la vita con un sacchetto di plastica riempito di gas un giovane di ventiquattro anni, padre di un bimbo di pochi mesi, il quale risiedeva presso la Casa di Lavoro di Castelfranco Emilia, in provincia di Modena. Il suo nome era Denis, e già da alcuni giorni il Magistrato di Sorveglianza aveva disposto il suo trasferimento in una Casa di Cura e Custodia. A renderlo noto sono stati l'Osservatorio permanente sulle morti in carcere e l'associazione Ristretti Orizzonti. Da quanto si apprende, purtroppo, a tale indicazione non era stata data applicazione neppure in seguito all'ultimo colloquio che il ragazzo aveva tenuto con i propri genitori venerdì scorso, quando "aveva dato segni evidenti di malessere psicofisico".

Nonostante i tentativi di rianimarlo in seguito all'allarme dato da un suo compagno, non c'è stato nulla da fare. Dieci giorni fa, Desi Bruno, la Garante regionale per le persone private della libertà, aveva sottolineato la criticità della situazione personale di Denis, e aveva affermato: "Agli internati, in esecuzione della misura di sicurezza della casa-lavoro, non è garantito alcun progetto che metta, come necessario, il lavoro al centro della condizione dell'internamento. Da loro viene una pressante richiesta di occupazione".

Apprendiamo inoltre che gli internati presso questa struttura hanno già scontato la loro pena detentiva e vengono loro affidate mansioni di tipo "domestico" cui segue un riscontro economico di poco conto. Senza contare che

diversi giovani qui ospitati sono portatori di un forte disagio psichico. La Garante poi aggiunge: “Molti di loro hanno problemi psichiatrici, alcuni dei quali con doppia diagnosi, potendo contare sull’aiuto di una sola operatrice per un complessivo monte ore di 24 ore al mese”.

E la Magistratura di sorveglianza, di fronte all’impossibilità di dar vita a progetti di reinserimento sociale, è spesso costretta, paradossalmente, ad estendere l’obbligo di permanenza nella struttura. Dalle parole della Bruno, dunque, emerge lo sconforto e l’impotenza per il fatto di non poter cambiare nell’immediato la situazione: “Questi posti vanno chiusi. Lo chiedo di nuovo. Bisogna che qualcuno si muova, io non so più come chiederlo”.

Luana Cinti, esponente dell’Italia Dei Diritti e vice responsabile per l’Emilia Romagna in merito dichiara: “ Un nuovo tragico episodio attraverso il quale, ancora una volta, possiamo dire che non si è fatto quanto più volte segnalato e a più voci domandato per evitare il peggio, ma si è rivelato più facile chiudere gli occhi fino all’esito drammatico.

Associazioni, Garanti, parenti, gli stessi detenuti trovano troppe volte la strada sbarrata di fronte alla richiesta di aiuto concreto, e ancor prima di ascolto. Una sordità che si rivela letale quando le risorse e gli strumenti di protezione riconosciute alla persona in difficoltà, attraverso i quali offrire ad essa l’opportunità di una svolta e di un cambiamento in meglio, si riducono sensibilmente, fino a divenire inconsistenti, inutili e addirittura lesivi della dignità personale, del diritto ad una vita minimamente decorosa.

L’esistenza di questi ragazzi, internati presso strutture in cui dovrebbero essere promosse attività di recupero per mezzo di semplici progetti lavorativi e di costruttiva socialità, viene di fatto lasciata in sospeso, privata dei mezzi. È un’esistenza vuota, o meglio svuotata, cui non si offre margine di prospettiva, per la quale il futuro è inevitabilmente il protrarsi inaccettabile di una routine di per sé già dolorosa, anche per i propri cari.

E in questo discorso rientrano ovviamente anche i detenuti delle carceri sparse su tutto il territorio nazionale. Nel caso specifico di Castelfranco Emilia, abbiamo a che fare con giovani fortemente disagiati dal punto di vista psichico e sociale, ragazzi per cui andrebbe promosso un piano di intervento e supporto chiaro, continuativo e su più fronti, da parte di personale appositamente formato e specializzato in tali ambiti.

Quindi non un micro pacchetto di ore svilenti del senso stesso del recupero ai fini della reintroduzione in un settore lavorativo, ma una tabella di iniziative strutturate, degne di un luogo che si definisca “Casa del Lavoro”.

È inquietante ascoltare le parole della Garante, che chiede la chiusura di questi centri e si sente impotente, incapace di trovare una soluzione perché priva di sostegno nella propria opera. E ancor più terribile, certamente, l’idea di una Magistratura di Sorveglianza che prolunga la permanenza dei giovani interessati tra le mura di tale edificio poiché non avrebbero altre alternative. Sconvolgente”.

Rimini: dossier Casetti... l’infermeria e la sanità dietro le sbarre
di Stefano Rossini

www.newsrimini.it, 27 aprile 2013

Come scorre la vita all’interno del carcere? Monotona, sempre uguale, alla ricerca di un motivo o di una possibilità di uscire o di vedere qualcuno: un’immobilità che logora nervi e spirito. Non a caso uno dei punti nevralgici della quotidianità carceraria è l’infermeria.

Nella casa circondariale di Rimini sono presenti una media di 200 detenuti - il turnover è molto rapido e la maggior parte delle persone rimane per meno di un anno, con un continuo cambiamento. Ogni giorno passano in infermeria tra le 40 e le 50 persone. Questo significa che, considerando chi si presenta tutti i giorni, in media almeno una volta ogni settimana o dieci giorni, tutti i detenuti vengono visitati per qualcosa.

Di questi circa la metà - una ventina - va dal medico di base. Oltre ai medici di assistenza primaria (in totale 5, che si dividono i turni per essere presenti 365 giorni all’anno), nell’infermeria del carcere di Rimini ci sono 5 infermieri, un agente di riferimento, il direttore sanitario e alcuni specialisti. In particolare, quelli che si presentano con regolarità sono: il dentista, due psichiatri (uno del Sert e uno del servizio psichiatrico) un dermatologo (per problemi di scabbia e altre malattie della pelle) e un infettivologo (principalmente hiv ed epatite).

L’infermeria è un piccolo mondo all’interno del carcere, con le proprie dinamiche e i suoi riti. “C’è chi si presenta tutti i giorni - ci racconta un dipendente - per le cause più varie. Spesso, al di là del problema, l’infermeria è un modo per relazionarsi con qualcuno che non sia i propri compagni di cella, oppure per richiedere dei farmaci per lenire il dolore della carcerazione”.

La distribuzione dei farmaci viene decisa dai medici dell’infermeria e dal direttore sanitario, ne consegue che la modalità tende a cambiare quando cambiano i referenti.

“Ci sono stati periodi in cui i farmaci per gestire gli stati emotivi si davano con una certa facilità - prosegue il dipendente - Il passaparola tra i detenuti è stato immediato, e venivano in tanti. Quando invece, come ora, le possibilità si sono ridotte, anche le richieste sono diminuite. “Oltre all’uso personale per cercare di sopportare la carcerazione, lo psicofarmaco viene utilizzato come merce di scambio. È una valuta pregiata spesso scambiata con

le sigarette”.

Come accade che un farmaco possa essere riutilizzato?

“Se i detenuti riescono a non deglutirlo, allora poi possono riprenderlo e rivenderlo. Per evitare che ciò accada, si cerca sempre di far prendere i farmaci ai detenuti direttamente in infermeria, e, quando possibile, in gocce”. Ma alcune volte l’astuzia dei detenuti riesce nell’intento. E a quel punto il carcerato è in possesso di un bene. Periodicamente le guardie fanno delle spedizioni nelle celle per controllare. È una lotta continua.

“La vera lotta - ci dice ancora il dipendente - è per il medico tra l’ascoltare e venire incontro alle esigenze del detenuto, per cercare di capire, in definitiva, quando dietro la richiesta per un farmaco o per una visita all’esterno c’è un vero disagio, un problema, una malattia, oppure se è solo un tentativo di ottenere qualcosa”.

È un gioco da equilibristi. Ci sono notevoli responsabilità per i medici, in bilico tra il rischio di ignorare un problema di salute e quello di scivolare in un gioco in cui il detenuto ottiene un piccolo potere all’interno del carcere. E la linea è sottilissima, perché il malessere della carcerazione spesso può essere lenito in tanti modi, compreso quello di uscire per una visita. Si lavora, insomma, in condizioni di estrema difficoltà, scontrandosi con un modo di fare che tende a manipolare.

Con questa mentalità i detenuti sono disposti a manipolare in primis anche la propria salute se questo serve ad ottenere qualcosa, e questo accade in maniera endemica.

Dicono o fanno cose anche gravi, come tagliarsi o ingerire le pile/batterie in modo da ottenere altro. “Dormo male, ho sonno, sono imbambolato, sto male - ci racconta un medico - sono le richieste più comuni di chi viene in infermeria, solitamente con la speranza di uscire per una visita o un esame o uscire dal carcere per problemi sanitari. Ma nella quasi totalità di questi casi è questa una chimera: i detenuti vengono autorizzati ad uscire solo per le cose più gravi”.

Eppure molti ci provano lo stesso, anche per rompere la monotona routine della giornata, per uscire solo per alcuni minuti da una cella sovraffollata, o per parlare con il medico.

Alcuni vanno in infermeria tutti i giorni per prendere il metadone. Sono meno di una decina, su un totale di 80 ex-tossicodipendenti. Di norma il metadone viene dato solo a chi già lo prendeva fuori, non è una prassi che comincia all’interno del carcere. Poi ci sono quelli che devono fare l’insulina. E ancora quelli che vengono per traumi vari, o dovuti alle partite di calcio, oppure per cadute nella doccia.

“La caduta nella doccia o il trauma dovuto alla partita di calcio - racconta un medico - è la scusa solitamente usata quando i detenuti fanno a botte. Sia quando le risse sono tra di loro, sia quando intervengono le guardie”.

Secondo le testimonianze nel carcere di Rimini non ci sono ordinariamente spedizioni punitive, ma è mai una pratica che non si può completamente escludere dal carcere.

Poi ci sono le situazioni estreme, dai transgender che chiedono ormoni, a chi per protesta arriva in infermerie a e comincia a tagliarsi.

“Ricordo - dice un dipendente dell’infermeria - una delle prime volte in cui è entrato un detenuto, un uomo di cultura araba, che ha cominciato a tagliarsi. Non so se fosse per ripicca, o vendetta, ma in poco tempo s’era creato un lago di sangue. Sono quasi sempre arabi che fanno dimostrazioni di forza. Come quando, per un’altra protesta, alcuni detenuti si cucirono la bocca con ago e filo”. In generale, al momento, la situazione del carcere è buona - per quanto può essere buona una situazione in carcere - ma col continuo turnover, sono sufficienti tre o quattro persone con problemi psicopatologici gravi per creare un clima pesante.

Giustizia: Sappe; ogni anno più di mille tentativi di suicidio in carcere, quasi tutti sventati

Adnkronos, 27 aprile 2013

Un altro caso di tentato suicidio in carcere. Questa volta nell’istituto penitenziario di Sant’Anna di Modena dove nella notte tra lunedì e martedì un detenuto di origine straniera, dopo che il personale di polizia penitenziaria aveva già effettuato il consueto giro di controllo, ha tentato di impiccarsi utilizzando un rudimentale cappio. Ne dà notizia in una nota Giovanni Battista Durante, segretario generale del Sappe (Sindacato autonomo polizia penitenziaria) che ricorda come ogni anno sono più di mille i tentati suicidi in carcere.

“Dopo averlo legato alle sbarre della finestra l’uomo, di circa 40 anni, è salito su uno sgabello e si è lasciato cadere nel vuoto - spiega - Il rumore dello sgabello ha svegliato il compagno di cella che ha lanciato l’allarme. È intervenuto immediatamente il personale di polizia penitenziaria che lo ha salvato da morte certa. Ricordiamo che lo stesso giorno, nella casa di lavoro di Castelfranco Emilia, un giovane internato si era tolto la vita inalando il gas dalla bomboletta”.

“Fatti analoghi, di recente, sono già successi in Calabria, in Sardegna e in tante altre regioni d’Italia - continua la nota del Sappe - Ogni anno, lo ricordiamo ancora, i morti per suicidio nelle carceri, le cui notizie sembrano sempre

di più un bollettino di guerra, sono 60-70 ed i tentativi di suicidio superano i 1.100. Negli ultimi 20 anni sono stati salvati circa 17.000 detenuti, nonostante le gravi carenze di personale. Mancano - rimarca il sindacalista - 7.500 unità a livello nazionale e 6.500 in Emilia Romagna. Nei prossimi anni perderemo altri 2.500 agenti circa, a causa dei tagli alla spesa pubblica. Speriamo che il nuovo governo ponga tra le priorità anche la questione carceri”.

Modena: internato suicida in Casa Lavoro di Castelfranco Emilia, doveva essere liberato

Ristretti Orizzonti, 25 aprile 2013

Denis Ronzato, 25 anni, si è suicidato ieri notte nella Casa di Lavoro di Castelfranco Emilia, dove era internato, nonostante da alcuni giorni fosse stato disposto il suo ricovero in una “Casa di Cura e Custodia”. Il ricovero, firmato da giorni dal Magistrato di Sorveglianza, non è stato eseguito neppure quando, venerdì scorso, dopo il colloquio con i famigliari, Denis aveva dato segni evidenti di malessere psicofisico.

Il giovane si è soffocato con un sacchetto della spazzatura infilato in testa e riempito di gas: lo ha trovato un compagno di stanza al rientro dalla “socialità”, era steso sulla branda e privo di sensi. Ha provato a rianimarlo, insieme all’agente di turno in sezione, ma non c’è stato nulla da fare.

È il 18esimo detenuto che si toglie la vita dall’inizio dell’anno, mentre il totale dei morti in carcere del 2013 sale a 59.

Macomer (Nu): continuano le polemiche dopo la morte del detenuto tunisino

La Nuova Sardegna, 25 aprile 2013

Non si placano le polemiche suscitate dalla morte nel carcere di Macomer di un detenuto tunisino causata dall’inalazione del gas di una bomboletta. Il segretario regionale dell’Ugl Polizia penitenziaria, Salvatore Argiolas, ha diffuso una nota nella quale invita i vertici dell’Amministrazione penitenziaria ad assumersi le loro responsabilità.

“Il decesso del giovane detenuto - si legge - è l’ennesima dimostrazione della difficile situazione in cui versano le carceri della Sardegna. Basti pensare che durante il turno di servizio in cui è accaduto il dramma del decesso del giovane detenuto erano in servizio solo quattro agenti a fronte delle 8-10 unità necessarie. Anche nell’occasione la polizia penitenziaria ha agito con enorme abnegazione, capacità professionale, sacrificio e prontezza”. Per Argiolas le responsabilità vanno cercate altrove, “e attribuite - conclude - ai veri responsabili onde evitare che fatti di tale gravità, purtroppo non unici, abbiano a ripetersi nel prossimo futuro”. Nella vicenda interviene anche il segretario regionale aggiunto della Fns-Cisl, Giovanni Villa.

“Il detenuto - scrive in una nota - è deceduto a seguito dell’inalazione di gas e non è un suicidio. I colleghi hanno fatto il possibile ma, nonostante l’intervento tempestivo, non c’è stato nulla da fare. Ci convinciamo sempre di più che le dichiarazioni del deputato Pili (Pdl) non rispecchiano la realtà dei fatti, e di certo non si può scaricare la responsabilità su una fantomatica cattiva gestione del sistema penitenziario, che in questi anni è solo migliorata, certamente non grazie a Pili”.

Catanzaro: detenuto tenta suicidio nel carcere minorile, salvato dalla polizia penitenziaria

Agi, 25 aprile 2013

Un giovane detenuto italiano, rinchiuso nell’istituto penale per minori di Catanzaro ed in attesa di giudizio, ha tentato di togliersi la vita impiccandosi utilizzato le lenzuola. Il personale della Polizia Penitenziaria in servizio è prontamente intervenuto scongiurando conseguenze estreme. Il fatto si è verificato nella notte tra lunedì e martedì. “Dopo quello della casa circondariale di Castrovillari avvenuto nei giorni scorsi - affermano in una nota Giovanni Battista Durante, segretario generale aggiunto del Sappe e Damiano Bellucci, segretario nazionale, che hanno reso noto l’episodio - questo dell’Istituto Penale per Minori di Catanzaro è il secondo tentativo di suicidio avvenuto in Calabria in pochi giorni.

Ciò mette in evidenza ancora una volta le difficoltà operative e le criticità in cui si trova ad operare il personale di Polizia Penitenziaria della Calabria e di tutta l’Italia, compreso quello assegnato agli Istituti Penali per minori. Ricordiamo che in Italia mancano oltre 7000 unità di personale di polizia penitenziaria, numeri destinati a crescere nei prossimi anni, a causa dei tagli alla spesa pubblica che non consentono di assumere più del 35% circa del personale che ogni anno va in pensione, cioè circa 1.200 unità. Nonostante queste gravi carenze ogni anno la polizia penitenziaria salva la vita a circa 1.100 detenuti che tentano il suicidio. Negli ultimi venti anni - fa sapere il Sappe i detenuti salvati sono stati circa 17.000”.

Cosenza: un detenuto malato di tumore chiede aiuto al Movimento Diritti Civili

www.giornaledicalabria.it, 25 aprile 2013

Il leader del movimento Diritti Civili, Franco Corbelli, denuncia “il dramma umano e rivolge un appello alle autorità preposte per un detenuto calabrese L.C., che sconta una condanna in un carcere del Lazio, malato di tumore, in fin di vita, attualmente ricoverato in un ospedale laziale, che chiede, di poter ottenere, prima di morire, gli arresti domiciliari e far ritorno nella sua casa in Calabria”. Corbelli spiega che “quest’uomo dal letto dell’ospedale ha trovato la forza e il coraggio di scrivermi una lettera per chiedere aiuto”.

Dottor Corbelli - si legge nella lettera - la mia vita dal 28 novembre del 2012 è diventata un inferno. Mi è stato diagnosticato un tumore, un linfoma con grandi cellule, per il quale ho già fatto 12 cicli di chemioterapia, devo fare un altro ciclo, per completare, e poi iniziare subito la radioterapia. Mi è stato detto che sono in pericolo di vita. Staziono 24 ore su 24 in una stanza dell’ospedale nel reparto di medicina protetta, non vedo e non parlo con nessuno; una volta al mese vedo i mie familiari che vengono dalla Calabria a trovarmi.

Insomma sono lasciato da solo a morire. Quello che chiedo, per il mio grave stato di salute, che è assolutamente incompatibile con il regime carcerario, come hanno certificato la direzione sanitaria del carcere e dell’ospedale, sono gli arresti domiciliari. La prego di aiutarmi ad esaudire questo mio ultimo desiderio”.

Corbelli afferma: “Ancora una volta dall’inferno delle carceri viene fuori il dramma umano di un detenuto gravemente malato. Non conosco questo recluso, né la sua vicenda processuale. So solo che il suo disperato e accorato grido di aiuto non può e non deve cadere nel vuoto. Un Paese civile, uno Stato di diritto ha il dovere di rispettare i diritti delle persone reclusi.

Quel detenuto malato di tumore e in fin di vita non può e non deve restare in carcere o recluso in un ospedale, deve ottenere immediatamente gli arresti domiciliari. Vorrei ricordare a certi magistrati calabresi, procuratori capi e sostituti-e, che si preoccupano solo di apparire sui giornali e nelle televisioni, con inchieste, in diversi casi, solo mediatiche, che chi entra in carcere non perde certo i suoi diritti. Soprattutto se è malato di tumore e rischia di morire in cella. Abbandonarlo, dimenticarlo in carcere e lasciarlo morire è un fatto disumano, indegno di un paese civile”.

Giustizia: detenuti-operatori sociosanitari diventano assistenti di compagni di cella disabili

Redattore Sociale, 25 aprile 2013

Succede nella casa circondariale di Parma, dove 9 detenuti hanno ottenuto la qualifica di operatori sociosanitari e si prendono cura di altri detenuti con disabilità. Facendo esperienza per il loro futuro lavorativo fuori dal carcere. Dietro le sbarre può essere ancora più difficile, di quanto non lo sia già nella vita fuori, rendersi conto che una sedia a ruote nasconde semplicemente una persona.

Eppure, il lavoro che con pazienza sta portando avanti la casa circondariale di Parma va proprio in questa direzione: formare detenuti come veri e propri operatori sociosanitari in grado di assistere altri detenuti con disabilità, mettendo al centro soprattutto la relazione, quella capacità di interagire che senza dubbio giova sia a chi la mette in pratica sia a chi la riceve.

“Ho capito che fare questo lavoro vuol dire anche sapersi relazionare”, ha affermato a fine corso uno dei nove detenuti coinvolti nella formazione di base da operatori assistenziali, promossa dall’Asl di Parma in collaborazione con il centro “Forma Futuro” e finanziata dalla Fondazione Cariparma. L’articolo è stato pubblicato sul numero di aprile del mensile “SuperAibile Magazine”, edito dall’Inail.

L’azione rientra nel progetto generale “Benessere psicofisico negli istituti penitenziari”, elaborato dalla Asl per offrire ai detenuti, inclusi quelli disabili, risorse, dignità, autostima, crescita, una forza conquistata dentro con l’obiettivo di spenderla fuori. “Il carcere è di per sé un luogo di disagio, per il fatto stesso di limitare la libertà - sottolinea Francesco Ciusa, dirigente medico presso la Asl, direttore del programma Salute all’interno del penitenziario -. Per restituire abilità alle persone occorre togliere una certa dose di sofferenza, in modo che ciascuno possa diventare padrone della propria riabilitazione”.

In questa logica fioriscono una serie di singole azioni: dal sostegno psicologico ai laboratori, dal gruppo di educazione sanitaria all’assistenza ai detenuti con disabilità, prevedendo una specifica formazione. La casa circondariale maschile di via Burla ospita un centro clinico, reparto in cui sono ricoverati detenuti non necessariamente disabili, con patologie che necessitano di cure intensive tali da non poter essere eseguite in cella. Il reparto paraplegici invece accoglie nove persone in sedia a ruote, alcune con un bisogno di assistenza 24 ore su 24, mentre nella sezione minorati fisici vivono 50 detenuti con impedimenti e difficoltà di diverso genere e diversa gravità.

Due delle nove persone che hanno seguito il corso da operatore assistenziale sono state intanto avviate al lavoro presso il centro clinico, le altre avranno la precedenza nel prestare servizio accanto ai detenuti disabili nel momento in cui la direzione del carcere andrà a sostituire gli operatori attualmente presenti.

“All’esterno un corso da operatore sociosanitario si compone di molte ore -precisa Katia Boni, operatrice sociale, referente del progetto Asl ‘Benessere negli istituti penitenziari -. Qui abbiamo elaborato una versione ridotta di 40 ore con principi di base sia dal punto di vista teorico che da quello pratico, con l’intento di fornire crediti e opportunità da spendere all’uscita dal carcere”. Un percorso verso orizzonti nuovi che i partecipanti - in buona parte stranieri, selezionati attraverso colloqui e sotto il profilo motivazionale - hanno scelto volontariamente con uno sguardo concreto a un domani, per alcuni vicino e per altri meno. A impartire la formazione, figure professionali: uno psicologo, un operatore della sicurezza e un’operatrice sociosanitaria, con l’intenzione di fornire una visione d’insieme che abbracci più competenze. Le lezioni e le ore di tirocinio? Su igiene, movimentazione e relazione personale.

“Assistere significa aver cura dell’igiene della persona ma anche dell’ambiente - spiega Boni -, agevolare la deambulazione, favorire gli spostamenti dal letto alla sedia a ruote in condizioni di sicurezza, supportare nell’alimentazione, dato che alcuni detenuti necessitano di ausili artificiali. Significa anche lavorare sulla relazione tra una persona e l’altra, sui rapporti che si vanno a instaurare. Si tratta di processi lunghi in un contesto complesso, che devono maturare e da monitorare costantemente. È già un risultato, comunque, che chi ha seguito il corso abbia in sé ora un margine di consapevolezza e di autonomia rispetto alle proprie mansioni. Vedremo man mano che inizieranno a lavorare”. Anche le parole hanno il loro peso: chi presta assistenza non è un piantone, come vuole il gergo carcerario, ma un operatore sociosanitario a tutti gli effetti.

Nella sezione alta sicurezza altri detenuti stanno svolgendo un corso di formazione base. E uno dei nove partecipanti del corso ha usufruito della misura alternativa, in base all’articolo 21, e sta frequentando una formazione completa da operatore sociosanitario con un monte ore ridotto, perché può avvalersi dei crediti maturati dentro. In fondo, il carcere è un pezzo di territorio, come fuori. “Qualcosa si muove - conclude la referente del progetto, ma il vero obiettivo è portare nel penitenziario la metodologia dell’assistenza sanitaria territoriale. E farla funzionare”.

Giustizia: la ministra Severino... “il lavoro, unica salvezza per chi esce dal carcere”

di Massimo Martinelli

Il Messaggero, 25 aprile 2013

È emozionata lei, perché aveva cominciato pensando alle carceri e finisce qui, in un penitenziario di frontiera. E sono emozionati loro, questi detenuti del penitenziario di Civitavecchia dalla pelle scura, avorio, gialla. Che mai avrebbero pensato di vedere il ministro Guardasigilli commuoversi pensando ai loro diritti negati.

Paola Severino ha voluto concludere in questo modo i suoi quasi sedici mesi da ministro della Giustizia, raccogliendo i sorrisi increduli e dei detenuti extracomunitari di Civitavecchia, parlando con loro e tracciando un bilancio di quello che è riuscita a fare in questo scorcio di legislatura. “Questa è la mia ultima visita a un carcere come ministro: non potevo non salutare voi detenuti e gli agenti di polizia penitenziaria”.

E aggiunge: “che vorrei tornassero a chiamarsi agenti di custodia perché il loro compito è custodire”. L’atmosfera è diversa da quella formale, celebrativa, delle visite in carcere con il Pontefice. Ma è ugualmente toccante. Paola Severino riceve piccoli doni: fiori realizzati con bottiglie di plastica e un quadro che raffigura una Marilyn dipinta alla maniera di Andy Warhol.

Quello di Civitavecchia è il penitenziario ideale per mantenere la prima promessa da ministro di Paola Severino: la carta dei diritti del detenuto. L’aveva annunciata pochi giorni dopo il suo insediamento “perché è giusto che chiunque varchi il portone di un carcere non provi il senso di smarrimento che prova chiunque viene privato della libertà”, spiegò allora.

E ieri la Carta dei Diritti del detenuto è stata distribuita per la prima volta ad un gruppo di sette reclusi, tradotta in altrettante lingue: arabo, spagnolo, inglese, francese, romeno e italiano. La Carta, che sarà via via distribuita in tutti gli istituti, indica le regole generali del trattamento penitenziario, fornisce le informazioni indispensabili su servizi, strutture, orari e modalità di colloqui e ricorda quali sono i doveri di comportamento. E ancora, quali sono le regole per la corrispondenza, per le visite mediche, per il vitto e per molti altri momenti della vita dietro le sbarre.

I suicidi

Non poteva non parlarne, Paola Severino, della piaga dei suicidi nelle carceri. Dovuti alla disperazione, alle condizioni disumane in cui si è costretti a vivere, alla depressione. Non è un caso che il primo dei 34 penitenziari che il ministro Guardasigilli ha visitato in questi mesi, sia quello di Cagliari, dopo l’ennesimo caso di un detenuto che si era tolto la vita: “Li ricordo tutti, i penitenziari che ho visitato - ha commentato ieri Paola Severino - e in tutti ho trovato sempre uno spicchio di umanità”. E poi, a proposito del fenomeno di suicidi in carcere, che solo nel 2013 sono stati ben 17, ai quali si sono aggiunti 58 decessi per altre cause, il Guardasigilli ha aggiunto: “Quando

qualcuno si toglie la vita in carcere, questo produce sempre una sensazione di fallimento nella giustizia”.

L'emergenza

Su un punto il Guardasigilli ha insistito ancora con forza: il lavoro, che è la vera strada per salvare chi esce dal carcere. “Il 98 per cento di voi - ha detto ai detenuti - potrebbe tornare nella società salvandosi se avesse un lavoro, perché così possibilità di una recidiva è al 2 per cento”. Sull'emergenza penitenziari l'ultimo governo ha varato il piano svuota-carceri e ha rifinanziato la legge Smuraglia per il lavoro dei detenuti, ma non è riuscito a far passare il ddl sulle pene alternative alla carcerazione, bloccato al Senato. Una vicenda che ha deluso il ministro, che lo ha ribadito anche ieri: “Ma sono certa che il presidente Napolitano non farà mancare la sua attenzione al problema del sovraffollamento delle carceri e il nuovo parlamento potrà assumere tutte le iniziative che riterrà necessarie, ma le assuma con urgenza. Io, lasciato l'incarico, continuerò a portare questo messaggio”.

Continuerò lavoro su questo fronte (Ansa)

“Questa è la mia ultima visita a un carcere come ministro: non potevo non salutare voi detenuti e gli agenti di polizia penitenziaria”. È emozionata Paola Severino, ministro della Giustizia uscente, mentre nel teatro del carcere di Civitavecchia incontra i detenuti e gli agenti di polizia penitenziaria, “che vorrei tornassero a chiamarsi agenti di custodia perché il loro compito è custodire”. In dono riceve dei fiori realizzati con bottiglie di plastica e un quadro che raffigura una Marilyn dipinta alla maniera di Andy Warhol.

La struttura ospita molti extracomunitari e anche per questo è stata scelta per presentare la Carta dei diritti e dei doveri dei detenuti, consegnata a un gruppo di sette reclusi tradotta in altrettante lingue: arabo, spagnolo, inglese, francese, romeno e italiano. La Carta, che sarà via via distribuita in tutti gli istituti, indica le regole generali del trattamento penitenziario, dà le informazioni indispensabili su servizi, strutture, orari e modalità di colloqui, doveri di comportamento, corrispondenza.

Nei 15 mesi del suo mandato, Severino ha visitato in tutto 33 istituti: “Li ricordo tutti e in tutti ho trovato sempre uno spicchio di umanità”, ha detto. La prima visita fu quella a Cagliari, subito dopo il suicidio di un detenuto e “quando qualcuno si toglie la vita in carcere, questo produce sempre una sensazione di fallimento nella giustizia”. Su un punto la Guardasigilli insiste con forza: il lavoro, vera strada per salvare chi esce dal carcere. “Il 98% di voi - ha detto ai detenuti - potrebbe tornare nella società salvandosi se avesse un lavoro, perché così la recidiva si abbassa al 2%”. Sull'emergenza carceri proprio l'ultimo governo ha varato il piano svuota-carceri, ha rifinanziato la legge Smuraglia per il lavoro dei detenuti, ma non è riuscito a far passare il ddl sulle pene alternative alla carcerazione, che al Senato si è bloccato. Una vicenda che ha lasciato delusa il ministro, che lo ha ribadito anche oggi. “Ma sono certa - ha sottolineato - che il presidente Napolitano non farà mancare la sua attenzione al problema del sovraffollamento delle carceri e su questo fronte il nuovo parlamento potrà assumere tutte le iniziative che riterrà necessarie, ma le assuma con urgenza. Io, lasciato l'incarico di ministro, continuerò a portare questo messaggio”.

Nuoro: detenuto morto a Macomer, per il Dap è stato un “incidente” e non un suicidio

Agi, 22 aprile 2013

Sarebbe morto per un incidente e non togliendosi la vita il detenuto deceduto la notte tra venerdì e sabato scorso nel carcere di Macomer (Nuoro). È quanto appreso da fonti del provveditorato dell'amministrazione penitenziaria che preferiscono mantenere l'anonimato. L'uomo - sempre secondo quanto apprende l'Agi - ha inalato del gas da una bomboletta in dotazione ai detenuti per avere un momento di euforia ma, probabilmente, ha esagerato e si è sentito male.

Con lui c'era anche un compagno di cella che ha dato l'allarme ma per il detenuto non c'era più niente da fare. La notizia della morte del detenuto tunisino era stata diffusa sabato scorso dal deputato del Pdl Mauro Pili. Il parlamentare in una nota aveva parlato di un marocchino suicida intorno alla mezzanotte affermando che la scoperta della morte era avvenuta solo al momento della conta dei reclusi. Pili aveva anche annunciato un'interrogazione urgente al ministro della Giustizia.

Pili (Pdl): vertici regionali e nazionali del Dap dovrebbero dimettersi

“Se fossero confermate, le dichiarazioni attribuite al Dap Sardegna dovrebbero portare alle immediate dimissioni dei vertici regionali e nazionali della struttura. Affermare che il decesso del giovane marocchino sia stato causato da un incidente è semplicemente offensivo per il buon senso e la ragione. Dichiarare che un detenuto si è

volontariamente inalato gas per inebriarsi e che questo lo abbia portato al decesso rende tutto ancora più grave”. Lo ha detto il deputato del Pdl intervenendo ancora sulla morte di un detenuto nel carcere di Macomer (Nuoro). “Tutti sanno”, prosegue Pili, “che con l’inalazione del gas si muore e che non può questo episodio essere derubricato ad incidente. Non fosse altro che il detenuto avrebbe nella sua cartella clinica numerosissimi episodi di autolesionismo. Tentare di far passare questo episodio come un incidente dimostra ancora una volta il tentativo maldestro di coprire la reale situazione delle carceri sarde. Nella notte dell’incidente-suicidio c’erano in servizio appena quattro agenti, per sovrintendere ad un intero carcere di quasi 80 detenuti, compresa portineria e infermeria”. Pili replica duramente alle notizie divulgate dal Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria della Sardegna.

“Tentare di ricondurre alla normalità un suicidio e annoverarlo nella fattispecie dell’incidente, non solo non allevia la situazione ma rende tutto ancora più grave”, dice Pili. “Chi ha stabilito”, chiede il parlamentare, “che l’intento del detenuto non fosse quello di togliersi la vita? Ignora forse il dipartimento che ci sarebbero numerosissimi tentativi pregressi dello stesso detenuto di giungere a tale risultato? Un dato è certo, il tentativo di nascondere le reali responsabilità gestionali del sistema carcerario sardo sono evidenti a chiunque. Nella struttura di Macomer, per quasi ottanta detenuti, erano presenti nel turno del decesso quattro agenti, uno in portineria, un capo posto, e uno per ognuno dei due reparti, considerando che un reparto è articolato in più piani”.

Sappe: vietare bombolette gas ora in uso ai detenuti

Il sindacato autonomo di polizia penitenziaria Sappe rinnova l’invito a vietare l’uso di bombolette di gas nelle celle, dopo la morte per asfissia di un detenuto tunisino la notte fra il 19 e il 20 aprile nel carcere di Macomer (Nuoro).

“Ogni detenuto può disporre per cucinarsi e riscaldarsi cibi e bevande, come prevede il regolamento penitenziario, ma spesso servono o come oggetto atto ad offendere contro i poliziotti o come metodo alternativo per sniffarne il contenuto o come veicoli suicidario”, sostiene il segretario generale Donato Capece.

Riteniamo che sia giunto il momento di rivedere il regolamento penitenziario”, prosegue il segretario del Sappe, “al fine di vietare l’uso delle bombolette di gas, visto che l’amministrazione fornisce comunque il vitto a tutti i detenuti”. In riferimento alla morte del detenuto a Macomer, “secondo gli accertamenti disposti dall’amministrazione penitenziaria - riferisce Capece - sarebbe dovuta a un eccesso di sballo”, dopo aver inalato del gas”. “Purtroppo”, osserva il segretario del sindacato, “è una pratica estremamente diffusa tra i detenuti di tutte le carceri: sniffare gas dalle bombolette che si usano in cella per cucinare.

Uno sballo artigianale, un viaggio di euforia artificiale che nel corso degli anni è costato la vita a diversi detenuti. È la droga dei poveri. Sniffing, il fenomeno si chiama così, prassi conosciuta e da noi sistematicamente denunciata. Ma la sostituzione con le piastre elettriche, come da tempo suggerito dal Sappe, non è mai avvenuta”.

Sassari: continua il processo sulla morte in carcere di Marco Erittu, avvenuta nel 2007
di Elena Laudante

La Nuova Sardegna, 21 aprile 2013

“A volte l’allora comandante Santucci si chiudeva nel suo ufficio con signor Vandi e signor Saba. Io gli dicevo che non andava bene, perché non si possono ricevere più detenuti assieme, magari provenienti da bracci diversi, e senza poi scrivere una relazione. Lui mi rispondeva che tanto era il comandante, e poteva fare come voleva”. Ancora una volta al processo sulla morte del detenuto Marco Erittu (trovato senza vita a San Sebastiano il 18 novembre 2007), dall’aula emerge la figura dominante di Pino Vandi, imputato quale mandante del supposto omicidio. Recluso di peso a San Sebastiano, che incuteva “timore, ma non rispetto” negli altri detenuti, ha spiegato un ispettore oggi in pensione.

Vandi è indicato tra i reclusi che arrivavano ad avere rapporti “da amico intimo con l’allora comandante degli agenti” della Penitenziaria, l’ispettore Antonio Maria Santucci, ora sotto inchiesta per concorso esterno in associazione a delinquere finalizzato al traffico di droga nel penitenziario. È anche quel mondo nascosto dietro le sbarre che ieri l’ex ispettore Renato Soddu ha svelato dal banco dei testimoni, al processo a Vandi, all’agente Mario Sanna e Nicolino Pinna, sospettati di aver voluto eliminare Erittu - attraverso la mano del reo confesso e già condannato Giuseppe Bigella - per tappargli la bocca.

In realtà, sarebbe stato Vandi - è finora solo l’ipotesi accusatoria - a temere di essere inguaiato da quello che Erittu, forse, voleva rivelare sulla scomparsa del muratore di Ossi, Giuseppe Sechi (1993). Soddu è l’uomo che spaventò Erittu, nell’agosto 2007, quando l’aspirante collaboratore di giustizia ottenne un colloquio con un finanziere, incontro che doveva restare segretissimo. E invece “Santucci decise” che quel faccia a faccia doveva svolgersi nell’ufficio dello stesso Soddu - ha confermato ieri - con buona pace del riserbo.

E infatti la mattina del 27 agosto 2007, proprio nel momento in cui Erittu stava per parlare al finanziere Michele Condemi, Soddu entrò nel suo ufficio. E spaventò Erittu. Condemi ha confermato: “Quando vide Soddu, Erittu mi disse no capo, basta così, non mi fido”. Il recluso temeva che la sua volontà di collaborare diventasse una condanna a morte. Aveva paura che la voce si diffondesse tra i bracci di San Sebastiano. Che lo punissero per aver fatto la spia contro un detenuto potente come Vandì. Allora alla vista di Soddu quasi tremò. “Non sapevo del colloquio, ma mi spiego perché Erittu avesse paura di me - ha risposto al pm Giovanni Porcheddu - Non ricordava mai il mio nome, forse mi scambiava per qualcun altro”.

L'ispettore Soddu era estraneo all'ambiente che terrorizzava Erittu, la zona grigia tra pochi agenti e alcuni detenuti che lo stesso Soddu ieri ha stigmatizzato. “Io non davo molta confidenza a Santucciù, Del Rio, Calvia (agenti imputati nell'inchiesta sullo spaccio in carcere, ndc). Quanto a signor Vandì (lo chiama sempre “signore”, ndc), una volta lo vidi nell'ufficio di Santucciù. C'era pure signor Saba, noto il Conte e un altro che non ricordo. Dopo dissi a Santucciù che non era corretto”. Ma c'è voluta una contestazione del pm, che ha letto un suo verbale, per fargli ricordare che “Santucciù aveva un rapporto particolarmente confidenziale con Vandì e Nicolino Pinna tanto che le altre guardie erano perplesse e scandalizzate.

Quei detenuti si rapportavano a lui come a un amico intimo”. Per l'accusa, è la dimostrazione di come Vandì avesse una grande libertà di movimento nel carcere. E una certa facilità nel gestire i suoi affari. “Io lo feci trasferire a Nuoro, ma non so perché il provveditorato lo riportò a Sassari”, ha ricordato Soddu. Altro potere di Santucciù, quello di assegnare i ruoli ai detenuti lavoranti. A Pinna, ad esempio, aveva attribuito quello di scrivano, fondamentale perché consentiva di andare ovunque. “Io non l'avrei mai fatto. Pinna non era adatto”. E i rapporti tra Vandì e Bigella? “Bigella era un affiliato di Vandì”, la risposta. Si continua il 10 maggio.

Macomer (Nu): detenuto marocchino suicida col gas... il deputato Pili “carceri al tracollo”
Ansa, 21 aprile 2013

Un detenuto marocchino si è tolto la vita durante la notte nel carcere di Macomer (Nuoro), con l'uso di gas. Lo denuncia il deputato sardo del Pdl, Mauro Pili, che parla di “carceri sarde al tracollo”. Pili ha anche annunciato la presentazione di un'interrogazione urgente al Ministro della giustizia Paola Severino.

“Mancanza di personale e precarietà del sistema sanitario nelle carceri sono ormai una costante - ha detto Pili - che sta mettendo a serio rischio l'intero sistema carcerario sardo. I fatti di stanotte, che vengono ancora tenuti segreti, sono di una gravità inaudita proprio perché da tempo vengono denunciati senza che nessuno intervenga. Avevo già denunciato mesi fa che durante la notte nel carcere di Macomer c'era un solo agente per braccio. Una situazione che dovrebbe portare il Ministro in persona a trarne le conseguenze - ha proseguito Pili - considerato che niente ha fatto per verificare e rimediare a tale denuncia”.

Secondo quanto riferito dal parlamentare sardo, il suicidio è avvenuto intorno a mezzanotte e sarebbe stato riscontrato solo alla conta dei detenuti. Un episodio, conclude Pili, “che rende ancora più evidente la gestione del sistema carcerario sardo. In questo momento sono sotto interrogatorio diversi responsabili della struttura carceraria, ma appare evidente che si tratta di fatti che trovano riscontro in un modello gestionale fatto senza uomini e con una gestione sanitaria al limite dell'indecenza”.

E ancora: “Il Ministro venga subito a riferire su questi fatti - ha chiesto Pili . E i vertici dell'amministrazione penitenziaria la smettano di proclamare che tutto va bene. Siamo dinanzi ad un fallimento grave e senza precedenti della gestione carceraria dell'isola. Piante organiche fasulle, carenza d'organico, non possono essere scaricate sugli agenti, qualcuno si deve assumere la responsabilità e non è certo il personale penitenziario e sanitario. Non possono pagare i piccoli, devono risponderne i grandi”.

Teramo: detenuto 35enne morto in cella per un malore, il pm chiede i certificati medici
Il Centro, 19 aprile 2013

Detenuto morto in carcere per un malore: la procura fa acquisire tutta la documentazione sanitaria che lo riguarda presente nei carceri in cui l'uomo è stato detenuto. Non solo Teramo, anche Pescara e Regina Coeli.

Prosegue, dunque, l'inchiesta aperta dal pm Stefano Giognoni sulla morte di Vincenzo Fabiano, il 35enne pescarese stroncato in cella da un edema polmonare acuto causato da probabili scompensi cardiaci.

L'obiettivo del magistrato è quello di accertare se nelle strutture penitenziarie siano stati presi tutti gli accorgimenti possibili dovuti alle condizioni di salute dell'uomo. Secondo i suoi familiari le precarie condizioni del giovane, che sarebbero state attestate da numerosi certificati, imponevano da tempo il ricovero in una struttura sanitaria. Una decisione che il tribunale di sorveglianza avrebbe dovuto prendere qualche giorno dopo la morte dell'uomo.

Il caso di Fabiano è stato più volte portato all'attenzione dell'opinione pubblica dai radicali. E gli stessi radicali ne torneranno a parlare, nell'ambito della questione del sovraffollamento delle carceri, durante la due giorni di

convegno in programma domani e domenica a Giulia-nova alla presenza, tra gli altri, di Marco Pannella e Emma Bonino.

Il tema dell'incontro sarà "Governare la crisi della giustizia italiana: primo l'amnistia". Interverranno Pannella, Giovanni Legnini deputato Pd, Paolo Tancredi deputato PdL, Maurizio Turco, Sergio D'Elia, Vincenzo di Nanna, Berardo Rabbuffo, consigliere regionale Fli, Giampiero Cordoni segretario regionale Sinappe, Giuseppe Rossodivita, Rita Bernardini, e il giudice Giovanni Cirillo.

Giustizia: malattie mentali in carcere, situazione potrebbe complicarsi con chiusura Opg

Corriere della Sera, 18 aprile 2013

Un terzo dei detenuti italiani soffre di una malattia mentale. Su quasi 70mila persone presenti nelle carceri italiane i conti sono presto fatti. Ventimila è un numero calcolato per difetto: psicosi, depressione, disturbi bipolari e di ansia severi sono la norma nel 40% dei casi, a cui vanno aggiunti poi i disturbi di personalità borderline e antisociale.

Persone a volte già ammalate, altre che si ammalano durante la detenzione complici il sovraffollamento, i contesti sociali inimmaginabili, la popolazione straniera di difficilissima gestione. In questa situazione i cosiddetti detenuti sani finiscono per trovarsi in un inferno aggiuntivo che, nella peggiore delle ipotesi, può portare anche al suicidio. In Italia, quelli compiuti in carcere hanno numeri 9 volte superiori rispetto alla popolazione generale con tassi aumentati negli ultimi anni di circa il 300% (dai 100 del decennio 1960-1969 a più di 560 nel 2000-2009 con oltre il 36% di decessi). Crescita che non si arresta: nel 2011 sono stati 63 i suicidi (0.9% per 1.000 detenuti), più di mille i tentati suicidi (15%) e oltre 5.600 gli atti autolesivi (84%). A farne le spese anche l'organizzazione interna alle carceri: tra il 2000 e il 2011, 68 suicidi solo a carico degli operatori di Polizia Penitenziaria. Di questo si è parlato in occasione del congresso dei Giovani Psichiatri in corso a Roma ("La psichiatria tra pratica clinica e responsabilità professionale").

"Tutto ciò accade dopo anni di abbandono, da parte delle Istituzioni, della salute mentale italiana, fuori e dentro le carceri - spiega Claudio Mencacci, presidente della Società Italiana di Psichiatria - e questo è il conto da pagare. Salatissimo e non finito perché la norma entrata in vigore nel 2012 che avrebbe dovuto avere una Sezione di Osservazione Psichiatrica funzionante e bastevole per ogni Regione è stata fortemente disattesa a causa di fondi specifici carenti. Anche su questo aspetto chiediamo l'intervento del Ministero tanto più ora che abbiamo prorogato la chiusura degli Opg, ma solo per un anno. Questa è quindi una cambiale a breve scadenza, ma non sappiamo quando potremo pagarla".

Il sovraffollamento, a livelli record (150 detenuti per 100 posti, rispetto ai 107 del resto d'Europa), è già una condizione di grave disagio per il detenuto sano. Figuriamoci per un paziente con malattia mentale. Appena chiuderanno gli OPG una parte di questi detenuti tornerà in carcere. Se la situazione non sarà cambiata, e non vi sono le premesse perché lo sia, potrebbe davvero diventare esplosiva.

"Il superamento degli Opg e il pieno passaggio dell'assistenza psichiatrica nelle carceri al sistema sanitario nazionale devono procedere parallelamente - spiega Mencacci, nell'ambito della più ampia riorganizzazione della Sanità Penitenziaria e delle nuove competenze dei Dipartimenti di Salute Mentale. A questi sono attribuite importanti responsabilità per la tutela della salute mentale dei cittadini detenuti. Si tratta, infatti, delle uniche Istituzioni, nell'ambito del servizio pubblico, in grado di garantire una visione d'insieme e un approccio realmente integrato al raggiungimento degli obiettivi sanitari e assistenziali che vengono affidati dal Ssn alle proprie strutture".

I Dipartimenti di salute mentale possono validamente interconnettersi con tutte le altre Istituzioni operanti in ambito carcerario, risolvendo uno dei problemi più rilevanti ancora aperti, cioè la frammentazione degli interventi sanitari in questo contesto, incluso le Dipendenze. Infine dal punto di vista operativo i Dipartimenti offrono strutture e competenze multiprofessionali in grado di coprire, dentro e fuori dal carcere, gli interventi opportuni, e la continuità terapeutica.

"Tutto bene fino ad ora - conclude il presidente SIP -, ma solo sulla carta, perché nessuno ha ancora pensato e predisposto risorse per questa operazione. Si ritiene inderogabile, pertanto, che i Dipartimenti di Salute Mentale siano potenziati e dotati delle risorse necessarie e sufficienti per garantire tale operatività in carcere, anche attraverso una dotazione di personale rispondente ai compiti affidati, e di strutture sovranazionali, quali i Centri di Osservazione Neuro Psichiatrica (Conp, nei fatti Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura intra carcerari, finalizzati alla gestione dell'urgenza) e i Reparti di Osservazione Psichiatrica (Rop, nei fatti, aree specialistiche di osservazione diagnostica qualificata a tempo definito)".

Sassari: detenuto 66enne ucciso da cancro al pancreas, aveva chiesto di "morire libero"

Ristretti Orizzonti, 16 aprile 2013

Sassari, 31 marzo 2013. Jacques De Deker, cittadino belga, muore nel Centro clinico del carcere di San Sebastiano. Era malato di cancro al pancreas e aveva 66 anni.

Era in carcere all'agosto 2006 e doveva scontare complessivamente 12 anni e 4 mesi, pena derivante da due diverse condanne per traffico di droga.

Il tumore gli era stato diagnosticato nel 2008 e da allora si era battuto per ottenere prima la possibilità di curarsi fuori dal carcere e in seguito - sfumata ormai ogni possibilità di cura - almeno di poter morire "accanto ai miei due bambini e a mia moglie, in Belgio", come lui stesso scrive in una lettera-appello nell'aprile 2010. Invece, tre anni più tardi, morirà in una cella del carcere di Sassari.

Vicenza: emergenza carceri, ex detenuto presenta reclamo per condizioni al San Pio X

www.vicenzatoday.it, 16 aprile 2013

L'ex parlamentare radicale Brernardini riferisce sul suo blog che Claudio Bottan reclamo per le condizioni di detenzione disumane e degradanti in cui è stato costretto a Vicenza. Il giudice deciderà il 18 aprile "Condizioni disumane e degradanti". È l'accusa, contenuta in un reclamo, mossa da un ex detenuto del carcere San Pio X, Claudio Bottan, che rimase nella casa circondariale di Vicenza da maggio 2011 a ottobre 2012 prima di essere trasferito nel carcere di Busto Arsizio. L'Ufficio di Sorveglianza di Verona, nella persona della dott.ssa Omarchi deciderà il prossimo 18 aprile sul reclamo "basato - spiega Rita Bernardini sul suo blog - sulle ormai note condizioni di sovraffollamento dell'istituto e sulla conseguente mancanza di spazio vitale (meno di tre metri quadrati pro capite), assenza di attività trattamentali, permanenza in cella per 21 ore al giorno, inadeguata assistenza sanitaria, scarsa quantità e qualità del vitto, mancata fornitura di prodotti per l'igiene e la pulizia personale, nonché l'assenza del regolamento di istituto al quale fanno riferimento i vari rapporti disciplinari che sono stati inflitti a Bottan, tutti riferiti a pacifiche proteste di cui sarebbe stato il promotore".

L'Ufficio di Sorveglianza aveva disposto accertamenti presso la casa circondariale di Vicenza dopo la prima udienza nello scorso gennaio per verificare la corrispondenza di quanto contenuto nel reclamo, che tra l'altro è desumibile anche da quanto emerso durante la visita di Rita Bernardini del novembre 2012 a cui è seguita un'interrogazione Parlamentare che ha denunciato condizioni gravi, tanto che il Dap ha disposto immediate ispezioni di cui ancora non si conosce l'esito.

A questo punto, conclude Bernardini, "Sarà interessante vedere quale decisione assumerà il Magistrato, dopo che lo stesso Tribunale di Sorveglianza di Venezia ha rinviato alla Corte Costituzionale la questione relativa alla richiesta di sospensione della pena presentata da un detenuto del Due Palazzi di Padova che lamenta condizioni di detenzione disumane e degradanti, ma soprattutto dopo che il governo italiano ha presentato ricorso contro la condanna della Cedu dello scorso gennaio. Sarà un'occasione per capire se la Magistratura di Sorveglianza ha recepito le disposizioni della Corte Europea in materia di reclami dei detenuti che imponevano allo Stato Italiano di dotarsi di meccanismi interni idonei a risolvere i contenziosi".



Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Generale del Personale e della Formazione

Prot.
LETTERA CIRCOLARE

Roma,



GDAP-0106024-2013

PU-GDAP-1a00-22/03/2013-0106024-2013

Visto _____

AI SIGNORI DIRETTORI GENERALI
SEDE

Roma 22-03-13
Il Capo del Dipartimento

AL SIGNOR DIRETTORE
DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI
ROMA

AI SIGNORI PROVVEDITORI REGIONALI
LORO SEDI

E. P. C.

ALL'UFFICIO DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE RELAZIONI
UFFICIO DEL CAPO DIPARTIMENTO
SEDE

Oggetto: Protocollo d'Intesa stipulato in favore del personale dell'Amministrazione penitenziaria tra Ministero della Giustizia-Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.

§ 1. La direttiva annuale del Signor Ministro della Giustizia ha indicato, tra le priorità per l'anno 2013, l'obiettivo strategico della *Valorizzazione delle Risorse Umane*, da realizzarsi anche perseguendo *misure indirizzate al benessere organizzativo e al contenimento del disagio e del rischio burn out del personale*.

L'Amministrazione ha da tempo avviato una riflessione in tale ambito, concretizzatasi con la definizione di linee di intervento diffuse alle LL.SS.II. attraverso diverse lettere circolari¹.

Questa Direzione generale ha perciò curato la predisposizione di linee di intervento comuni tra il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria ed il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, in base alle quali, il 4 marzo 2013, è stato sottoscritto un

¹Da ultimo, lettera circolare 6 febbraio 2009, n. GDAP 49427.



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Direzione Generale del Personale e della Formazione

Protocollo d'Intesa fra le due parti. Esso si propone di rafforzare le attività di assistenza e protezione sociale in favore del personale e delle loro famiglie, ampliando l'offerta organica e qualificata delle prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche su tutto il territorio nazionale e di offrire l'opportunità di affrontare e risolvere problematiche riguardanti la sfera psicologica ed i livelli di qualità di vita del personale dell'Amministrazione.

§ 2. Il Protocollo ha per oggetto l'individuazione - da parte del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi e d'intesa con gli Ordini territoriali - di psicologi e psicoterapeuti al fine di fornire, nel quadro di apposita convenzione, prestazioni professionali ai dipendenti dell'Amministrazione penitenziaria, in servizio e in congedo, e ai loro familiari².

Le prestazioni saranno erogate dai professionisti iscritti dell'Albo degli Psicologi con una formazione specifica nella consulenza familiare, di coppia e dell'età evolutiva e dagli specialisti autorizzati all'esercizio dell'attività psicoterapeutica.

Le tariffe verranno così determinate:

- primo incontro: gratuito;
- prestazioni successive: applicazione di una riduzione del 20% sulla tariffa adottata dal singolo professionista.

L'elenco degli psicologi convenzionati sarà pubblicato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi sul proprio sito internet *www.psy.it* e presso le sedi di ogni Ordine territoriale.

§ 3. Sempre nell'ambito del Protocollo d'Intesa, il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi è impegnato a promuovere, periodicamente e compatibilmente con le risorse degli Ordini territoriali, l'organizzazione convegni e conferenze divulgative in favore del personale dell'Amministrazione nelle materie attinenti al benessere psico-sociale e alla prevenzione del disagio lavorativo.

Le dette iniziative potranno essere promosse anche su impulso dei Signori Provveditori ed essere svolte - a titolo gratuito - dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli

² Da intendersi in forma estensiva, ricompresi perciò i conviventi.



*Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Generale del Personale e della Formazione*

Psicologi presso strutture dell'Amministrazione messe a disposizione dai Provveditori di riferimento.

A tale riguardo sarà utile ricevere dai Signori Provveditori notizie circa le iniziative effettivamente attuate unitamente a pareri, e riscontri sulla loro efficacia ed utilità.

§ 4. I Signori Provveditori vorranno cortesemente diramare la presente alle dipendenti articolazioni sottolineando, nell'occasione, che l'iniziativa in argomento è diretta a tutto il personale dipendente dell'Amministrazione, indipendentemente dal regime pubblicistico o privatistico a fondamento del rapporto di lavoro.

L'Ufficio del Capo del Dipartimento, con pari cortesia, si compiacerà di diramarle agli Uffici afferenti.

Ulteriori note informative saranno divulgate da questa Direzione generale sull'area intranet del portale "www.giustizia.it" e sul sito internet "www.polizia-penitenziaria.it".

Nel ringraziare per la consueta collaborazione, si rinnovano le espressioni della migliore considerazione.


IL DIRETTORE GENERALE
Riccardo Turrini Vita



Protocollo d'Intesa

tra

*Il Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria*

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi

Il Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, ed il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi,

PREMESSO CHE

il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale del Personale e della Formazione, intende, nell'ambito delle iniziative destinate a favorire il benessere del personale:

- rafforzare le attività di assistenza e protezione sociale realizzate dall'Amministrazione nei confronti degli appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria;
- ampliare l'offerta organica e qualificata delle prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche su tutto il territorio nazionale al personale dipendente dell'Amministrazione ed ai loro familiari;
- favorire l'opportunità di affrontare e risolvere problematiche riguardanti la sfera psicologica per accrescere la qualità della vita personale;

CONSIDERATO CHE

il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (di seguito denominato C.N.O.P.), istituito con legge 18 febbraio 1989, n. 56:

- "cura l'osservanza delle leggi e delle disposizioni concernenti la professione relativamente alle questioni di rilevanza nazionale" (art. 28, comma 6, lett. d), legge 18 febbraio 1989, n. 56);
- promuove la professione di psicologo e svolge azione di tutela degli iscritti e degli utenti attraverso l'osservanza del codice deontologico;
- ritiene indispensabile promuovere la professione di psicologo presso aziende, enti e istituzioni pubbliche e private perché possano avvalersi del contributo dello psicologo per lo sviluppo e la promozione del benessere e della salute;

OSSERVATO CHE

il C.N.O.P. ha, altresì, il compito di promuovere ogni iniziativa affinché gli Ordini Regionali e Provinciali possano svolgere attività di indirizzo e di coordinamento nei riguardi dei propri iscritti, al fine di qualificare l'intervento dei professionisti nelle loro rispettive attività;
tutto ciò premesso e considerato,

CONVENGONO QUANTO SEGUE

Articolo 1

il C.N.O.P., d'intesa con gli Ordini territoriali, si impegna ad individuare psicologi e psicoterapeuti al fine di fornire le prestazioni professionali, di seguito specificate, a favore dei dipendenti dell'Amministrazione Penitenziaria - in servizio ed in congedo - e dei loro familiari (di seguito beneficiari), da interpretarsi in forma estensiva sottintendendo anche i conviventi.

Articolo 2

Le prestazioni saranno erogate dagli psicologi iscritti alla "sezione A" dell'Albo degli Psicologi, con una formazione specifica nella consulenza familiare, di coppia e dell'età evolutiva e dagli psicologi autorizzati all'esercizio dell'attività psicoterapeutica, ai sensi degli art. 3 e 35 della citata legge n.56 del 1989, che manifestano la volontà di aderire al presente Protocollo d'Intesa. Il C.N.O.P. si impegna a pubblicare l'apposito elenco sul proprio sito internet "www.psy.it" e presso le sedi di ogni Ordine territoriale dove saranno predisposti gli elenchi.

Articolo 3

Le prestazioni oggetto del presente Protocollo d'Intesa sono quelle indicate nel nomenclatore, approvato dal Consiglio Superiore di Sanità.

Le prestazioni verranno determinate secondo le seguenti condizioni:

- primo incontro: gratuito;
- le prestazioni successive: verrà applicata una riduzione del 20% sulla tariffa adottata dal singolo professionista.

Articolo 4

Il C.N.O.P. si impegna a promuovere periodicamente, compatibilmente con le risorse degli Ordini territoriali, di concerto con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale del Personale e della Formazione, e d'intesa con gli Ordini territoriali, l'organizzazione di giornate divulgative attraverso convegni o conferenze a favore del personale dell'Amministrazione, su temi correlati all'ambito del benessere del personale. Tali iniziative saranno promosse dai Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria e svolte - a titolo gratuito - dal C.N.O.P., presso le strutture dell'Amministrazione Penitenziaria che saranno, nell'occasione, messe a disposizione.

Articolo 5

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, a cura della Direzione Generale del Personale e della Formazione, si impegna a favorire l'informazione sulle iniziative oggetto della predetta Convenzione divulgando sull'area intranet del portale "www.giustizia.it" e sul sito internet "www.polizia-penitenziaria.it" l'elenco dei professionisti che, presso ogni Ordine Regionale degli Psicologi, aderiscono alla presente iniziativa, nonché le relative prestazioni.

Esclusivamente per le finalità divulgative del presente accordo, il C.N.O.P. autorizza l'uso del proprio logo. Altre forme di uso dovranno essere espressamente autorizzate dal C.N.O.P.

Articolo 6

Il C.N.O.P. si impegna, nel rispetto del diritto alla riservatezza dei beneficiari, a comunicare gli indici, esclusivamente numerici ed in forma anonima, delle adesioni alle prestazioni fornite in virtù del presente Protocollo, a richiesta del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, che ne curerà la valutazione, con l'obiettivo di migliorare la qualità del servizio in base alle necessità emergenti sul territorio.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), i dati personali forniti al C.N.O.P. saranno trattati:

- per l'erogazione delle prestazioni;
- per adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria.

Il Titolare del trattamento è il C.N.O.P.

In qualsiasi momento il beneficiario potrà esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del Codice Privacy scrivendo all'indirizzo e-mail: info@psy.it.

Articolo 7

Le parti auspicano che il presente atto costituisca l'avvio di una collaborazione tra gli Enti firmatari, che possa accrescersi con ulteriori accordi bilaterali collegati al protocollo e disciplinare.

Articolo 8

Il presente Protocollo d'Intesa entrerà in vigore dalla data di sottoscrizione ed avrà durata di due anni, rinnovabile attraverso l'adozione di formale provvedimento.

Fatto in Roma, il 6.03.2013

**Consiglio Nazionale
dell'Ordine degli Psicologi**

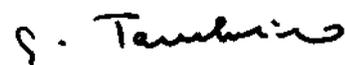
Il Presidente
Giuseppe Luigi Palma


CONSIGLIO NAZIONALE

**Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria**



Il Capo del Dipartimento
Giovanni Tamburino





PROGETTO SALUTE IN CARCERE

Se per questo cieco carcere vai (Dante).

I disturbi della vista in carcere.

Il carcere produce malattie.

Il carcere è una fabbrica di handicap.

Il detenuto è condannato ad avere la vista corta.

La vista si allontana dall'orizzonte e declina.

Il 50% della popolazione detenuta dopo un anno denuncia disturbi visivi.

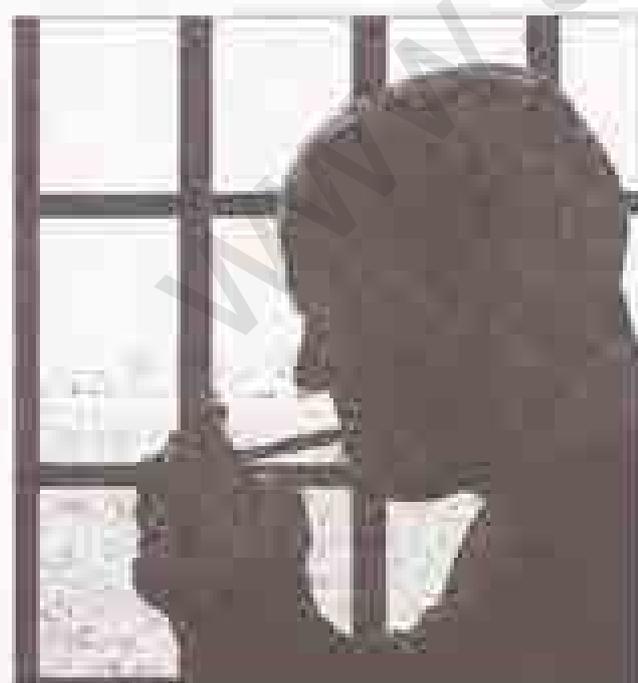
Concorrono nel determinare l'abbassamento della vista le condizioni interne di illuminazione notturne e diurne, l'attività inabituale della lettura prolungata.

Si è del parere che la segregazione dello sguardo, costantemente tagliato dalla vicinanza dei muri e delle pareti divisorie, obbliga l'occhio a una messa a fuoco continua su brevi distanze, senza permettergli mai di riposarsi sulla linea dell'orizzonte.

Adriano Sofri in un capitolo di *Ferri battuti* (Edito da Archimedia) scrive pagine di alta poesia soffermandosi sulle alterazioni della vista provocate dalla carcerazione e meglio di tutti inquadra il problema nella sua giusta dimensione.

Francesco Ceraudo





Adriano Sofri

C'è uno sguardo lungo, e uno sguardo corto. Uno sguardo lungo:

e quindi il mar da lungi, e quindi il monte

e uno sguardo corto:

e questa siepe, che da tanta parte

dell'ultimo orizzonte il guardo esclude.

Lo sguardo del prigioniero è forzatamente accorciato e mutilato. Le memorie dei carcerati e la medicina penitenziaria sanno che gli occhi per primi si ammalano di reclusione. Già nei primi giorni i malanni della vista sono allarmanti. Questa rapidità fa pensare a un'influenza soprattutto psicologica: toccando agli occhi il peso più grave di una perdita del mondo e di una pena e paura dell'anima. Col tempo, quel brusco turbamento della vista sembra riassorbirsi e stabilizzarsi. C'è un'assuefazione, che è insieme degli occhi e dell'anima: ma al prezzo, facilmente accertato, di una forte caduta della capacità della vista. Si riducono le macchie, gli abbagliamenti, gli scrosci e gli altri sintomi precipitosi, ma si abbassa inesorabilmente la vista.

nare, di trattenersi insomma vivamente col proprio solo pensiero (come fanno i fanciulli, come si accostano a fare i carcerati) (Zibaldone, 198).

C'è un verbo che ricorre in modo commovente nel Leopardi che ricorda la propria gioventù: rammentarsi. È un verbo che ai carcerati suona familiare. In un punto (Zibaldone, 280) Leopardi decide di paragonarsi esplicitamente ai carcerati:

L'ho provato io, che dalla noia da principio mi disperava, poi questa crescendo in luogo di scemare, tuttavia l'assuefazione me la rendeva appoco appoco meno spaventosa, e più suscettibile di pazienza. La qual pazienza della noia in me divenne affatto eroica: esempio de' carcerati, i quali talvolta si sono anche affezionati a quella vita.

Nel settembre del 1818, ventunenne, Leopardi prese occasione dalla visita di Pietro Giordani a Recanati per uscire di casa da solo: era la sua prima volta. L'anno dopo è ancora ai suoi strani arresti domiciliari, e soffre di un'oftalmia che gli impedisce di studiare. Nelle lettere, immagini vive tornano peculiarmente:

Non potendo vivere se non in questa condizione, non voglio vivere, e potendo vivere altrimenti, bisogna tentare. E il tentare come io posso, cioè disperatamente e alla cieca, non mi costa più niente, ora che le antiche illusioni sul mio valore... mi sono sparite dagli occhi.

Pochi giorni dopo aver scritto queste parole, alla fine di luglio del 1819, Leopardi progetta una fuga da casa, facilmente sventata dal padre Monaldo. È in quell'autunno che scrive l'Infinito. Non è dunque una forzatura, dettata dalla mia furia di carcerato, riconoscere alle radici di quella siepe e di quello sguardo estremo e abbandonato una peculiare esperienza di prigionia. O almeno, si ammetta che la lettura di Leopardi dal punto di vista di una galera, ha qualcosa di più pregnante da rilevare: e di fraterno.

C'è uno sguardo lungo. Ciascuno di noi ne ha fatto esperienza. Quasi tutti, ormai, abbiamo volato al di sopra delle nuvole, e ne abbiamo contemplato la distesa bianca come un oceano: appena poche generazioni fa, guardare alle nuvole dall'alto era privilegio degli dei. Quando i primi astronauti avvertirono che l'unico manufatto umano visibile a occhio nudo era la muraglia cinese, si sentì la mancanza di un Leopardi a commentare. Quasi all'imbrunire di un giorno di tanti anni fa, nell'Iran della guerra contro l'Irak, uscito dalla visita a un mirabile villaggio zoroastriano che si chiama Abianeh, arrivai su un punto elevato dell'altopiano ed ebbi la visione di un orizzonte ampio e distante come mai avevo visto: per l'unica volta sentii che cosa vuol dire l'espressione "a perdita d'occhio" e come deve essere nata. Ebbi quella sera una febbre molto alta che durò qualche giorno: spiegabile con lo strapazzo di quel viaggio fortunoso. A me sembrò l'effetto necessario di quella veduta.

Alle volte l'anima desidera una veduta ristretta e confinata in certi modi, come nelle situazioni romantiche. La ragione è la stessa, cioè il desiderio dell'infinito, perché allora in luogo della vista lavora l'immaginazione e il fantastico sottentra al reale. L'anima s'immagina quello che non vede e quell'albero, quella siepe, quella torre gli nasconde, e va errando in uno spazio immaginario, e si figura cose che non potrebbe se la sua vista si estendesse dappertutto, perché il reale escluderebbe l'immaginario. Quindi il piacere ch'io provava sempre da fanciullo, e anche ora nel vedere il cielo ecc. attraverso una finestra, una porta, una casa passatoia» (Zibaldone, 171).

Lo sguardo del prigioniero è escluso da un muro, o da un cancello ferrato. Deve, per ritrovare un orizzonte, scavalcare il muro, andare oltre. Non ha un paesaggio misurato da figurarsi, un presepio digradante di case e alberi e persone e profili di mari e monti più vicini e più lontani, e prospettive. Una volta evaso, quello sguardo è rimandato a uno spazio interminato, indefinito.

L'esperienza dell'eremita nella sua grotta, della monaca o del monaco nella sua cella, occhi chiusi e forza visionaria, sembra imparentata all'esperienza del carcerato: ma con la differenza orribile della costrizione e del rumore. Il rumore, e la frammentazione del tempo, vogliono che la vista impedita e accorciata resti solo que-

sfo: una vista impedita. Il detenuto deve cercare dentro di sé, contro il rumore e contro il tempo frantumato a forza, il silenzio e la concentrazione necessari a restituire un orizzonte allo sguardo – alla perdita d'occhio. È molto difficile, e si capisce che molti rinuncino allo sforzo, e che altri vi si impegnino, si smarriscano e vadano incontro alla loro pazzia.

Non voglio ripetere che dalla cecità, dallo sguardo impedito, nasce la poesia, come in Omero, o la pre-visione, come in Tiresia, o il riconoscimento di sé, come in Edipo. (Ma avete idea di quanti fra i detenuti scrivano poesie, e tanto più fra i più "comuni"? E questo contagioso riparare nelle poesie, affine a quello nelle preghiere, non è sempre indizio di conversione personale, e a volte non lo è affatto: ma è sempre il sintomo di una condizione clinica e spirituale insieme, dell'animale umano, e non solo, in gabbia). Voglio dire, più strettamente, che lo sguardo che supera la barriera per andare in cerca di un orizzonte, e forse incontro al proprio naufragio, muove da una condizione di prigionia: che è però fatta per soffocarlo e spegnerlo e ingannarlo. Poche metafore sono state altrettanto preziose a descrivere la condizione degli umani nel mondo, e dell'anima nel corpo, che l'immagine del carcere. Ce n'è una (sono stato indotto a leggerla ora da questa mia condizione tutt'altro che metaforica) ineguagliata per la sua potenza nitida e misteriosa insieme, e per l'imprevedibile attualità delle sue evocazioni: il racconto della caverna, nel Libro Settimo del dialogo sulla *Politeia*, la *Repubblica*, di Platone. È Soera-

te che parla. Immagina, dice, che gli esseri umani siano prigionieri dentro una caverna. La caverna ha un lato aperto ed esposto alla luce. Gli umani vi sono rinchiusi fin dall'infanzia, e incatenati strettamente alle gambe e al collo, sicché sono costretti a guardare fisso davanti a se, senza poter voltare la testa. Immagina ancora che, in alto dietro la fila dei prigionieri, arda un fuoco, e che tra il fuoco e gli incatenati corra una strada rialzata, lungo la quale sia costruito un muricciolo, simile agli schermi dietro i quali giocolieri e burattinai manovrano ed esibiscono i loro spettacoli. E immagina che lungo il muro passino uomini che trasportano utensili e oggetti di ogni genere, sporgenti al di sopra del muro, statue e animali di pietra e di legno; e che i trasportatori, com'è naturale, a volte stiano in silenzio, altre volte parlino.

Siamo ancora all'inizio dell'immagine e, ammetterete anche voi, abbiamo un'impressione di complicazione e macchinosità. Ci sono studenti che hanno "portato" questo capitolo della Repubblica all'esame di maturità, e ricordano ancora di essersi rotti la testa a disegnare mappe della caverna platonica stentando a riaccapezzarsi in alto la luce, la parete di fondo, la fila dei prigionieri, il falo, il muro rialzato e gli uomini che gli camminano dietro coi loro fardelli... Un paragone strano, decisamente. «D'una strana immagine tu parli», dice infatti a questo punto del dialogo lo stesso interlocutore di Socrate, «e di ben strani prigionieri». Socrate non se ne dà pensiero e continua: poiché hanno la testa immobilizzata, gli incatenati non possono vedere, di se stessi e degli

altri, se non le ombre che il fuoco riflette sulla parete della caverna di fronte a loro. E anche degli oggetti trasportati di là dal muro, e che gli sporgono sopra, non vedono che le ombre proiettate anch'esse sulla parete. È inevitabile che essi prendano per realtà quella fantasmagoria di ombre.

Ora, continua Socrate, immagina che i prigionieri siano liberati dalle loro catene, e spinti ad alzarsi, a muovere in giro il collo, e poi a camminare in direzione della luce: le loro membra proverebbero dolore, e i loro occhi resterebbero abbagliati e feriti, ed essi non potrebbero credere che la verità stia in questo nuovo e penoso mondo luminoso, e non nel gioco di ombre cui sono stati fissi da sempre, e fino a un momento fa. Solo un po' alla volta, e con grande sofferenza, imparerebbero a discernere la penombra e poi la luce, e a guardare le cose, prima di riflesso, attenuate, come in una pozzanghera, poi direttamente, fino al cielo notturno brillante di luna e stelle – e finalmente il sole. Soltanto adesso il prigioniero liberato, «ricordandosi della sua prima dimora e della conoscenza che regnava laggiù, e dei compagni di carcere d'allora, riterrà sé beato per il cambiamento, e commisererà quegli altri».

La similitudine – ma è più che una similitudine, è un mito – piuttosto che «come se fossimo prigionieri», esso dice: siamo prigionieri nel buio di una caverna... – viene ulteriormente svolta, a lungo e dettagliatamente. Immagina ora il cammino a ritroso, dice Socrate: che chi è finalmente uscito alla luce torni nel buio della caverna.

Dovrà, con altrettanta sofferenza, riabituare faticosamente gli occhi alla penombra e poi alla tenebra, e ritrovare la strada a tentoni nella discesa verso il fondo. (E, fra gli inesauribili significati che si possono attribuire al racconto, il compito dei sapienti che, essendo riusciti a innalzarsi fino alla contemplazione della verità che risplende oltre la natura e l'apparenza, si dispongono a tornare fra i propri simili imprigionati per governarne degnamente la sorte, benché a malincuore – i buoni governanti, infatti, vanno scelti fra quelli che non amano il potere, e anzi ne provano disgusto: «La città in cui coloro che debbono comandare sono meno desiderosi di comandare è la migliore e la più pacifica»).

Io, che dai banchi di scuola in poi avrò trovato mille menzioni del mito della caverna, mi sono accorto ora, così tardi e quasi per caso, che non ne avevo mai letto integralmente l'originale. Me ne sono accorto con qualche imbarazzo, ma anche con una ricompensa: l'emozione con cui adesso, in questa grotta, leggo quelle pagine, e lo stupore, anche. Quel gioco d'ombre proiettate sul muro, non è forse un cinematografo? Anzi, con l'eco delle voci dei passanti rimbalzate sulla parete, non è il cinema sonoro? È un'impressione inevitabile, e infatti Simone Weil osservava:

Nel naselamo e viciamo nella passività. Non ci muoviamo. Le immagini passano davanti a noi e noi le viciamo... Ciò che viciamo, a ogni istante, è ciò che ci è offerto dal presentatore di marionette... Il cinema sonoro somi-

gliano abbastanza a questa caverna. Ciò mostra quanto noi amiamo la nostra degradazione.

Platone ci avverte, dunque, del carcere in cui, tutti, viviamo. Ma per alcuni di noi il carcere, in qualche punto della vita, non è allegorico. O piuttosto, è insieme una realtà di muri ottusi e ferri battuti. I prigionieri, la prigione, i compagni di carcere: tutto ciò per me e tanti altri è ora reale. Non è metafora, ma realtà la sostituzione delle persone, degli animali, delle piante, degli oggetti e delle voci vive, con le ombre proiettate e i suoni riecheggianti da una parete: uno schermo televisivo. I prigionieri gineclano, poco meno che impastoiati, col capo rivolto a quel prestigioso gioco d'ombre rimpicciolite e pretendenti alla realtà. E l'uscita, la risalita e la conversione – se e quando avverrà – farà dolere gli occhi ai liberati, e rimpiangere la spelunca e desiderare di tornare a ripararvi. Ho trovato in un racconto di Fiamma Loli (*Guida all'isola*: si tratta dell'isola di un penitenziario dismesso) questa descrizione di un locale già stato del cinema del carcere: «Ombra dell'ombra; sul muro qualcuno aveva dipinto un telo bianco, non c'era un muro bianco, bensì un muro grigiastro dove era stato dipinto un telone con tutte le sue pieghe». Però il brutale realismo della parabola carceraria, per quelli che in carcere ci stanno davvero, non impedisce loro di andare dietro all'allegoria. Il carcere è ancora, come sapeva Socrate: un rivelatore per eccesso della società umana "regolare": a comincia-

re dalla testa inchiodata sulle ombre televisive, e non più voltata in giro.

Prigionieri simili – aggiungeva Simone Weil – si attaccherebbero con tutta l'anima alla loro esistenza.

Il paradosso della televisione (alla lettera: la vista da lontano) in galera è, come tutto, spinto all'eccesso. Lo sguardo accorciato fisso sulla finestrella che simula il mondo reale, anche il più distante, e offre al tempo spezzato e sospeso del prigioniero l'illusione della contemporaneità col suo prossimo di fuori. Fa bene o fa male lo schermo televisivo nella cella del detenuto? La domanda è altrettanto insensata che se venga rivolta alle persone libere e alle loro case. In prigione, i contrasti sono solo più nitidi e tormentosi. L'alternanza tra la vita trascorsa davanti a uno schermo televisivo (o di Internet, o di computer, che in carcere non sono entrati se non per eccezioni) e quella vissuta all'aria aperta, in carcere è meccanicamente regolata: tant'è vero che l'aria aperta si chiama tecnicamente così, "aria", e ha il suo tempo fisso, l'"ora d'aria", il suo luogo coatto, e le sue esclusioni. L'aria aperta del carcere è un'aria chiusa. I suoi avventori sono riservati – niente persone dell'altro sesso, niente bambini, niente animali, salvo qualche uccello d'ocello subito spaventato di avere occupato un ritaglio di cielo così avaro e vigilato.

Guardo i detenuti al passeggio – e me stesso. I detenuti camminano, tranne quelli che si sono lasciati andare, e si fingono indifferenti, o frinono: vanno metodicamente

mente e macchinamente avanti e indietro nello spazio breve del cortile, da un muro a un altro muro, avendo cura di fare dietrofront un po' prima di aver esaurito lo spazio — una superstizione, credo — per sgranchirsi le gambe e tenersi su fisicamente: in realtà cedendo a quel viavai che è di tutti gli animali in gabbia e chiunque ha avuto modo di osservare in una visita agli zoo. In questo viavai, graziosamente chiamato "passeggio", i detenuti tengono per lo più lo sguardo al suolo che è un suolo di cemento identico al cemento delle pareti. Dunque l'"aria" è una scatola che ha cinque pareti di cemento grigio e livido, e un lato aperto al cielo: il quale è però un cielo incorniciato e ingabbiato anche lui. Ma la testa del detenuto si alza d'un tratto quando qualunque cosa che si muova attraverso la loro porzione di cielo: rombo e scia di aereo, o volo di uccelli passanti. Allora lo sguardo segue più a lungo che può quel passaggio: e dove si ferma, lo allunga l'immaginazione. E per questo, credo, che un mio compagno di sorte, un detenuto non giovane, toscano, contadino e cacciatore all'antica, esperto di ogni selvaggina, trascorre gran parte delle sue sobrie uscite — non sta bene, infatti, e ha bisogno di ombra, e niente dà ombra nel carcere estivo, e perfino un copricapo è vietato — a guardare in alto i rari voli di passaggio, come esuli pensieri, e ha giurato a se stesso che, una volta che esca di qui, non spiterà mai più a un uccello.

A differenza dall'eremita o dal monaco, il detenuto non può far conto del proprio tempo presente, nemmeno per aspettare. Il suo tempo è destituito di senso, è so-

speso e annullato. Perdere il proprio tempo vuol dire perdere il proprio punto di vista. Per guardare lontano, anche al di là di una siepe, o di un muraglione, bisogna esserci, essere qui, ora. Per aspettare anche l'evento più remoto, e più imprevedibile, bisogna avere un punto dal quale aspettare. Senza lavoro, senza studio, senza alcuna attività che la meccanica ripetizione di gesti resi più avvilenti e infanti da regole capricciosamente istupidite, i detenuti sono per la gran parte mera giacenza. C'è una differenza fra aspettare e giacere. La maggior parte dei detenuti accetterebbe con gratitudine l'offerta di una pillola che li faccia dormire fino al giorno in cui usciranno di galera – per lontano che sia e per breve che resti il loro tempo. Non è grazie alla reclusione che possono riguardare alla propria vita, e guardare, chiudendo gli occhi, al proprio futuro, ritrovare il proprio oriente: è nonostante la reclusione, e con una fatica e una pena disperanti. I più soccombono; e, anche qui, non è detto che siano i peggiori. Bisognerebbe ripensarci. Bisognerebbe chiedersi se privare per anni e anni una persona della vista del cielo notturno e stellato, dopo aver riconosciuto nel cielo stellato sopra di noi la compagnia necessaria alla legge morale dentro di noi, sia un'idea, per così dire, lungimirante.



Cagliari: Sdr; resterà a Buoncammino con bombola ossigeno in cella detenuto malato

Ansa, 15 aprile 2013

“Angelo Garau, il detenuto affetto da una grave insufficienza respiratoria non sarà trasferito, ma resterà a Buoncammino in una cella del Centro Diagnostico Terapeutico con la bombola d’ossigeno a fianco al letto dov’è costretto a restare tutto il giorno.

Una situazione intollerabile sia per la pericolosità sia per l’impossibilità da parte dell’uomo di muoversi sia per la solitudine a cui è costretto. Convivere con una così grave infermità in una cella corrisponde a subire una quotidiana tortura, non prevista da alcun Tribunale”. Lo afferma Maria Grazia Caligaris, presidente dell’associazione “Socialismo Diritti Riforme”, avendo appreso che “il DAP non intende trasferire il detenuto in un Cdt adeguatamente attrezzato mettendo così a rischio non solo la sua vita”.

“Angelo Garau, 56 anni, di Codrongianos (Sassari), è - sottolinea Caligaris - invalido al 100% avendo contratto la malattia nel 1992 in seguito ad un’intossicazione da vapori di zinco che ne aveva determinato un ricovero urgente per una crisi respiratoria acuta nell’ospedale di Sassari. A diagnosticare l’emosiderosi polmonare era stato nel 2005 il pneumologo Carlo Grassi della Clinica Pneumologica dell’Università di Pavia che aveva individuato la malattia indicando le diverse tappe di ineludibile aggravamento”.

“L’uomo, che sta scontando la pena dell’ergastolo, è stato trasferito al Cdt di Cagliari per disposizione del Tribunale del Riesame di Sassari, in quanto Bad’e Carros, dove si trovava precedentemente, è privo di Centro Clinico. La struttura cagliaritana però non è attrezzata per garantire in sicurezza l’ossigenoterapia. L’acuirsi del disturbo progressivo e irreversibile ha imposto una soluzione tampone, ma il DAP - afferma ancora la presidente di Sdr - dovrebbe capire che, in attesa di un’alternativa, sarebbe opportuno mandarlo a casa come hanno suggerito del resto anche i periti”.

“Il caso di Angelo G. - osserva la presidente di Sdr - sembra voler riaffermare una concezione vendicativa della pena. Non si comprende infatti come una persona purtroppo destinata a convivere con una malattia inguaribile e in costante aggravamento possa restare in una cella 2 metri per 3, da sola, senza neppure un piantone. Occorre però intervenire tempestivamente perché la situazione - conclude Caligaris - risulta poco gestibile”.

Sulmona (Aq): agente di Polizia penitenziaria salva la vita a detenuto colpito da un infarto

Il Centro, 15 aprile 2013

Il poliziotto ha trovato il detenuto, un 50enne napoletano, privo di sensi e in arresto cardiocircolatorio. Ha dato subito l’allarme e insieme ad altri colleghi e al personale medico del 118 ha salvato la vita all’internato. Un internato 50enne originario della provincia di Napoli è stato salvato, questa mattina, grazie all’intervento di un poliziotto penitenziario in servizio presso il reparto penale del carcere di Sulmona. L’uomo era riverso nella sua cella privo di sensi e in arresto cardiocircolatorio quando è stato notato dal poliziotto, il quale vedendolo in quella insolita posizione, ha dato subito l’allarme. L’intervento immediato di altri colleghi, un sovrintendente e un ispettore, del personale medico e paramedico del carcere e del 118, ha evitato il peggio salvando l’internato da una situazione che poteva provocare danni irreversibili o addirittura letali.

Sulle cause che hanno portato al malore del 50enne che ha problemi di tossicodipendenza, sono in corso indagini per accertare se l’uomo abbia ingerito dei farmaci o abbia respirato volontariamente gas utilizzato per cucinare. L’internato dopo essere stato rianimato è stato dichiarato fuori pericolo e tenuto sotto stretto monitoraggio. “Esprimiamo soddisfazione per l’operato del poliziotto penitenziario - afferma il segretario provinciale della Uil Penitenziari, Mauro Nardella. Il tutto a riprova della professionalità, più volte offuscata dai pregiudizi dell’opinione pubblica, che caratterizza gli operatori del settore e della loro attitudine a salvare vite umane”.

Giustizia: lo scrittore Franco Bompreszi; i detenuti disabili sono doppiamente puniti...

Dire, 14 aprile 2013

“Una delle grandi rimozioni a proposito di disabilità è la situazione carceraria dei detenuti disabili, sui quali non si hanno i dati e non si conosce la loro situazione, e sono pertanto doppiamente puniti con la reclusione e con l’impossibilità di vedere riconosciuti i propri diritti elementari”. Sono le parole del giornalista e scrittore Franco Bompreszi, intervenuto questa mattina sul tema “Abilità al Festival del volontariato Villaggio Solidale”.

“Spesso questa mancanza accade perché i detenuti disabili provengono da paesi nei quali tali diritti non sono neppure mai stati sanciti. Su di loro mancano totalmente progetti specifici e questo è un fatto gravissimo”.

“Sono orgoglioso della mia disabilità - ha detto poi Bompreszi. Sì, posso dirlo. Non per rivendicare una specie di aristocrazia dell’handicap, ma perché mi sono reso conto, nel trascorrere degli anni e dei decenni, che il lungo lavoro interiore su di me, sulle mie abilità, sui miei difetti, sui miei limiti, sulle aspettative degli altri, sul pregiudizio e sullo stigma, sul senso della partecipazione, del servizio, del volontariato e della professione, mi ha

plasmato fino a raggiungere uno stato di benessere mentale, e di relativa soddisfazione, che forse spiega come mai, adesso, mi si chieda di render conto anche dell'uso delle parole”.

“Le parole infatti sono pietre, sono mattoni. Possiamo, con le parole, erigere muri e pareti, oppure costruire ponti e pavimenti, delimitare finestre. “Abilità” oggi significa prima di tutto riconoscere la persona, accoglierla e accettarla così com'è, offrire opportunità, strumenti, supporti, perché le abilità di ciascuno siano a disposizione di tutti. Chi vive su di sé la disabilità può davvero essere una risorsa per un Paese impegnato ad affrontare il cambiamento e la crisi. Ma se rimane, invece, un peso e un problema, lo si deve, forse, a quell'idea balzana di abilità come “onnipotenza” e “superiorità”. Le abilità, ad esempio, comportano come corollario le “competenze”. E in questo senso le persone con disabilità, fisica, sensoriale, ma anche intellettuale, sono giacimenti di competenze, di esperienze, di soluzioni di problemi”.

Sanremo (Im): la Polizia penitenziaria salva collaboratore di giustizia da tentativo suicidio

www.sanremonews.it, 12 aprile 2013

Fabio Pagani della Uil: “Belle notizie che però devono far riflettere e continuare a sollecitare i vertici dipartimentali a prendere urgenti soluzioni per risolvere i gravi problemi di sicurezza che oramai attanagliano la Casa Circondariale della città dei fiori”.

“Alle ore 23.30 circa è giunta notizia che un detenuto condannato all'ergastolo e collaboratore di giustizia, è stato salvato, grazie all'immediato intervento della Polizia Penitenziaria, il detenuto, colpito da un infarto, era in bagno, sofferente, riverso a terra, solo grazie all'immediato intervento dei Poliziotti di turno (due) e del Medico di Guardia e infermiera successivamente, si è impedita un'altra morte in carcere, avvenuta pochi giorni fa, per la stessa motivazione a pochi chilometri, nel carcere Marassi di Genova con senso di responsabilità e professionalità - commenta il sindacalista della Uil Penitenziari, Fabio Pagani.

Un'altra vita salvata. E pensare che proprio a Sanremo e in Liguria, non vi è stata traccia di un elogio-encomio a nessun Poliziotto Penitenziario”. “Queste sono belle notizie - aggiunge il sindacalista, che però debbono farci riflettere e continuare a sollecitare i vertici dipartimentali a prendere urgenti soluzioni volte per risolvere i gravi problemi di sicurezza che oramai attanagliano la Casa Circondariale di Sanremo.

Bisogna coinvolgere le istituzioni locali - tra cui il primo cittadino - in quanto comprenda che è seriamente a rischio la sicurezza dell'intera Città, visto che l'istituto registra una capienza di quasi 360 detenuti a fronte di una capacità tollerabile di circa 209 detenuti e soprattutto riportare quel dialogo tra Direttore e rappresentanti del personale di polizia Penitenziaria, oramai messo da parte dal Dirigente di Sanremo”.

“Il rischio concreto - conclude Pagani - è che il sistema carcere affondi nel mare dell'illegalità, del degrado e dell'inefficienza. Come si può pensare di garantire dignità al lavoro penitenziario a fronte delle condizioni degradanti, alla mancanza di mezzi e risorse, alla impossibilità di svolgere il proprio mandato costituzionale”.

Giustizia: Alessandro Margara; negli Opg diritti dei detenuti violati da tempo immemore

Dire, 12 aprile 2013

“Negli Opg sono violati da tempo immemorabile i diritti degli internati. I manicomi penitenziari risalgono a un'idea dell'800. Da quando sono nati gli Opg sono sempre rimasti nella stessa situazione, con i letti di contenzione”.

Lo ha detto il Difensore dei detenuti della Toscana Alessandro Margara a margine della presentazione, in Consiglio regionale, di una mostra fotografica sugli ospedali psichiatrici giudiziari. Quanto alla proroga per la chiusura degli Opg, Margara ha sottolineato che “ora dipende dal fatto che le Regioni accettino l'impegno di chiudere queste strutture. La Toscana da sempre si è impegnata su questo fronte, però attualmente non è decisa sulla linea da seguire”.

La mostra

Un'interessante mostra sul mondo carcerario e in particolare degli ospedali psichiatrici giudiziari è stata inaugurata nel pomeriggio a Palazzo Panciatichi, sede del Consiglio regionale. A tagliare simbolicamente il nastro della mostra, che raccoglie foto di Gianfranco Guardascione, è stato il garante dei diritti dei detenuti della Toscana, Alessandro Margara, che nell'occasione ha ricordato la decisione della commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, presieduta dal Senatore Marino, che ha chiesto la chiusura di alcuni reparti negli Opg di Montelupo Fiorentino e di Barcellona Pozzo di Gotto in Sicilia.

“Adesso spetta alle Regioni creare le condizioni affinché gli ospedali psichiatrici giudiziari possano essere veramente superati”, ha detto Margara. Gli Opg in Italia, attualmente, sono sei. Margara ha ricordato che la chiusura disposta dalla commissione Marino è stata posticipata di un anno. La mostra, dal titolo “Internauti”,

rappresenta un vero e proprio “viaggio fotografico nella realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari” ed offre la testimonianza di un mondo che è “doppiamente ai margini dell’umanità”. All’inaugurazione, alla presenza dell’autore, è intervenuto anche Andrea Greco, storico della fotografia e redattore dell’Archivio fotografico toscano. L’esposizione rimarrà aperta fino a venerdì prossimo, 19 aprile, e sarà visitabile, a partire da lunedì, tutti i giorni dalle ore 14 alle 18.

Giustizia: 20mila detenuti a rischio di malattie mentali, suicidi il 36% dei morti in carcere

Agenparl, 12 aprile 2013

“Un terzo dei detenuti è ad alto rischio di malattie mentali. Su quasi 70 mila persone oggi presenti nelle carceri italiane i conti sono presto fatti. Ventimila è un numero calcolato per difetto: psicosi, depressione, disturbi bipolari e di ansia severi sono la norma nel 40% dei casi, a cui vanno aggiunti poi i disturbi di personalità borderline e antisociale.

Persone a volte già ammalate, altre che si ammalano durante la detenzione complici il sovraffollamento, i contesti sociali inimmaginabili, la popolazione straniera di difficilissima gestione. In questa situazione i cosiddetti detenuti sani finiscono con trovarsi in un inferno aggiuntivo che, nella peggiore delle ipotesi, può portare anche al suicidio. In Italia, quelli compiuti in carcere, hanno numeri 9 volte superiori rispetto alla popolazione generale con tassi aumentati negli ultimi anni di circa il 300% (dai 100 del decennio 1960-1969 a più di 560 nel 2000-2009 con oltre il 36% di decessi).

Crescita che non si arresta: nel 2011 sono stati 63 i suicidi (0.9% per 1.000 detenuti), più di mille i tentati suicidi (15%) e oltre 5.600 gli atti autolesivi (84%). A farne le spese anche l’organizzazione interna alle carceri: tra il 2000 e il 2011, 68 suicidi solo a carico degli operatori di Polizia Penitenziaria. Di questo si è parlato in occasione del congresso dei Giovani Psichiatri in corso a Roma (“La psichiatria tra pratica clinica e responsabilità professionale”). Lo si legge in un comunicato della Sip, Società Italiana di Psichiatria.

“Tutto ciò accade dopo anni di abbandono, da parte delle Istituzioni, della salute mentale italiana, fuori e dentro le carceri - spiega Claudio Mencacci, presidente della Società Italiana di Psichiatria - e questo è il conto da pagare. Salatissimo e non finito perché la norma entrata in vigore nel 2012 che avrebbe dovuto avere una Sezione di Osservazione Psichiatrica funzionante e bastevole per ogni Regione è stata fortemente disattesa a causa di fondi specifici carenti. Anche su questo aspetto chiediamo l’intervento del Ministero tanto più ora che abbiamo prorogato la chiusura degli OPG, ma solo per un anno. Questa è quindi una cambiale a breve scadenza, ma non sappiamo quando potremo pagarla”.

“Il sovraffollamento, a livelli record (150 detenuti per 100 posti, rispetto ai 107 del resto d’Europa), è già una condizione di grave disagio per il detenuto sano.

Figuriamoci per un paziente con malattia mentale. Appena chiuderanno gli OPG una parte di questi detenuti tornerà in carcere. Se la situazione non sarà cambiata, e non vi sono le premesse perché lo sia, potrebbe davvero diventare esplosiva”.

“Il superamento degli Opg e il pieno passaggio dell’assistenza psichiatrica nelle carceri al sistema sanitario nazionale devono procedere parallelamente - spiega Mencacci - nell’ambito della più ampia riorganizzazione della Sanità Penitenziaria e delle nuove competenze dei Dipartimenti di Salute Mentale. A questi sono attribuite importanti responsabilità per la tutela della salute mentale dei cittadini detenuti. Si tratta, infatti, delle uniche Istituzioni, nell’ambito del servizio pubblico, in grado di garantire una visione d’insieme ed un approccio realmente integrato al raggiungimento degli obiettivi sanitari ed assistenziali che vengono affidati dal SSN alle proprie strutture”.

“I Dipartimenti di salute mentale possono validamente interconnettersi con tutte le altre Istituzioni operanti in ambito carcerario, risolvendo uno dei problemi più rilevanti ancora aperti, cioè la frammentazione degli interventi sanitari in questo contesto, incluso le Dipendenze. Infine dal punto di vista operativo i Dipartimenti offrono strutture e competenze multi professionali in grado di coprire, dentro e fuori dal carcere, gli interventi opportuni, e la continuità terapeutica”.

“Tutto bene fino ad ora - conclude il presidente SIP - ma solo sulla carta, perché nessuno ha ancora pensato e predisposto risorse per questa operazione. Si ritiene inderogabile, pertanto, che i Dipartimenti di Salute Mentale, siano potenziati e dotati delle risorse necessarie e sufficienti per garantire tale operatività in carcere, anche attraverso una dotazione di personale rispondente ai compiti affidati, e di strutture sovranazionali, quali i Centri di Osservazione Neuro Psichiatrica (Conp, nei fatti Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura intra carcerari, finalizzati alla gestione dell’urgenza) e i Reparti di Osservazione Psichiatrica (Rop, nei fatti, aree specialistiche di osservazione diagnostica qualificata a tempo definito)”.

Cagliari: Sdr; bombola ossigeno in cella Centro Diagnostico Terapeutico di Buoncammino
Ristretti Orizzonti, 11 aprile 2013

“La necessità di salvare la vita a un detenuto con una grave insufficienza respiratoria ha determinato l'introduzione di una bombola di ossigeno in una cella del Centro Diagnostico Terapeutico della Casa Circondariale di Cagliari. La circostanza, tuttavia, è altamente pericolosa per l'incolumità degli altri detenuti e per la sicurezza della struttura. Inaccettabile per un cittadino affetto da una patologia inguaribile subire tale infermità in una cella”.

Lo afferma Maria Grazia Caligaris, presidente dell'associazione “Socialismo Diritti Riforme”, richiamando ancora una volta l'attenzione “su un cittadino privato della libertà le cui condizioni di salute sono incompatibili con lo stato di detenzione”.

“L'uomo A. G., 56 anni, di Codrongianos (Sassari), è stato trasferito a Cagliari - sottolinea Caligaris - da Badu 'e Carros, dove stava scontando la pena dell'ergastolo, per poter essere ricoverato in un Cdt secondo quanto disposto dal Tribunale del Riesame di Sassari. La struttura cagliaritana però non è attrezzata per garantire in sicurezza l'ossigenoterapia di cui ha necessità costante per la grave insufficienza respiratoria da cui è affetto da tempo. L'acuirsi del disturbo progressivo e irreversibile ha imposto una soluzione tampone, ma il Dap dovrebbe capire che, in attesa di un'alternativa, sarebbe opportuno mandarlo a casa come ha suggerito del resto anche il perito del Tribunale”.

“Il caso di A.G. - osserva la presidente di Sdr - sembra voler riaffermare una concezione vendicativa della pena. Non si comprende infatti come una persona purtroppo destinata a convivere con una malattia inguaribile e in costante aggravamento possa restare in una cella, da sola, senza neppure un piantone. Non solo la situazione è così delicata per gli altri ricoverati che un piccolo errore, come accendere una sigaretta o un fiammifero nell'area circostante, possa provocare un disastro.

Il trasferimento in una struttura penitenziaria della Penisola non sembra d'altra parte la soluzione migliore in quanto presupporrebbe un ulteriore isolamento dai familiari. Occorre però intervenire tempestivamente perché la situazione - conclude Caligaris - risulta poco gestibile”. A.G., in carcere dal 2009, ha visto progredire costantemente la patologia originata nel 1992 da un'intossicazione da vapori di zinco che ne aveva determinato un ricovero urgente per una crisi respiratoria acuta nell'ospedale di Sassari. A diagnosticare l'emosiderosi polmonare era stato nel 2005 il pneumologo Carlo Grassi della Clinica Pneumologica dell'Università di Pavia che aveva individuato la malattia indicando le diverse tappe di ineludibile aggravamento.

Busto Arsizio: inutilizzato il reparto per detenuti disabili, possibile cambio di destinazione
www.varesenews.it, 11 aprile 2013

Il presidente del Consiglio Comunale a “Frequenza Politica” presenta la sua ricetta per aumentare la capienza del carcere cittadino: “Basta una firma del direttore dell'Azienda Ospedaliera per trasformare l'area disabili mai aperta”.

Il presidente del consiglio comunale Diego Cornacchia è intervenuto a “Frequenza Politica” la trasmissione in streaming di Busto Live, per dire la sua sui problemi di sovraffollamento del carcere di Busto Arsizio: “C'è un piano intero capientissimo, libero perché destinato alle persone in difficoltà motoria. Ci vuole il cambio di destinazione, un semplice atto burocratico amministrativo che deve essere propiziato da qualcuno: forse faremo una mozione in Consiglio comunale”. Da chi dipende la decisione? “Dipende semplicemente dal dott. Gozzini, il direttore dell'Asl”. Così risponde la prima carica istituzionale del consiglio alle sollecitazioni dei conduttori Massimo Brugnone e Davide Bottini.

Alla trasmissione è intervenuto anche il consigliere del Pd Valerio Mariani, tra i promotori della figura del Garante dei detenuti: “Una proposta che vuole dare il primo segnale. Stiamo parlando di un problema che investe la Regione, il Governo e il Ministero competente, però le risposte non possono che essere strutturali, non solo con le Commissioni. La città deve dare un segnale di sensibilità e di controllo e monitoraggio rispetto la situazione del carcere”.

Lo stesso Mariani, inoltre, si è espresso favorevolmente ad un posto nella consulta antimafia per l'ex-senatore ed ex-sindaco di Bollate Carlo Stelluti: “Non ho problemi. L'esperienza maturata sulla sua pelle non può che essere di aiuto a questa commissione. Se ci sarà questo nome sicuramente non sarà il Pd e non sarà il centrosinistra a dire no a Stelluti, anzi saluteremo e forse probabilmente la commissione risponderà con qualità e con presenza sul territorio rispetto a una soluzione del Sindaco che sa tanto di immagine ma di difficile contenuti di realizzazione”

Libri: “La pazzia dimenticata. Viaggio negli Opg”, di Adriana Pannitteri (l'Asino d'oro)
di Marco Neirotti
La Stampa, 11 aprile 2013

La data fissata era marzo 2013 ma tutto slitta perché non sono pronte realtà alternative. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari dovrebbero essere tra breve aboliti: un libro racconta pazienti e strutture. In Italia sono ancora attivi gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari di Castiglione delle Stiviere, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto

Che fine ha fatto l'Avvoltoio, che si scagliò sul vicino di letto e con le dita gli cavò gli occhi? E Sandokan, che sventrò il fratello e ne appese una foto per giocarci a freccette? Dove si aggira Star Trek, che guidava automobili-astronavi, e Granellino, che ammazzò la madre e voleva fuggire per andare a proteggerla? Con il fotografo Tonino Di Marco vivemmo giornate con loro in quelli che i tecnici chiamano Opg (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) e la gente, tra orrore e fiducia nelle recinzioni, manicomi criminali. Ora qualcuno è libero al mondo, qualcuno prigioniero dietro una lapide, altri in attesa della chiusura di Castiglione delle Stiviere, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto.

Dopo il lavoro della Commissione d'inchiesta presieduta dal senatore Ignazio Marino, si è fissata la fine marzo 2013 per far sfollare i circa 1.400 ospiti delle sei strutture (cinque di natura carceraria, soltanto Castiglione non penitenziaria) definite da Giorgio Napolitano, nel discorso di fine 2012, "l'estremo orrore inconcepibile in un paese civile". La data però slitta ancora, perché le alternative non sono pronte e già gli anni che seguirono la "180" furono drammatici: quella legge fece suo in modo frettoloso il progetto dello psichiatra Franco Basaglia, inorridito dalle condizioni dei malati e dalla cronicizzazione della malattia. Si riversò per le strade una folla sradicata e spaesata, con famiglie lasciate sole mentre fiorivano strutture private non sempre all'altezza, talora mosse solo da business.

Per i malati di oggi, dichiarati "pericolosi", si prospettano strutture con massimo venti posti, non detentive, che li liberino dall'"ergastolo bianco". Ma un conto è la carta, un conto la pelle, soprattutto in questa fase di sfacelo della Asl.

In un momento tanto delicato entra nelle librerie una lente d'ingrandimento sulla detenzione e cura: "La pazzia dimenticata" (l'Asino d'oro), viaggio negli Opg, di Adriana Pannitteri, giornalista del Tg1, che già dedicò un libro alle madri assassine seguite a Castiglione delle Stiviere. Dopo le basi storiche, l'autrice ascolta gli operatori, spesso motivati e attivi al limite del sacrificio su una nave con il timone rotto, le vele mal rattoppate, la cambusa semivuota, culturalmente lontani dal giochetto irridente con cui si ricevevano gli ospiti negli Anni 60: "Hai mai camminato con tre scarpe?".

Narra letti di contenzione con il foro nel mezzo, muri marci, latrine intasate, docce secche, ma anche aree verdi, atelier di pittura, palestre. E incontra gli internati, orgogliosi nel loro buio o persi nella disperata impotenza: il ragazzo che accoltellava nel parco una sconosciuta e a chi voleva bloccarlo ripeteva, menando fendenti: "Non posso fermarmi, devo farlo"; il "mostro di Posillipo" che approva la chiusura degli istituti e tranquillo avverte: "Quando esco lo rifaccio"; Monica che ha "ucciso il diavolo", peccato che stava colpendo il figlioletto di due anni e mezzo. Dove andranno? Avranno strutture adatte?

Perderanno quel che di buono affiora attorno alle antiche scale scrostate? Antonino Calogero, psichiatra che ha diretto per anni Castiglione delle Stiviere (l'unico dei sei "assolto" dalla Commissione), non si arrocca sul passato, ma teme salti nel vuoto: "Da noi si è lavorato imponendo al paziente di muoversi liberamente nell'area limitrofa. Solo dopo aver superato questa fase egli può riavvicinarsi alla sua realtà precedente.

Non voglio dire che debba stare sempre nell'Opg, né che non debbano esistere strutture intermedie vicine al suo territorio, ma tutto deve essere fatto gradualmente. A me pare che la legge non abbia davvero tenuto conto delle esigenze di cura di persone che hanno commesso reati gravi per malattia". Il senatore Marino avverte: "Dentro queste strutture non si può assistere un internato che ha un infarto, per non parlare di persone con patologie gravemente invalidanti, come la gangrena dovuta al diabete. L'Italia non potrà considerarsi un paese civile se all'orrore degli ospedali psichiatrici giudiziari non si metterà fine nel 2013".

E il territorio? Walter Gallotta, psichiatra di formazione basagliana, primario del Spdc (il "repartino) dell'ospedale San Giovanni di Roma, sostiene: "Qui affrontiamo le emergenze, poi ci sono le comunità terapeutiche, poi la riabilitazione nei centri diurni".

E indica i "passi" della possibilità nei pazienti che escono per andare a prendere il caffè al bar, senza pericoli. Calogero frena: "Non concordo con la territorializzazione: per esperienza penso che in una prima fase il paziente tragga giovamento proprio dall'essere in un luogo distante da dove ha commesso il reato, dove subisce meno le reazioni emotive, per quanto legittime, dei familiari delle vittime e dello stesso ambito sociale. Non condivido la fretta di chiudere. Bisogna almeno salvaguardare le cose che funzionano".

Al dibattito non partecipano Avvoltoi e Granellini, Star Trek e Pittori, però molti di loro ascoltano, cercano di immaginare un futuro. Quello che non sanno né loro né noi è quando, insieme con le leggi, con l'abbattimento degli orrori, si sfalderanno il senso diffuso di vendetta e di cancellazione dal mondo.

Mantova: all'Opg intossicazione alimentare fatale, giallo sulla morte di un detenuto

Ansa, 10 aprile 2013

La Procura di Mantova ha aperto un'inchiesta sulla morte di un detenuto dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere causata, secondo i primi accertamenti, da intossicazione alimentare. Lo riferisce l'agenzia stampa Ansa. L'autopsia sul corpo di Christian Ubiali, 31 anni di Osio di Sotto (Bergamo), confermerebbe l'ipotesi della intossicazione dopo un pasto a base di pesce congelato. Con lui, il 2 aprile scorso, erano stati male altri dodici ospiti dell'Opg, nessuno dei quali è stato ricoverato.

Sull'episodio ha aperto un'inchiesta interna anche la dirigenza dell'ospedale psichiatrico, con particolare riferimento alla ditta esterna, la Dussmann di Capriate (Bergamo) che fornisce pasti caldi a diverse strutture pubbliche, tra cui l'Opg castiglione, e che declina ogni responsabilità su quanto è accaduto. Ubiali e gli altri compagni avevano consumato il pasto a base di pesce martedì sera 2 aprile all'Opg. Nelle ore successive tutti hanno avvertito dei malori, vomito e dissenteria. Il più grave è risultato Ubiali che, a mezzogiorno del giorno dopo, è stato trasferito all'ospedale Carlo Poma di Mantova dove è morto il giorno successivo, tre ore dopo il ricovero, mentre era su una barella in attesa di essere trasferito nel reparto di chirurgia ed essere stato sottoposto a vari esami, tra cui una Tac.

La prima diagnosi parlava di occlusione intestinale. Ubiali aveva problemi psichici e di tossicodipendenza ed era ricoverato all'Opg dal 28 gennaio 2011. Il 15 marzo scorso aveva trascorso l'ultima giornata in compagnia dei genitori, dopo un permesso.

Roma: detenuto a Rebibbia per aver rubato 20 euro, muore a causa di probabile infarto

Dire, 9 aprile 2013

Detenuto per aver tentato di rubare venti euro ad un tabaccaio, un detenuto di 57 anni è morto la scorsa notte, probabilmente a causa di un infarto, nel carcere di Rebibbia Nuovo Complesso. Lo rende noto il Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni. Si tratta del terzo detenuto che muore, nelle carceri del Lazio, dall'inizio del 2013.

La vittima, Marco P. era detenuto da un mese e mezzo nella sezione G11 del carcere romano. Doveva scontare una condanna per una tentata rapina ai danni di un tabaccaio. L'uomo, a quanto appreso dai collaboratori del Garante, era affetto da dipendenza dall'alcool e per questo, dal momento del suo ingresso in carcere, era stato preso in carico dal Sert ed aveva colloqui periodici con gli psicologi. Il detenuto è stato trovato, questa mattina, senza vita nel suo letto, morto probabilmente per un infarto nel corso della notte.

“Al di là dei motivi che hanno portato alla morte di quest'uomo - ha detto il Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni - fa riflettere la circostanza che un uomo con tali problematiche sia condannato a scontare in carcere una pena per una tentata rapina di €20. La colpa è di una legislazione che prevede un uso abnorme del carcere, anche per i reati minori.

Nelle carceri del Lazio registriamo un tasso di sovraffollamento di quasi il 50%. Occorrerebbe rivedere l'ordinamento nel senso di prevedere il carcere solo come extrema ratio. Ma, nonostante gli appelli del Presidente della Repubblica e di quelli dei due rami del Parlamento, la politica sembra essersi di nuovo dimenticata del dramma che si sta vivendo nelle carceri italiane”.

Genova: detenuto di 45 anni è morto nel carcere di Marassi, era gravemente malato

Radio Carcere, 9 aprile 2013

Sergio Bosio, di 45 anni, è morto questa mattina nel carcere Marassi di Genova. L'ennesima morte annunciata. Infatti Sergio Bosio era gravemente malato e per questo motivo era ristretto nel centro clinico del carcere genovese. Un centro clinico, denominato: “Reparto di sostegno integrato” e situato al I piano, che ospita circa 12 detenuti gravemente malati. Salgono così a 52 le persone morte per una pena dall'inizio del 2013. Ovvero una media di 13 morti al mese.

Sappe: nuovo triste capitolo per la storia difficile delle carceri italiane

La storia difficile delle carceri italiane si arricchisce di un nuovo triste capitolo. Un detenuto italiano di 45 anni, B.S. condannato per omicidio, è morto oggi, martedì 9 aprile 2013, per infarto nella sua cella all'interno del carcere di Marassi. A dare la notizia è stato il segretario generale del sindacato autonomo di polizia penitenziaria Sappe, Roberto Martinelli, che sottolinea: “a Marassi, alla data del 31 marzo, c'erano 792 detenuti stipati in celle realizzate per ospitarne 450 e oltre 100 Agenti di polizia penitenziaria in meno rispetto agli organici previsti”. Lo scorso anno a livello nazionale - riferisce il segretario del Sappe - sono morte in carcere per cause naturali 97 persone (82

italiani e 15 stranieri), e 56 si sono suicidate (36 italiani e 20 stranieri). I tentati suicidi sono stati 1.308, e 7.317 gli atti di autolesionismo.

Mantova: 70 internati Opg lamentano malori. Uno muore in Ospedale. Forse cibo avariato

La Gazzetta di Mantova, 8 aprile 2013

Settanta. Un quarto degli ospiti dell'Opg. È questo il numero dei detenuti che si sono sentiti male dopo la cena di martedì alla mensa dell'ospedale psichiatrico di Castiglione. Tra questi c'era Christian Ubiali, trentunenne bergamasco morto al Poma tre ore dopo il ricovero. L'autopsia, disposta dalla Procura di Mantova, non avrebbe fatto definitiva chiarezza sul decesso, avvenuto, sembrava, dopo una diagnosi di occlusione intestinale. Il magistrato si limita a confermare che saranno necessari "ulteriori accertamenti".

Sotto accusa, per ora, c'è proprio la cena consumata martedì sera alla mensa dell'Opg, in seguito a cui settanta ospiti hanno accusato malori e dissenteria. Di questi dodici hanno manifestato sintomi più seri. Il più grave di tutti era Ubiali, trasportato d'urgenza al pronto soccorso del Poma, con la diagnosi di occlusione intestinale provocata da un probabile volvolo. Tutti avrebbero mangiato del pesce che, a questo punto, forse era avariato.

È questo il sospetto della Procura che ha già disposto accertamenti. È stata eseguita una campionatura che attraverso l'Asl è stata inviata al laboratorio di sanità pubblica di Brescia per le analisi tossicologiche. Sono stati eseguiti prelievi sia sulle scorte di pesce che sono rimaste nei frigoriferi sia nelle cucine in particolare sulle attrezzature che sono state utilizzate per preparare la cena di martedì. Le indagini epidemiologiche dovranno identificare le eventuali fonti inquinanti o rintracciare la presenza di tossine.

Un attacco batterico che potrebbe essere stato letale per Christian Ubiali, già debilitato per problemi passati di tossicodipendenza. La Tac, a cui era stato subito sottoposto mercoledì a mezzogiorno al Poma, non aveva confermato la diagnosi dell'occlusione.

Ubiali però continuava a lamentarsi dei dolori violentissimi che partivano dallo stomaco. Per questo era stato disposto il trasferimento nel reparto di chirurgia. In attesa di essere spostato era stato sistemato su una barella. Ad un certo punto era diventato tachicardico e un'infermiera lo aveva accompagnato fuori per permettergli di accendere una sigaretta.

Al rientro, prima che i medici della chirurgia fossero riusciti a prenderlo in consegna per portarlo in reparto, aveva smesso di vivere, tre ore dopo il ricovero. Originario di Osio di Sotto, un paese del Bergamasco, Ubiali aveva una doppia diagnosi di tossicodipendenza e problemi psichici che aveva convinto i giudici che l'internamento in un ospedale psichiatrico giudiziario fosse la soluzione migliore per lui dopo aver escluso la possibilità di un percorso riabilitativo in famiglia.

Teramo: detenuto prova a impiccarsi, salvato in extremis. Sinappe: situazione al collasso

Ansa, 8 aprile 2013

B.M., 63 anni, calabrese, arrivato venerdì dal penitenziario di Saluzzo. L'uomo è stato salvato grazie ad altri detenuti che hanno dato l'allarme facendo accorrere sul posto la polizia penitenziaria. L'uomo per togliersi la vita si sarebbe stretto un cordone al collo legandolo all'inferriata della scalinata, quindi fuori la sua cella. Il detenuto non corre pericolo di vita e viene tenuto sotto stretta sorveglianza all'ospedale di Teramo.

A comunicare la notizia è il segretario regionale Sinappe (Sindacato nazionale autonomo Polizia penitenziaria), Giampiero Cordoni. Il tragico episodio, che poteva avere conseguenze ben peggiori, è avvenuto nella tarda mattinata un detenuto ha cercato di impiccarsi ad una finestra. In suo soccorso sono arrivati, però, i secondini, che lo hanno bloccato e fatte desistere.

"Questo ennesimo tentativo, per fortuna fallito, fotografa le difficoltà di un carcere oramai alla corda - dice Cordoni. Da anni denunciavo il deterioramento dell'intera struttura. Oramai riteniamo stantio continuare a denunciare le difficoltà del sovraffollamento, della carenza di Personale, delle diverse tipologie di detenuti e del continuo arrivo di detenuti con gravi problemi sanitari che il Personale presente deve gestire ricorrendo solo allo spirito di abnegazione. Dall'altra parte, continuiamo al totale disinteresse di chi è oramai obbligata ad intervenire. Il Dipartimento è lontano anni luce da questa periferia, il Provveditorato nasconde la testa sotto la sabbia, Direttore e Commissario hanno perso il contatto con la realtà".

"Gli unici che garantiscono ancora la possibilità di impedire l'irreparabile - conclude il segretario Sinappe per l'Abruzzo, è il Personale di Polizia Penitenziaria".

Radicali accusano Regione per mancata nomina Garante dei detenuti

Il tentativo di suicidio sventato stamattina dalla polizia penitenziaria nel carcere teramano di Castrogno viene

commentato duramente dai radicali abruzzesi che, tramite Alessio Di Carlo, hanno parlato di “un comportamento ormai inaccettabile da parte della Regione Abruzzo che da quasi due anni è inadempiente rispetto all’obbligo di nomina del garante dei detenuti”.

“Il garante regionale - ha detto Di Carlo - assicurerebbe un monitoraggio continuo sullo stato degli istituti, la raccolta delle informazioni e delle istanze che provengono dalla comunità penitenziaria, oltre che pungolare le istituzioni ad adottare i provvedimenti opportuni”. Secondo l’esponente radicale la Regione è ormai “politicamente complice delle tragedie che ormai, periodicamente, si consumano nelle galere d’Abruzzo”.

Teramo: Radicali; troppi detenuti morti a Castrogno, 13 vittime in 4 anni (di cui 8 suicidi)

Il Centro, 8 aprile 2013

I Radicali tornano all’attacco per denunciare le condizioni di sovraffollamento del carcere teramano. Lo fanno a pochi giorni dalla morte di un detenuto pescarese ucciso da un malore e dopo la visita fatta recentemente nella casa penitenziaria di Castrogno con il consigliere regionale di Fli Berardo Rabbuffo. “Il carcere teramano conquista un triste record”, ha detto il radicale Vincenzo Di Nanna nel corso di una conferenza stampa alla quale erano presenti il radicale Ariberto Grifoni, il consigliere regionale Rabbuffo e quello comunale del Pd Alberto Melarangelo, “ in quattro anni ci sono stati 13 detenuti morti, di cui otto per suicidi. Il carcere teramano vive sicuramente una situazione di sovraffollamento tra le più pesanti di tutta Italia”.

A Castrogno, che dovrebbe ospitare 200 reclusi, attualmente sono presenti 390 detenuti: questo a fronte anche di un numero di agenti di polizia penitenziaria sotto organico. “Va precisato”, ha detto Rabbuffo, “che la polizia penitenziaria, nonostante l’esiguo numero di agenti, esprime grande professionalità. Ma è evidente che non può essere umano un carcere in cui ci sono duecento detenuti in più di quelli previsti.

Nel corso della nostra visita abbiamo visto che in alcune celle ci sono anche tre brande. Parliamo di celle di nove metri quadrati. Nel corso della giornata nei bracci le celle restano aperte e questo consente ai detenuti di spostarsi in spazi più ampi, ma è evidente che non può essere questa la risposta per garantire umanità. Chi ha sbagliato deve scontare la pena che gli è stata inflitta dall’autorità giudiziaria, ma lo deve fare in condizioni umani”. Va detto che nel carcere teramano esiste un presidio medico aperto 24 ore sue 24 e questo fa sì che molti detenuti vengano trasferiti a Castrogno, soprattutto quelli con patologie psichiatriche.

Un problema che porta al sovraffollamento e che più volte è stato denunciato dai sindacati. A questo proposito il consigliere comunale del Pd Melarangelo ha lanciato un appello al sindaco Brucchi “affinché sulla vicenda convochi il comitato ristretto dei sindaci della Asl”. L’esponente dei radicali Grifoni ha auspicato una riforma della giustizia “l’unica via contro il sovraffollamento delle carceri italiane”.

Cosenza: ex detenuto senza casa e lavoro tenta di suicidarsi, chiede un alloggio popolare

Agi, 8 aprile 2013

Ha tentato di gettarsi nel vuoto, restando appeso alla ringhiera di un balcone di un albergo per diversi minuti, S. C., cosentino, 39 anni. Operaio ed ex detenuto l’uomo è senza alloggio e sta usufruendo dell’ospitalità del Comune di Cosenza, che sta pagando a lui, alla compagna ed alla figlia di 13 anni, una stanza d’albergo. Oggi però scadeva il termine dell’ospitalità.

S.C. chiede da tempo una casa popolare, che però non è disponibile, secondo quanto comunicato dal municipio bruozio. Che ha offerto di far ospitare la famiglia in un istituto di accoglienza, cosa che l’uomo avrebbe rifiutato. L’uomo ha già più volte minacciato, in forma plateale, di volersi suicidare. “Ci rendiamo conto della disperazione di questa famiglia, ma più di quello che abbiamo fatto finora non possiamo fare. Anzi, Cardelicchio è anche un privilegiato”.

Lo ha detto Katya Gentile, vice sindaco del Comune di Cosenza, in riferimento alla vicenda dell’ennesima minaccia di suicidio inscenata da Salvatore Cardelicchio, che chiede da tempo un alloggio popolare. “Abbiamo provato ad offrirgli un alloggio in una casa famiglia, ma lui non vuole andarci. Abbiamo le mani legate: non ci sono case popolari disponibili. Stiamo accertando se ce ne siano occupate da chi non ne ha i titoli, ma si tratta di procedure lunghe”, ha detto la Gentile.

Firenze: il Garante; detenuti di Sollicciano rimasti senza cibo e l’Asl ispezioni la cucina

Redattore Sociale, 8 aprile 2013

La denuncia del Garante Corleone: “A volte i pasti sono insufficienti”. “La cucina necessita di una visita della Asl perché, tra gli altri problemi, ci sono le piattole”

“A Sollicciano alcuni detenuti sono stati costretti a saltare il pasto per mancanza di cibo”. È la denuncia lanciata

questa mattina da Franco Corleone, garante dei detenuti del comune di Firenze, secondo il quale il “problema cibo” è uno dei più gravi dell’intero istituto penitenziario fiorentino. Secondo Corleone “la cucina di Sollicciano va chiusa” ed è necessaria “una visita specifica della Asl” perché “c’è la presenza di piattole, manca l’acqua calda, ci sono sette pentole a vapore inefficienti, il pavimento manca di piastrelle, i bracieri per il sugo sono rotti, cinque piastre per la carne sono rotte, uno dei due forni è fuori uso, mancano i carrelli termici, mancano stivali da cucina antiscivolo per i lavoranti e i cuochi hanno scarpe bucate e rotte, mancano le pettorine per il lavaggio e l’abbigliamento da lavoro”.

Cagliari: Sdr, in Cdt Buoncammino detenuto ad alto rischio vita

Asca, 8 aprile 2013

“Un detenuto di 56 anni, originario di Codrongianus (Sassari), affetto da un grave disturbo respiratorio, è stato trasferito dalla Casa Circondariale di Nuoro, dove stava scontando la pena dell’ergastolo, a Cagliari e si trova attualmente ricoverato nel Centro Clinico di Buoncammino. L’uomo è affetto da emosiderosi polmonare, una patologia rara che comporta un’insufficienza respiratoria cronica degenerativa con necessità di una terapia costante e continua con ossigeno e con un alto rischio di ischemia cerebrale. Una condizione incompatibile con lo stato detentivo anche se la struttura cagliaritano è dotata di Centro Clinico. Manca infatti l’ossigenoterapia”.

Lo sostiene Maria Grazia Caligaris, presidente dell’associazione “Socialismo Diritti Riforme” avendo ricevuto alcune segnalazioni dai familiari preoccupati per le condizioni di salute del loro congiunto.

A.G., in carcere dal 2009, ha visto progredire costantemente la patologia originata nel 1992 da un’intossicazione da vapori di zinco che ne aveva determinato un ricovero urgente per una crisi respiratoria acuta nell’ospedale di Sassari. A diagnosticare l’emosiderosi polmonare era stato nel 2005 il pneumologo Carlo Grassi della Clinica Pneumologica dell’Università di Pavia che aveva individuato la malattia indicando le diverse tappe di ineludibile aggravamento.

Due successive perizie hanno evidenziato l’impossibilità per l’uomo di continuare a scontare la pena in carcere senza opportuni sussidi terapeutici. È stata quindi suggerita la detenzione domiciliare in modo che i familiari possano garantire oltre all’assistenza quotidiana costante anche una pronta emergenza in caso di crisi.

“L’emottisi o perdita di sangue nell’albero bronchiale - ha scritto tra l’altro nella recente perizia medico-legale Roberto Atzeni - rappresenta l’evento anatomopatologico più importante e grave della patologia, per il quale deve essere garantita una efficace e pronta emergenza”. Il medico ritiene inoltre indispensabile l’ossigenoterapia costante nell’intera giornata con interruzioni solo per cibarsi e per le funzioni biologiche così come paventa la possibilità di ischemia cerebrale o miocardica che richiedono interventi tempestivi”.

La successiva perizia del dott. Vindice Mingioni, Direttore del Dipartimento di Anatomia Patologica dell’Ospedale San Francesco di Nuoro, per il Tribunale del Riesame di Sassari aveva confermato l’indispensabile presenza dell’ossigenoterapia per la sopravvivenza del detenuto.

“È evidente che la struttura del Cdt di Buoncammino - sottolinea la presidente di Sdr - non è in grado di assicurare né l’ossigenoterapia continua né una cella singola con dispositivi idonei e neppure un immediato trasferimento in ospedale nell’eventualità di una crisi per evidenti limiti strutturali. Non si può considerare un centro diagnostico come un ospedale o una clinica e non può neppure essere un luogo di cura per malati cronici. La pena detentiva, benché pesante come l’ergastolo, non comprende inoltre la cessazione del diritto alla salute che invece sempre più spesso, ingiustamente, viene negato ai cittadini privati della libertà”.

Verona: cibo avariato in carcere, la Procura apre due indagini

L'Arena di Verona, 6 aprile 2013

Il pm Labate sta svolgendo accertamenti sulla fornitura di alimenti da parte di un'azienda toscana. Le denunce sono arrivate dagli ispettori dell'Ulss, incaricati dall'amministrazione dopo la segnalazione di detenuti e agenti.

Niente più cibo avariato ai detenuti del carcere. La direzione della casa circondariale di Montorio, il garante dei detenuti, l'Ulss 20 e ora anche la Procura: tutti in campo per difendere il diritto delle persone che si trovano reclusi a mangiare alimenti di qualità.

E ora c'è anche l'inchiesta aperta dalla procura di Verona. Dopo l'appello lanciato da Margherita Forestan, la garante dei detenuti, la procura ha infatti aperto due procedimenti per far luce sul servizio di fornitura del cibo, il cosiddetto "vitto" e "sopravvitto".

Ogni giorno, infatti, varcano i cancelli di Montorio decine di casse di frutta e verdura, carne e pacchi con altra merce ma spesso, secondo quanto rivelato dalla stessa Forestan, si tratta di prodotti avariati o dall'oscura provenienza. Capita, infatti, che i detenuti siano costretti a gettare gli alimenti nel cestino e ad acquistare a proprie spese altro cibo attraverso il "sopravvitto", gestito sempre dalla stessa azienda toscana vincitrice dell'appalto per la fornitura dei generi alimentari per la cucina (di cui al momento non è stato fornito il nome).

"È snervante dover controllare ogni cosa che arriva, non si può lavorare in questo modo: può capitare che qualche prodotto non sia perfetto, ma dev'essere una tantum, non la prassi", commenta la garante dei detenuti. "Se invece non ci sono verifiche quotidiane, il rischio è che nei piatti finisca di tutto: fortunatamente la direzione è molto sensibile a questo problema".

E infatti la questione è stata più volte oggetto di segnalazioni, ma ciò non sarebbe servito a far cambiare modus operandi alla società. Così nei mesi scorsi, il servizio Igiene dell'Ulss 20 è stato incaricato di effettuare alcuni prelievi sul cibo fornito ai detenuti e dalle verifiche sarebbe emerso che effettivamente i prodotti erano avariati: gli ispettori dell'Ulss hanno, dunque, depositato due denunce in Procura. A occuparsi delle indagini è ora il pm Elisabetta Labate.

Inoltre, il procuratore capo Mario Giulio Schinaia ha segnalato il problema anche a Roma, alla Direzione generale dell'amministrazione penitenziaria, per far presente la situazione della casa circondariale di Montorio, simile con tutta probabilità a quella di altre carceri italiane. Nell'ottica di contenere le spese, infatti, talvolta gli appalti vengono affidati a imprese, che poi non sono in grado di garantire gli standard qualitativi previsti dal bando. Un tema caldo, se si considera che l'appalto della Direzione regionale delle carceri, con sede a Padova, per il servizio di fornitura del cibo a Montorio sta per scadere e che nelle prossime settimane verrà indetto il nuovo bando per l'assegnazione. L'auspicio di tutti è che i criteri siano più rigidi e che il prossimo fornitore si impegni a rispettarli.

Teramo: ucciso in cella da un edema, poteva essere salvato... le accuse in un dossier

Il Centro, 5 aprile 2013

È stato un edema polmonare acuto causato da probabili scompensi cardiaci a provocare la morte di Vincenzo Fabiano, il detenuto 35enne pescarese rinchiuso nel carcere di Castrogno e morto martedì pomeriggio nella sua cella. Lo ha stabilito l'autopsia eseguita ieri mattina dall'anatomopatologo Gina Quaglione che nelle prossime ore rimetterà un primo rapporto sul tavolo del pm Stefano Giovagnoni, che sul caso ha aperto un'inchiesta.

Secondo i familiari dell'uomo le precarie condizioni del giovane, che sarebbero state attestate da numerosi certificati, imponevano da tempo il ricovero in una struttura sanitaria. Ed è stata la famiglia rendere pubblici mettendoli a disposizione dei Radicali, intervenuti sulla questione, alcuni documenti dell'Inps in cui si parla delle gravi condizioni di salute dell'uomo "affetto da epilessia in terapia farmacologica, epatite cronica, sindrome ansiosa depressiva". Alessio Di Carlo, dei radicali abruzzesi, auspica "un immediato intervento dell'autorità giudiziaria per far luce su una morte che, alla luce dei documenti, non può più essere considerata una tragica fatalità".

Giustizia: il sovraffollamento carcerario in Italia; la ricerca dell'Istituto Cattaneo dal Garante dei diritti dei detenuti dell'Emilia Romagna, Desi Bruno

Ristretti Orizzonti, 5 aprile 2013

La ricerca condotta dall'Istituto Cattaneo individua, dal punto di vista descrittivo, alcuni punti fermi di indubbio interesse.

Questa, in estrema sintesi, la tesi di fondo: in Italia il sovraffollamento carcerario ha raggiunto da tempo dimensioni critiche. Ogni 100 posti disponibili in base alla capienza regolamentare, ci sono mediamente 140 detenuti, ma in alcuni istituti il "tasso di densità carceraria" supera quota 300.

L'Emilia-Romagna, con la Casa Circondariale Dozza di Bologna, nel 2011 si attestava al 7° posto delle strutture più sovraffollate, con 235 detenuti ogni 100 posti disponibili (ma il dato aggiornato al 31.12.2012 registra una presenza inferiore, pari a 924 detenuti a fronte di una capienza regolamentare di 497).

La situazione italiana viene comparativamente messa in relazione a quella di altri Paesi: Francia, Spagna, Regno Unito, Germania. Nessuno di questi Paesi presenta livelli di sovraffollamento analoghi al nostro e, soprattutto, in nessuno di questi Paesi il sovraffollamento è cresciuto sensibilmente dall'inizio di questo secolo, come invece è avvenuto in Italia.

Soprattutto, il sovraffollamento non è cresciuto nemmeno in quei Paesi (come la Spagna) in cui il tasso di detenzione - ovvero il numero di detenuti rapportato alla popolazione - è aumentato, anche sensibilmente. Dall'analisi di questi dati, l'Istituto Cattaneo conclude così: la crescita del sovraffollamento non è dipesa dall'aumento dei tassi di detenzione. Conseguentemente, provvedimenti straordinari di riduzione della popolazione detenuta non sono destinati a produrre effetti rilevanti nella soluzione del problema del sovraffollamento, ma possono apprezzarsi solo nel breve periodo.

Da questo punto di vista, l'indulto del 2006 rappresenterebbe un caso emblematico perché ha avuto come effetto immediato la riduzione drastica del sovraffollamento, ma "l'effetto dell'indulto è durato pochi mesi, se si tiene conto della sua capacità di ridurre il numero di detenuti, due anni se si considera, invece, la sua capacità di mantenere livelli di sovraffollamento inferiori a quelli di partenza. In ogni caso un risultato modesto".

Alcune osservazioni. In Italia, tradizionalmente il momento dell'esecuzione penitenziaria è stato gravato dal compito di trovare la soluzione di problemi che non si riesce o non si vuole veramente risolvere "a monte": attraverso la "perenne riforma" dell'Ordinamento Penitenziario, ma anche attraverso un ricorso sistematico ai provvedimenti di clemenza.

Dall'unificazione italiana fino a al 1992 (anno in cui una legge costituzionale ha imposto una diversa maggioranza qualificata all'approvazione delle leggi di indulto e amnistia), mediamente ogni 3 anni il sistema politico ha provveduto ad utilizzare lo strumento dei provvedimenti clemenziali per alleggerire il peso insostenibile che rischiava di mettere in serio pericolo il governo del carcere. Perché - e questo è un punto estremamente importante - se il carcere non regge più, è lo stesso sistema complessivo della giustizia penale che precipita.

Ecco perché oggi è importante tenere alta l'attenzione sulla necessità di ricorrere ad un provvedimento di clemenza: che sicuramente non risolverebbe il problema "a monte", ma consentirebbe - quantomeno - di rispondere a esigenze di drammatica urgenza.

D'altra parte, dobbiamo coraggiosamente confrontarci con il dato di fatto per cui, oggi, il carcere è l'unica istituzione che non può "selezionare" in alcun modo la propria clientela. In Italia, le porte del carcere sono sempre aperte, anche quando non c'è lo spazio fisico per contenere più nessuno.

Esistono Paesi (come l'Olanda) in cui ogni anno viene determinata la capienza carceraria che consente di garantire standard adeguati di vita e di trattamento e da quella non si scappa perché le competenti autorità giurisdizionali devono poi orientare il loro potere discrezionale nel senso di non punire con la pena detentiva di più di quanto può essere sopportato dal sistema penitenziario. Ma questo è possibile solo all'interno di sistemi penali in cui l'azione penale è facoltativa e in cui il giudice del fatto ha un potere discrezionale particolarmente ampio nella individuazione della sanzione e nella commisurazione della pena detentiva stessa.

In Italia la legge non lo consente. Di conseguenza, il nostro Paese ha sempre cercato di contenere il problema, come si diceva, intervenendo sui "sintomi", nel tentativo quantomeno di anestetizzarli.

Tuttavia, come la ricerca dell'Istituto Cattaneo mostra, il livello di guardia è stato superato e doverosa è la constatazione dell'insufficienza dei rimedi messi in campo (finanziamenti straordinari per l'edilizia penitenziaria, creazione di benefici penitenziari di durata temporanea per consentire la fuoriuscita dal carcere a persone con residui pena tutto sommato di scarsa entità). Vale la pena di ricordare che, nell'attesa che il legislatore decida di prendere risolutamente a mano la questione, qualcosa si è mosso e, non è a caso, proviene dalla Magistratura di Sorveglianza.

Recentemente, infatti, il Tribunale di Sorveglianza di Venezia ha sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'art. 147 c.p., nella parte in cui la norma non prevede, tra le ipotesi di differimento facoltativo della pena, il caso in cui questa debba svolgersi in condizioni contrarie al senso di umanità. Una soluzione che con scarse possibilità sarà accolta dalla Consulta: ma che testimonia il (disperato?) tentativo di "fare qualcosa". Ancora. L'analisi dell'Istituto Cattaneo si ferma ad un livello descrittivo e, rimanendo ancorata a quello, non sembra suggerire risposte praticabili.

A dire il vero, già sappiamo che i modelli esplicativi dei processi di carcerizzazione ruotano intorno a due macro-ipotesi: quella che attribuisce un peso determinante a fattori strutturali prevalentemente di natura economica e sociale (lo stato del mercato del lavoro) e quella che riconosce invece un ruolo decisivo alle scelte politiche (sia propriamente criminali che non).

Ma questa spiegazione necessita di ulteriori approfondimenti, se si vuole incidere davvero sul "diritto penale della

prigione”.

Bolzano: il carcere invaso dalle zecche, è emergenza per detenuti e operatori penitenziari

Alto Adige, 4 aprile 2013

È vecchia, troppo piccola, ottocentesca: da anni oramai, l'antica struttura del carcere di Via Dante, che si affaccia da un lato sul parco del Talvera, lamenta carenze e problemi che non sono certo nuovi alle amministrazioni locali e nazionali.

Lavori promessi e mai completati, sovraffollamento, proteste, e da qualche mese, una massiccia presenza di piccoli e indesiderati ospiti: perché ad aggravare le condizioni igienico-sanitarie di un luogo mai troppo salubre, ci pensano adesso persino le zecche, la cui presenza è stata registrata da lavoratori e detenuti indignati.

Anche la caserma della polizia penitenziaria è in piena fase di invasione, tanto da spingere il sindacato Uil-Pa a sporgere denuncia, lamentando una condizione “fuori dagli standard di legge sull'igiene e la salute dei dipendenti”.

Già lo scorso novembre, in Comune, si parlava della necessità di disinfestare carcere e caserma; ora le zecche sono tornate, e si muovono senza paura, tra finestre, letti, docce, sulle mani di chi è costretto ad agire quotidianamente negli ambienti che hanno invaso. È un grosso pericolo per la salute di chi lavora in una struttura che oramai è agli sgoccioli; parola di Maria Rita Nuzzaci, la direttrice del carcere, che dalle pagine dell' “Alto Adige”, racconta di una situazione oramai insostenibile, dove tre o quattro disinfestazioni l'anno non riescono a debellare un problema tanto grave, dove i muri ammuffiscono, a causa della vicinanza al fiume, dove l'atmosfera sembra più “asburgica” oggi che cento anni fa.

A completare il quadro, ci si mettono i topi, che attraversano saltuariamente i corridoi del carcere prima di giungere al Talvera, rendendo sempre più urgenti i lavori per la costruzione del nuovo carcere a Bolzano Sud.

In occasione della tradizionale visita del Vescovo ai detenuti nei giorni della Pasqua, la Nuzzaci aveva ultimato l'ultimo report sulla mancanza di attrezzature, finanziamenti, interventi per la manutenzione, persino materiale di cancelleria; ma della prima pietra al cantiere di Bolzano Sud, che il Commissario incaricato dal ministero degli interni, Luis Durnwalder, aveva promesso entro la fine del 2012, non c'è traccia.

Il progetto del nuovo carcere, complice la crisi, è sparito da sei mesi, ogni comunicato stampa ufficiale sembra essersi volatilizzato, gli appelli delle cariche pubbliche, da Franco Corleone, ex sottosegretario alla giustizia, al prefetto di Bolzano Valerio Valenti, verranno per qualche tempo accantonati. Realisticamente, lavori che andrebbero realizzati con la massima urgenza rischiano di lasciare al carcere di via Dante il tempo necessario per cadere definitivamente a pezzi.

Parma: la Garante; sovraffollamento e disagi per i familiari, serve “rivoluzione normale”

www.parmatoday.it, 4 aprile 2013

Solo in questo modo secondo la Garante regionale delle persone private della libertà personale, Desi Bruno, si potrà garantire un futuro migliore anche per gli istituti penitenziari di Parma.

C'è bisogno di una “rivoluzione normale”, come quella che sta attuando l'Amministrazione penitenziaria, per riorganizzare in modo omogeneo le carceri. Solo in questo modo secondo la Garante regionale delle persone private della libertà personale, Desi Bruno, si potrà garantire un futuro migliore anche per gli istituti penitenziari di Parma. Un salto di qualità che al momento deve passare per altre misure di intervento, quelle più urgenti che riguardano il sovraffollamento e i disagi vissuti dai familiari dei detenuti. Infatti nei giorni scorsi la Garante, su richiesta dei carcerati, ha effettuato un sopralluogo in via Burla e ha rilevato diversi problemi. Prima di tutto il sovraffollamento che vede fra la casa circondariale e la casa di reclusione 650 persone su una capienza regolamentare di 429, con 418 condannati in via definitiva, di cui 13 semiliberi e 14 lavoratori all'esterno.

In questo quadro emerge un altro dato già noto ed è quello che riguarda la complessità delle diverse tipologie di detenuti, distribuiti nei diversi settori in base al circuito detentivo di appartenenza. Negli stessi istituti infatti convivono detenuti sottoposti al regime del 41bis (68), ergastolani (77), centinaia di detenuti in alta sicurezza, paraplegici e minorati fisici (18), ricoverati nel Centro Diagnostico e Terapeutico (33; si tratta di un presidio per il trattamento di patologie in fase acuta o cronica in fase di scompenso). Senza contare i continui nuovi ingressi anche di provenienza extra-regionale, i detenuti cosiddetti “protetti” (autori di reati sessuali) e infine molti stranieri. Fra gli ergastolani, poi, molti sono i cosiddetti “ostativi”, per i quali è previsto davvero un “fine pena mai” e che chiedono di poter scontare la detenzione in maniera dignitosa, se possibile con un lavoro stabile.

Dall'altra parte, invece, ci sono le famiglie. Per loro il disagio è rappresentato dalla mancanza di pensiline che offrano un riparo dalla pioggia e dal freddo mentre attendono di poter entrare in carcere. Spesso, inoltre, si tratta di persone anziane e di bambini che restano fuori per ore prima che la sala d'aspetto apra e sia consentito loro l'accesso.

La Garante non manca di sottolineare comunque qualche dato positivo, come quello che riguarda gli spazi dedicati ai colloqui con le famiglie e la sala provvista di bancone divisorio, utilizzata quando le esigenze organizzative e di sicurezza lo richiedono. Così come risulta particolarmente accogliente la sala riservata ai giochi per i bambini, gestita dai volontari di un'associazione locale, che garantiscono la loro presenza in diverse giornate della settimana durante l'orario dei colloqui.

Teramo: Radicali; condizioni salute detenuto morto incompatibili con regime carcerario

Agi, 4 aprile 2013

“La famiglia di Vincenzo Fabiano ci ha messo a disposizione la documentazione medica che attesta la gravità delle condizioni del detenuto e l'incompatibilità con il regime carcerario”. Alessio Di Carlo, dei radicali abruzzesi, torna sulla questione del detenuto trovato morto l'altro ieri nel carcere teramano di Castrogno aggiungendo che “sul nostro sito internet sono a disposizione i certificati, rilasciati dal medico curante di Fabiano e dall'Inps di Teramo, con cui si raccomanda il ricorso a presidi sanitari esterni in quanto ‘ogni momento dilatorio aumenta il rischio di sopravvivenza per il paziente’”.

“Del resto - ha spiegato Di Carlo - che Fabiano fosse gravemente malato era ben noto visto che, ai tempi della detenzione presso il carcere pescarese di San Donato, spesso si era dovuto far ricorso a ricoveri e a trasfusioni di sangue”.

L'esponente radicale ha reso noto che la famiglia del detenuto, nei giorni scorsi, aveva inviato una diffida presso il carcere di Teramo per scongiurare il rischio di decesso che, viste le condizioni dell'uomo, si andava paventando. Di Carlo ha poi concluso auspicando “un immediato intervento dell'Autorità Giudiziaria per far luce su una morte che, alla luce dei documenti, non può più essere considerata una tragica fatalità”.

Vincenzo Fabiano, 35 anni, di Pescara, in carcere per reati legati allo spaccio, tramite i suoi legali aveva già fatto presente che le sue condizioni di salute non erano compatibili con il regime carcerario. A trovarlo privo di vita erano stati i compagni di cella e la polizia penitenziaria, subito intervenuta, non aveva potuto far nulla per salvarlo. Per la metà di aprile era fissata un'udienza davanti al tribunale di sorveglianza che avrebbe dovuto valutare una perizia già effettuata sulle sue condizioni psicofisiche e decidere se scarcerarlo o meno.

Giustizia: ieri altri due detenuti morti; da inizio anno 51 decessi, 38 anni la loro età media

Ristretti Orizzonti, 4 aprile 2013

Casa Circondariale di Catanzaro. Ieri mattina è morto Carmine Morra, nato a Napoli nel 1957: Si è suicidato impiccandosi in cella. Era detenuto in regime di Alta Sicurezza dal luglio 2008, quando fu raggiunto da un'ordinanza di custodia cautelare con l'accusa di associazione a delinquere di stampo camorristico nell'ambito di una maxi-operazione contro il “Clan Licciardi” di Secondigliano. Questo suicidio arriva a pochi giorni da quello di un altro esponente camorristico, Domenico Antonio Pagano, 46 anni, che si è tolto la vita il 17 marzo scorso nel carcere di Opera (Mi), dove era sottoposto al regime di 41bis, il cosiddetto “carcere duro”.

Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere (Mn). Ieri pomeriggio è morto Christian Ubiali, nato a Bergamo nel 1982. Era internato dal 28 gennaio 2011, con una valutazione di “doppia diagnosi” (tossicodipendenza e problemi psichici). Un percorso riabilitativo in famiglia non era stato ritenuto praticabile dai giudici, che avevano richiesto invece un ricovero in strutture “ad alta protezione” del territorio (comunità psichiatriche). Ma queste, contattate, si erano dichiarate “non disponibili” all'accoglienza e pertanto per il giovane si erano aperte le porte dell'Opg. Il 15 marzo era uscito per trascorrere un permesso con i genitori. Ieri notte ha avuto forti dolori addominali ed è stato portato all'ospedale di Castiglione delle Stiviere e poi trasferito a quello di Mantova dove è deceduto alle 15. Dalla documentazione medica risulta il decesso per arresto cardiocircolatorio: è probabile che nelle prossime ore sarà disposta l'autopsia, che dovrà accertare le esatte cause della morte.

Catanzaro: si impicca in cella un detenuto 55enne sottoposto al regime di alta sicurezza

Redattore Sociale, 3 aprile 2013

Si tratta di un detenuto di 55 anni e di origini napoletane, sottoposto al regime di alta sicurezza, si è tolto la vita impiccandosi nella cella. Lo scorso anno in Calabria 3 suicidi, 36 tentativi e 167 atti di autolesionismo.

Questa mattina nel carcere di Siano a Catanzaro un detenuto di 55 anni e di origini napoletane, sottoposto al regime di alta sicurezza, si è tolto la vita impiccandosi nella cella dove era rinchiuso. A Catanzaro si sono verificati già 2 suicidi e 5 tentativi di suicidio. Attualmente nel capoluogo calabrese sono ristretti 588 detenuti, per una capienza inferiore ai 400 posti. C'è, inoltre, un nuovo padiglione terminato che non può essere aperto per mancanza di personale della polizia penitenziaria. Quello di Catanzaro è un carcere particolarmente complesso, poiché ospita

varie tipologie di detenuti, molti dei quali sottoposti al regime di alta sicurezza.

Secondo i dati diffusi dal sindacato Sappe, in Calabria nel 2012, i suicidi sono stati 3, i tentativi di suicidio 36, gli atti di autolesionismo 167, i decessi per cause naturali 3, i ferimenti 18, le colluttazioni 81. “Un altro morto nelle affollate carceri italiane”, Giovanni Battista Durante e Damiano Bellucci, rispettivamente segretario generale aggiunto e segretario nazionale del Sappe, cosù commentano il suicidio di Siano.

I due sindacalisti sottolineano che, nel corso del 2012, nelle carceri italiane i suicidi sono stati 56, i gesti di autolesionismo 7317, i decessi per cause naturali 97, i ferimenti 1.023, le colluttazioni 4651, i tentativi di suicidio 1308. “Un dato, quest’ultimo - secondo il Sappe - che mette bene in evidenza come la polizia penitenziaria nonostante le gravi carenze organiche, mancano oltre 7 mila unità a livello nazionale, riesca a salvare la vita a tantissime persone. Negli ultimi 20 anni sono stati circa 17 mila i detenuti salvati dalle guardie carcerarie”.

Busto Arsizio: collaboratore giustizia trovato morto in cella, non fu suicidio ma incidente
di Arcangelo Badolati

Gazzetta del Sud, 3 aprile 2013

Il collaboratore di giustizia trovato morto in cella il 22 giugno dello scorso anno avrebbe respirato il gas d’una bomboletta usata per cucinare. La tragedia nel carcere di Busto Arsizio. Esclusa dalla magistratura inquirente l’ipotesi del suicidio.

Il pentito Converso vittima di un “incidente”. Una morte sospetta. È il 22 giugno del 2012. Sul pavimento d’una cella del carcere di Busto Arsizio, giace riverso il corpo senza vita di Giampiero Converso, 45 anni, pentito di ‘ndrangheta e “azionista” delle cosche di Corigliano. L’allarme nel penitenziario scatta su segnalazione di alcuni detenuti. Il personale di sorveglianza allerta subito la Procura e arrivano sul posto un magistrato inquirente e un medico legale. Sul cadavere del collaboratore di giustizia non ci sono segni di violenza.

Non sembra un omicidio ma neppure un suicidio. Viene disposta l’autopsia. L’esame necroscopico rivelerà che il decesso è stato causato dalla inalazione del gas di una bomboletta utilizzata per cuocere del cibo. Una inalazione volontaria non destinata, però, nelle intenzioni di Converso a provocare la morte. L’ex ‘ndranghetista, d’altronde, non aveva manifestato ai familiari propositi suicidi, né era apparso ai compagni di detenzione ed al personale del Dap in condizioni di prostrazione psichica. Dunque, potrebbe essersi trattato solo di un “incidente”.

È probabile che l’inalazione del gas fosse uno dei metodi - è più volte stato riscontrato in passato - adottato per “evadere” mentalmente surrogando l’effetto di stupefacenti. Esclusa dunque pure l’ipotesi di una istigazione al suicidio e non potendosi considerare in alcun modo negligente l’attività di sorveglianza esercitata dalla Polizia penitenziaria, il caso appare adesso destinato all’archiviazione. È stato infatti dimostrato che la bomboletta utilizzata dal quarantacinquenne era “regolamentare”, cioè detenibile in carcere. Giampiero Converso era stato arruolato alla fine degli anni ‘80 dal clan un tempo guidato da Santo Carelli.

La scelta di collaborare con la giustizia risaliva al 22 settembre del 2004. L’uomo, in quell’occasione, spiegò ai magistrati di essersi pentito perché temeva di essere assassinato. La sua tragica fine in carcere ricorda quella di altri detenuti cosentini. Nel tardo pomeriggio di sabato due giugno 2007, all’interno del supercarcere de L’Aquila, s’impiccò il quarantaseienne Carmelo Cirillo, “uomo di rispetto” di Paterno Calabro.

L’undici agosto del 2010 s’uccise, invece, nella sua cella del carcere di Rebibbia, Riccardo “Cesarino” Greco all’epoca imputato di un omicidio commesso a Cosenza. Il 18 dicembre del 2010, si tolse infine la vita nel supercarcere dell’Aquila, un altro coriglianese; si chiamava Pietro Salvatore Mollo. S’impiccò nella cella dove era recluso in regime di 41 bis, adoperando i lacci della tuta da ginnastica.

Giustizia: tre detenuti per un solo posto, in cella mai così tanti
di Pino Ciociola

Avvenire, 3 aprile 2013

Un atto d’accusa durissimo. Le carceri italiane “sono più affollate oggi che prima dell’indulto del 2006” e “lo sono più che le carceri delle altre democrazie europee”, in alcuni istituti italiani “si superano i 3 detenuti per posto” e “l’80% degli istituti ha più detenuti che posti regolamentari”, il sovraffollamento carcerario “non dipende dall’aumento dei detenuti: Paesi con livelli di crescita della detenzione più alti del nostro controllano meglio di noi il sovraffollamento carcerario”.

Come racconta una ricerca, comparata a livello europeo, sulla popolazione penitenziaria e sulle condizioni detentive della Fondazione Istituto Carlo Cattaneo. Le carceri italiane ospitano mediamente “140 detenuti ogni 100 posti disponibili in base alla capienza regolamentare” (dati primo bimestre 2013) - si legge, ma “in alcuni istituti si supera anche quota 300” e quindi per ogni posto si contano 3 detenuti. Anche grandi penitenziari “come San

Vittore a Milano o la Dozza a Bologna superano quota 200”.

Così, nel complesso - annota la ricerca - “su 209 istituti presi in esame, 23 registrano oltre 200 detenuti per 100 posti e ben 167, l’80%, ha più detenuti che posti a disposizione”. E solo il 20% delle carceri italiane ha posti a disposizione sufficienti rispetto ai detenuti ospitati. Sul fronte comparativo, secondo l’Istituto Cattaneo “non solo l’Italia ha livelli di sovraffollamento carcerario ben superiori a quelli delle altre democrazie europee, ma anche gli attuali livelli del nostro Paese sono l’esito di una tendenza decennale alla crescita del tutto anomala rispetto al resto d’Europa”. Ed a sorprendere è soprattutto l’osservazione di quanto accade a partire dal 2006: “Il Parlamento votò un provvedimento di indulto che ebbe come effetto immediato la riduzione drastica del sovraffollamento”. E per quell’unico anno l’Italia “passò dalla prima all’ultima posizione per livello di sovraffollamento carcerario tra i Paesi presi in considerazione”, cioè Francia, Spagna, Germania e Gran Bretagna.

Quanto avvenuto negli anni successivi “mostra chiaramente” gli effetti di quella decisione: “Già nel 2008 gli effetti dell’indulto furono riassorbiti e, a partire dal 2009, la crescita del sovraffollamento riprese la sua corsa riportando l’Italia in testa alla graduatoria e allargando la forbice tra il nostro e gli altri quattro Paesi”. C’è infine una relazione tra sovraffollamento e crescita della popolazione penitenziaria?

Stando alla ricerca non ci sono prove dell’esistenza di questa relazione. Paesi come Regno Unito e Spagna in cui il tasso di detenzione (numero di detenuti rapportato alla popolazione) è aumentato, non hanno registrato alcuna crescita del sovraffollamento carcerario. In Spagna, ad esempio, i tassi di detenzione sono cresciuti sensibilmente all’inizio del secolo, ma il sovraffollamento, dopo un periodo di crescita, adesso inferiore a quello del 2000. Nel Regno Unito è addirittura diminuito. E se Francia, Spagna e Regno Unito hanno tassi di detenzione superiori a quelli italiani, in nessuno di questi Paesi il numero di detenuti supera il numero di posti disponibili nelle carceri.

Codice di procedura penale da riscrivere, di Luca Liverani (Avvenire)

Depenalizzazione dei reati, percorsi alternativi, rieducazione e lavoro per abbattere i tassi altissimi di recidiva, comunità terapeutiche per i tossicodipendenti, accordi diplomatici per il rimpatrio dei condannati stranieri. Può stupire solo chi del carcere ha una visione molto parziale che le soluzioni al sovraffollamento siano le stesse, sia per i cappellani e il volontariato che per gli agenti penitenziari. “È un’equivalenza sciocca pensare che a ogni reato debba corrispondere una risposta carceraria”, dice Luisa Prodi, la presidente del Seac, il Coordinamento enti e associazioni di volontariato penitenziario. “In carcere finisce di sicuro il topo d’appartamento e il piccolo spacciatore. Chi fa grandi abusi edilizi o speculazioni finanziarie spesso resta impunito.

Perché oggi in Italia il carcere è il ricettacolo di reati semplici fatti da persone “complicate”: immigrati, rom, tossicodipendenti. È una discarica sociale per persone difficili da gestire”. Il nodo allora “è quello delle pene alternative: l’impianto legislativo offrirebbe moltissime potenzialità”. Il solito buonismo del volontari?

“L’80% di chi si fa tutta la condanna “dentro” - esemplifica la presidente del volontariato - quando esce delinque di nuovo. Chi invece usufruisce di pene alternative o regime non carcerario ci ricasca solo nel 14% dei casi”. Insomma: “Costruire tante carceri per farci marcire la gente non solo è ingiusto - e da cristiana dico anche immorale - ma nemmeno conveniente economicamente”.

Due i piani su cui intervenire, secondo l’ispettore generale dei cappellani nelle carceri, don Virgilio Balducci: “Va riscritto il codice penale: il carcere deve essere l’extrema ratio”. Delinquenti a spasso? “Niente affatto. Bisogna trovare forme di responsabilizzazione, di riparazione del danno causato, a livello personale e pubblico. Perché rimanere in cella non ripara il male fatto. E la recidiva crollerebbe. Il ministro Severino ci aveva provato con la messa alla prova...”. E l’altro pianto di intervento? “Facilitare tutto quello che già oggi è permesso dalla normativa: lavoro esterno, sospensione della pena, affidamenti in prova”. Senza dimenticare la prevenzione: “Il 70% di chi delinque viene dall’esclusione sociale e dalla povertà”.

Concorda il segretario aggiunto del Sappe, Giovanni Battista De Blasis: “Sono anni che lo ripetiamo: serve un intervento strutturale”, dice il sindacalista degli agenti di polizia penitenziaria. “Già papa Wojtyła - ricorda - per il Giubileo chiese un gesto di clemenza. Ma va riscritto il codice di procedura penale: decarcerizzazione, espulsioni degli stranieri condannati, malati e tossicomani fuori dal carcere. Gli indulti hanno solo un effetto placebo”.

E il piano carceri? “L’allora guardasigilli Alfano promise 11 nuovi penitenziari e 40 padiglioni. In quattro anni non è stato posato un mattone. In Germania i detenuti affrontano un percorso formativo, escono persone diverse, con un lavoro. E la recidiva così crolla. Da noi in 11 anni si sono spesi centinaia di milioni per una trentina di braccialetti elettronici”.

Giustizia: se sei malato in galera, crepa
di Arianna Giunti
L’Espresso, 3 aprile 2013

Ci sono detenuti con il cancro, la leucemia, il diabete, l'Alzheimer, l'epilessia. Per non dire dei disabili. E nelle carceri italiane sono quasi sempre abbandonati come bestie. Una vergogna a cui bisogna mettere fine. Antonio respira a fatica, si trascina zoppicando appoggiandosi al muro. I suoi passi lenti dalla cella all'infermeria sono un calvario quotidiano che percorre quasi nell'oscurità. Il diabete gli ha portato via la vista e il piede sinistro è ormai consumato dalla cancrena. Michele, invece, quando è entrato a Rebibbia pesava più di novanta chili. Oggi, divorato dall'anoressia, non arriva a trentotto.

Nei penitenziari italiani Antonio e Michele non sono eccezioni. L'elenco di reclusi con patologie gravi è sterminato: ci sono persone colpite dall'Alzheimer e dal cancro, leucemici ed epilettici come ha raccontato "l'Espresso" un mese fa. Dati ufficiali non esistono ma secondo le stime di alcune associazioni - tra cui Antigone e Ristretti Orizzonti - il 47 per cento dei detenuti ha bisogno di assistenza per seri problemi medici o psicologici: quasi 31 mila persone tra le 66 mila e 685 rinchieste negli istituti di pena.

Adesso il caso di Angelo Rizzoli ha permesso di aprire uno squarcio su questi drammi: i legali hanno denunciato la situazione dell'editore settantenne arrestato per bancarotta, provocando interrogazioni parlamentari e l'intervento del Guardasigilli. Rizzoli soffre di sclerosi multipla ma nella sezione detenuti dell'ospedale Pertini di Roma non c'è la possibilità di fisioterapia e quindi il morbo stava avanzando. Il Tribunale del Riesame gli aveva negato la possibilità di andare ai domiciliari ma adesso il gip lo ha autorizzato: potrà curarsi in un centro adeguato.

Più a Nord, nel carcere di Busto Arsizio esiste un reparto di fisioterapia completamente attrezzato: non è stato mai aperto. Uno spreco e un paradosso rispetto al panorama disastroso delle prigioni italiane: ci sono istituti clinici solo in tredici penitenziari su 207. La Corte europea dei diritti dell'uomo è stata perentoria: "Le disfunzioni strutturali del sistema penitenziario non dispensano lo Stato dai suoi obblighi verso i detenuti malati". Chi non assicura terapie adeguate viola la Convenzione europea e all'Italia sono già state inflitte diverse condanne. L'ultima lo scorso gennaio: un detenuto di Foggia, parzialmente paralizzato e costretto a scontare la pena in una cella di pochi metri quadrati, verrà risarcito per il danno morale. Una sentenza poco più che simbolica: lo Stato dovrà pagargli 10 mila euro.

Spesso però il danno più grave viene dalla burocrazia, che impedisce di fatto le cure specifiche. L'acquisto dei farmaci deve essere autorizzato dal direttore, mentre i ricoveri e persino le visite urgenti passano attraverso procedure lente e complesse, con effetti disumani. Certo, bisogna impedire le fughe e i contatti con l'esterno: il trasferimento in centri clinici è uno strumento utilizzato soprattutto dagli uomini di mafia per evadere o mantenere i rapporti con i clan. Ma, a causa della carenza di mezzi e organici, troppe volte diventa impossibile organizzare il trasporto in ospedale, che prevede la sorveglianza costante da parte degli agenti. Così soltanto a Roma nelle ultime settimane quattro persone sono morte nei penitenziari.

Anche i disabili faticano a ricevere assistenza adeguata. Nelle carceri italiane sono quasi mille. Come Cataldo C., 65 anni, detenuto a Parma per reati di droga. Nel 1981 è stato colpito da un proiettile e il trauma midollare lo ha costretto sulla sedia a rotelle. Da allora deve sottoporsi a una particolare terapia riabilitativa, la idrokinesiterapia, con iniezioni al midollo spinale, per alleviare il dolore e permettergli un parziale recupero. I medici hanno più volte dichiarato la sua totale incompatibilità con il carcere, che fra l'altro non ha ambienti idonei per chi si muove sulla sedia a rotelle. Le istanze presentate dal difensore Francesco Savastano sono state bocciate e oggi l'uomo non può più neppure sottoporsi alle iniezioni: Cataldo C. ha perso anche quel poco di mobilità che era riuscito a recuperare grazie alle cure.

Dietro le sbarre moltissimi detenuti si ammalano di anoressia. Arrivano a perdere più della metà del peso e si riducono a larve umane, esposte a traumi e infezioni. Alessio M., 48 anni, dal 2011 è recluso ad Avellino, in attesa di giudizio per usura. A raccontare la sua storia attraverso l'associazione "Detenuto Ignoto" è la moglie Lucia: "Soffre di una forma di idrocefalo che gli provoca mal di testa lancinanti, parzialmente curati con un drenaggio alla testa di cui è tuttora portatore".

Giustizia: la strage continua, già 49 i detenuti morti dall'inizio dell'anno di Valter Vecellio

Notizie Radicali, 3 aprile 2013

L'Osservatorio sulle carceri, preziosa fonte per conoscere quello che si agita nelle carceri (pubblichiamo oggi la nota diffusa su questi casi), informa che due giovani detenuti sono stati ritrovati morti nelle celle del carcere dove si trovavano ristretti, quello di Velletri vicino Roma, e quello di Teramo. Il fratello di Vincenzo, il detenuto morto a Teramo, ha mandato un messaggio a Marco Pannella: "...Volevo dirle che è venuto a mancare nel carcere di Teramo mio fratello. L'INPS e il medico legale hanno dichiarato, tramite certificati medici, che aveva gravi problemi di salute ed era in pericolo di vita, non era idoneo a restare in quella struttura, nonostante ciò il giudice ha sempre rigettato la richiesta di scarcerazione per portarlo in una clinica e curarlo. Chiedo che sia fatta giustizia".

Con la morte di Vincenzo salgono a 13 i decessi registrati nel carcere di Teramo negli ultimi quattro anni: otto per

suicidio, uno per malattia, quattro per cause “da accertare”. E già solo questo sarebbe sufficiente per attivare il ministero della Giustizia, il Dipartimento per l’Amministrazione Penitenziaria: non per visite “ispettive” come quelle in cui si produce e ci ha abituato il ministro dell’(in)giustizia signora Paola Severino, con la sua coda di dichiarazioni surreali. Si parla di inchiesta seria, per comprendere e accertare come possa accadere che si possa morire e ignorare la causa della morte (“ragioni da accertare”).

E soprattutto come e perché tante morti a Teramo. In quel carcere sono rinchiusi 430 detenuti; dovrebbero essere 270. Vi si registra lo stesso numero di decessi (13 negli ultimi 4 anni) che si è verificato soltanto nel carcere romano di Rebibbia, con la differenza che a Rebibbia sono carcerate oltre 2.000 persone. Ricordiamoli almeno noi i morti di Teramo: si chiamavano Gaetano, Cole, Uzoma, Gianluca, Enzo, Cosimo, Gianfranco, Mauro, Tareke, Valentino, Luigi, Tommaso; e appunto Vincenzo.

Dell’altro detenuto, quello morto a Velletri, si sa poco. Era un extra-comunitario, si chiamava Mohamed, aveva 27 anni. Dicono il decesso sia stato provocato all’inalazione di gas dalla bomboletta in dotazione ai detenuti: lo abbia fatto perché stanco di quella vita e ha deciso di farla finita, oppure come molti detenuti fanno, per “stordirsi” e così “evadere” per qualche ora, sta di fatto che Mohamed è morto.. Negli ultimi 4 anni nel carcere di Velletri sono morti sei detenuti: Giuliano, Riccardo, Stefano, Gianluca, Danilo, Mohammed.

Dall’inizio dell’anno sono 49 i detenuti morti (e ben 14 per suicidio); 38 anni la loro età media. È una strage. Quotidiana, clandestina, perché non se ne parla. Dopo i fremiti di indignazione e le promesse di rito in seguito alle iniziative di Marco Pannella e dei radicali, rapido cala il sipario. Non c’è dubbio che lo stato sia colpevole, anche quando il detenuto muore per “cause naturali” (che di “naturale” in carcere non c’è nulla), o peggio da “accertare”; e anche nei casi in cui il detenuto si dà volontariamente la morte: perché quando lo Stato priva un individuo della propria libertà, si fa garante della sua incolumità fisica e psichica. Stato criminale e criminogeno. E impunito, ancora.

Teramo: dramma a Castrognò; detenuto muore in cella, era malato e chiedeva di uscire
Il Centro, 2 aprile 2013

Muore per un malore nella cella del carcere di Castrognò dove da qualche mese era rinchiuso per reati legati allo spaccio di stupefacenti. Vincenzo Fabiano, 35 anni, di Pescara, in passato arrestato anche perché accusato di rapine ad anziani, è stato trovato senza vita nella notte di ieri dai compagni di cella, che si sono accorti del malore. Immediato l’intervento degli agenti di polizia penitenziaria, che però non hanno potuto far nulla per cercare di salvarlo.

Probabilmente a ucciderlo è stato un infarto. Fabiano, attraverso il suo legale di fiducia, stava da tempo cercando di dimostrare che le sue condizioni di salute erano incompatibili con il regime carcerario. A metà aprile per lui era fissata un’udienza davanti al tribunale di sorveglianza, che avrebbe dovuto valutare una perizia già effettuata sulle sue condizioni psicofisiche e decidere se scarcerarlo o meno. Fabiano a quell’appuntamento così importante non c’è arrivato e sulla sua morte aleggia, pesante, il dubbio che le istituzioni non abbiano valutato tempestivamente la situazione.

È un dubbio alimentato dal sindacato autonomo di polizia penitenziaria Sappe, che attraverso il suo segretario Giuseppe Pallini commenta così il caso di Vincenzo Fabiano: “Questa morte in cella è la conferma che il carcere di Teramo è sovraffollato e che vi continuano ad arrivare detenuti malati che, a causa degli spazi ristretti e della carenza di personale, non possono essere assistiti a dovere. È tempo che chi di dovere esamini attentamente il caso Castrognò e prenda i provvedimenti dovuti, non è possibile andare avanti in queste condizioni”.

Radicali: una morte annunciata

“Quella del detenuto Vincenzo Fabiano - avvenuta ieri nel carcere teramano di Castrognò - sembra essere una morte annunciata”. Ad affermarlo è Alessio Di Carlo, dei Radicali Abruzzo, rendendo noto il contenuto delle denunce di Marco Fabiano, fratello del detenuto deceduto, secondo cui “le precarie condizioni dell’uomo, attestate da numerosi certificati, imponevano il ricovero in una struttura sanitaria ad hoc.”

“I fatti dichiarati dal fratello del defunto sono di estrema gravità” - ha spiegato l’esponente radicale - “visto che, a detta dello stesso, era stato chiaramente ipotizzato il rischio di decesso e che, nonostante questo, ogni istanza tesa a far trasferire il Fabiano è stata rigettata: una volta tanto, dunque, l’accaduto non sembra direttamente riconducibile al dramma del sovraffollamento, che pure affligge Castrognò, ma ad una dissennata valutazione delle condizioni fisiche del detenuto”.

Di Carlo ha concluso ricordando che “come radicali abruzzesi saremo in prima linea, come sempre, a tutela dei diritti delle persone detenute e dei loro familiari e, a cominciare da giovedì, quando verranno resi noti gli esiti dell’autopsia, valuteremo l’avvio di iniziative di lotta nonviolenta volte al ripristino della legalità violata”.

Vicenza: detenuto incendia la cella; due agenti intossicati, ma riescono a salvarlo

Agi, 2 aprile 2013

Intorno alle 11.30 di stamattina, un detenuto, ha appiccato fuoco nella propria cella nel carcere di Vicenza, determinando la necessità, a causa del fumo sprigionato, di evacuare dapprima la sezione e poi tutto il carcere. Gli altri carcerati, infatti, sono stati fatti confluire nei passeggi considerato che l'aria era divenuta irrespirabile. Due agenti penitenziari adoperatisi per salvare il detenuto e per l'evacuazione della sezione sono stati ricoverati al pronto soccorso per principio di intossicazione. A renderlo noto Eugenio Sarno, segretario generale della Uilpa Penitenziari, secondo cui "il tempestivo intervento della polizia penitenziaria ha consentito di salvare il piromane e gli altri detenuti" anche se per spegnere l'incendio è stato necessario il ricorso ai Vigili del Fuoco. "Nella circostanza - spiega una nota - non possiamo esimerci dal denunciare come gli estintori in dotazione al carcere vicentino siano stati di fatto inutilizzabili perché scarichi". Dopo un sopralluogo, i Vigili del Fuoco hanno certificato l'agibilità della struttura ed i detenuti sono stati fatti rientrare nelle proprie celle.

Giustizia: ricerca dell'Istituto Cattaneo; sovraffollamento carceri anomalia solo italiana

Adnkronos, 2 aprile 2013

"In Italia, il sovraffollamento carcerario ha raggiunto da tempo dimensioni critiche" ma il fenomeno "è un'anomalia italiana" visto che non si registrano simili criticità negli altri grandi Paesi europei - Germania, Francia, Gran Bretagna, Spagna - presi in considerazione nell'analisi comparata del "pianeta carceri" effettuata dall'istituto Cattaneo.

Ogni 100 posti disponibili negli istituti penitenziari, le carceri italiane ospitano in media 140 detenuti con punte che superano persino quota 300, contro i 108 della Francia, i 96 della Gran Bretagna, i 90 della Spagna e gli 87 della Germania. "Solo il 20% delle carceri italiane - riferisce l'istituto Cattaneo - ha posti a disposizione sufficienti rispetto al numero dei detenuti ospitati". Un dato, quello del sovraffollamento, in crescita in Italia ma non nelle altre democrazie europee: "una crescita - sottolineano infatti i ricercatori - del tutto anomala rispetto al resto d'Europa".

L'indulto votato nel 2006 ha prodotto effetti per un solo anno: "Già a partire dal 2008, gli effetti furono riassorbiti e dal 2009 la crescita del sovraffollamento è ripresa". Sovraffollamento che non è però in relazione diretta con la crescita della popolazione penitenziaria, il cui tasso è aumentato in altri Paesi senza per questo motivo provocare un analogo aumento del tasso di sovraffollamento, "grave e cronico problema soltanto del nostro sistema penitenziario", conclude l'istituto Cattaneo.

Carceri più sovraffollate oggi che prima dell'indulto

Il sovraffollamento delle carceri non dipende dall'aumento dei detenuti: Paesi con livelli di crescita della detenzione sensibilmente più alti dell'Italia lo controllano meglio di noi. Il sistema penitenziario italiano "ha un grave e cronico problema di sovraffollamento, ma ad ottenere risultati apprezzabili e di medio periodo nel campo del controllo del problema non sono i paesi che hanno sperimentato riduzioni straordinarie della popolazione carceraria, i cui effetti possono essere tipicamente solo di breve periodo". È l'analisi dell'istituto di ricerca Cattaneo. Le carceri italiane - spiega in uno studio comparato a livello europeo - sono più affollate oggi che prima dell'indulto del 2006, e lo sono più che le carceri delle altre democrazie europee.

In alcuni istituti italiani si superano i tre detenuti per posto, e l'80% degli istituti ha più detenuti che posti regolamentari. Le carceri italiane ospitano in media 140 detenuti ogni 100 posti disponibili in base alla capienza regolamentare, ma in alcuni istituti - è il caso di Lamezia Terme, in Calabria - si supera anche quota 300 (per l'esattezza 303,3).

Anche grandi istituti di pena come San Vittore a Milano e la Dozza a Bologna superano quota 200 (rispettivamente 229,6 e 235). Nel complesso, su 209 istituti presi in esame dallo studio, 23 registrano oltre 200 detenuti per cento posti, e 167 - l'80% del totale - ha più detenuti che posti a disposizione. Solo il 20% ha posti sufficienti rispetto al numero dei detenuti ospitati. Nella 'top ten' degli istituti più affollati anche Brescia (258,3), Busto Arsizio (253,3), Varese (247,2), Piazza Armerina (240), Pozzuoli (236,3), Vicenza (233,6) e Ancona (226,7).

L'effetto dell'indulto votato nel 2006 dal Parlamento - spiegano i ricercatori del Cattaneo - "è durato pochi mesi, se si tiene conto della sua capacità di ridurre il numero di detenuti, due anni se si considera invece la sua capacità di mantenere livelli di sovraffollamento inferiori a quelli di partenza. In ogni caso un risultato modesto". La crescita del sovraffollamento carcerario non è dipesa dall'aumento dei tassi di detenzione: paesi come Regno Unito e Spagna - in cui il tasso di detenzione, ovvero il numero di detenuti rapportato alla popolazione, è aumentato - non

hanno registrato alcuna crescita; in Spagna i tassi di detenzione sono cresciuti sensibilmente dall'inizio del secolo, ma il sovraffollamento dopo un periodo di crescita è oggi inferiore a quello del 2000.

Nel Regno Unito, in cui i tassi di detenzione sono cresciuti un po' più che in Italia, il sovraffollamento ha registrato una lieve riduzione. Francia, Spagna, Regno Unito hanno tutti tassi di detenzione superiori a quelli italiani, ma in nessuno di questi paesi il numero di detenuti supera il numero di posti disponibili nelle carceri. E perché non ci sia in carcere una sola persona in più dei posti letto disponibili è partita poche settimane fa una raccolta firme su tre proposte di legge di iniziativa popolare, presentate da un 'cartello di organizzazioni vicine al mondo penitenziario, che vogliono riportare "il sistema penitenziario nella legalità".

Questi gli istituti penitenziari più sovraffollati secondo una ricerca dell'Istituto Cattaneo: Istituto Regione detenuti per 100 posti Lamezia terme Calabria 303,3 Brescia Lombardia 258,3 Busto Arsizio Lombardia 253,3 Varese Lombardia 247,2 Piazza armerina Sicilia 240,0 Pozzuoli Campania 236,3 Bologna Emilia Romagna 235,0 Vicenza Veneto 233,6 San Vittore Lombardia 229,6 Ancona Marche 226,7.

Cagliari: detenuto di Buoncammino appicca un incendio alla cella, salvato dagli agenti

Ansa, 1 aprile 2013

Nella serata di ieri un detenuto ha appiccato un incendio doloso nel piccolo reparto di osservazione del Centro clinico del carcere di Buoncammino, a Cagliari, dove si trovava in stato di osservazione.

Il gesto non ha avuto un epilogo drammatico grazie al tempestivo intervento dei baschi blu, guidati nelle operazioni dal coordinatore della sorveglianza generale.

"Il detenuto ha appiccato l'incendio nella propria camera detentiva - ha spiegato il coordinatore di Cagliari della Uil Penitenziari, Roberto Todde - atto che poteva portare a risvolti tragici. Ma il coraggio degli Agenti in servizio nel Centro clinico ha permesso di mettere in salvo l'autore dell'incendio, gli altri detenuti e contrastare le fiamme prima che il fumo potesse rendere l'aria irrespirabile.

Si tratta del quarto incendio doloso messo in atto nel reparto di osservazione psichiatrica dell'istituto cagliaritano. Malgrado questo dato allarmante l'Amministrazione sembra ancora non accorgersi che Buoncammino non ha la possibilità di gestire detenuti con gravi problemi psichiatrici. Occorre considerare che la sorveglianza del Centro clinico viene assicurata negli orari serali e notturni da un solo agente, mentre nelle rimanenti fasce orarie il collega del secondo piano del Centro viene spesso impiegato nei servizi di perquisizione dei detenuti nuovi giunti o in altri servizi simili. Di recente, inoltre, i baschi blu con una brillante operazione hanno evitato l'intrusione di un quantitativo ingente di sostanze stupefacenti". "Crediamo - ha concluso Todde - che l'Amministrazione non possa ignorare ulteriormente il fatto che il carcere cagliaritano non sia idoneo ad ospitare detenuti con caratteristiche di ingestibilità".

Giustizia: reportage dal carcere di Bollate, dove le pene non si scontano a "porte chiuse"

di Antonietta Demurtas

www.lettera43.it, 1 aprile 2013

Celle aperte e iniziative culturali. Fra i 1.200 detenuti c'è chi lavora all'esterno e chi è tornato a studiare. Una struttura-simbolo di reclusione rieducativa. E non solo punitiva. Per uscire e non ritornare.

Una mano apre una cella. Nel carcere di Bollate si vuole dare un senso alla pena. Porte aperte a Bollate, il carcere che prevede la rieducazione del detenuto. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono studiare per prendere un diploma.

Il carcere di Bollate offre corsi per diventare operatore di rete. Per il detenuto che ama leggere, Bollate offre una ricchissima biblioteca. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono svolgere anche attività teatrali. Per rendere più "lieti" i colloqui con i figli, a Bollate c'è una saletta con cucina. Squadre, martelli e spatole: nel carcere di Bollate i detenuti lavorano il vetro. Tra i corridoi di Bollate c'è profumo di giornalismo: ogni mese esce "Carte Bollate". Una mano apre una cella. Nel carcere di Bollate si vuole dare un senso alla pena. Porte aperte a Bollate, il carcere che prevede la rieducazione del detenuto.

All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono studiare per prendere un diploma. Il carcere di Bollate offre corsi per diventare operatore di rete. Per il detenuto che ama leggere, Bollate offre una ricchissima biblioteca.

All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono svolgere anche attività teatrali. Per rendere più "lieti" i colloqui con i figli, a Bollate c'è una saletta con cucina. Squadre, martelli e spatole: nel carcere di Bollate i detenuti lavorano il vetro. Tra i corridoi di Bollate c'è profumo di giornalismo: ogni mese esce "Carte Bollate".

Una mano apre una cella. Nel carcere di Bollate si vuole dare un senso alla pena. Porte aperte a Bollate, il carcere che prevede la rieducazione del detenuto. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono studiare per prendere un diploma. Il carcere di Bollate offre corsi per diventare operatore di rete. Per il detenuto che ama leggere, Bollate

offre una ricchissima biblioteca. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono svolgere anche attività teatrali. Per rendere più "lieti" i colloqui con i figli, a Bollate c'è una saletta con cucina.

Squadre, martelli e spatole: nel carcere di Bollate i detenuti lavorano il vetro. Tra i corridoi di Bollate c'è profumo di giornalismo: ogni mese esce "Carte Bollate". Una mano apre una cella. Nel carcere di Bollate si vuole dare un senso alla pena. Porte aperte a Bollate, il carcere che prevede la rieducazione del detenuto. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono studiare per prendere un diploma. Il carcere di Bollate offre corsi per diventare operatore di rete. Per il detenuto che ama leggere, Bollate offre una ricchissima biblioteca. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono svolgere anche attività teatrali. Per rendere più "lieti" i colloqui con i figli, a Bollate c'è una saletta con cucina. Squadre, martelli e spatole: nel carcere di Bollate i detenuti lavorano il vetro. Tra i corridoi di Bollate c'è profumo di giornalismo: ogni mese esce "Carte Bollate". Una mano apre una cella. Nel carcere di Bollate si vuole dare un senso alla pena. Porte aperte a Bollate, il carcere che prevede la rieducazione del detenuto. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono studiare per prendere un diploma.

Il carcere di Bollate offre corsi per diventare operatore di rete. Per il detenuto che ama leggere, Bollate offre una ricchissima biblioteca. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono svolgere anche attività teatrali. Per rendere più "lieti" i colloqui con i figli, a Bollate c'è una saletta con cucina. Squadre, martelli e spatole: nel carcere di Bollate i detenuti lavorano il vetro. Tra i corridoi di Bollate c'è profumo di giornalismo: ogni mese esce "Carte Bollate". Una mano apre una cella. Nel carcere di Bollate si vuole dare un senso alla pena. Porte aperte a Bollate, il carcere che prevede la rieducazione del detenuto. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono studiare per prendere un diploma. Il carcere di Bollate offre corsi per diventare operatore di rete. Per il detenuto che ama leggere, Bollate offre una ricchissima biblioteca. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono svolgere anche attività teatrali. Per rendere più "lieti" i colloqui con i figli, a Bollate c'è una saletta con cucina. Squadre, martelli e spatole: nel carcere di Bollate i detenuti lavorano il vetro. Tra i corridoi di Bollate c'è profumo di giornalismo: ogni mese esce "Carte Bollate". Una mano apre una cella. Nel carcere di Bollate si vuole dare un senso alla pena. Porte aperte a Bollate, il carcere che prevede la rieducazione del detenuto. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono studiare per prendere un diploma. Il carcere di Bollate offre corsi per diventare operatore di rete. Per il detenuto che ama leggere, Bollate offre una ricchissima biblioteca. All'interno del carcere di Bollate i detenuti possono svolgere anche attività teatrali.

Il grado di civilizzazione di una società si misura dalle sue prigionie, scriveva nel 1866 Fëdor Dostoevskij. Se fosse così, quella italiana sarebbe tra le più incivili. E la condanna della Corte europea dei diritti umani di Strasburgo arrivata a gennaio nei confronti dell'Italia "per trattamento inumano e degradante" di sette carcerati detenuti nel carcere di Busto Arsizio e in quello di Piacenza, ne è l'ennesima prova.

Per capire però che un altro modello di carcere è possibile basta andare alla periferia Nord di Milano e visitare la casa di reclusione di Bollate.

1.200 carcerati in una struttura aperta

Nato nel 2000 come istituto a custodia attenuata per detenuti comuni, oggi Bollate ospita 1.200 carcerati, che vivono insieme in una struttura aperta: le porte delle celle si chiudono solo la sera e durante il giorno tutti possono girare liberamente da una sezione all'altra. Qui, a differenza della maggior parte delle carceri italiane, non ci sono problemi di sovraffollamento: 12 educatori e un tipo di vigilanza dinamica permettono alla polizia penitenziaria di gestire l'istituto con poco più di 400 unità.

"Nessuno miracolo", spiega subito il direttore del carcere Massimo Parisi prima di aprire le porte della struttura a Lettera43.it. "Il nostro progetto rispetta semplicemente la Costituzione italiana, che prevede la funzione di rieducazione e reinserimento del carcere".

Dare un senso alla pena

Per questo sin dall'inizio Bollate "è stato concepito con una vocazione trattamentale", continua Parisi. "Bisogna dare un senso alla pena, perché solo così si migliora anche la credibilità dello Stato".

Nel carcere c'è una commissione cultura costituita dal personale, dagli educatori e dagli stessi detenuti che propongono iniziative culturali, attività lavorative e sociali.

"Bollate non certo è un paradiso", puntualizza il direttore, "ma delle disfunzioni se ne parla al tavolo con i detenuti, che hanno anche forme di rappresentanza interna. Così i problemi non sfociano mai in episodi di protesta, ma si risolvono attraverso il dialogo".

"Un carcere diventa duro non perché ci sono le sbarre, ma per le persone"

Per rendersene conto basta camminare lungo i corridoi delle varie sezioni dove i detenuti si fermano a chiacchierare, passano per andare a lavorare, scherzano con le guardie o passeggiano insieme con i parenti che

sono andati a trovarli.

Per alcuni di loro c'è anche la possibilità di trascorrere alcune ore nella "casetta": un ambiente arredato come fosse una casa, dove i detenuti accolgono i loro figli, mangiano e giocano insieme, cercano di recuperare il legame affettivo, anche se solo per il tempo di una visita.

Ricostruire i legami affettivi

Perché chi commette un reato e sconta la propria pena non solo perde la libertà ma spesso anche l'amore dei propri cari. "Un carcere diventa duro non perché ci sono le sbarre, ma perché le persone lo rendono tale: tutto dipende dai carcerati e dal rapporto con la sorveglianza, che qui per fortuna è ottimo", racconta a Lettera43.it Gualtiero Leone. Milanese, in carcere dal '94, deve scontare ancora 20 anni di reclusione e di prigionie ne ha viste tante: Marassi, San Vittore, Opera. "Contesti più duri nei quali stavo bene perché allora rispecchiavano il mio modo di essere", spiega.

Una palestra per prepararsi al futuro

Col tempo però anche Gualtiero ha iniziato a mettersi in gioco, a capire. "Questo è un carcere innovativo che ti prepara al futuro, a far parte della società di cui magari non abbiamo mai fatto parte, perché non abbiamo voluto o perché ci si è trovati nel posto sbagliato al momento sbagliato", spiega. "Qui però ti danno un'altra possibilità, perché noi siamo parte della società anche se la gente non lo vuole accettare".

A Bollate Gualtiero lavora: fa parte della commissione cultura ed è iscritto al terzo anno di Scienze dell'educazione: "Lo studio aiuta ad aprire gli orizzonti, a riconoscere gli altri e prima di tutto se stessi". "Certo", ammette, "cambiare è difficile: sono sempre la persona di prima ma con pensieri diversi, perché sono convinto che siamo ciò che pensiamo e facciamo ciò che pensiamo".

Le spese di mantenimento da pagare

E qui lo strumento fondamentale per agire e pensare nel migliore dei modi è il lavoro "che permette di far percepire meglio le regole", dice Parisi.

Ma anche perché aiuta gli stessi detenuti ad auto-sostenersi. Ogni mese devono infatti pagare circa 56 euro di spese di mantenimento che vengono rimosse a fine pena attraverso una procedura tributaria. "Se invece hanno una busta paga i soldi sono recuperati mensilmente e quando escono non hanno alcun debito con lo Stato", spiega il direttore. Oggi a Bollate sono quasi in 300 a lavorare per aziende o cooperative, che assumono i detenuti con le stesse retribuzioni che fanno all'esterno e in cambio ottengono locali in comodato d'uso e alcuni sgravi contributivi. Inoltre ci sono anche 150 articolo 21, ovvero detenuti che ogni giorno escono per lavorare o studiare e tornano la sera. Tra questi non c'è solo Renato Vallanzasca, di cui hanno tanto parlato le cronache, ma anche Santo Tucci che il lavoro se l'ha creato da solo: in carcere ha un laboratorio artigianale e fuori vende i prodotti nel suo negozio che si chiama Il passo ed è ospitato in uno spazio del Comune.

Il detenuto vetraio e scultore

La cooperativa sociale nata quattro anni fa a Bollate occupa oggi tre detenuti e altre quattro persone esterne. "Sono un vetraio, ma ora facciamo anche sculture in luce e bigiotteria, così possiamo far lavorare più persone. Bollate è questa", racconta Tucci mentre mostra i suoi lavori, "ti offre la possibilità di vedere la pena in maniera più costruttiva".

Per chi invece non può usufruire dell'articolo 21, è possibile lavorare anche in carcere dove c'è un call center della Telecom, uno della Tre, uno della polizia municipale del Comune di Milano, uno della Cafèbon e uno della compagnia petrolifera Gulf.

Anche una compagnia teatrale

C'è un servizio di catering, la compagnia teatrale Estia con detenuti assunti come attori e una cooperativa che lavora per l'Expo. C'è la cascina Bollate che si occupa del verde e un'associazione sportiva che si prende cura dei cavalli sequestrati e aspira a diventare un vero e proprio maneggio.

A lavorare non sono solo gli uomini ma anche le 90 detenute, che oltre ai call center, nella loro sezione femminile hanno una piccola bottega di bigiotteria gestita dall'associazione no profit Impronte, l'atelier sartoriale Alice e un laboratorio che si occupa del controllo di guarnizioni per elettrodomestici.

Un carcere operoso dove "si cerca di sfruttare il tempo della pena eliminando l'ozio e preparando il detenuto per

l'uscita", dice Parisi. E i risultati confermano la bontà del progetto: secondo le statistiche "dall'apertura a oggi, su 10 detenuti, una volta scontata la pena, otto non sono più rientrati", vanta soddisfatto il direttore. Senza dimenticare che però c'è anche una parte che non è riuscita a reggere la misura alternativa pur non commettendo reato: "Sono soprattutto tossicodipendenti o alcolisti che a Bollate sono quasi 500". Per loro c'è anche un Sert (servizio territoriale per la tossicodipendenza e l'alcolismo) all'interno. Così come ci sono psicologi, seppur pochi, che per legge devono seguire i 380 sex offender (ossia coloro che sono accusati di reati sessuali).

L'allarme per la riduzione dei fondi

Insomma i servizi non mancano, ma la riduzione dei fondi, soprattutto sulle forniture igienico sanitarie, ha toccato anche il carcere di Bollate. Che però, grazie alle donazioni di privati come Leroy Merlin, Decathlon, la fondazione Monzino, riesce a garantire attività e laboratori.

E così la palestra, le sale di musica, la scuola alberghiera - che per il 2013 funziona con i privatisti e dal 2014 sarà un istituto a tutti gli effetti - sono attività rese possibili grazie a risorse private a fondo perduto, che permettono così allo Stato di spendere appena 500 mila euro all'anno, stipendi esclusi, per mantenere Bollate e allo stesso tempo offrire ai carcerati una qualità della vita migliore.

Sala musica e radio

Ma al di là dei costi e dei risultati, basta parlare con i detenuti per capire come un carcere possa davvero "cambiare musica". A partire dalle Officine musicali freedom sounds. Un progetto che permette di suonare ogni giorno in una sala musica dotata di tutti gli strumenti.

"Una volta ci siamo anche esibiti a Milano per la raccolta dei fondi per i terremotati dell'Emilia", racconta Marco Caboni, detenuto, mentre mostra orgoglioso un cd autoprodotta dal titolo augurante Tutti fuori. Anche se per ora è solo la loro musica ad attraversare le sbarre e andare in onda ogni domenica su Radio Popolare durante la trasmissione Jailhouse rock.

Biblioteca aperta

E quando non sono le note musicali, ci sono i libri a portarli fuori dal carcere, anche solo con l'immaginazione: dal 4 marzo i detenuti potranno entrare in biblioteca da soli, non più accompagnati. "Un'occasione per responsabilizzarli, saremo molto rigidi e se sbagliano la chiudiamo, qui non si fuma neanche alla finestra", spiega il bibliotecario che gestisce lo spazio insieme con 9 carcerati.

I libri che vanno per la maggiore sono i gialli, "a partire da Wilbur Smith", racconta il bibliotecario da 40 anni in servizio nelle carceri lombarde. "A Opera andavano più i libri di filosofia", ricorda, "ma in generale in carcere la cultura è bassa, qui c'è gente che non sa né leggere né scrivere".

Circa 150 detenuti fanno le superiori e una settantina frequentano le medie, "quindi non puoi chiedere a uno di leggere se non ha mai preso un libro in mano, però che importa, impareranno qui".

Parisi: "Prima o poi i detenuti escono dal carcere. Noi cerchiamo di prepararli"

Ma qui c'è anche chi ha già il diploma e fa l'università: Arben Mulan, albanese, in carcere da quattro anni e sei mesi, dopo San Vittore e Opera è arrivato a Bollate per scontare gli ultimi quattro anni di pena e qualche settimana fa ha dato i suoi primi esami in Scienze dei servizi giuridici. "Qui puoi studiare e fare attività che ti preparano per trovare un lavoro quando esci".

Un corso per operatore di Rete

Arben è iscritto a un corso Cisco per diventare operatore di rete: "Facciamo gli esami online", spiega. Bollate è infatti l'unico carcere al mondo che si collega con la sede centrale dell'accademia a San José in California.

Arben partecipa anche al gruppo della trasgressione dove detenuti e universitari si incontrano per confrontarsi e ragionare sulle varie forme della trasgressione.

"Nelle altre prigioni dove sono stato non c'era spazio per fare tutte queste cose e alla fine con gli altri detenuti si parlava solo di delinquenza, di quello che avevi fatto tu o loro. Invece qui ti danno davvero un'altra possibilità".

Le critiche al carcere

Un modello quello di Bollate che spesso ha destato non poche polemiche proprio per le attenzioni e i servizi offerti ai detenuti. "Il nostro obiettivo non è essere paternalistici", precisa Parisi, "ma costruire un ponte tra dentro e fuori

e garantire un clima di vivibilità all'interno, niente di più".

Secondo il direttore, invece, spesso "l'orientamento dell'opinione pubblica è umorale, perché il carcere viene visto più nel suo aspetto sanzionatorio e punitivo, quando invece sappiamo benissimo che la Costituzione pone l'accento su quello rieducativo. E noi come istituzione dobbiamo dimostrare e lavorare affinché le persone una volta rientrate nella collettività non commettano reati".

Oltre la punizione l'aiuto

Un modus operandi che "sappiamo essere soggetto a critiche, ma dobbiamo dimostrare che l'istituzione non è solo punitiva, ma cerca anche di aiutarti", conclude Parisi. "Tutti devono capire che i detenuti possono essere delle risorse. E soprattutto che prima o poi devono uscire dal carcere. Noi cerchiamo semplicemente di prepararli".

Cascina Bollate si occupa del vivaio, dei balconi, terrazzi e giardini

Il lavoro nobilita l'uomo. E mai come dentro il carcere di Bollate, sin dalla sua apertura nel 2000, questa massima è diventata una mission. "Cerchiamo di sfruttare il tempo della pena preparando il detenuto per l'uscita", racconta a Lettera43.it il direttore Massimo Parisi, "perché quando una persona entra in prigione per tutti diventa solo l'autore di un crimine, mentre noi vogliamo far emergere la sua personalità, non solo il reato".

Al lavoro 300 detenuti

Nella casa di reclusione alla periferia Nord di Milano, quasi 300 detenuti lavorano per aziende o cooperative, ricevono uno stipendio e riescono non solo a pagare allo Stato la quota di sostentamento mensile (circa 56 euro), ma anche a mantenere le proprie famiglie fuori dall'istituto. In cambio, le aziende che operano nel carcere non pagano l'affitto per i locali e usufruiscono di alcuni sgravi contributivi fiscali.

Non è volontariato

"Il lavoro che si fa in carcere non è volontariato", precisa a Lettera43.it il presidente della cooperativa Susanna Magistretti, che cinque anni fa ha deciso di lasciare la libera professione e creare la cooperativa. "Qui dentro vieni solo se stai sul mercato e paghi i detenuti. Insomma, è un business".

E ora più che mai: "La legge Muraglia che dava le gambe all'articolo 27 della Costituzione è stata rifinanziata in minima parte e così l'impresa perde anche il vantaggio del credito d'imposta".

Cascina Bollate ha in comodato d'uso gratuito la serra e il terreno, ma il motore che spinge un'azienda a entrare in carcere non può essere solo il profitto: "Per me è stata fondamentale l'adesione a un progetto ideale, che ti porta a pensare a questo Paese in un modo migliore. Facendo il tuo lavoro, naturalmente".

Coltivate 100 mila piante

Su un ettaro, i dipendenti di Cascina Bollate coltivano 100 mila piante. Oltre al presidente lavorano sei detenuti a tempo pieno, due giardinieri liberi professionisti, uno part time, un ex detenuto e circa 20 volontari a turno. Il core business è dato dal tipo di piante coltivate: fiordalisi, papaveri ormai introvabili perché decimati dall'uso dei diserbanti, zigne (fiori da tavolo dell'800), piante vagabonde. Insomma piante che nel mass market non si trovano, perché "se facessimo ciclamini avremmo già chiuso", spiega Magistretti.

E il sistema funziona. A confermarlo, sono i risultati: nel primo anno di vita, il 2008, la cooperativa fatturava 40 mila euro, nel 2012 è arrivata a 170 mila euro.

La dimostrazione che un altro carcere è possibile: "Questo modello va ampliato a macchia d'olio", dice Magistretti. Da 10 anni, nel carcere di Bollate l'obiettivo è creare un ponte tra i detenuti e la vita fuori dalle sbarre, soprattutto attraverso il lavoro. Ed è quello che sta provando a fare anche l'Associazione sportiva dilettantistica Asom (Associazione salto oltre il muro) nata sei anni fa.

"Nel gergo tecnico dell'atletica, il muro è l'ostacolo più alto e il record è quello di 2 metri e 47", spiega a Lettera43.it Claudio Villa, detenuto e coordinatore dell'Associazione, "e qui dentro il salto da fare è quello oltre il muro del disagio".

Un salto oltre il muro

Come tutte le iniziative, Asom è nata come attività formativa e ora è l'unico maneggio in Europa all'interno di un

carcere.

“Stiamo costruendo tutta la scuderia con materiale di recupero, un grosso impegno anche per i detenuti che ci stanno lavorando”, spiega Villa, “ma non abbiamo mezzi quindi su 10 persone fisse che lavorano, due sono stipendiati a mezza giornata, gli altri volontari”.

Nel maneggio del carcere, ci sono 19 cavalli che vengono da attività sportive, quattro sequestrati “e altri che sono stati portati qui perché sono a fine carriera o perché hanno avuto incidenti e non possono più gareggiare”, racconta Villa, appassionato di cavalli.

Animali liberi

“Vogliamo creare una struttura che operi come qualsiasi maneggio”, dice, “per ora facciamo corsi di formazione per i detenuti e ci prendiamo cura degli animali”. E, ironia della sorte, “i cavalli che stanno in carcere sono liberi, quelli in galera sono invece quelli che stanno fuori, nei maneggi”.

Per ora, “stiamo aspettando la definizione di un accordo con il comune di Milano per diventare la sede del reparto a cavallo dei vigili”, aggiunge entusiasta, “perché l'esempio di un corpo della polizia che lavora all'interno di un carcere gestito dai detenuti, sarebbe un segnale molto forte”. Di progetti l'Asom ne ha tanti, a partire dall'idea di lavorare con gli esterni: organizzare corsi di aggiornamento e formazione e “sfruttare le potenzialità della relazione uomo cavallo, dall'ippoterapia fino alle attività assistite con gli animali”, conclude Villa.

altracittà
www.altravetrina.it

Giustizia: 7 detenuti su 10 sono malati, tra tossicodipendenze, patologie psichiche e fisiche
di Alessandro Guarasci

Famiglia Cristiana, 30 marzo 2013

Da quando nel 2008 la sanità nelle carceri è stata demandata alle Asl non ci sono più dati certi. Ma le associazioni del settore, come Antigone e il Forum per la Sanità Penitenziaria, calcolano che nei penitenziari circa il 70% dei detenuti sia malato.

Le patologie più comuni sono le tossicodipendenze (almeno 30%); i disturbi psichici con oltre il 16%, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente e dalle patologie infettive e parassitarie. E questa è una media. Basta dire che a La Spezia ha problemi di droga circa il 50% dei reclusi. Almeno un terzo della popolazione carceraria ha poi commesso atti autolesivi e circa il 15% ha tentato il suicidio.

Quando un detenuto si ammala dovrebbe essere trasferito nel reparto penitenziario dell'ospedale più vicino, ma non di rado le diagnosi sono tardive. A Padova una dottoressa è sotto inchiesta perché avrebbe scambiato un infarto per un dolore allo stomaco. Insomma, le carceri italiane potrebbero essere una vera bomba sanitaria, e il controllo delle malattie non è sempre semplice. Dei 93 detenuti morti nel 2012 per 31 ancora non si conoscono le cause.

E a rischio non sono solo i detenuti ma anche gli operatori che lavorano nelle carceri, a cominciare dagli agenti e dai volontari, che possono contrarre le più svariate malattie. "I pericoli sono davvero reali. Quando un detenuto entra in carcere viene sottoposto solo alla visita psicologica, ma non gli si fanno le analisi - dice Donato Capece, segretario del sindacato di polizia penitenziaria Sappe - Per esperienza dico che chi viene dall'Africa non di rado è portatore di malattie infettive come la tbc".

L'igiene in questi frangenti è fondamentale e questa è particolarmente carente in strutture vetuste come San Vittore a Milano, Buoncammino a Cagliari, Regina Coeli a Roma o Poggioreale a Napoli. Per il senatore Roberto Di Giovan Paolo, presidente del Forum per la sanità penitenziaria uno dei problemi principali è l'alimentazione di chi è malato che "dovrebbe essere calibrata in base alla malattia e invece questo non avviene. Il vitto di un detenuto costa 3,8 euro, una cifra risibile se si pensa che i comuni spendono per la stessa voce 4 euro per i cani ospitati nei canili. Qua e là, si sta comunque cercando di invertire questa tendenza, costruendo, come avviene in questi giorni a Regina Coeli, una cucina specifica".

Rimane il problema dei sei Opg presenti in Italia, gli ospedali psichiatrico-giudiziari, la cui chiusura è stata rimandata di un anno, al 1° aprile 2014. Una volta aboliti dovrebbero essere realizzate case famiglie per curare chi non può andare in carcere. I fondi sono stati stanziati dal ministero della Giustizia, ora si attende che partano i progetti.

Giustizia: suicidi in carcere, strage silenziosa.... realtà lontana anni luce dalla Costituzione
di Stefano Pasta

Famiglia Cristiana, 30 marzo 2013

Domenico Antonio Pagano, 46 anni, si è impiccato il 17 marzo nella casa di reclusione di Opera (Milano). Da inizio mese, è il sesto suicidio nelle carceri italiane e altri 3 detenuti sono deceduti per cause in corso di accertamento.

Il 4 febbraio, aveva fatto discutere il caso di Natale Coniglio, operaio 42enne originario di Stilo (Rc), impiccatosi nella sua cella di Noto (Sr). Era stato condannato per furto e ricettazione e la sua famiglia aveva più volte fatto presente agli organi giudiziari la fragilità psicologica di Natale, chiedendo la detenzione domiciliare in una clinica specializzata per scontare il resto della pena. Il rigetto dell'istanza e il trasferimento dal carcere di Locri a quello di Noto sono stati la goccia che ha fatto traboccare il vaso.

Nello scorso anno, sono stati i mesi estivi quelli più drammatici. Un quarantenne italiano, che soffriva di disturbi psichici, si è suicidato il 30 agosto, impiccandosi con la cintura del suo compagno di cella, nel carcere di Udine. Il 5 agosto, invece, Valentino Di Nunzio, 29 anni, è morto, dopo sei mesi di agonia, per essersi buttato "di testa" dal letto a castello della sua cella. È stato il quarto detenuto morto suicida nel carcere di Teramo in otto mesi. Il 1 agosto, nella casa circondariale di Alba, un cinquantenne albanese si è ucciso con una rudimentale corda ottenuta annodando le lenzuola. "Io là dentro non ci torno", ha detto anche Emanuele Grisanti, padre di un bambino di 4 anni, recluso a Roma, prima di impiccarsi ad un albero nel cortile dell'ospedale in cui doveva essere operato di calcoli.

In tutto, secondo l'Osservatorio permanente sulle morti in carcere, nel 2012 sono stati 60 i detenuti che si sono tolti la vita e 154 i morti dietro le sbarre, mentre per il 2013 siamo già a 44 "morti di carcere", di cui 14 per suicidio. Nell'Italia delle celle, si muore da Nord a Sud, senza differenze di età e di reati commessi. Ma anche senza distinzione di ruoli: 9 agenti di polizia penitenziaria si sono uccisi lo scorso anno.

Numeri che parlano di un forte malessere "al di là del muro", dove vivono 100mila persone, tra carcerati e carcerieri. Un mondo in cui dovrebbero farsi strada la rieducazione, la legalità, il rispetto della dignità, per restituire

alla società persone libere e responsabili. Per produrre, in definitiva, più sicurezza. Questo è il senso della pena detentiva, il significato imposto dalla Costituzione e dalle successive scelte riformatrici. Eppure, la realtà è lontana anni luce. Il Ministro Severino ha tempo fa usato l'espressione "gironi infernali", mentre Lucia Castellano, ex direttrice del carcere modello di Bollate, ha parlato di "cimitero dei vivi". Sicuramente, ed è un paradosso, "fuorilegge". Un anno fa, la Corte Europea dei Diritti umani ha condannato l'Italia per aver detenuto persone in meno di tre metri quadri. Tortura e trattamento inumano e degradante secondo l'articolo 3 della Convenzione Europea.

Dal 1990 ad oggi, infatti, la popolazione carceraria è più che raddoppiata, passando da 25mila a oltre 66mila persone. Il 36% è detenuto per violazione della legge Fini-Giovanardi sulle droghe. Ma nelle 206 carceri italiane non c'è abbastanza spazio: ci sono 145 persone ogni 100 letti disponibili, 21mila detenuti in più. Siamo il Paese più sovraffollato d'Europa. La situazione è drammatica da Nord a Sud: alla Puglia, con il 188,8%, spetta la maglia nera del sovraffollamento, seguita dalla Lombardia e dalla Liguria.

Nel mese di agosto, l'associazione Antigone, che dal 1991 tutela i diritti dei detenuti, ha lanciato l'iniziativa "in carcere nella calda estate italiana": i volontari sono andati a monitorare la condizione di vita interna, gli spazi a disposizione, lo stato delle strutture, e hanno diffuso un report dopo la visita. Una delle situazioni più critiche è a Messina; qui, con un sovraffollamento del 200%, alcuni detenuti vivono in uno spazio inferiore ai 2 metri quadri a testa, "per stare in piedi - rilevano da Antigone - bisogna fare i turni". Nella sezione femminile, dove vive anche una bambina di due anni e mezzo, "le celle e i corridoi presentano crepe sui muri, intonaco scrostato, gelosie di vetro alle finestre, muffa e umidità nei bagni.

Le docce sono in comune e l'acqua calda nelle celle non è disponibile: le detenute lamentano di doversi lavare con le bottiglie".

Giustizia: malati di carcere... migliaia di detenuti faticano a ricevere assistenza adeguata

di Arianna Giunti

L'Espresso, 29 marzo 2013

Diabete, leucemie, tumori. Persino disabili. E l'Europa ci condanna.

Antonio respira a fatica, si trascina zoppicando appoggiandosi al muro. I suoi passi lenti dalla cella all'infermeria sono un calvario quotidiano che percorre quasi nell'oscurità. Il diabete gli ha portato via la vista e il piede sinistro è ormai consumato dalla cancrena. Michele, invece, quando è entrato a Rebibbia pesava più di novanta chili. Oggi, divorato dall'anoressia, non arriva a trentotto. Nei penitenziari italiani Antonio e Michele non sono eccezioni.

L'elenco di reclusi con patologie gravi è sterminato: ci sono persone colpite dall'Alzheimer e dal cancro, leucemici ed epilettici come ha raccontato "l'Espresso" un mese fa. Dati ufficiali non esistono ma secondo le stime di alcune associazioni - tra cui Antigone e Ristretti Orizzonti - il 47 per cento dei detenuti ha bisogno di assistenza per seri problemi medici o psicologici: quasi 31mila persone tra le 66mila e 685 rinchiusi negli istituti di pena.

Adesso il caso di Angelo Rizzoli ha permesso di aprire uno squarcio su questi drammi: i legali hanno denunciato la situazione dell'editore settantenne arrestato per bancarotta, provocando interrogazioni parlamentari e l'intervento del Guardasigilli. Rizzoli soffre di sclerosi multipla ma nella sezione detenuti dell'ospedale Peroni di Roma non c'è la possibilità di fisioterapia e quindi il morbo stava avanzando.

Il Tribunale del Riesame gli aveva negato la possibilità di andare ai domiciliari ma adesso il gip lo ha autorizzato: potrà curarsi in un centro adeguato. Più a Nord, nel carcere di Busto Arsizio esiste un reparto di fisioterapia completamente attrezzato: non è stato mai aperto. Uno spreco e un paradosso rispetto al panorama disastroso delle prigioni italiane: ci sono istituti clinici solo in tredici penitenziari su 207.

La Corte europea dei diritti dell'uomo è stata perentoria: "Le disfunzioni strutturali del sistema penitenziario non dispensano lo Stato dai suoi obblighi verso i detenuti malati. Chi non assicura terapie adeguate viola la Convenzione europea e all'Italia sono già state inflitte diverse condanne. L'ultima lo scorso gennaio: un detenuto di Foggia, parzialmente paralizzato e costretto a scontare la pena in una cella di pochi metri quadrati, verrà risarcito per il danno morale. Una sentenza poco più che simbolica: lo Stato dovrà pagargli 10 mila euro. Spesso però il danno più grave viene dalla burocrazia, che impedisce di fatto le cure specifiche. L'acquisto dei farmaci deve essere autorizzato dal direttore, mentre i ricoveri e persino le visite urgenti passano attraverso procedure lente e complesse, con effetti disumani. Certo, bisogna impedire le fughe e i contatti con l'esterno: il trasferimento in centri clinici è uno strumento utilizzato soprattutto dagli uomini di mafia per evadere o mantenere i rapporti con i clan.

Ma, a causa della carenza di mezzi e organici, troppe volte diventa impossibile organizzare il trasporto in ospedale, che prevede la sorveglianza costante da parte degli agenti. Così soltanto a Roma nelle ultime settimane quattro persone sono morte nei penitenziari. Anche i disabili faticano a ricevere assistenza adeguata. Nelle carceri italiane sono quasi mille. Come Cataldo C., 65 anni, detenuto a Parma per reati di droga.

Nel 1981 è stato colpito da un proiettile e il trauma midollare lo ha costretto sulla sedia a rotelle. Da allora deve sottoporsi a una particolare terapia riabilitativa, la idrokinesiterapia, con iniezioni al midollo spinale, per alleviare il dolore e permettergli un parziale recupero. I medici hanno più volte dichiarato la sua totale incompatibilità con il carcere, che fra l'altro non ha ambienti idonei per chi si muove sulla sedia a rotelle.

Le istanze presentate dal difensore Francesco Savastano sono state bocciate e oggi l'uomo non può più neppure sottoporsi alle iniezioni: Cataldo C. ha perso anche quel poco di mobilità che era riuscito a recuperare grazie alle cure. Dietro le sbarre moltissimi detenuti si ammalano di anoressia. Arrivano a perdere più della metà del peso e si riducono a larve umane, esposte a traumi e infezioni. Alessio M., 48 anni, dal 2011 è recluso ad Avellino, in attesa di giudizio per usura. A raccontare la sua storia attraverso l'associazione "Detenuto Ignoto" è la moglie Lucia: "Soffre di una forma di idrocefalo che gli provoca mal di testa lancinanti, parzialmente curati con un drenaggio alla testa di cui è tuttora portatore".

È riuscito a ottenere i domiciliari solo per pochi mesi. Poi, con il ritorno in cella, è cominciata anche l'anoressia. Inevitabile che la detenzione provochi o amplifichi disturbi mentali. Spiega l'associazione Antigone, tra le più attive nel denunciare l'abisso dei penitenziari: "Molto spesso arrivano sani, o magari con una lieve tendenza alla depressione, e nel giro di qualche mese la loro mente precipita nel buio".

È il caso di Osvaldo G., 57 anni, detenuto a Reggio Calabria. Invalido e affetto da dieci gravi diverse patologie al lo stomaco, al pancreas, al fegato e ai reni, è in carcere da più di un anno per aver danneggiato la porta dell'ufficio di un uomo con il quale aveva litigato. In cella deve condividere il wc alla turca con altri quattro reclusi. Durante il giorno ha violenti conati di vomito e fitte di dolore che lo costringono a letto. Ha diritto a quattro ore d'aria, ma non riesce a uscire: vive sempre in una cella gelida d'inverno e torrida d'estate.

L'affollamento rende praticamente impossibile la pulizia personale, che nelle sue condizioni dovrebbe essere ancora più accurata. Nella débâcle del nostro sistema carcerario anche assistere i diabetici è difficile: secondo l'Associazione medici dell'amministrazione penitenziaria italiana sono circa il 5 per cento dei reclusi. Oltre tremila persone che devono fare i conti con un duplice ostacolo. Le dosi di insulina che devono farsi iniettare quotidianamente e più volte al giorno a volte sono irreperibili. La mensa interna non è in grado di garantire i pasti totalmente privi di zuccheri e scarsi di amidi, gli unici compatibili con la loro condizione.

Secondo il regolamento, il detenuto diabetico avrebbe diritto all'insulina 3-4 volte al giorno e a una dieta personalizzata. La realtà però è molto diversa. L'associazione Ristretti Orizzonti si è occupata attraverso l'avvocato Davide Mosso del caso di un detenuto algerino di 36 anni, Redouane M., trovato senza vita nel reparto psichiatria del carcere di Monza.

L'uomo - diabetico, epilettico e con diagnosi di disturbo borderline - il giorno prima della morte si era rifiutato di prendere l'insulina e i medici del carcere non gli avevano fatto la somministrazione forzata. Ancora più penalizzati gli anziani. Soli e malati, spesso restano dietro le sbarre anche dopo i 70 anni, il limite di età previsto dal nostro codice penale.

Nel carcere di Cagliari è rinchiuso ad esempio Carlo F, 75 anni. Soffre di cardiopatia ischemica dovuta a tre infarti al miocardio, claustrofobia e morbo di Parkinson. Ad aggravare la situazione fisica c'è la depressione che, insieme all'ansia, gli provoca un'accentuazione del tremore al punto da fargli cadere gli oggetti dalle mani. Le sue istanze per ottenere i domiciliari sono rimaste inascoltate. E solo di recente gli è stata concessa una cella con un wc normale, e non quello alla turca, inagibile per un anziano.

Giustizia: Realacci (Pd); nelle carceri condizioni di vita inumane, a rischio salute detenuti
Adnkronos, 28 marzo 2013

"Ogni detenuto nelle carceri italiane ha a disposizione soli 3 metri quadri, situazione in cui i diritti umani minimi, come quello alla salute, sono di fatto negati".

Ad affermarlo in una nota è Ermete Realacci, responsabile green economy del Partito democratico, che ha depositato una interrogazione scritta al ministro della Giustizia. "La maggior parte degli istituti di pena italiani - prosegue Realacci - hanno perso da tempo la loro funzione rieducativa, contravvenendo peraltro alla Costituzione, per la quale la detenzione non può consistere in trattamenti contrari al senso di umanità".

"Per affrontare questi nodi delicati - spiega Realacci - ho presentato un'interrogazione al ministro della Giustizia, chiedendo se il ministro non voglia dare effettiva attuazione alla riforma della medicina penitenziaria per permettere il pieno godimento di questo diritto ai detenuti, e quali provvedimenti possano essere messi in campo affinché siano trasferite alle Regioni le risorse spettanti al Servizio sanitario penitenziario".

"Secondo gli ultimi dati Istat - osserva Realacci - il numero di detenuti presenti negli Istituti per adulti è a fine 2012 di quasi 66 mila, dato che configura un sovraffollamento a livelli record: per ogni 100 detenuti che gli istituti di prevenzione e pena dovrebbero ospitare, ve ne sono mediamente 151. Un'emergenza - avverte il deputato del Pd - per la quale, lo scorso gennaio, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha condannato il nostro Paese, chiedendo alle

nostre autorità di mettere in campo entro un anno soluzioni adeguate per invertire la tendenza e garantire che le violazioni non si ripetano. L'Italia ha tempo un solo anno per porre rimedio al problema - conclude - In caso contrario dovrà affrontare pesanti sanzioni anche di in termini pecuniari”.

Giustizia: caso Giuseppe Uva verso prescrizione?... entrare vivo in una caserma e morire di Valter Vecellio

Notizie Radicali, 26 marzo 2013

Questa storia è una brutta storia. Una brutta storia che comincia la notte tra il 13 e il 14 luglio del 2008, a Varese. Varese è anche la città di Roberto Maroni, l'attuale presidente della Regione Lombardia e leader della Lega. All'epoca era ministro dell'Interno. Poteva dire e provare a fare qualcosa, questa brutta storia è una storia di “ordine pubblico”. Non ha detto e fatto nulla. Avrà avuto, avrà ancora le sue ragioni. Quella notte, comunque, a Varese i carabinieri fermano due persone; hanno fatto tardi, hanno anche bevuto.

Che cosa succede in quella caserma? Alberto Biggiogero, uno dei due fermati, racconta di aver sentito che nella stanza vicina il suo amico, Giuseppe Uva, grida, urla; e poi del fracasso, rumori. Col cellulare, che i carabinieri non gli hanno portato via, Biggiogero chiama di nascosto l'ospedale. Questa la trascrizione di quella telefonata:

“118...”

“Posso avere un'auto-lettiga qui alla caserma di via Saffi?...”

“Sì, cosa succede?”

“Praticamente stanno massacrando un ragazzo...”

“In caserma?”

“Eh, sì...”

“Ho capito... Va bene... Adesso la mando”.

Quando l'auto-lettiga arriva, viene rimandata indietro: è tutto tranquillo assicurano, solo due ubriachi un pò agitati. Però... Però qualche ora dopo Giuseppe è trasferito in ospedale, si chiede addirittura il Trattamento Sanitario Obbligatorio. E Giuseppe muore; secondo la versione ufficiale gli avrebbero somministrato farmaci che hanno provocato una letale intolleranza.

Solo che le fotografie raccontano altro: mostrano traumi, lesioni, ecchimosi. E poi arriva il risultato di una perizia chiesta dalla famiglia: si legge di vere e proprie torture, sevizie. La sorella Lucia racconta quando le viene mostrato il corpo del fratello: “... Su tutto il fianco era blu, quei segni erano lividi. Poi vedo il pannolone. E mi chiedo: perché aveva il pannolone? Mia sorella prende il sacchetto in cui c'erano i pantaloni e li guardiamo. Erano pieni di sangue sul cavallo. Gli slip non c'erano. Gli ho tolto il pannolone e ho visto il sangue. Gli sposto il pene e vedo che aveva tutti i testicoli viola e una striscia di sangue che gli usciva dall'ano. Da quel momento ho giurato che avrei fatto tutto il possibile per arrivare alla verità sulla sua morte, un simile scempio non può restare impunito”.

Arriva l'esito della perizia chiesta dalla famiglia. La firma il professor Adriano Tagliabracci, dell'università di Ancona: Giuseppe Uva avrebbe subito violenze e torture anche di carattere sessuale. La brutta storia diventa orribile. Il professor Tagliabracci scrive: “Sui jeans tracce ematiche e salivari di Uva. Materiale biologico non identificato diverso dal sangue, sperma e urine appartenenti a Giuseppe. In regione sacroperineale paramediana destra, oltre a sangue sono presenti cellule pavimentose con nucleo che possono essere derivate dalla regione anale o dalle basse vie urinarie. Il materiale risulta appartenere a Uva. Sui jeans tracce bio di altri soggetti in alcuni casi misto a quello di Uva”. E anche il perito del tribunale dice che le evidenze scientifiche mostrano inequivocabilmente che il sangue presente sui pantaloni indossati da Uva “è di origine anale”.

Dunque, cos'è accaduto, in quella caserma dei carabinieri di Varese? Nessuno parla. Varese è la città vetrina dell'allora ministro Maroni. Quando a Palermo Salvatore Marino, un mafioso o presunto tale, venne torturato e massacrato, all'indomani del delitto del commissario Beppe Montana, l'allora ministro dell'Interno Scalfaro letteralmente azzerrò la pur valorosa squadra mobile palermitana; e fece benissimo, perché non è tollerabile che una persona, fosse anche mafiosa, venga torturata e uccisa in questura. Sempre se non si ricorda male solo un politico volò a Palermo al funerale di Marino: Marco Pannella. A Varese, la sua città, il ministro dell'Interno Maroni non fiata, non muove un dito.

Allora cos'è accaduto nella caserma durante quelle lunghe ore quando, secondo un testimone oculare, si sentivano “le urla strazianti” di Uva? Come è stato possibile che, nonostante siano passati anni l'indagine della Procura non abbia portato ad alcun risultato e abbia ignorato testimonianze e prove che avrebbero potuto consentire l'accertamento della verità? Il fascicolo risulta aperto nel settembre del 2009. A sei anni dalla morte di Giuseppe il rischio di prescrizione si avvicina; e con questa la possibilità di sapere come sono andate davvero le cose quella brutta sera tra il 13 e il 14 luglio 2008.

Ivrea (To): Garante dei detenuti dopo suicidio in carcere; dobbiamo aiutare chi sta in cella di Lydia Massia

La Sentinella, 26 marzo 2013

Aveva da scontare ancora un anno di pena residua per aver commesso una rapina il detenuto di 53 anni che lo scorso venerdì si è impiccato in carcere ad Ivrea. L'uomo, di origine siciliana, era solo in cella, e pare soffrisse di problemi psichici. A giorni sarebbe stato trasferito nel reparto psichiatrico del carcere le Vallette di Torino: "È il tredicesimo suicidio e il quarantatreesimo morto nelle carceri italiane dall'inizio dell'anno, - sottolinea Leo Benedici, segretario generale del sindacato di polizia penitenziaria Osapp - ma nonostante gli appelli accorati e le dichiarazioni d'intento delle massime cariche istituzionali, la situazione non cambia".

Anche nella casa circondariale di Ivrea la situazione è pesante. Armando Michelizza, appena nominato garante dei detenuti, è senza parole. Lui i problemi dei detenuti li conosce essendosene sempre occupato sotto il profilo del reinserimento sociale: "Ho subito chiesto spiegazioni alla direttrice della casa circondariale di Ivrea - dice Michelizza - per capire come si sono svolti i fatti. Il detenuto da tempo soffriva di disturbi psichici. E le sbarre del carcere certo non miglioravano la sua situazione. A complicare il quadro si aggiunge la solitudine: non riceveva visite e aveva solo una sorella residente a Torino.

Era quindi una persona inadatta al carcere. Nelle sue condizioni neanche il pensiero che tra un anno sarebbe stato libero l'aiutava. Il problema più grande infatti per i detenuti, soprattutto per quelli che vogliono rifarsi una vita onestamente, è il futuro. È la ricerca di un lavoro. Per molti anche di una casa. Per questo il mio primo obiettivo è proprio quello di agire nella fase del reinserimento. I carcerati vanno sostenuti nel percorso di riconquista della fiducia nella legalità e nel futuro. Altrimenti la condanna nascosta è quella di spingerli a ricadere nello stesso errore".

C'è poi il problema del sovraffollamento: "A Ivrea la capienza regolare è di 170 posti. Oggi i detenuti sono 280. Ma in passato sono arrivati anche a 300. Di questi 215 sono i definitivi (con sentenza di condanna) e i restanti quelli in attesa di giudizio. Poi c'è la povertà: quella dei detenuti che non possono contare sull'aiuto delle famiglie. Io non ho ancora fatto visita ai detenuti, ma ho già ricevuto alcune lettere da loro. Racconti che stringono il cuore. A scrivere sono coloro che non hanno l'appoggio dei parenti: mi chiedono un aiuto per poter comprare effetti personali come il dentifricio e la carta igienica. È anche la mancanza di queste piccole necessità che li fa vivere male. Vivendo in queste condizioni perdono completamente la fiducia in loro stessi. Privati della dignità umana possono essere spinti verso il baratro. Oppure accumulare astio verso la società, invece che fiducia. Dobbiamo quindi lavorare insieme per poter offrire ai detenuti delle condizioni di vita migliori ed evitare tragedie come queste".

Cosenza: detenuto 60enne morto in ospedale, 7 medici indagati per omicidio colposo

Gazzetta del Sud, 26 marzo 2013

Per la morte di un detenuto, Aldo Tavola, 60 anni, avvenuta nel giugno dello scorso anno all'Annunziata. L'uomo era recluso nel carcere di Castrovillari dove era stato male.

Aldo Tavola, 60 anni, di Cetraro, detenuto per scontare sei anni di carcere nel penitenziario di Castrovillari, è morto il 26 giugno dello scorso anno nella cella di sicurezza dell'ospedale civile dell'Annunziata di Cosenza. L'uomo, da mesi soffriva di gravi patologie e, secondo gli inquirenti, nessuno gli avrebbe assicurato adeguata assistenza sanitaria prima all'interno del carcere e, poi, nel nosocomio del capoluogo bruzio. Il pubblico ministero Salvatore Di Maio e il procuratore capo Dario Granieri, dopo lunghe e articolate indagini, hanno incriminato per omicidio colposo sette medici. Si tratta di Francesco Montilli, 44 anni, di Francavilla Marittima; Furio Stancati, 58, di Cosenza; Angela Gallo, 54, di Cosenza; Domenico Scornaienghi, 65, di Cosenza; Ermanno Pisani, 51, di Cosenza; Carmen Gaudiano, 43, di Cosenza e Antonio Grossi, 59, di Paola.

Oristano: Pili (Pdl); quattro detenuti ricoverati in ospedale per intossicazione da farmaci

Ansa, 26 marzo 2013

Quattro detenuti del carcere di Massama sono stati ricoverati d'urgenza la settimana scorsa all'Ospedale di Oristano, forse per una intossicazione da farmaci. Lo rivela il deputato del Pdl Mauro Pili, in una interrogazione rivolta questa mattina al ministro della Giustizia, Paola Severino. "Uno di questi detenuti sarebbe ancora piantonato in ospedale", afferma Pili spiegando che quanto è accaduto "è un fatto grave, che rischia di mettere sotto pressione il sistema di sicurezza, considerato che ogni traduzione in ospedale comporta l'impiego di almeno quattro agenti per detenuto".

Al ministro della Giustizia, Pili ha chiesto di chiarire se quanto è successo sia dovuto anche alla mancanza nella casa circondariale di Massama del presidio clinico obbligatorio invece per legge in una struttura di quella

dimensione. Al ministro della Giustizia, Pili ha chiesto inoltre un'indagine per comprendere se il livello di presidio sanitario nel carcere di Massama, e in tutti gli istituti penitenziari della Sardegna, soddisfi i requisiti di legge e soprattutto le patologie cliniche presenti.

Asl 5 di Oristano: già dimessi i due detenuti ricoverati in ospedale

La Asl 5 di Oristano sta predisponendo l'attivazione di un punto di pronto intervento all'interno del carcere di Massama. Il servizio, previsto dalla normativa nelle strutture penitenziarie con un numero di detenuti superiore a 200, garantirebbe la presenza di un medico di emergenza 24 ore su 24. Lo precisa l'Ufficio stampa dell'Azienda sanitaria a seguito dell'interrogazione presentata al ministro della Giustizia Paola Severino, dal deputato del Pdl Mauro Pili.

Attualmente - spiega una nota della Asl 5 - l'assistenza medica e infermieristica nel carcere di Massama è assicurata tramite i medici della Medicina dei servizi e gli infermieri che effettuano i turni mattutini e pomeridiani e nei giorni festivi. Sempre in riferimento all'interrogazione presentata dall'onorevole Pili, l'Azienda sanitaria precisa inoltre che i detenuti ricoverati nei giorni scorsi all'ospedale San Martino di Oristano per una presunta intossicazione erano due e non quattro e sono già stati dimessi.

Milano: suicida nel carcere di Opera, Domenico Antonio Pagano, il boss "scissionista"

di Dario Del Porto

La Repubblica, 25 marzo 2013

Doveva scontare 20 anni di carcere duro: Domenico Antonio Pagano, 46 anni, uno dei capi degli "scissionisti", clan protagonista della faida di Scampia, si è impiccato nel carcere di Opera, a Milano. Un'inchiesta farà luce sull'episodio. Era detenuto in regime di 41 bis, fu catturato nel febbraio del 2011 a Cicciano. Il 15 marzo scorso è stato trovato dagli agenti di polizia penitenziaria in fin di vita impiccato alle sbarre della sua cella.

Aveva tentato di uccidersi almeno altre due volte. E il 15 marzo scorso, quando un agente di polizia penitenziaria lo ha soccorso mentre penzolava dalle sbarre della cella milanese di Opera, per Domenico Antonio Pagano, 46 anni, considerato uno dei capi degli Scissionisti di Secondigliano, non c'è stato nulla da fare.

Nonostante il trasferimento in ospedale, Pagano è morto alcuni giorni più tardi. Sull'episodio, riferisce l'associazione "Ristretti Orizzonti", "è stata aperta un'inchiesta. Da inizio marzo è il sesto suicidio nelle carceri italiane, altri tre detenuti sono deceduti per cause in corso di accertamento", si legge in una nota.

Domenico Pagano, fratello di Cesare, ritenuto il padrino della cosca, era detenuto dal 17 febbraio 2011, quando fu arrestato dalla polizia dopo dieci mesi di latitanza. Da allora è rimasto sempre in regime di carcere duro in virtù della condanna, non ancora definitiva, a diciotto anni di reclusione per associazione camorristica e droga.

A Opera era arrivato dopo l'estate proveniente da Novara. Aveva già tentato di togliersi la vita, in un caso ingerendo farmaci. Per questa ragione i suoi legali avevano valutato la compatibilità tra le condizioni psicologiche dell'imputato e le stringenti disposizioni dell'articolo 41 bis. Un paio di mesi fa la Corte di Appello aveva chiesto a due esperti di svolgere accertamenti che, secondo quanto riferito da fonti della difesa, avrebbero concluso per l'incompatibilità con il regime del carcere duro.

La foto più celebre ritrae Domenico Pagano in un ristorante con il calciatore slovacco del Napoli Marek Hamsik, ignaro della reale identità di quel tifoso che, come tanti ogni giorno, aveva chiesto uno scatto accanto al suo beniamino. L'immagine sarà poi ritrovata in un covo degli Scissionisti insieme a quella di altri calciatori. Un cimelio, per gli esponenti della famiglia malavitoso che ha creato un impero con il commercio di droga nella periferia settentrionale di Napoli.

Rimini: detenuto di 25 anni si suicidò nel 2011, richiesto un supplemento di indagine

www.nqnews.it, 24 marzo 2013

A due giorni dall'arresto, in una cella d'isolamento, si toglie la vita. Era finita così, la storia di un ragazzo di 25 anni della provincia di Rimini, alla prima detenzione, senza precedenti e senza ancora un processo che lo condannasse, sia pure in primo grado. Arrestato per pedofilia, un reato che di per sé ti lascia addosso un'onta terribile e in carcere ti può rendere vulnerabile in mezzo agli altri detenuti, il giovane dopo 48 ore dall'ingresso ai "Casetti" di Rimini si è tolto la vita nell'isolamento della sua cella.

Un caso che è diventato nel 2011 un esposto alla magistratura riminese e che il 13 marzo scorso si è trasformato in un'opposizione all'archiviazione. O meglio in una richiesta di apertura delle indagini che la magistratura riminese aveva chiuso perché "la notizia di reato appare infondata". A presentare la prima denuncia e ora l'opposizione all'archiviazione, un agente penitenziario riminese (ora trasferito) che la sera in cui il 25enne si era tolto la vita era

in servizio ai Casetti.

A rappresentare l'agente penitenziario, che "da quel giorno si sente un peso sulla coscienza", l'avvocato Gian Paolo De Mari, ex direttore del carcere di Rimini. Insomma, la morte di questo ragazzo, sul cui suicidio non vi sono dubbi, s'inserisce in un contesto di sospetti trasversali, di denunce incrociate. In una parola di "veleni" che negli ultimi anni hanno caratterizzato il carcere di Rimini. Al netto delle accuse incrociate, resta la morte di un giovane sotto la responsabilità dello Stato sulla quale qualcuno dovrebbe chiarire i vari perché.

Restano poi dubbi che a fare denuncia sia stato un agente penitenziario e non la famiglia del 25enne che pure ne avrebbe avuto diritto anche se tossicodipendente, come sostenuto dal medico dell'infermeria del carcere ma smentito da un sanitario incaricato.

E pure se lo fosse stato? Infatti recenti sentenze vanno nel senso di una responsabilità dell'amministrazione del carcere anche per suicidi di tossicodipendenti. Una sentenza per tutte, quella della corte di appello di Milano (11 maggio del 2012) che condanna il ministero al risarcimento di 150mila euro ai familiari di un suicida in carcere perché "proprio in virtù dei poteri attribuiti sulla persona dei reclusi, è tenuta a prendersi cura della salvaguardia della loro incolumità. Al dovere di custodia del detenuto".

Nella denuncia di De Mari infatti e secondo quanto detto dall'agente penitenziario, si legge che per il 25enne suicida a Rimini, non erano state applicate le regole del cosiddetto regime di grande sorveglianza, teso ad eludere ogni rischio autodistruttivo. Sull'archiviazione da parte della procura - si nota nell'opposizione all'archiviazione - sarebbero pesate le indagini per truffa a carico dell'agente penitenziario che aveva sollevato il caso. Lo avrebbe fatto "per mettere in difficoltà" i propri controllori (superiori che l'avevano indagato). Forse sì, forse no. Resta la morte di un 25enne, impiccato nella sua cella d'isolamento, a 48 ore dal suo ingresso in carcere. Quale la verità giudiziaria? Quale dovere di custodia del detenuto?

Napoli: il degrado del carcere di Poggioreale... la denuncia dalla madre di un detenuto
di Francesca Saccenti

www.lettera43.it, 24 marzo 2013

L'istituto penitenziario ospita 2.800 persone, su una capienza di 1.600. Vivono tra topi e scarafaggi. Lo chiamano carcere, ma chi ci è passato lo descrive come un inferno. L'istituto napoletano di Poggioreale ospita 2.800 detenuti su una capienza massima di 1.600, costretti a vivere ogni giorno in celle sovraffollate, popolate da topi e scarafaggi, con bagni turchi in condizioni di degrado e perdite d'acqua dai soffitti.

E, secondo numerosi racconti, costretti a subire gli abusi delle guardie penitenziarie. Il che ha portato all'apertura di un'interrogazione parlamentare su presunte violenze all'interno del carcere.

"Era estate e faceva caldo quando andai a trovare mio figlio. Enrico aveva la testa abbassata, non parlava. Pesava 40 chili e quel giorno aveva addosso due maglie, nonostante nella stanza dei colloqui si soffocasse. Le nocche delle mani erano nere, piene di ematomi. Prima di salutarlo riuscii ad alzargli la maglia: le guardie penitenziarie lo avevano massacrato con i manganelli e gli stracci bagnati, mio figlio era distrutto", racconta Maddalena Artucci, che ha scelto di denunciare il figlio tossicodipendente dopo le continue percosse e i furti in casa. Ma che ora, dopo aver visto il trattamento inumano a cui viene sottoposto, vorrebbe tanto fare un passo indietro.

"Dopo aver tentato la strada dei Servizi per le tossicodipendenze (Sert) e delle Case famiglia", racconta Maddalena con le lacrime agli occhi, "non sapevo cosa fare, avevo bisogno di salvarlo. Ho cercato in tutti i modi di fargli evitare il carcere, ma alla fine sono stata costretta a denunciarlo. Enrico entrava in casa e distruggeva tutto, cercava soldi in continuazione. Mi ha picchiato molte volte e una volta mi ha lesionato la milza. Annarita, la sorella piccola, si nascondeva in un angolo con le mani davanti agli occhi per non vedere".

Ma Maddalena, per suo figlio, sperava in una riabilitazione umana. "Perché non insegnano ai ragazzi un lavoro? Perché non li fanno studiare?", domanda con gli occhi sgranati. Divisa in 12 reparti, la casa circondariale di Napoli, costruita nel 1908, non ha al suo interno spazi di socialità: i passeggi sono quadrati di cemento senza panche o copertura. In carcere sono 930 i detenuti con sentenze passate in giudicato, 325 sono stranieri, mentre il 30% della popolazione detenuta è tossicodipendente.

"La situazione è drammatica. In cella si arriva fino a 10-12 detenuti e con letti a castello fino a tre livelli", spiega a Lettera43.it Mario Barone presidente di Antigone in Campania, associazione per i diritti e le garanzie nel sistema penale che funge da osservatorio sulle condizioni delle carceri italiane, "e con l'arrivo della calura estiva le cose peggiorano. D'estate, il sole entra nelle celle in maniera così prepotente che sono costretti a refrigerare la stanza con magliette bagnate. La contiguità fisica di fornelli e servizi igienici e il fatto che nella maggior parte dei padiglioni non c'è la doccia in cella fanno il resto".

In fila per ore i parenti dei carcerati, per un totale di 102 mila colloqui annui, aspettano, a volte fin dalla sera prima della visita, di incontrare i loro cari: sono preoccupati per la loro salute. Nelle ultime settimane, infatti, ci sono stati tre decessi che ancora devono essere accertati e che sollevano interrogativi sulle prestazioni sanitarie del carcere.

“Mentre Roma bruciava, Nerone suonava. E questo è quello che succede oggi nelle nostre strutture”, spiega a Lettera43.it il segretario generale del Sappe (Sindacato autonomo polizia penitenziaria) Donato Capece, “in Italia su 66 mila detenuti ci sono solo 43 mila posti letto detentivi. Le condizioni sono drammatiche, il tasso di suicidi è molto alto. Nel 2012, ce ne sono stati 56”.

Fuori e dentro alla struttura si uniscono i destini di madri in pena, alcune costrette per necessità a denunciare i figli, nella speranza che il carcere potesse rieducarli. Ma è solo un’illusione. A Poggioreale non esistono lavori extramurari o interni che facilitino il reinserimento esterno, né è attivo alcun corso di formazione professionale.

Una volta usciti dal carcere, è quasi impossibile riuscire a trovare un’occupazione e rifarsi una vita.

Pietro Iorio, presidente ex detenuti di Napoli-Poggioreale, ha parlato alcuni mesi fa di una “cella zero”, la stessa di cui ha parlato anche Maddalena: una stanza in cui i carcerati verrebbero picchiati quando fanno qualcosa che non va. Sul pavimento ci sarebbe un materasso per attutirne i colpi.

Eppure, dai piani alti qualcuno non crede a queste storie, come Capece. “Sono solo leggende metropolitane. Noi siamo dalla parte dello Stato e della legge”. Affermazioni alle quali il presidente di Antigone risponde così: “Se pendesse nei miei confronti un ordine di esecuzione di una condanna definitiva, l’ultimo posto in cui mi andrei a costituire è la casa circondariale di Napoli-Poggioreale”.

Più provocatoria Maddalena: “Capece dovrebbe passare lì le ferie per capire cosa si prova. O vedere dove hanno messo mio figlio, in cella zero. Enrico era nudo, a fare i suoi bisogni nella stessa stanza dove dormiva. Massacrato dalla penitenziaria. Avevo paura che facesse la fine di Stefano Cucchi e di Federico Aldrovandi. Se uno ha sbagliato deve pagare, ma non con la vita. È giusto che gli venga tolta la libertà, ma non la dignità. Non siamo animali”.

Torino: Osapp; 30 detenuti dormono per terra, senza materassi e senza servizi igienici
www.articolotre.com, 24 marzo 2013

Denuncia dell’Osapp sulle condizioni delle carceri: nelle Vallette ci sono 500 detenuti in più rispetto al numero di capienza massimo e 30 persone dormono per terra senza materassi in locali privi di servizi igienici. Intanto l’ennesimo episodio di suicidio in carcere, 13esimo dall’inizio dell’anno; sarebbero 43 i morti in carcere negli ultimi 2 mesi e mezzo.

Incredibile denuncia dell’Osapp, che dovrebbe far riflettere soprattutto alla luce dei recenti discorsi affrontati relativamente ai problemi economici in cui versa oggi il nostro Paese: nel carcere delle Vallette di Torino, ci sarebbero 500 detenuti in più rispetto al numero di capienza massimo previsto per l’istituto.

Notizia vecchia, questa, potremmo quasi dire, se non fosse che almeno una trentina di questi carcerati starebbero dormendo per terra, senza materassi in locali che, secondo quanto riferito da Leo Beneduci, segretario generale dell’Organizzazione Sindacale Autonoma della Polizia Penitenziaria, sarebbero addirittura privi di servizi igienici. “Purtroppo a parte l’apparente stabilizzazione numerica del sistema” ha riferito Beneduci, “le emergenze che il personale di polizia penitenziaria affronta quotidianamente in carcere si vanno ad aggravare di giorno in giorno, come nell’istituto di Torino, dove per una capienza di 1050 detenuti ve ne sono invece 1580”.

Quasi il 50% in più di persone rinchiusi, quindi, rispetto a quante ne prevede il carcere, le quali inevitabilmente si ritrovano a dover vivere in condizioni a dir poco improponibili, a causa delle inevitabili carenze dei servizi.

Il problema del sovraffollamento delle carceri è un aspetto della nostra società che non può passare inosservato o in secondo piano, considerando soprattutto il fatto che i tagli economici che inevitabilmente verranno effettuati per far fronte alla crisi non faranno altro che peggiorare questa situazione se non si interverrà adeguatamente per assicurare la garanzia e il mantenimento di tutta quella serie di diritti basilari di cui nessuno al mondo, nemmeno un criminale, può in alcun modo e per nessuna ragione essere privato in uno stato sociale e democratico come il nostro.

Tutto questo, purtroppo, dopo l’ennesimo episodio di suicidio in carcere, avvenuto nel carcere di Ivrea dove un uomo di 53 anni si è tolto la vita impiccandosi nella sua cella a meno di un anno dalla sua scarcerazione.

È il 13esimo suicidio e il 43esimo morto in carcere dall’inizio dell’anno, cioè in meno di 3 mesi.

Troppo spesso, forse, si tende a dimenticare l’esistenza dei detenuti, chiudendo gli occhi, voltando lo sguardo dall’altra parte, considerandoli addirittura, in alcuni casi, alla stregua di animali da stipare in una gabbia il più a lungo possibile, mentre bisognerebbe invece ricordarli, e ricordare insieme ad essi quanto espresso dalla nostra Costituzione cioè che “Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato” art. 27 comma 3 della nostra Legge Fondamentale.

Siracusa: servono più attività per uscire dalla cella, altrimenti diventa come una tomba
La Sicilia, 24 marzo 2013

In una giornata viva di sole, ho davanti lunghi e claustrofobici corridoi intervallati da pesanti inferriate. Man mano, dietro di me si chiudono, uno a uno, pesanti cancelli che ripetono monotoni il loro stridio frapponendosi tra me e il caldo assolato di una giovane primavera. Sono all'interno della Casa circondariale Cavadonna di Siracusa, attirata dal giornale realizzato dai detenuti che partecipano al laboratorio letterario.

“Le voci di dentro” hanno denominato la testata: e io sono arrivata per ascoltare proprio queste voci, spesso costrette al silenzio. Voci colpevoli, voci che espiano il loro debito verso la società, voci alle quali da fuori spesso non risponde un'eco di umanità, ma un silenzio che a volte diventa a sua volta quasi altrettanto colpevole.

Colpevole quando lo Stato dimentica che il carcere deve essere un luogo di rieducazione e riscatto - e per questo viene condannato dall'Ue, colpevole quando la società “seppellisce” i rei negando loro una seconda opportunità, colpevole quando ci si gira dall'altra parte decretando che un ex detenuto sia marchiato a vita.

A farmi da guida nel carcere, l'ispettore Giuseppe Spinello, l'educatrice Angela Barresi, la docente Manuela Caramanna - il mio primo contatto con questa realtà - che insegna nella scuola media del penitenziario e si impegna nel laboratorio letterario dopo avere, negli anni passati, speso le proprie energie per il teatro con i detenuti dell'alta sicurezza.

La prima tappa è la cucina (utilizzata per l'istituto di pena, ma anche per catering esterni), gestita dalla coop sociale L'Arcoiaio, dove lavorano a turno 9 detenuti retribuiti, con il tutoraggio di due cuochi che si alternano (una la mattina, uno il pomeriggio) e di un nutrizionista.

Altri carcerati sono invece occupati nel biscottificio, della stessa coop, mentre ci sono poi i lavoratori impegnati in varie mansioni nel penitenziario: dalla distribuzione dei libri della biblioteca a quella della spesa fatta per conto degli altri detenuti alle pulizie.

Sono tutti impegni che servono a occupare il tempo - un tempo che dietro le sbarre comincia a scorrere con una cadenza diversa non appena i cancelli si chiudono alle spalle - ma anche a imparare e a dare la speranza di un riscatto futuro. “Mi sta appassionando questa occupazione - sottolinea infatti Massimo, uno dei detenuti “cuochi” - e spero di utilizzare quello che sto imparando qua per trovare un lavoro quando uscirò, tra 36 mesi”.

Più schivo, all'inizio, Giuseppe: “Ringrazio - sottolinea - chi ci permette, con questo impegno, di occupare il tempo. Prima, io ero poco propenso persino a uscire dalla stanza durante l'ora d'aria. La cosa più difficile dentro? La convivenza con gli altri, il capirsi, il trovarsi in sintonia con le altre persone. E poi, uscendo tra due mesi, spero per il meglio - e si commuove: idee ce ne sono tante, ma a questo punto non è questione di preferenze, quanto di trovare un lavoro che mi permetta di mantenermi. Per ora ho un debito da pagare e lo sto pagando”.

Al biscottificio è occupato Maxim, ucraino, che deve scontare una lunga pena: “Speranze? Tante. Spero di uscire da qui, spero che questo percorso lavorativo mi serva anche fuori. Io sono fortunato perché sono detenuto in una sezione piccola, lavoro e siamo seguiti se serve qualcosa. Ma nelle altre aree dell'istituto vivono in 10-12 persone per ogni stanza.

Sappiamo che dobbiamo pagare una pena per quello che abbiamo fatto, ma tutti dovrebbero avere la possibilità di lavorare come l'abbiamo noi. Prima di arrivare in Italia sono stato in altri Paesi e non ho mai avuto problemi con la giustizia. In carcere a Verona non ho avuto la possibilità di lavorare come qua. Faccio anche volontariato in biblioteca e studio all'alberghiero. Cerco di tenermi il più impegnato possibile e spero un giorno di arrivare anche a laurearmi. Sono convinto che una possibilità c'è per tutti, ma dipende anche da noi. In carcere sto avendo l'occasione di fare un percorso di crescita, di conoscenza: ho cominciato a capirmi fino in fondo, con l'aiuto degli altri”.

E se Maxim è pieno di speranza, molto più disincantato è Salvatore, che frequenta da uditoro la scuola media (il diploma lui ce l'ha già) “anche per passare il minor tempo possibile dentro la stanza: già questo illumina la persona”.

Salvatore vive una situazione più pesante rispetto ad altri detenuti, ma comune alla maggior parte di loro: “In stanza attualmente siamo in 9 rinchiusi in 33 metri quadrati, compresi lo spazio bagno e lo spazio cucina. A volte siamo anche 10-11. La cosa più difficile?

Passare 24 ore: per un detenuto rinchiuso per 24 ore, la stanza diventa una specie di tomba, è un ambiente che si comincia ad odiare. Si diventa un animale: un animale chiuso in una gabbia impazzisce, lo stesso accade al detenuto che ha l'aggravante di capire cosa accade. Questi corsi sono quindi fondamentali per non impazzire. Anche se so che quando sarò fuori, lo Stato mi ha messo una sbarra davanti che rimarrà per sempre. Dovrò trovarmi un lavoro, ma in ambito commerciale l'ex detenuto non può ottenere licenze e non può aprire attività: lo Stato mi aiuti a lavorare, quando uscirò, altrimenti sarò costretto a delinquere”.

E poi arriviamo al laboratorio letterario, fucina di letture, scritti, pensieri, riflessioni, cineforum e “cucina” del giornale e di un cortometraggio - “Uno, due, tre, cella” - che i detenuti stanno interpretando, imparando l'importanza di fare gruppo, “senza mai dimenticare Itaca, cioè il percorso”, come ricorda loro Pippo Ruiz che, con Manuela Caramanna, coordina le attività.

“Una attività - sottolinea Natale - che da un punto di vista psicologico ci aiuta tutti, consentendoci di evadere dal

carcere. Fare cose che non abbiamo mai fatto ci dà un nuovo entusiasmo. La cosa più difficile dentro? La convivenza: ma credo che ognuno di noi debba acquisire la capacità di ragionare con persone di mentalità diversa, dandoci forza l'uno con l'altro". Che è fare gruppo, concetto interpretato ora diversamente, a quanto dice Natale - alla sua terza esperienza di carcere - e che ora, ai giovani che lo additano per la sua multipla esperienza detentiva quasi ad esempio, "dico che quella che abbiamo condotto è una vita che non vale, che qui dentro c'è solo sofferenza e noia e non c'è nulla di meglio che studiare.

Lo sto capendo qua. In altri penitenziari non c'era nulla da fare, qui posso parlare con gli educatori e mi sto aprendo con gli altri come non mai. Ce la sto mettendo tutta per dare un futuro a mio figlio 15enne, che non voglio che passi quello che ho passato io.

Quando uscirò, dopo tutte le brutte esperienze che ho fatto, credo che sarò capace di portare il minimo indispensabile a casa, magari come ambulante. Certo, sono stato abituato diversamente, ma per la mia famiglia adesso sono pronto a rinunciare a tutto. Voglio applicare alla mia vita il detto "Pane, cipolla e libertà"

Nella speranza che ciò accada, intanto Natale continua a lavorare con il gruppo, di cui fa parte anche il bulgaro Petko: "Partecipare al laboratorio per me non è solo passare il tempo - quando si entra in cella si entra in un altro mondo - e conoscere nuove cose con lo studio: sto crescendo come persona, come carattere. E sono sicuro che questi cambiamenti faranno effetto anche quando uscirò e tornerò dalla mia famiglia in Bulgaria, dove mi aspetta un lavoro con mio padre. Per ora studio, lavoro e cerco di cogliere tutte le cose positive da questa situazione nella quale mi trovo.

La cosa più difficile? La convivenza, che per uno straniero è ancora più difficile: diversa nazionalità, diversa mentalità. Nella nostra stanza oggi siamo in sei, ma ci sono 12 letti. Poi c'è la mancanza della famiglia. Ma anche loro - che temono il peggio - quando sentono quello che facciamo qua sono più tranquilli".

Per Gaetano e Antonino, "fare parte del laboratorio letterario ci insegna a stare con gli altri, a legare tra noi, a conoscere nuove realtà". Per il primo la cosa più difficile in carcere "è la lontananza dalla famiglia, ma anche la mancanza di libertà: non puoi andare da nessuna parte se un altro non apre la porta e te lo consente". Antonino segue anche il corso di digitalizzazione, col quale spera di ottenere un attestato spendibile nel mondo del lavoro fuori.

Tutto facile, allora? No, tutt'altro, e dalle parole di Alfio trapela "la rabbia, la solitudine" di una vita in cerca ancora di riscatto. E restano comunque inespresse le parole senza voce degli altri detenuti: quelli refrattari, che non partecipano alle attività. Ai quali non si dà voce.

Ma alla fine, al di là della mancanza di libertà, del sovraffollamento, delle difficoltà di interagire, della nostalgia, dei traumi e degli errori che ognuno si porta dentro, al di là anche dei buoni propositi - oggi tanto convinti ma che forse, in alcuni casi, si sgretoleranno alla resa dei conti delle difficoltà della vita fuori - al di là dell'intervista che, a sorpresa, i "detenuti-giornalisti" mi fanno, invertendo i ruoli, l'urlo che si alza da queste mura è quello che chiede un'altra possibilità, dopo avere pagato ciascuno i propri debiti con la giustizia. E, uscita dalle alte mura, mentre l'auto corre sull'autostrada verso l'Etna ancora innevata, è il sole che con la sua luce accecante grida la gioia della libertà.

Ivrea (To): Osapp; suicida detenuto italiano di 53 anni con solo un anno di pena residua

Ansa, 22 marzo 2013

"A Ivrea si è impiccato un detenuto italiano di 53 anni con solo un anno di pena residua ed è il 13° suicidio ed il 43° morto in carcere dall'inizio dell'anno ma, nonostante gli appelli accorati e le dichiarazioni di intento della politica e delle massime cariche istituzionali, la situazione non cambia". A comunicarlo in una nota è Leo Beneduci segretario generale dell'Osapp (Organizzazione Sindacale Autonoma Polizia Penitenziaria).

"Purtroppo - prosegue il leader dell'Osapp - a parte l'apparente stabilizzazione numerica del sistema 66mila detenuti a fronte di poco meno di 43mila posti letto reali, per 23mila detenuti in più del consentito, le emergenze che il personale di polizia penitenziaria affronta quotidianamente in carcere si vanno ad aggravare di giorno in giorno, come nell'istituto di Torino dove per una capienza di 1.050 ve ne sono 1.550 e 30 detenuti dormono per terra senza materassi in locali privi di servizi igienici".

"Come sindacato ci siamo già espressi stigmatizzando gli scarsissimi risultati raggiunti dal governo Monti e dalla Guardasigilli Severino riguardo alla soluzione dei problemi penitenziari del Paese, tenendo anche conto degli innumerevoli appuntamenti mancati sulle indispensabili riforme del sistema e della polizia penitenziaria - conclude Beneduci - e in assenza di programmi concreti nella precarietà di condizioni in cui un eventuale nuovo governo si troverà ad operare ci fanno ritenere probabili peggioramenti definitivi già nel corso dell'attuale legislatura.

Giustizia: proroga di un anno per gli Opg... chiuderanno l'1 aprile 2014

Vita, 22 marzo 2013

Il Consiglio dei Ministri ha prorogato di un anno la chiusura degli Opg. Ignazio Marino chiede immediatamente un commissario ad hoc, Stop Opg spera sia un tempo per riflettere su soluzioni alternative alle mini-strutture.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del ministro della Salute Renato Balduzzi, ha deciso ieri la proroga per la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari. La chiusura viene rinviata al 1° aprile 2014, “in attesa della realizzazione da parte delle Regioni delle strutture sanitarie sostitutive”. Il comunicato del Cdm precisa che nel decreto del Ministero della Salute “si sollecitano le Regioni a prevedere interventi che comunque supportino l’adozione da parte dei magistrati di misure alternative all’internamento, potenziando i servizi di salute mentale sul territorio. Si prevede, in caso di inadempienza, un unico commissario per tutte le Regioni per le quali si rendono necessari gli interventi sostitutivi”.

Ignazio Marino, che aveva presieduto la commissione di inchiesta che poi spinse per la chiusura degli Opg, chiede “la nomina immediata di un Commissario ad hoc che prenda in carico la situazione e agisca dove governo nazionale e regioni hanno fallito”.

Per la chiusura degli Opg la legge 9/2012 prevedeva anche 272 milioni di euro per la costruzione di nuove strutture e 55 milioni di euro ogni anno per il personale medico e tecnico: “Ora quei soldi sono lì, fermi, e il governo uscente ci comunica che nulla è stato fatto per le mille persone che a tutt’oggi continuano a essere internate in luoghi che ledono la loro dignità, luoghi definiti “di tortura” dal Consiglio d’Europa”.

Nell’intervista che accompagna il servizio sulla chiusura degli Opg sul numero di Vita in edicola, Marino spiegava che “fare una proroga sarebbe come girare la faccia dall’altra parte, una violenza intollerabile su persone che subiscono una violenza da decenni”. Per questo il commissario secondo lui e l’intera commissione, era “l’unica soluzione possibile”.

Stop Opg nei giorni scorsi aveva denunciato il pericolo di soluzioni improvvisate, di fronte al ritardo nell’attuazione delle norme sul superamento degli Opg (magari mini Opg affidati a cliniche private) e al tempo stesso dichiarato inaccettabile un rinvio senza vincoli e precisi impegni per chiuder davvero gli Opg.

Secondo Stop Opg il problema non è il ritardo nell’apertura dei “mini Opg regionali”, le strutture speciali previsti dalla legge 9/2012 al posto degli attuali sei Opg: Stop Opg infatti quelle strutture chiede di non farle mai, e di usare invece il budget previsto per chiudere gli Opg per potenziare i servizi di salute mentale delle Asl.

La notizia della proroga è giunta nel bel mezzo dell’incontro del Forum Salute Mentale, a dieci anni dalla sua fondazione. La proroga decisa dal Governo “permetterà di continuare a riflettere sui percorsi migliori per le persone piuttosto che realizzare i “mini Opg regionali”.

Aprire Centri di Salute Mentale (Csm), luoghi aperti e accoglienti aperti almeno 12 ore, con la sperimentazione di CSM 24ore per ogni Provincia, dove non sono ancora presenti, per rafforzare la rete delle risposte”, dicono ora.

Giovanna Del Giudice spiega che “da parte nostra, in attesa del cambiamento del Codice di Procedura Penale, continuiamo a chiedere che i finanziamenti previsti per l’apertura dei “mini Opg regionali” siano invece assegnati ai Dipartimenti di Salute Mentale (Dsm) per i Budget di Salute Individuali, con l’obbligo di presa in carico e la realizzazione di misure alternative.

Riteniamo quindi che la proroga appena stabilita possa permettere di continuare a cercare i percorsi più giusti per le persone, piuttosto che realizzare le strutture previste dal Governo”. L’impegno di Stop Opg per la chiusura degli Opg continuerà con una mini maratona che attraverserà l’Italia dal 12 al 18 maggio 2013: il viaggio sarà guidato da Marco Cavallo, il cavallo azzurro frutto di un’opera collettiva realizzata dentro il manicomio di Trieste ai tempi di Franco Basaglia, che divenne il simbolo della volontà di liberare i malati di mente.

Severino: su Opg dare tempo a Regioni

“Ho lavorato tantissimo, affinché questo provvedimento passasse dalla carta ai fatti”. Il ministro della Giustizia Paola Severino sottolinea il lavoro svolto in vista della chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari. “Abbiamo i progetti delle Regioni - assicura - ma dobbiamo dare loro il tempo, perché chiudere e basta sarebbe troppo facile: dobbiamo adeguare le strutture affinché le persone custodite siano prima di tutto curate e lo siano senza rischi di ordine sociale”.

In particolare, osserva Severino, “ho lavorato con la Regione Sicilia, che ancora non aveva una convenzione sulla sanità. Siamo riusciti, d’intesa con il presidente Crocetta a smuovere una situazione ferma da anni e a risolverla in poche settimane. Siamo riusciti a trovare il finanziamento, che non è certo un aspetto irrilevante della questione”.

Balduzzi: commissariamento se non rispettati tempi

“Si sapeva che sarebbe stato difficile rispettare la tempistica iniziale della legge, ma il processo ormai è irreversibile, si tratta di dare alle regioni i tempi giusti e incentivarle” lo ha detto il ministro della Salute Renato

Balduzzi a Prima di tutto, su Rai radio 1 in merito alla proroga di un anno della chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, e ha aggiunto che ora che il settore è stato regolamentato e sono stati assegnati i finanziamenti per le strutture, “è tutto a posto, le nuove strutture che sostituiranno gli ospedali psichiatrici giudiziari dovranno anche avere percorsi di riabilitazione e misure alternative a quella che finora è stata la detenzione, dove non si rispettassero i tempi stabiliti scatterà il commissariamento in capo ad un unico commissario, altra novità del decreto legge”. Sui tempi di attuazione il ministro si è dimostrato ottimista: “Possiamo essere ragionevolmente ottimisti in questa lunga e annosa vicenda che i tempi possano essere rispettati. È importante farlo in tutte le regioni e ristabilire una dignità della salute”.

Comunicato stampa del Comitato “Stop Opg”

Alla fine il Governo ha deciso di rinviare la data di chiusura degli Opg: leggeremo il testo definitivo del decreto per esprimere una valutazione compiuta. Stop Opg aveva denunciato il pericolo di soluzioni improvvisate, di fronte al ritardo nell’attuazione delle norme sul superamento degli Opg (magari mini Opg affidati a cliniche private) e dichiarato come inaccettabile un rinvio senza vincoli e precisi impegni per chiuderli davvero: dare priorità alle misure di sicurezza alternative all’Opg, con dimissioni per tutte le persone internate in “proroga” (la regola deve essere la dimissione a fine misura, non la proroga dell’internamento); un’unica authority Stato Regioni per seguire e promuovere il processo di chiusura degli Opg e commissariamento per le regioni inadempienti. Perché il problema non è il ritardo nell’apertura dei “mini Opg regionali”, le strutture speciali previsti dalla legge 9/2012 al posto degli attuali sei Opg, dacché Stop Opg chiede di non farli ma di usare invece il budget previsto per chiudere gli OPG per potenziare i servizi di salute mentale delle Asl. L’alternativa agli Opg non poteva e non può essere quella dei manicomi regionali. Per abolire definitivamente gli Opg, terribili residui della logica manicomiale che prevede un trattamento speciale per i “folli autori di reato”, occorre cambiare il codice penale. Ma intanto oggi si possono superare gli Opg, scongiurare l’apertura al loro posto dei manicomi regionali (mini Opg), e così tornare allo “spirito originale” della “Riforma Basaglia”, la legge 180, che, chiudendo i manicomi, restituì dignità e cittadinanza alle persone malate di mente.

Mencacci (Sip): rinvio Stop Opg chiave per costruire alternative

“Un rinvio atteso e molto richiesto, quello deciso ieri dal Consiglio dei ministri, che deve servire a costruire le basi per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari e mettere a punto in maniera adeguata le alternative per gli oltre 800 malati mentali ricoverati negli Opg e bisognosi di cure”. Lo sottolinea Claudio Mencacci, presidente della Società italiana di psichiatria (Sip), che più volte in questi mesi aveva evidenziato i ritardi e il rischio per i pazienti reclusi di restare senza cure. “Vanno potenziati i servizi - dice Mencacci - per far sì che ci siano più risorse sul territorio. È cruciale potenziare l’assistenza nelle carceri e far entrare finalmente il Servizio sanitario nazionale e i servizi di salute mentale in questi centri”. La salute, infatti, deve essere “sempre tutelata. Occorre individuare con la magistratura dei percorsi condivisi. E vigilare sulla questione degli indimissibili: occorrerebbe trovare, come accade negli altri Paesi, degli spazi nelle carceri per la custodia e la cura delle persone gravi. Realizzare una efficace assistenza in carcere per i reclusi con problemi di salute mentale e potenziare il territorio con reali alternative agli Opg. Da parte nostra - promette - vigileremo”.

Lettere: il reparto di Medicina Protetta dell’Ospedale “Sandro Pertini” non è un carcere di Giulio Starnini (Direttore Unità Operativa Medicina Protetta Ospedale Belcolle di Viterbo)
Ristretti Orizzonti, 22 marzo 2013

Il Dott. Angelo Rizzoli, ricoverato presso il reparto di Medicina Protetta dell’Ospedale “Sandro Pertini” di Roma. Ancora una volta il reparto di Medicina Protetta dell’Ospedale Sandro Pertini di Roma viene identificato come carcere.

Questa volta sono il giornalista Stefano Zurlo del “Il Giornale” e l’On. Ivan Scalfarotto (Parlamentare Pd). Inoltre siamo costretti a leggere perle del genere (il Dott. Rizzoli è) “nel carcere romano di Rebibbia, all’interno della struttura protetta Sandro Pertini”.

Premetto che non conosco le condizioni di salute e se le stesse sono tali da essere incompatibili con il regime penitenziario. Non ho elementi sufficienti per esprimermi in merito. Sono peraltro personalmente contrario alla carcerazione preventiva.

L’oggetto del mio intervento è altro. È cercare di spiegare che in questo momento il paziente è assistito in un reparto ospedaliero come verrebbe assistito qualsiasi altro cittadino italiano e che il denigrare il “Pertini” non fa onore alla verità e all’onestà intellettuale di chi lo fa.

L'argomentazione che al proprio domicilio il dott. Rizzoli riceverebbe maggiori cure appare molto fragile. Viene lavato e aiutato dagli infermieri, viene sottoposto a tutti gli accertamenti diagnostici necessari e gli sono offerte le terapie del caso.

Curiosa poi la storia che gli sarebbe stato sottratto il bastone per deambulare a norma dell'ordinamento penitenziario. Consentitimi di esprimere dubbi a tal proposito; in ospedale vige il regolamento ospedaliero e limitazioni alle prescrizioni costituiscono un abuso, da qualsiasi parte provengano. Ugualmente non sarebbe sottoposto alla necessaria Fkt. Cosa significa che presso l'Ospedale Pertini non è presente un servizio di riabilitazione neuro-motoria?

Se così sarebbe necessario invitare il Direttore Generale della Asl Rmb a provvedere immediatamente; per il dott. Rizzoli come per tutti gli altri degenti.

Le limitazioni della libertà personale imposte dall'essere detenuto - chiuso in una stanza, sbarre alle finestre, limitazione delle visite ecc. - sono estranee al pensare e all'agire dei medici e degli infermieri che svolgono con professionalità e umanità la loro mission come per altro riconosciuto dallo stesso dott. Rizzoli.

L'On. Scalfarotto a proposito del reparto in effetti afferma "È un ospedale. Un ospedale con i cancelli alle porte delle stanze, ma pur sempre un ospedale" ed ancora "L'ho trovato sereno, dice che lo trattano bene. Non me ne sono stupito, davvero la struttura e il personale mi sono sembrati efficienti e professionali".

La visita in Ospedale a una persona per lo più in stato di detenzione è cosa altamente meritevole, al di là e al di sopra, del censo di quella persona. Quindi grazie all'On. Scalfarotto ma per cortesia corregga affermazioni come "un'apposita fisioterapia, che in una struttura penitenziaria non può essere fatta. E anche le condizioni dei reni stanno peggiorando. Ma mi ha fatto impressione vedere un uomo di quell'età e in quelle condizioni di salute essere rinchiuso in una struttura carceraria". Che contraddicono quanto affermato in precedenza: il dott. Rizzoli non è in una struttura carceraria ma in un Ospedale, anche se con le sbarre. Ripeto: spiegazioni in merito alla mancanza di Fkt, se indicata, vanno chieste al Presidente Zingaretti e non del Direttore del carcere.

Il Dott Stefano Zurlo afferma poi che il Reparto di Medicina Protetta è "una costola di Rebibbia". Vorrei sottolineare alcune differenze:

1) il paziente ricoverato presso l'Ospedale Pertini lo è in virtù dell'art. 11 del Ordinamento penitenziario che prevede il ricovero in luogo "esterno di cura". Lascio all'intelligenza del dott. Zurlo spiegare "esterno" a cosa. Forse al carcere?

2) normativamente e dal punto di vista amministrativo ogni singolo mattone della struttura del Pertini è di proprietà della Regione Lazio. Vuol dire che se una tegola cade sulla testa di una qualsiasi persona nel perimetro del reparto di Medicina Protetta non sarà l'Amministrazione Penitenziaria a pagare ma la Direzione Generale della Asl Rmb.

3) dalle carceri non è possibile uscire - fatte salve le evasioni - se non con l'autorizzazione dell'autorità giudiziaria. Ogni paziente del reparto del Pertini, seppur in stato di detenzione, può firmare la cartella di auto dimissione. Certamente, è necessario fare ancora tanta strada per questi reparti attenuando, quando possibile, al minimo le misure di sicurezza imposte dall'Amministrazione Penitenziaria ma attenzione a denigrare strutture ospedaliere che già oggi sono all'avanguardia non solo in Italia ma anche in Europa, all'interno delle quali è stato possibile assicurare a migliaia di persone in stato di detenzione il massimo grado di cure che l'Ospedale nel suo complesso è in grado di offrire.

Si rischia di tornare indietro alle famigerate "stanze blindate" purtroppo ancora diffuse in tantissimi nosocomi nel nostro Paese, quelle sì fortemente limitative del diritto alla salute, dove tutti medici infermieri, agenti di polizia fanno a gara per rendere la permanenza del detenuto il più breve possibile.

Perché e dov'è la differenza con i reparti di Medicina Protetta? È semplice, in tali reparti vi è personale sanitario dedicato e preparato all'assistenza dei soli pazienti in stato di detenzione e al coordinamento degli altri servizi specialistici come ben colto dall'On. Scalfarotto.

Nelle stanze blindate medici e infermieri appartengono a tutte le U.U.O.O. dell'Ospedale e vivono l'assistenza al detenuto come un lavoro aggiuntivo e molto disagiata. Inoltre presso i Reparti di Medicina Protetta è distaccato personale di polizia penitenziaria fisso; per la sorveglianza delle camere blindate il personale di polizia viene invece sottratto agli altri servizi svolti presso l'Istituto Penitenziario. Si comprendono bene quindi in quest'ultimo caso le continue richieste di abbreviare il più possibile la permanenza in Ospedale.

Quanto sopra non per contrastare le legittime aspettative del Dott. Rizzoli o per indifferenza nei confronti del dolore della famiglia, ma per rispetto dei medici e degli infermieri che lavorano presso il reparto di Medicina Protetta dell'Ospedale Pertini di Roma e soprattutto per le migliaia di detenuti che in tale struttura sono stati e saranno in futuro accolti e curati come ogni altro cittadino.

Giustizia: 66mila detenuti nelle carceri italiane, da inizio anno 221 tentati suicidi, 6 evasioni
Redattore Sociale, 21 marzo 2013

Dato del Dap aggiornato al 18 marzo 2013. Oltre 12mila in attesa di primo giudizio, mentre sono 39.653 i condannati in via definitiva. La capienza regolamentare è di quasi 46 mila posti. Sono 65.995 i detenuti in Italia al 18 marzo 2013, di cui ben il 18,7 per cento (oltre 12 mila) in attesa di primo giudizio, su una capienza regolamentare delle strutture detentive di quasi 46 mila posti. Questo l'ultimo dato aggiornato fornito dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria durante la conferenza stampa in corso presso il Museo criminologico a Roma di presentazione del "Progetto circuiti regionali". Secondo i dati del Dap, i condannati in via definitiva sono il 60 per cento, cioè 39.653. Lombardia, Campania, Lazio e Sicilia le regioni col maggior numero di detenuti: 9.233 per la regione Lombardia, 8.412 in Campania, 7.201 nel Lazio e 7.080 in Sicilia.

Nel 2013 221 tentati suicidi, 6 evasioni

Dall'inizio del 2013 sono 221 i tentati suicidi registrati nei penitenziari italiani. A fornire il dato è il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, che rileva come siano avvenute nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 19 marzo, 6 evasioni, 3 dal carcere di Varese, 2 da quello di Parma e 1 da quello di Modica. "C'è un numero enorme di tentati suicidi - ha rilevato il vice capo vicario del Dap Simonetta Mattone, durante una conferenza stampa - ma grazie al personale di polizia penitenziaria e alla sua preparazione, si riesce a sventarli. I suicidi sono una realtà drammatica, ma rispetto alla popolazione in carcere, sono un fenomeno estremamente contenuto". Sulle evasioni dal carcere, Mattone ha aggiunto: "Si tratta di fatti gravi, ma non c'è nessuna emergenza. I casi italiani sono meno rispetto alla media europea".

Giustizia: detenuto e bloccato a letto, una "tortura di Stato" per Angelo Rizzoli di Stefano Zurlo

Il Giornale, 21 marzo 2013

L'editore indagato è in carcere nell'ala dell'ospedale Pertini da oltre un mese. Ma le condizioni di salute sono incompatibili: senza fisioterapia la sclerosi avanza.

Quando è arrivato a Rebibbia, il giorno di San Valentino, gli hanno sequestrato il bastone insieme a tutti gli oggetti personali. Solo che senza il bastone non può camminare.

Frana sotto il suo stesso peso che non riesce a sostenere. Hanno provato con un deambulatore, ma lui non lo sa usare. La settimana scorsa, dopo un mese di stallo, la famiglia gli ha fatto avere un secondo bastone che però ha fatto la fine del primo: è a Rebibbia, in attesa di essere radiografato come impone la burocrazia carceraria.

È passato più di un mese dall'arresto e l'unica cosa che Angelo Rizzoli ha ottenuto è quella di essere detenuto in un reparto di ospedale, al Pertini, a tutti gli effetti una succursale di Rebibbia. La parola chiave di questo mistero doloroso è la compatibilità: nell'Italia delle carceri colabrodo, da cui si esce con una certa facilità specialmente se si ha sulle spalle una condanna pesantissima, le condizioni di salute di Angelo Rizzoli sono compatibili con il carcere. E quindi deve stare in cella, sia pure nell'enclave del Pertini. Lo sappiamo, permessi, sconti, indulti, semi - infermità abbreviano le pene degli assassini. Le accorciano. Talvolta, come per magia, le cancellano. Da Ferdinando Carretta a Ruggero Jucker e Pietro Maso la nostra storia è un susseguirsi di liberazioni anticipate e sorprendenti.

Ma se non sei stato condannato, insomma se sei in custodia cautelare e vale per te la famosa presunzione d'innocenza sancita, nientemeno, dalla Costituzione, e se poi sei pure malato, anzi malato grave, allora per te si mette male. Malissimo.

Angelo Rizzoli, un cognome che è un brand del made in Italy, un passato che riporta all'archeologia giudiziaria targata P2 e un presente come produttore per la tv, è stato ammanettato il 14 febbraio scorso per bancarotta fraudolenta patrimoniale e documentale: avrebbe provocato, "con dolo e per il profitto personale", il fallimento di quattro società controllate.

L'accusa è seria e la sua consistenza verrà valutata in un processo, se ci si arriverà. Il punto è un altro. Angelo Rizzoli è, purtroppo, un catalogo di malattie. Aveva 18 anni quando il suo fisico fu aggredito da un male terribile: la sclerosi a placche.

Oggi che ne ha 70 è ancora vivo, ma il suo fisico è stato debilitato dalla patologia e da quel che la sclerosi si è portata dietro, come un corteo di sventure. Il diabete mellito, la cardiopatia con tanto di infarto, l'ipertensione arteriosa, la pancreatite, l'emiparesi al braccio destro. E non è finita. "I reni lavorano sempre meno - spiega preoccupata la moglie Melania De Nichilo, medico chirurgo, parlamentare uscente del Pdl, pure indagata nella stessa inchiesta - non ho potuto vederlo per venticinque giorni, poi l'ho incontrato due volte, l'ultima ieri, e l'ho trovato molto debilitato. I reni vanno di male in peggio. Siamo a un passo dalla dialisi".

In questa situazione ci si chiede perché non siano stati concessi a Rizzoli gli arresti domiciliari. Avrebbe potuto inquinare le prove in combutta con la moglie? Lei, Melania De Nichilo, aveva immediatamente dato la sua

disponibilità ad interrompere per il momento ogni contatto con il consorte e a trasferirsi altrove. Niente da fare. Rizzoli resta al Pertini. La perizia disposta dal gip stabilisce che i malanni ci sono tutti, ma comunque il malato può stare in carcere. La consulenza di parte, affidata a un nefrologo del Gemelli, il professor Luigi Tazza, evidenzia invece il rischio di morte. Una via di mezzo evidentemente non c'è.

Lui sta nel suo letto in reparto: non cammina e non può farsi la doccia. A casa ha un bagno attrezzato, con la maniglia. Al Pertini no. "Non riesco - ha spiegato all'avvocato Angiolo Marroni e a Repubblica - rischio di cadere" e così viene lavato dagli infermieri in stanza. Umiliazioni. Immobilità. I giornali, che poi sono la sua vita, li vede come un miraggio: il personale, in questi tempi di austerità, è stato tagliato e non si trova un agente chi glieli possa portare. Quindi fa a meno di leggerli, per la prima volta nella sua vita. Ma questo è il meno quando il bollettino medico è un mezzo disastro. "I medici e gli agenti penitenziari sono seri, ma purtroppo - lancia l'allarme Rizzoli - la sclerosi, senza il contrasto della fisioterapia, avanza più veloce". Non provare a fermarla è una tortura di Stato, sia pure perfettamente legale. Sabato Angelone verrà ascoltato dai Pm. Speriamo che subito dopo sia rimandato, finalmente, a casa.

In carcere con la sclerosi "Nessuno mi sta curando"

"Mi trattano bene. I medici mi seguono, gli agenti penitenziari sono seri. Non ho rimostranze da fare, dico solo che qui dentro la mia malattia invalidante può solo peggiorare. Ed è una malattia rischiosa". Risponde così a Repubblica, grazie all'intermediazione del garante dei diritti dei detenuti del Lazio, Angelo Rizzoli, ricoverato nel reparto protetto dell'ospedale Pertini, a proposito della sua malattia, la sclerosi a placche, che senza riabilitazione o fisioterapia avanza velocemente. Ma "l'unica certezza è che i domiciliari mi sono stati negati". In questi "trentacinque giorni ho parlato solo con il giudice per le indagini preliminari. Venti minuti, aveva fretta" e ora "sabato dovrei vedere i pubblici ministeri, credo che in quell'occasione si deciderà il mio futuro". Rizzoli è ricoverato nello stesso reparto dove morì Stefano Cucchi, e la sorella Ilaria lancia un appello perché "non faccia la fine di mio fratello". "Mi accorgo - dice - che ancora una volta nella realtà delle carceri la burocrazia è senza umanità".

Roma: detenuto muore overdose, compagno cella accusato di omicidio colposo e spaccio
Il Messaggero, 20 marzo 2013

Omicidio colposo e spaccio di eroina in carcere, a Regina Coeli. È stato individuato ed è finito sotto processo il pusher che il 10 febbraio 2012 ha fornito una dose di eroina killer a un compagno di cella. È Idemudia Osagie, 25enne nigeriano, incensurato. Si era prestato a fare il corriere della droga per conto di alcuni narcotrafficanti. L'aveva ingerita e, quando era stato arrestato, aveva espulso 23 ovuli di 15 grammi. Uno, però, l'aveva trattenuto per sé e, a Regina Coeli, secondo l'accusa, l'avrebbe ceduto in cambio di cibo.

Eroina purissima che ha ucciso Tiziano De Paola, un tossicodipendente di 30 anni di Tor Bella Monaca, appena arrestato per piccolo spaccio. De Paola non aveva saputo rinunciare alla droga e al mattino era stato ritrovato sotto le coperte, ucciso da un'overdose fulminante. Ieri il gip Alessandrina Tudi-no ha accolto la richiesta del pm Perla Lori e ha rinviato a giudizio il corriere nigeriano che gliel'aveva fornita.

Le giustificazioni del giovane, tuttora detenuto, non hanno convinto il giudice. "Non volevo spacciare in carcere - ha detto durante l'udienza - i compagni di cella, però, quando hanno saputo di quell'ovulo mi hanno aggredito per ottenerlo".

Per il pm invece la cessione a De Paola era stata volontaria. La morte invece sarebbe una conseguenza colposa. "De Paola - per il pm - decedeva in conseguenza di un arresto cardiorespiratorio secondario alla recente assunzione di eroina". Il legale del corriere nigeriano, l'avvocato Giacomo Marini, intanto, spera di ottenere il minimo della pena dopo il dibattimento. "Non punto a un rito alternativo - ha annunciato - vogliamo un processo che faccia emergere le pecche del carcere e le modalità di svolgimento di questa grave vicenda che rientra nella complessa situazione carceraria".

All'indomani della morte di De Paola, quando le cause del decesso erano ancora ignote, era arrivata la denuncia del garante regionale dei detenuti. "Regina Coeli - aveva detto - è un carcere ingestibile. La Costituzione parla di pena e reinserimento, qui c'è solo pena. Mancano guardie, educatori, psicologi". Alle 6,30 del mattino Tiziano De Paola non aveva risposto all'appello della polizia penitenziaria. Nessun movimento sotto la coperta logora. Neanche il suo compagno di cella - al quarto braccio - si era accorto di nulla.

Catanzaro: detenuto morì durante udienza in tribunale, assolto medico che l'ha soccorso
Agi, 20 marzo 2013

Si è concluso con un'ampia assoluzione il giudizio abbreviato a carico di Antonio Tavano, imputato per un presunto caso di colpa medica nella sua qualità di medico del Carcere di Siano-Catanzaro, a seguito della morte del boss cosentino Giuseppe Cirillo, deceduto in un'aula del tribunale di Catanzaro il 24 maggio del 2007. Il giudice dell'udienza preliminare ha accolto pienamente le richieste della difesa del dottore, affidata agli avvocati Enzo Ioppoli e Felice Fioresta, ed ha scagionato con formula ampia Tavano. Il procedimento a carico di quest'ultimo scaturì dal decesso di Cirillo, ex capo del locale di Sibari e poi collaboratore di giustizia, che morì durante un'udienza davanti al Tribunale di sorveglianza di Catanzaro, dove era comparso assieme all'avvocato Aurelia Rossitto per chiedere la sospensione della pena proprio a causa di quei problemi cardiaci che lui lamentava e che sarebbero stati a suo dire incompatibili con la permanenza in carcere, dove l'uomo si trovava per scontare una condanna a 14 anni di reclusione. Per una presunta colpa medica dovuta a cure inadeguate fu quindi indagato il dottore Antonio Tavano, in servizio al carcere, per il quale tuttavia la Procura della Repubblica concluse con una richiesta di archiviazione. L'opposizione del legale della famiglia di Cirillo portò poi a disporre l'imputazione coatta del medico, che oggi comunque è stato completamente assolto.

Vicenza: detenuto malato tumore; provocazione dell'avvocato "vado in cella al posto suo"

Giornale di Vicenza, 20 marzo 2013

L'avvocato difensore di un detenuto di 48 anni, affetto da una grave forma di tumore, sollecita con urgenza il "rinvio dell'esecuzione". L'appello: "In carcere ci sono scarafaggi ed escono acque nere dai lavabi, ha bisogno urgente di farsi visitare e operare. Le sue condizioni di salute sono talmente gravi, la sua sofferenza fisica e psichica talmente atroce, che propongo al giudice di incarcerare me al posto di questo mio cliente ammalato. Sì, avete capito bene: la sconto io la pena al posto suo, nella sua cella, per il tempo necessario a visitarlo, operarlo e consentirgli di riprendersi".

La provocazione dell'avvocato Paolo Mele senior, da sempre attento ai problemi dei carcerati, è tale fino ad un certo punto: la gravissima forma di tumore che ha colpito un suo cliente non ha ancora smosso la pietà dei giudici del tribunale di sorveglianza. Dopo l'ultima, accorata richiesta del 6 marzo scorso, alla quale non ha avuto risposta, l'avvocato Mele ieri ne ha presentato una nuova, in cui baratta la sua libertà a favore dell'assistito. "Come uomo, come legale, come cittadino di uno Stato civile e come cristiano chiedo di dare la possibilità a quel detenuto di curarsi".

La malattia di cui soffre Carmine Multari, 48 anni, residente a Lonigo, ha subito un progressivo peggioramento. Il malato sta scontando una condanna definitiva a 2 anni e mezzo di reclusione per truffa, appropriazione indebita e ricettazione commesse in passato fra il Veneto e la Toscana. "L'ho visto lunedì pomeriggio - ha detto il legale - e la situazione è sempre ed estremamente grave". Lo sfortunato detenuto è stato infatti colpito da una seria forma di neoplasia alla lingua. Nell'ultimo mese è dimagrito di 12 chili, ed ha riferito al suo avvocato che "da una settimana non riesce a mangiare, né a deglutire". Avverte dolori lancinanti che "si irradiano all'orecchio, alla testa e al collo". Fatica moltissimo a parlare, ed è costretto a restare con la bocca aperta in maniera innaturale. "Che la situazione sia gravissima viene confermato anche dalla documentazione sanitaria".

Giustizia: Testa (Radicali): centinaia detenuti malati e incompatibili col regime carcerario

Agi, 20 marzo 2013

Dichiarazione di Irene Testa, Segretaria dell'Associazione Il Detenuto Ignoto: "Magistrati di Sorveglianza non danno seguito a istanze di incompatibilità, sono centinaia i detenuti che ne avrebbero diritto. Sono circa il 73% i detenuti malati ristretti in molte carceri italiane. Le patologie più comuni sono i disturbi psichici (26,1%), il 25% tossicodipendenze, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente (19,3%) e da malattie infettive e parassitarie (12,5%). Sono circa 500 i disabili che in condizioni penose, peggio che da terzo mondo, affrontano la sopravvivenza in carcere. Il signor Rizzoli, come anche tutti gli altri detenuti ignoti, hanno diritto alle cure, e i magistrati di sorveglianza non dovrebbero ignorare le centinaia di istanze di incompatibilità col carcere che rimangono inapplicate".

Giustizia: Bernardini (Radicali); dalle carceri innumerevoli segnalazioni di casi disperati

Agenparl, 20 marzo 2013

"Sono ormai innumerevoli le segnalazioni di casi disperati di detenuti che non vengono curati e, a quel che mi risulta, trattasi di fenomeno a cui il Ministero della Giustizia e il Servizio Sanitario Nazionale presente in tutti gli istituti penitenziari non riescono a far fronte. Oggi, in particolare, segnalo tre casi emblematici che non hanno trovato e non trovano risposta pur essendo stati segnalati da tempo all'Amministrazione penitenziaria.

La prima: nel famigerato carcere di Vicenza (vedi Interpellanza Urgente 2/01752 presentata nella scorsa legislatura), Carmine Multari si trova in condizioni così gravi che il suo avvocato Paolo Mele ha chiesto provocatoriamente di essere carcerato al suo posto. Il detenuto ha una seria forma di neoplasia alla lingua e da una settimana non riesce più a nutrirsi oltre a provare dolori lancinanti all'orecchio, alla testa, al collo. In un mese è dimagrito 12 chili. La seconda vicenda riguarda un detenuto nel carcere di Paola, R.C. per il quale dall'inizio dell'anno è stato disposto il trasferimento in un centro diagnostico e terapeutico senza che nulla sia avvenuto. L'uomo, quasi cinquantenne, è stato operato al cuore nel luglio scorso ed è dimagrito di 40 chili.

La madre settantunenne, malata e pensionata al minimo, non lo vede dal periodo dell'intervento chirurgico perché non è nelle condizioni di spostarsi da Roma a Paola (Cs). Perché non lo si è ancora mandato nei centri clinici di Rebibbia o di Regina Coeli? La terza è relativa ad un ragazzo detenuto a Rebibbia che ieri sera ha tentato il suicidio ed è stato salvato dai compagni di cella. S.F. è affetto da disturbo bipolare.

Si trova a Rebibbia G11 e nella sua cella non molto tempo fa è morto di infarto un altro detenuto, Antonio S. La notizia mi è stata data dalla madre impaurita e disperata. In Italia è stata abolita la pena di morte, ma in carcere è pienamente in vigore la "pena fino alla morte", come i comunicati di Ristretti Orizzonti, sempre più oscurati, documentano ogni giorno.

Da tempo mi chiedo cosa facciano i magistrati interessati, in particolare quelli di sorveglianza, di fronte ai trattamenti disumani e degradanti cui sono sottoposti i detenuti italiani". Lo ha detto Rita Bernardini, già deputata radicale, membro della Commissione Giustizia.

Massa Carrara: detenuto di 40 anni muore in cella alla vigilia del permesso premio

La Nazione, 19 marzo 2013

arà l'autopsia a chiarire le cause dell'improvviso decesso di un quarantenne, avvenuto venerdì pomeriggio nella struttura penitenziaria della città. L'uomo, massese, è stato ritrovato privo di sensi dai compagni di cella al risveglio dal riposo pomeridiano e niente sarebbero valse i tentativi di rianimarlo. Pare che negli ultimi tempi l'uomo non godesse di buona salute ma nulla di così serio da far presagire un decesso fulmineo, giunto a pochi giorni dal primo permesso premio di cui avrebbe goduto per un comportamento ineccepibile.

Giustizia: Comitato StopOpg; no ai mini-Opg, usare le risorse per Servizi salute mentale

Redattore Sociale, 19 marzo 2013

Il comitato StopOpg interviene sulla questione della chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari fissata al 31 marzo. "I rumors ci dicono che ci sarà una proroga nei prossimi giorni, per questo abbiamo voluto sottolineare quali sono le priorità".

Priorità assoluta ai programmi regionali e alle Asl per ottenere i finanziamenti previsti per chiudere gli Opg, con destinazione vincolata: alle dimissioni per tutte le persone internate in "proroga" con l'obbligo di presa in carico da parte dell'Asl (la regola deve essere la dimissione a fine misura, non la proroga dell'internamento); all'esecuzione di misure di sicurezza alternative all'Opg (e al mini-Opg) per gli internati; ai finanziamenti (almeno i 93 milioni di spesa corrente 2012/2013) da assegnare ai Dipartimenti di salute mentale per i budget di salute individuali.

E alla costituzione di un'Authority Stato - Regioni per seguire e promuovere il processo di chiusura degli Opg, con poteri sostitutivi per le regioni inadempienti. Sono queste le condizioni su cui il governo dovrà impegnarsi nell'ormai imminente decreto di proroga sulla chiusura degli Opg (la scadenza è fissata al 31 marzo prossimo dalla legge n. 9/2012). Lo chiede il comitato StopOpg in una nota sottolineando che "il ritardo nel superamento degli Opg è dovuto a una legge sbagliata, aggravata dall'inerzia del governo, e applicata male nelle parti relative alle dimissioni 'senza indugiò degli attuali internati, per inadempienze delle Regioni e delle Asl/Dipartimenti di salute mentale (Dsm)".

"Fonti ufficiali su una proroga della chiusura ancora non ci sono - afferma Stefano Cecconi, portavoce del Comitato - ma i rumors e le fonti che abbiamo ci dicono che ci sarà nei prossimi giorni, per questo abbiamo voluto sottolineare quali sono le priorità.

La nostra preoccupazione più grande è che la legge abbia posto attenzione solo sulla costituzione dei miniOpg e non sulle persone. Tra l'altro si prevede un rinvio senza soldi aggiuntivi, ciò significa che nella sostanza non cambia nulla e potrebbero verificarsi pericolose scorciatoie, come accordi con i privati per strutture di custodia". Secondo Cecconi la maggior parte degli internati rischia di essere trattata in "forma custodiale", mentre il Comitato chiede da tempo le dimissioni dei circa 400 internati in proroga e misure alternativa per gli altri.

Il comitato ribadisce quindi che il problema non è il ritardo nell'apertura dei "mini-Opg regionali", (le strutture speciali previsti dalla legge 9/2012 al posto degli attuali sei Opg), che secondo Stop Opg non andrebbero costituiti per niente. Al contrario andrebbero usate le risorse previste per potenziare i servizi di salute mentale delle Asl. "Il

vero dramma sono le mancate dimissioni e le mancate misure alternative all'Opg per centinaia di malati (la maggioranza degli internati) costretti a subire internamento e proroga dell'internamento in Opg perché non presi in carico dai servizi di salute mentale delle Asl - aggiungono.

E ciò accade quando manca un rapporto organico tra magistratura e Dsm, che permetta l'applicazione di misure alternative all'Opg e di cura. Bisogna non solo "svuotare" gli Opg ma contrastare l'invio di nuovi internati". Stop Opg, aggiungono "chiede che qualsiasi decreto di rinvio, che oggi sembra imminente, sia vincolato a precisi impegni, rispettosi delle sentenze della Corte Costituzionale (del 2003 e 2004) che hanno "ispirato" le leggi sulla chiusura degli Opg: sappiamo che per abolire definitivamente la logica manicomiale, cioè un trattamento speciale per i "folli autori di reato, diverso da quello usato verso i cittadini sani, bisogna cambiare il codice penale. Ma intanto oggi si possono superare gli Opg, scongiurare l'apertura al loro posto dei manicomi regionali (mini Opg), e così tornare allo spirito originale della legge 180 che, chiudendo i manicomi, restituì dignità e cittadinanza alle persone malate di mente".

Giustizia: al via domani Forum nazionale sulla salute mentale, si parlerà anche degli Opg
Redattore Sociale, 19 marzo 2013

Appuntamento per il 20 e 21 marzo, presso il Centro Frentani. Tra i temi in programma l'uso dei fondi, gli Opg e la mancata presa in carico della persona. "Incontro nato dall'amara riflessione sul decennio trascorso".

Fondi spesi male, Ospedali psichiatrici giudiziari e la mancata presa in carico della persona, della famiglia e del contesto. Sono questi i temi al centro del VII Forum nazionale sulla salute mentale che si terrà a Roma domani e il 21 marzo, presso il Centro Frentani. L'incontro, che celebra il decennale dalla fondazione del Forum, ha come obiettivo quello di "connettere la vasta rete che è cresciuta in questi dieci anni intorno al Forum Salute Mentale, con il crescente protagonismo degli utenti e degli operatori", spiega il Forum ma non solo. L'intento è anche quello di "cercare interlocutori politici e amministrativi che rendano possibili nuove e incisive politiche e soprattutto investimenti nel campo della salute mentale, da elevare ormai al rango, come in altri Paesi d'Europa, di bene comune".

Un confronto che nasce "dall'amara riflessione sul decennio appena trascorso", un periodo che secondo il Forum non ha visto evoluzioni tanto che il documento fondativo stilato dieci anni fa "potrebbe essere riproposto con la stessa drammaticità di allora, anzi che su alcune questioni si registra addirittura un arretramento". Per il Forum, si tratta di "ridisegnare nuove prospettive": "Tra le situazioni su cui è necessario riflettere, da sottolineare la drammaticità della contenzione, il difficile percorso di chiusura degli Opg, lo stravolgimento nell'uso piatto e banale di strumenti di garanzia come il Trattamento sanitario obbligatorio e l'Amministrazione di sostegno, ma anche la persistenza delle psichiatriche della pericolosità e del farmaco che impediscono il protagonismo e la possibilità di reinserimento nella vita sociale e le politiche regionali che hanno portato alla devastazione nell'organizzazione dei servizi".

Dieci anni che non hanno raccolto soltanto situazioni critiche, ma anche successi. "Si rileva con gioia l'empowerment, ossia la crescente partecipazione delle persone con l'esperienza del disturbo mentale secondo un protagonismo attivo, autonomo e indipendente - spiega il Forum - . Ma anche il coraggio e la capacità di essere sulla scena di tanti operatori, a conferma del loro ruolo centrale nei servizi di salute mentale".

Tra gli elementi positivi sottolineati dal Forum, anche la nascita della collana editoriale "180. Archivio critico della salute mentale", ormai giunta al sesto volume. L'ultimo testo della collana, nata dal lavoro del Forum, verrà presentata venerdì 22 marzo, presso il Museo laboratorio della mente nel Dipartimento di Salute Mentale Asl Roma E, col titolo "Guarire si può - Persone e disturbo mentale". Un testo che conclude il lavoro di una ricerca sui processi di recovery svolta nei servizi di salute mentale di Trieste.

All'incontro del 20 e 21 marzo interverranno i parlamentari Nerina Dirindin, Stefania Pezzopane, Margherita Miotto, Roberta Agostini, Ileana Piazzoni, ma anche il consigliere regionale della Lombardia Sara Valmaggi, il consigliere regionale della Campania Peppe Russo e il presidente di Legambiente Vittorio Cogliati Dezza. Il programma definitivo del Forum si può leggere sul sito del Forum.

Vercelli: ex direttore carcere accusato di omicidio colposo, dopo il suicidio di un detenuto
www.lasesia.vercelli.it, 18 marzo 2013

Omicidio colposo: da questa accusa devono difendersi, davanti al giudice monocratico del tribunale di Vercelli, Maria Teresa Guaschino, l'ex direttore del carcere Antonino Raineri e un agente della polizia penitenziaria, entrambi difesi dagli avvocati Roberto Rossi e Roberto Scheda. I fatti risalgono al 12 novembre 2009: quel giorno un detenuto del carcere di Billiemme si suicidò con un lenzuolo in un sottoscala. Pare che l'uomo avesse problemi di salute; anche il dottor Germano Giordano, consulente nominato del tribunale, aveva accertato l'opportunità di un

trasferimento del detenuto in una struttura più adatta alle sue condizioni, essendo la misura del carcere incompatibile. Pertanto fu deciso il suo ricovero nell'apposito reparto delle Molinette di Torino. Purtroppo, però, l'uomo si tolse la vita prima del trasferimento.

A Raineri, è contestato di non aver disposto particolari misure cautelari; al poliziotto di non aver adeguatamente vigilato sul carcerato, perquisendolo. Dalla ricostruzione degli inquirenti è emerso che, durante l'ora d'aria in cortile, in cui era in servizio l'agente ora sotto accusa, il detenuto chiese anzitempo di poter rientrare in cella; la guardia glielo concesse, ma l'uomo, anziché risalire nella sua divisione, raggiunse il sottoscala e si suicidò. Il processo è iniziato martedì 12 marzo. Sono stati sentiti un medico in servizio nel carcere di Billiemme e il dottor Giordano. Si torna in aula il 26 marzo per sentire nuovi testimoni citati dall'accusa, tra cui altri medici.

Giustizia: nelle carceri italiane si continua a morire, 6 decessi nei primi 15 giorni di marzo

Ristretti Orizzonti, 18 marzo 2013

Nelle carceri italiane si continua a morire. Sei decessi nei primi 15 giorni di marzo. In tre casi si tratta sicuramente di suicidio, mentre per gli altri 3 casi le cause non sono ancora state accertate.

Opg di Reggio Emilia, 16 marzo 2013. Un detenuto ghanese di 47 anni si toglie la vita. L'uomo si è inferto una ferita allo stomaco ed è stato portato d'urgenza al pronto soccorso dell'Arcispedale Santa Maria Nuova. I medici hanno tentato di operarlo per salvargli la vita, ma la ferita era troppo profonda. Il 47enne si è spento sabato mattina presto nel reparto di Chirurgia.

Casa di Reclusione di Massa Carrara, 18 marzo 2013. Detenuto muore in cella il giorno prima di uscire in permesso premio. Non si hanno ulteriori notizie.

Casa Circondariale di Milano San Vittore, 15 marzo 2013. Detenuto muore nella notte. Era rinchiuso nel terzo raggio e di nazionalità straniera.

Opg di Reggio Emilia, 13 marzo 2013. Daniele De Luca, 29 anni, originario di Roma, detenuto per "reati minori" viene ritrovato morto in cella. Il corpo viene trasferito all'obitorio di Coviolo.

Casa Circondariale di Pescara, 8 marzo 2013. Un detenuto tunisino viene ritrovato senza vita nella sua cella. Secondo i primi risultati dell'autopsia la morte è dovuta ad "asfissia acuta".

Casa Circondariale di Crotone, 6 marzo 2013. Pasquale Maccarrone, 27 anni, si impicca al letto a castello della cella (nella quale era rinchiuso da solo!). Era stato arrestato il giorno precedente con l'accusa di aver preso parte ad una rapina.

Giustizia: la pazzia dietro le sbarre... se il manicomio è un carcere
di Domenico Fagnoli

www.globalist.it, 17 marzo 2013

L'opinione pubblica non ha la percezione esatta dell'emergenza psichiatrica in atto in Italia che ha legami con una situazione più generale.

Scriva Amanda Pustilnik, docente dell'University of Maryland: "Oggi i nostri ospedali psichiatrici più grandi sono le prigioni. Le prigioni di Stato spendono circa 5 miliardi di dollari per incarcerare detenuti affetti da patologie mentali che non sono violenti. Stando a quanto afferma il Dipartimento di Giustizia 1,3 milioni di individui con malattie mentali sono incarcerati nelle prigioni di stato e federali a fronte di soli 70.000 individui assistiti negli ospedali psichiatrici".

Si viene messi in carcere solo per essere afflitti da malattie mentali e per aver disturbato l'ordine pubblico e non perché si siano commessi reati penalmente rilevanti. Nel luglio del 2004 The House Committee on Government Reform ha pubblicato uno studio dal quale risulta che negli Stati Uniti vengono incarcerati bambini (anche di sette anni) con gravi patologie mentali senza che essi siano responsabili di condotte criminali.

Rispetto agli ideali illuministici che hanno ispirato la Costituzione americana, la situazione appena descritta è paradossale per il venire meno della fondamentale distinzione operata dal medico Philippe Pinel durante la Rivoluzione francese: dalla fine del 700, i malati di mente furono separati dai criminali e liberati dalle catene.

Nasceva così una nuova branca della medicina: la psichiatria.

A distanza di oltre due secoli notiamo una inversione di tendenza: si ritorna alla confusione fra criminalità e pazzia, al prevalere della logica della segregazione e della punizione. Il ritorno a orientamenti preilluministici è dovuto al significato sociale che ha assunto la malattia concepita come un cedimento colpevole, una mancanza di controllo e del senso di responsabilità personale. È la vecchia idea cristiana della pazzia come influenza demoniaca, come complicità con il male, la quale riappare in una forma secolarizzata.

Dalla mentalità religiosa deriva l'approccio punitivo alla malattia mentale, che ha prevalso negli Usa. La punizione dovrebbe rinforzare l'adesione all'etica su cui è fondata la società e garantire, tramite la severità della pena, il

rispetto delle norme. Per la concezione moralistico-punitiva le persone con malattie mentali avrebbero difetti della volontà o del carattere che li rendono incapaci di controllarsi: imporre loro criteri restrittivi aiuterebbe ad ottenere comportamenti accettabili e ad aumentare il senso di responsabilità.

Il giudice si sostituisce allo psichiatra poiché quest'ultimo considerando le malattie semplici "disturbi" od opinabili convenzioni diagnostiche, non è in grado di fornire criteri certi e non manipolabili di non imputabilità. Pertanto l'essere psichicamente malati anche gravemente non garantisce di solito negli Stati Uniti, l'impunità rispetto ai crimini violenti.

In Europa Anders Breivik è stato dichiarato sano di mente con criteri diagnostici del Dsm IV in un processo nel quale si è affermata la tendenza alla punizione piuttosto che alla cura.

E in Italia? Il caso di Erika e Omar a Novi Ligure, quello della Franzoni a Cogne o dei coniugi pluriassassini di Erba hanno visto prevalere una logica punitiva estranea alla psichiatria. Perché ci troviamo di fronte a questa tendenza? La professoressa Amanda C. Pustilink non chiarisce il punto essenziale cioè il ruolo avuto dalle istituzioni psichiatriche nel permettere che il modello moralistico-punitivo della malattia mentale si affermasse: cento anni di freudismo hanno lasciato il segno. Proprio negli Usa, comunque, i media a partire dagli anni 90 hanno denunciato il fallimento della psicoanalisi mentre la psichiatria organicistica, subentrata al freudismo, si prepara a un clamoroso "disastro", dovuto alla mancanza di scientificità, con l'edizione del nuovo Dsm V nel maggio 2013. I medici americani sono impegnati a distribuire psicofarmaci a una popolazione di soggetti "normali" sempre più vasta, utilizzando diagnosi che sembrano create ad hoc per favorire gli interessi delle case farmaceutiche. I casi più gravi sono sottoposti a terapie che possono amplificare la tendenza alla violenza, come l'iloperidone assunto da Adam Lanza (l'autore della strage nella scuola di Newport).

Le carceri funzionano da contenitori per ogni sorta di patologie mentali che, in un regime di inaudita violenza e perversione, subiscono un aggravamento. Gli effetti sono devastanti sui singoli e sulla società. In Italia, patria di Cesare Beccaria che voleva la pena commisurata razionalmente al delitto e che era contro la tortura, si sta verificando qualcosa di analogo a quanto avviene negli Usa. L'adesione acritica ai modelli diagnostici americani, l'abuso degli psicofarmaci, il ricorso alla Tec (Terapia elettroconvulsivante, l'elettroschok), toglie credibilità alla psichiatria e favorisce l'affermazione del modello moralistico-punitivo della malattia mentale. Dato che i medici appaiono incapaci di prevenire e curare le patologie psichiche la gestione di queste ultime è demandata, ai giudici e ai tribunali. La legge Orsini-Basaglia ha vuotato i manicomi di circa centomila degenti negli ultimi decenni ma, nello stesso lasso di tempo, si sono riempite in un modo inverosimile le carceri.

C'è un'emergenza psichiatrica nelle prigioni: secondo un'indagine epidemiologica dell'Agenzia regionale di sanità i detenuti con "disturbi psichiatrici" sono 1.137, il 33,4 per cento nella sola Toscana. Il carcere funziona come contenitore di patologie psichiche, che non entrano nel circuito dei servizi psichiatrici. Con la chiusura dei manicomi non sempre sono state create strutture alternative pertanto molti soggetti sono rimasti senza controllo o rete di protezione e sono finiti nelle maglie della giustizia. Le prigioni sono gironi infernali. Prendono il sopravvento l'idea di rovina, il vuoto affettivo, l'umiliazione e l'emarginazione: le varie patologie diventano manifeste e si aggravano. I quadri psicopatologici si strutturano in forme croniche, difficilmente curabili. L'identità sessuale, in un contesto di violenza e promiscuità forzata, subisce spesso una destrutturazione irreversibile. Il suicidio è un esito drammatico la cui frequenza, anche oltre venti volte la norma, è in diretta relazione al sovraffollamento e agli abusi.

Come far fronte a tale situazione? Il 31 marzo prossimo in virtù della legge Marino è prevista la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari: l'evento ha un forte significato simbolico anche se interessa 1.400 persone, su un totale di 66.721 detenuti italiani. Gli Opg sono stati l'emblema della schizofrenia istituzionale: individui affetti da vizio totale o parziale di mente e quindi non imputabili sono stati sottoposti a un regime carcerario in condizioni di degrado inimmaginabili. Per non dire delle torture fisiche e psicologiche.

È necessario che questa chiusura sia occasione non solo per proporre strutture di intervento alternative ma per un ripensamento della psichiatria nel suo insieme. Andrea Zampi, il pluriomicida-suicida di Perugia è stato sottoposto nel 2012 a Pisa a due cicli di otto Tec: un intervento "terapeutico" o una prassi senza alcuna base scientifica che ha aggravato le condizioni del paziente? Oggi gli psichiatri non hanno competenze adeguate ad affrontare la psicosi con il metodo della psicoterapia: lo psicofarmaco o la Tec sono inefficaci e alla lunga pericolosi.

La psichiatria deve allora fare un salto culturale e metodologico dotandosi di nuovi criteri scientifici e formativi. L'esperienza dell'Analisi collettiva che fa capo alla teoria della nascita dello psichiatra Massimo Fagioli, costituisce un'esperienza pilota con quasi quarant'anni di cura, formazione medica e ricerca scientifica, unica nel suo genere, a cui hanno partecipato e partecipano migliaia di persone e centinaia di psichiatri, impegnati ad approfondire la conoscenza della realtà psichica oltre il riduzionismo organicista e il moralismo della ragione e della religione. Come scrive Adriana Pannitteri in "La pazzia dimenticata" (L'Asino d'oro, 2013): "La malattia mentale non si risolve semplicemente buttando giù i muri dei manicomi, ma in maniera più solida cercando di sapere cosa c'è dentro la psiche di chi è ammalato".

Roma: detenuto Rebibbia tenta suicidio, Garante scrive al Gip "incompatibile col carcere"

Il Velino, 17 marzo 2013

Affetto da disturbo bipolare e grave epilessia, dal suo ingresso in carcere a gennaio ha tentato più volte il suicidio. Le sue condizioni, certificate dai medici, sono incompatibili con il carcere e per questo, il Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni ha scritto al Giudice per l'Udienza preliminare di Roma, sottolineando la necessità di un ricovero in una struttura esterna adeguata a curare tali patologie, prima che accada l'irreparabile.

Protagonista della vicenda, un 35enne italiano S.F., ex avvocato ed ex carabiniere, in custodia cautelare in carcere dal 4 gennaio scorso per il reato di truffa a seguito di una inchiesta condotta dalla Procura della Repubblica di Roma. A causa delle sue condizioni di salute l'uomo, attualmente detenuto a Rebibbia N.C., è sottoposto quotidianamente ad una massiccia terapia psichiatrica ed antiepilettica. A quanto risulta, una relazione dello psichiatra del reparto lo ha giudicato, per le sue condizioni di salute, "incompatibile con il regime penitenziario". Ai collaboratori del Garante che lo hanno incontrato, il detenuto ha riferito di aver tentato più volte il suicidio in cella per impiccagione e di essere stato rianimato quando era detenuto a Regina Coeli. L'uomo ha ricevuto la disponibilità ad essere accolto in una struttura a doppia diagnosi di Roma, dove potrà beneficiare di un supporto terapeutico e dell'assistenza di cui ha bisogno, che consentirebbero la drastica riduzione del dosaggio farmacologico cui è, attualmente, sottoposto.

"Io credo - ha detto il Garante Angiolo Marroni - che più delle imputazioni e della rilevanza mediatica che queste hanno suscitato, sia al momento importante preservare la salute di un uomo che, per i medici, non è compatibile con il regime carcerario. Per questi motivi ho chiesto al Gup che sta seguendo l'inchiesta di intervenire prima possibile, considerato l'alto rischio suicidario, per evitare un prevedibile, drammatico esito di tale situazione".

Giustizia: su Opg rispettare la legge, no a proroga della chiusura prevista per fine marzo
di Luigi Attenasio (Presidente Nazionale Psichiatria Democratica)

Gli Altri, 15 marzo 2013

In questi giorni nasceva nel 1924 Franco Basaglia (l'11 Marzo) e sono i giorni che la legge Severino indica come gli ultimi degli Opg, i manicomi criminali "antri dell'orrore". La Società Italiana di Psichiatria (Sip), di cui "possono" far parte solo psichiatri, e Psichiatria Democratica, cui invece aderisce senza obbligo di titoli chi condivide non solo gli aspetti notarili dello statuto ma soprattutto quelli etico-culturali ("mantenere vivo e promuovere l'impegno contro l'emarginazione, l'esclusione, la segregazione e lo stigma in tutte le sue forme contro qualunque persona siano dirette, per il superamento delle istituzioni totali" pubbliche e private, civili e giudiziarie"), sono in allarme.

I due allarmi accostano, uno strano ossimoro, argomentazioni opposte. La Sip, "più realista del re", chiede una proroga. Non ci vuol molto a immaginare cosa avrebbe detto Franco Basaglia. Per Emilio Lupo e Cesare Bondioli, segretario nazionale e responsabile Carceri e Opg di Psichiatria Democratica, di cui Franco fu fondatore, i motivi di allarme sono altri: la proroga sarebbe "puramente strumentale al mantenimento dello status quo e a un sine die degli Opg. La situazione è insostenibile da tutti i punti di vista, umano, scientifico, sanitario, riabilitativo. No alla proroga dunque ma piuttosto il rispetto della legge.

Solo una reale presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale può evitare l'abbandono e prevenire il temuto reiterarsi di reati". Nessun avventurismo (siamo stati più volte con i colleghi psichiatria protestare per la desertificazione di risorse dei servizi per chi sta anche molto male) ma le ispezioni della commissione Marino, le tante dichiarazioni di Napolitano o lo sconvolgente filmato trasmesso più volte, dalla Rai a Youtube, che ha commosso e indignato, "bruciano" troppo.

Basaglia, il liberatore, il medico che chiuse le case dei matti" come titolava tempo fa Maurizio Chierici su Il Fatto Quotidiano, che "si era sfilato il camice, segno di autorità che ancora oggi intimorisce chi ha una gamba rotta, immaginiamo gli esclusi inchiodati nei letti di contenzione", sarebbe con noi. Di lui, Sartre, innamoratosene, aveva detto: "un intellettuale concreto".

Anni fa scrivemmo: "Diamo il Nobel a Basaglia", per la Medicina, la Scienza, la Cultura o la Pace, va bene comunque per chi occupandosi di curare e liberare i matti, si era interessato della condizione generale dell'essere umano. Era una provocazione, perché solo i vivi possono averlo, ma ci rodeva che l'unico psichiatra premiato fosse stato J. Wagner-Jauregg nel 1927 per avere introdotto come "cura" dei malati mentali la Malario-terapia cioè un brusco, incontrollato e selvaggio aumento della temperatura, corporea, inoculando sangue da pazienti con malaria. Egas Moniz, altro neuropsichiatra, avrebbe avuto il Nobel nel 1949 per la Lobotomia frontale, cioè la mutilazione di parte del cervello con punteruoli da ghiaccio (sic!) conficcati in testa che a mò di tergicristallo "spazzolavano" l'encefalo senza misura della estensione e della sede del danno. Questa barbarie, fermata negli anni 80 per un

movimento di opinione, promotore Ken Kesey, autore di Qualcuno volò sul nido del cuculo, è ripresa in sede universitaria (Massachusetts) non più con gli arnesi da macellaio di cui sopra ma in modo raffinato e “scientifico”, usando il laser. Noi psichiatri dovremmo ascoltare di più Basaglia o il suo “fiancheggiatore” Agostino Pirella, quando ricordano che ciò che dice Pierre Bourdieu dei sociologi, può valere anche per noi: “denuncio quella sorta di etnocentrismo che colpisce lo scienziato inconsapevole di tutto ciò che il fatto di essere posto al di fuori dell’oggetto, di osservarlo da lontano e dall’alto, introduce nella sua percezione dell’oggetto... per cui ciò che parla nei suoi discorsi apparentemente scientifici non è l’oggetto ma il suo rapporto con l’oggetto”.

Lettere: Cucchi e Rizzoli... i diritti di detenuti indifesi e malati devono valere il doppio
di Ilaria Cucchi

Il Foglio, 15 marzo 2013

Leggo l’articolo di Luigi Manconi sul caso di Angelo Rizzoli, sul Foglio di martedì scorso. E rabbrivisco. Torno con la mente a tre anni e cinque mesi fa. Un detenuto in attesa di giudizio, mio fratello Stefano. Domiciliari negati su presupposti inesistenti: scambiato per un “albanese senza fissa dimora”.

Un giovane uomo infermo, rinchiuso in un posto dove non poteva e non doveva stare. Il reparto detentivo dell’ospedale Sandro Pertini, a Roma. Stessa stanza per mio fratello e per Rizzoli. Una protesta per rivendicare i propri diritti. Smettere di mangiare, per far sentire la propria voce quando nessuno sembra capire la gravità di quello che sta accadendo. Quando i diritti fondamentali dell’essere umano vengono calpestati, per il solo fatto di essere un detenuto, in nome di una burocrazia, quella cieca della realtà carceraria e della nostra giustizia, che può anche uccidere... Se tre anni e cinque mesi fa avessi saputo quello che so ora, avrei usato tutta me stessa per interrompere quel calvario, perché nulla purtroppo è scontato. Nemmeno la tutela dei diritti. Ma allora non potevo immaginare le conseguenze drammatiche del nostro sistema carcerario. E della giustizia mi fidavo ciecamente.

Oggi so che ciò che sembra normale a un comune cittadino non lo è quando si è privati di ogni diritto. Se lo avessi saputo forse avrei potuto cambiare il corso degli eventi. Ma così non è stato. Oggi lancia un appello, che spero non cada nel vuoto. Fermiamo questo scempio!

I diritti dell’essere umano devono necessariamente venire prima di tutto. Anche quando l’essere umano in questione è un detenuto. Se vogliamo poter affermare di essere un paese civile. E se oggi la storia si ripete devo arrendermi al fatto che il sacrificio di mio fratello e la mia personale battaglia non sono serviti a nulla. Ed effettivamente il processo per la morte di Stefano lo dimostra. Ipocrisie su ipocrisie. Si perde di vista la natura del problema e ci si affanna per difendere le ragioni di uno Stato che diventa sempre più indifendibile. E nel frattempo tutto resta invariato. In nessun altro paese succederebbe questo nell’indifferenza generale. Ma evidentemente nel nostro paese interessano di più le vicende giudiziarie di Berlusconi, per esempio. È tutto molto triste.

Milano: detenuto straniero muore a San Vittore, la Garante esprime preoccupazione

Redattore Sociale, 15 marzo 2013

Di nazionalità straniera, è morto nel sonno nella notte tra mercoledì e giovedì scorsi. Garante: “Sono preoccupata”. Nel carcere di San Vittore a Milano è morto nel sonno un detenuto, nella notte tra mercoledì e giovedì scorsi. Era rinchiuso nel terzo raggio e di nazionalità straniera. “Sono preoccupata - afferma Alessandra Naldi, Garante dei detenuti del Comune di Milano. Il terzo raggio fra l’altro è stato ristrutturato e quindi le condizioni di detenzione sono meno difficili rispetto agli altri reparti. Mi auguro si possa accertare le cause del decesso”.

Emilia Romagna: Sappe;

in un anno 101 tentati suicidi nelle carceri, 12 alla Dozza

Dire, 14 marzo 2013

Suicidi, tentati suicidi, aggressioni ad agenti di Polizia penitenziaria, danneggiamenti di celle e strutture ma anche manifestazioni dei detenuti per chiedere l’indulto o protestare per le condizioni di vita dietro le sbarre. È una fotografia tutt’altro che rassicurante quella fatta alle carceri dell’Emilia-Romagna attraverso i dati dei cosiddetti “eventi critici”, diffusi oggi in una nota dal segretario aggiunto del Sappe, Giovanni Battista Durante. Nel corso del 2012, nelle carceri regionali, ci sono stati 101 tentativi di suicidio sventati dalla Polizia penitenziaria e 628 sono stati gli atti di autolesionismo da parte dei detenuti (ce ne sono stati di più solo in Toscana e Lazio). Tre il numero dei suicidi (uno a Modena, uno a Bologna e uno a Parma) e otto, invece, i decessi per cause naturali. Ma da Piacenza a Rimini si contano anche molti episodi di ferimenti e colluttazioni con gli agenti di Polizia penitenziaria: i ferimenti sono stati 81 (più della metà dei quali, 46, sono avvenuti nel carcere della Dozza di

Bologna) e 273 le colluttazioni (100 a Bologna).

Ci sono poi stati 60 episodi di danneggiamento a beni dell'amministrazione e 628 scioperi della fame. Ancora più numerose le manifestazioni: 8.934 quelle di protesta collettiva a favore o contro misure legislative (indulto, amnistia, disegni di legge vari), altre 2.061 quelle per le condizioni di vita all'interno delle carceri. In regione, il maggior numero di tentati suicidi arriva dal carcere di Piacenza, dove sono stati 15. Al secondo posto c'è Bologna, con 12 tentativi, e poi Modena, dove sono stati otto; a seguire, ci sono la casa circondariale di Reggio Emilia e quella di Ferrara (cinque), l'ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia e Rimini (quattro), Parma (tre) e Forlì (uno).

Dei 628 atti di autolesionismo, 34 sono stati Bologna, 20 a Piacenza, 15 a Modena, 16 a Rimini, 10 a Ferrara, nove alla casa circondariale di Reggio Emilia, otto all'Opg (sempre a Reggio), sette a Ravenna e Forlì, uno a Castelfranco. Il dato degli episodi di autolesionismo è uno di quelli a cui il Sappe guarda con più preoccupazione: l'Emilia-Romagna è infatti da meno solo rispetto a Toscana (dove sono stati 1.236) e al Lazio (668). Ma il totale dei detenuti, in Lazio (come anche in Sicilia, Lombardia o Piemonte) è molto più alto.

“Tutti questi eventi non fanno che aggravare il già difficilissimo compito della Polizia penitenziaria che ormai da anni lavora con molti agenti in meno rispetto a quelli che dovrebbe avere”, sottolinea Durante, ricordando che in Emilia-Romagna mancano più di 650 agenti (7.500 la carenza a livello nazionale). E i numeri delle assenze sono destinati a crescere: “Nei prossimi due anni, a causa dei tagli alle assunzioni, potremo assumere solo il 37% del numero complessivo di agenti che andranno in pensione”, ricorda Durante. A livello nazionale, invece, gli atti di autolesionismo sono stati 7.317, i tentativi di suicidio 1.308, i suicidi 56, i decessi per cause naturali 97.

Giustizia: l'orizzonte “corto” dei detenuti e la vista che se ne va
di Simone Lenzi

La Repubblica, 13 marzo 2013

Fra le milioni di cose che non so, c'era anche questa: che ai detenuti, con il tempo, cala la vista. Non ci avevo mai pensato. Eppure, ora che me lo hanno detto, mi pare una cosa ovvia. Bastava fare due più due per arrivarci: se una cosa la usi poco, poi non funziona più tanto bene. Lo so anch'io che mi alzo troppo poco dalla sedia, e mi basta fare due passi in più del solito che poi mi fanno male i muscoli delle gambe. Atrofizzati, si dice.

Atrofia vuol dire precisamente questo, che qualcosa soffre perché non gli diamo il giusto nutrimento, o non gliene diamo abbastanza. Ora che mi hanno detto della penuria di occhiali a Sollicciano, mi viene in mente Dante, che nel Canto X fa dire a Cavalcante “Se per questo cieco carcere vai”.

L'inferno è dunque un “carcere cieco”: non si vede una via d'uscita, perché una via di uscita non c'è. La dannazione eterna consiste proprio nel fatto che l'inferno non sia solo un carcere, ma che, soprattutto, sia un vicolo “cieco”. Penso anche a Gramsci che, in un altro carcere cieco, dedicò non per caso a questo Canto alcune della pagine più acute dei suoi Quaderni.

Il carcere, ora lo so, diventa cieco con il tempo, perché vivere scrutando un orizzonte monocromo di pochi metri atrofizza gli occhi. Ma voglio arrischiarmi oltre, per dire che secondo me non c'entra solo la fisiologia in questo abbassamento della vista nei regimi detentivi. C'entra la sostanza di cui sono fatti gli uomini, ciò che li distingue davvero dagli altri animali: guardare oltre, progettarsi nell'avvenire. Fosse solo pensare a cosa ci sarà per secondo a mensa domani, o attendere una visita, o ricordarsi che mercoledì c'è una partita importante in televisione.

Questo aspettare, attendere, questo rivolgersi a ciò che ancora non c'è, è in realtà sempre un darsi appuntamento allo specchio con se stessi, con ciò che ci rende umani. Ed è qualcosa che facciamo soprattutto con gli occhi.

Anche ad occhi chiusi, certo. Ma sempre con la vista che traguarda un orizzonte.

Per questo, quando l'orizzonte finisce a pochi metri e le pareti hanno sempre lo stesso colore, la vista si atrofizza. Nella finzione poetica del Canto X i dannati, “come quei c'ha mala luce”, non vedono le cose vicine e intuiscono invece le lontane, tanto che se Cavalcante ignora cosa ne sia di suo figlio, Farinata invece profetizza a Dante l'esilio. Nella realtà del regime detentivo, al contrario, la prigione condanna sicuramente ad avere la vista corta. Succede per il continuo mettere a fuoco l'angustia dello spazio.

Ora, chi ama le parole, sa che Spa-tium ha la stessa radice di Spes, speranza. Perché come la speranza è un tendersi verso qualcosa, un attendere, così lo spazio è ciò in cui ci muoviamo, da questo punto a un punto dove ancora non siamo, ma che pure già abbiamo traguardato. E se Dante scrive “lasciate ogni speranza voi ch'entrate”, all'ingresso dell'Inferno, è proprio perché i dannati sappiano da subito che quello in cui si trovano è un disperato non-spazio. Ma se è così, ed è così, allora tutto dipende da cosa pensiamo debba essere invece un regime detentivo. Se non vogliamo che sia persino peggiore dell'inferno, allora credo che bisogna davvero trovare il modo di comprare gli occhiali ai detenuti di Sollicciano. Dobbiamo trovare questi soldi. Ne va del nostro essere umani.

Gli occhiali impossibili dentro quelle celle che rendono ciechi, di Maria Cristina Carratù

C'è un problema, fra i tanti, giganteschi drammi che affliggono le carceri in Italia, di cui non si parla mai: gli occhiali. Sembra niente, rispetto alla non-vita di detenuti costretti dove dovrebbe starne la metà, come a Sollicciano (1.000 invece di 450). E invece è moltissimo. Anche perché il calo della vista che colpisce gran parte dei detenuti (in gran parte sotto i 45 anni) a pochi mesi dall'ingresso in carcere è un po' il simbolo di questa istituzione "contro" le persone, la loro dignità e i loro diritti.

N.J., marocchino 24enne, è qui da un anno: "Avevo una vista buonissima" racconta, "dopo sei mesi la tv mi sembrava tutta sfuocata, adesso non sopporto più neanche la luce". A. H., albanese, 21 anni, ha due occhi bellissimi "ma" dice "non riesco a scrivere una cartolina alla mia famiglia". L. M., italiano di 26 anni, dopo appena quattro mesi ha fatto domanda per gli occhiali: "Pensavo di avere un tumore al cervello, prima vedevo lontano dieci chilometri, ora neanche il fondo del cortile".

Succede così, racconta Salvatore Tassinari, presidente dell'associazione Pantagruel, che lavora in carcere con i suoi volontari: "Quando cominci a passare le giornate chiuso in una cella, la prima cosa che si riduce è il campo visivo. Il tuo sguardo spazia al massimo entro i pochi metri che dividi con i tuoi compagni, e a poco a poco perde il senso della profondità. Si abitua a non spingersi oltre, finché, a un tratto, non ci riesce proprio più".

E non è solo la percezione della distanza, a svanire dietro le sbarre. Se ne va, piano piano, anche un altro piacere della vita, il senso dei colori: "Qui dentro ci sono solo tonalità di grigio" spiega Tassinari, "e l'occhio, a un certo punto, comincia a leggere come grigio anche quello che c'è fuori". Tutto, insomma, in questo mondo chiuso, si contrae, e la vista che cala diventa il simbolo stesso della vita in carcere, costretta "a rinunciare a ogni aspettativa". Cioè ad annullarsi. Se poi si aggiunge che "dopo la vista, di solito, si alterano anche l'olfatto e l'udito, e il detenuto vive in un continuo, nevrotizzante, stato di allerta", c'è da stupirsi che la gente si suicidi?

Ma non basta: ancora più grave, se possibile, è che nella stragrande maggioranza dei casi i detenuti non possano procurarsi gli occhiali: "I medici del carcere glieli prescrivono, ma se non glieli portiamo noi" dice Tassinari, "nessuno di loro ha la possibilità di comprarseli".

Troppo cari per chi "a malapena ha i soldi per comprarsi un francobollo o una lametta da barba nello spaccio del carcere". Solo che adesso i soldi mancano anche a Pantagruel, "quelli degli enti pubblici sono mirati solo su progetti specifici, non su un bisogno endemico come questo, che ogni anno ci costa dai 3 ai 4 mila euro". Non resta allora che organizzare ogni tanto cene di autofinanziamento (info: www.asspantagruel.org), "dove ai tanti che neanche lo immaginano spieghiamo come per i detenuti gli occhiali siano ormai un genere di prima necessità".

Lettere: noi detenuti del carcere di Pavia... in condizioni disumane

La Provincia Pavese, 13 marzo 2013

Noi detenuti del carcere di Pavia, unanimi con la disperata voce di altri 67mila detenuti nelle carceri italiane, vorremmo far sapere le condizioni in cui tutti i giorni siamo costretti a vivere in condizioni veramente disumane. Ogni giorno siamo sottoposti a una convivenza forzata per colpa di un esorbitante sovraffollamento.

Le leggi penitenziarie vengono a mancare, così non siamo tutelati. Per colpa di una mala giustizia e di una politica corrotta e birbona che ormai da anni ci governa. Processi infiniti, strutture penitenziarie fatiscenti e degradanti, non c'è assistenza medica sufficiente e né progetti di reinserimento.

Malati di Hiv, diabetici, tossicodipendenti, alcolisti e persino malati di tumore senza cure: per queste persone la possibilità di uscire vivi è pochissima. Mentre curati in strutture al di fuori del carcere avrebbero occasione di ricominciare un'esistenza migliore.

Vorremmo ricordare che la commissione di Strasburgo ha multato l'Italia per ben due volte: fu dato tempo ancora tutto il 2013 per mettersi alla pari dell'Europa. Nel 2012 ci sono stati atti gravi di autolesionismo sfociati in ben 120 suicidi di detenuti e altre 60 di agenti di polizia penitenziaria. Ormai le nostre carceri stanno esplodendo, 8 o 10 persone non possono vivere in 4 metri quadrati, senza igiene in spazi angusti e fatiscenti.

Ricordiamo le umili parole del nostro santo padre Wojtyla rivolte alle nostre forze politiche affinché si potesse migliorare questa degradante situazione. Ricordiamo il nostro presidente della Repubblica Giorgio Napolitano commosso fino alle lacrime al funerale del suo caro amico, stringendo nella mano destra una busta bianca con le sue ultime volontà, in cui incaricava il presidente della repubblica di prendere atto del sistema carcerario per un'amnistia o indulto. Ricordiamo le lotte pacifiche dell'onorevole Pannella, specialmente l'ultima rifiutando acqua e cibo per diversi giorni, arrivato quasi all'estremo delle forze che i medici stessi sono dovuti intervenire per salvargli la vita. Facciamo appello alle nostre forze politiche oneste e ai nuovi parlamentari, affinché prenderanno atto di questo disumano, invivibile e degradante sistema carcerario.

I detenuti di Pavia

Chieti: apre struttura dell'Asl che anticipa riforma degli Ospedali psichiatrici giudiziari
www.abruzzoindependent.it, 12 marzo 2013

È stata rinviata a giovedì 14 marzo 2013 alle ore 11.00 la conferenza stampa per la presentazione della nuova struttura per la cura dei detenuti psichiatrici. L'appuntamento è nella sala riunioni Direzione Generale - VII livello Ospedale "SS. Annunziata" - Chieti. Parteciperanno: Francesco Zavattaro, Direttore Generale Asl Lanciano Vasto Chieti, Ignazio Rucci, Sindaco di Ripa Teatina, Luigi De Fanis, Assessore regionale alla Prevenzione collettiva La legge del N.211 del 17 febbraio 2012 recante "interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri" sanciva l'inevitabile chiusura, con termine perentorio entro il prossimo 1 marzo 2013, dei cosiddetti Opg: cioè gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Ma ecco che si scopre che i soldi stanziati per riconvertire quelle strutture ed avviare un effettivo recupero sanitario, oltre che giudiziario, delle persone recluse in quelle strutture horror non ci sono. E che, dunque, i tempi per applicare quel dispositivo verranno prorogati di almeno un semestre o finché non verranno trovati i fondi, circa 155 milioni di euro.

Giustizia: Iacolino (Ppe); garantire diritto alla salute dei detenuti con problemi psichiatrici
La Sicilia, 12 marzo 2013

"La paventata ipotesi di prorogare di almeno un anno la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari oltre ad essere inaccettabile va nella direzione opposta auspicata dalla legge approvata nel febbraio dello scorso anno (9/2012) che stabiliva al 31 marzo di quest'anno il termine previsto per la chiusura e il superamento degli Opg ancora aperti".

Lo afferma l'europarlamentare e Vicepresidente della Commissione per le libertà civili, la giustizia e gli affari interni del Parlamento europeo, Salvatore Iacolino (Gruppo Ppe). Uno slittamento che non serve a molto - perché rinvia, acuendolo, un problema che si ripresenterà più avanti - e che suscita grande preoccupazione tenuto conto che l'attuale modello degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari risulta insufficiente a garantire cure appropriate e a sostenere il percorso riabilitativo degli oltre mille internati che ancora oggi sono detenuti in strutture generalmente prive dei requisiti richiesti per l'accoglienza.

Riteniamo che il processo di superamento di queste strutture non possa essere affidato a soluzioni improvvisate. Governo e Regioni devono puntare al definitivo superamento di queste strutture e a una reale riforma del sistema - attraverso la creazione e il potenziamento di strutture alternative come le Comunità Terapeutiche assistite per le quali sono state stanziare le risorse - con la presa in carico dei pazienti affetti da problemi psichiatrici da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende sanitarie con percorsi di riabilitazione differenziati che tengano conto delle esigenze di salute di ciascun detenuto.

La Regione siciliana - che ha il triste primato di non aver ancora provveduto a varare un piano di riorganizzazione assistenziale per cui non si è fatta ancora carico del paziente psichiatrico detenuto negli Opg - deve procedere, in tempi rapidi, al recepimento della normativa nazionale che obbliga le Regioni a programmi di reinserimento e inclusione sociale sviluppando interventi di riabilitazione psicosociale e attività lavorative con il concorso delle Aziende sanitarie".

Giustizia: Angelo sta per morire di carcere come Stefano... perché si può e si deve evitare
di Luigi Manconi

Il Foglio, 12 marzo 2013

È difficile immaginare due personalità tanto diverse sotto il profilo sociale e culturale (e, forse, psicologico) quali quella di Stefano Cucchi e quella di Angelo Rizzoli. Eppure, oggi, la combinazione crudele delle circostanze ha portato il secondo in quel reparto detentivo dell'ospedale Sandro Pertini, e nella stessa stanza, dove il trentunenne geometra di Torpignattara ha trovato la morte il 22 ottobre del 2009. Entrambi in custodia cautelare, entrambi atrocemente provati nel fisico e nell'animo. Così differenti le rispettive condizioni di vita e i rispettivi ruoli sociali, eppure un destino comune li ha condotti a una situazione che, si vuole sperare, non dovrà comportare la medesima fine.

Angelo Rizzoli è affetto da sclerosi multipla con emiparesi spastica emisoma destro che lo obbliga a deambulare solo con l'uso del bastone; a ciò si aggiunga una ipertensione arteriosa, complicata da grave insufficienza renale cronica, prossima alla dialisi (valori di creatinina 5,3 mg: a 6 mg si inizia la dialisi); un diabete mellito, trattato con tre iniezioni quotidiane di insulina dosata ogni otto ore sul valore delle glicemie instabili; una pregressa angina instabile con malattia dei tre vasi coronarici trattata con angioplastica e stent coronarici; una dislipidemia con sindrome metabolica. E, infine, una pregressa mielopatia compressiva del midollo cervicale che aggravava l'emiparesi del braccio destro, operata e trattata con inserimento intravertebrale di due dispositivi metallici. Ho voluto riportare, con la piatta crudezza del linguaggio medico, il quadro clinico delle condizioni di Angelo

Rizzoli perché ritengo che solo quel quadro - con l'essenzialità dei termini diagnostici e la disadorna descrizione di un corpo gravemente colpito - offra l'esatta misura del suo stato di salute. Non solo. La situazione renale si è ulteriormente aggravata e il diabete necessita di controllo della glicemia tre volte al giorno e di trattamento insulinico a seconda delle glicemie che solo un medico diabetologo può valutare di volta in volta.

Rizzoli è costretto a letto perché, essendo stato privato del bastone all'ingresso in carcere, non può camminare e mostra già segni di atrofia muscolare; e dal momento che non è autonomo, gli è impedito l'uso della doccia a causa del pericolo di cadute.

In queste condizioni, Rizzoli tende a rifiutare il cibo: e ciò, in aggiunta al quadro clinico appena descritto, ha indotto il professor Luigi Tazza, nefrologo presso il Policlinico Gemelli, a parlare ripetutamente, in una perizia, di pericolo di decesso del paziente se non adeguatamente seguito e curato anche dal punto di vista psicologico. La perizia del giudice per le indagini preliminari conferma il quadro patologico e le possibili complicanze, ma ritiene l'aggravamento delle condizioni di salute responsabilità del paziente stesso, a causa del rifiuto di cibo e terapie. La perizia, poi, descrive il paziente come autosufficiente, in grado di lavarsi e vestirsi, e quindi compatibile con il regime detentivo.

Non è la prima volta che viene formulata una valutazione di "compatibilità", successivamente rivelatasi errata. In ogni caso qui si parla di custodia cautelare: ovvero di una misura prevista per la persona indagata e la cui applicazione è rigorosamente e tassativamente regolamentata dal codice. Possibile che, a un mese di distanza dall'arresto di Rizzoli, le circostanze previste per il ricorso alla custodia cautelare siano tutt'ora così inesorabilmente cogenti da imporre la reclusione di un uomo tanto gravemente malato, e riconosciuto tale dallo stesso giudice?

Si torna così al discorso iniziale. Il carcere è oggi una grande agenzia di stratificazione sociale, che riproduce disparità e sperequazioni, che amministra diseguaglianze e discriminazioni, intrecciandosi alla crisi del sistema di welfare e surrogando alcune delle funzioni e dei servizi dai quali lo stato sociale si è ritirato.

L'esito è che oggi, all'interno del circuito penitenziario, è prevalente la componente costituita da poveri e nuovi poveri, malati cronici e pazienti psichiatrici, dipendenti da tutte le dipendenze, borderline e marginali, persone che precipitano nella scala sociale e soggetti che entrano ed escono dai confini del sistema di cittadinanza. Un carcere, cioè, che assume una sempre più netta fisionomia classista e censitaria.

Allo stesso tempo, l'organizzazione penitenziaria funziona come meccanismo livellatore, riducendo nella gran parte dei casi - le eccezioni restano, ma sempre meno significative - le risorse e i privilegi dei singoli. È questo che rende così simile, pure in quella distanza sociale e culturale di cui si è detto, le figure di Angelo Rizzoli e di Stefano Cucchi, reclusi nel reparto detentivo dell'ospedale Sandro Pertini. Si può e si deve evitare che simile sia il loro destino.

Milano: pessimo cibo e scarsa igiene, la Garante boccia le carceri di San Vittore e Opera

Dire, 11 marzo 2013

Negativo il quadro che emerge dalle visite di Alessandra Naldi a San Vittore e Opera. Appuntamento per dibattere la questione il 16 marzo a "Fa la cosa giusta", la fiera degli stili di vita sostenibili.

Nelle carceri di Milano non solo si sta stretti, ma si mangia malissimo e l'igiene è in condizioni pietose. È quanto emerge dalle visite effettuate da Alessandra Naldi, nuovo garante dei detenuti del Comune di Milano, negli istituti penitenziari di San Vittore e Opera. Il problema del sovraffollamento è quindi aggravato da altre carenze. "Ho ricevuto molte segnalazioni sullo stato dei materassi, sulla scarsa pulizia delle lenzuola - spiega la garante. Inoltre i detenuti si lamentano del fatto che non possono procurarsi disinfettanti per pulire le celle".

Anche il cibo è pessimo: per legge dovrebbe esserci una cucina che sforna i pasti ogni 200 detenuti, ma in realtà ce ne sono molte di meno. "C'è sicuramente un problema di qualità delle forniture -aggiunge la Naldi-, e dobbiamo capire anche se ci sono problemi di organizzazione. Alcuni detenuti si arrangiano comprando generi di prima necessità dallo spaccio interno, ma i prezzi spesso sono più alti che all'esterno e non tutti possono permetterselo". La Garante parlerà delle condizioni delle carceri milanesi a "Fa la cosa giusta!", la fiera nazionale del consumo critico e degli stili di vita sostenibili, organizzata da Terre di mezzo e che si terrà a Fieramilanocity, dal 15 al 17 marzo. Il suo intervento è previsto per sabato 16 marzo, dalle ore 12 alle 13, insieme a Lamberto Bertolè (presidente della sottocommissione carceri del Comune di Milano) e di don Gino Rigoldi (cappellano del carcere minorile Beccaria) durante l'incontro "La paladina degli invisibili".

Avellino: colpito da arresto cardiocircolatorio, detenuto salvato dagli agenti

Agi, 10 marzo 2013

Colpito da arresto cardiocircolatorio, un detenuto del carcere di Bellizzi è stato salvato dalla Polizia Penitenziaria.

L'episodio a poche ore dalla violenta aggressione ad una agente. Apprezzamento è stato espresso dal Sappe ai colleghi del reparto "che con il loro tempestivo intervento hanno salvato la vita ad un detenuto, intervenendo immediatamente". Un intervento determinante, che ha consentito al medico e al personale infermieristico del presidio ospedaliero di attivare il defibrillatore e rianimare l'uomo, permettendo al cuore di tornare a battere. "Nell'istituto è immediatamente giunto il personale del 118 e l'uomo, poco più che quarantenne, è stato condotto all'Ospedale Moscati di Avellino, in pronto soccorso per essere sottoposto ad un delicato intervento al cuore e adesso, seppur le condizioni sono gravi, si trova fuori pericolo di vita". Donato Capece, segretario generale del Sappe chiederà all'Amministrazione penitenziaria di Roma una adeguata ricompensa (lode o encomio) al Personale di Polizia che è intervenuto per salvare la vita al detenuto.

"Si è trattato di un gesto eroico, da valorizzare, che nelle carceri italiane accade con drammatica periodicità: si pensi che nel 2011 e 2012 la Polizia Penitenziaria ha sventato oltre 2.000 tentativi di suicidio di detenuti e impedito che più di 10mila atti di autolesionismo posti in essere da altrettanti ristretti potessero degenerare ed ulteriori avere gravi conseguenze".

Pescara: detenuto suicida, l'autopsia confermata il decesso per asfissia acuta

Ansa, 10 marzo 2013

Asfissia acuta, secondo i primi risultati dell'autopsia, è la causa della morte del detenuto tunisino trovato senza vita l'altra ieri nella sua cella, nel carcere San Donato di Pescara.

L'esame è stato eseguito questo pomeriggio, dal medico legale Cristian D'Ovidio, nell'ospedale civile pescarese. In attesa del risultato degli esami tossicologici, si è appreso che attraverso la comparazione degli indici indiretti, è stato confermato quanto evidenziato dal primo esame fatto dal medico legale e cioè che la morte fosse avvenuta per l'inalazione del gas contenuto in una bomboletta da campeggio in dotazione nelle celle. La relazione del medico legale sarà ora inviata alla procura della Repubblica di Pescara. In particolare il pm che conduce l'inchiesta, Barbara Del Bono, aveva aperto un fascicolo tecnico, con l'ipotesi di istigazione al suicidio ma senza indagati, proprio per consentire l'autopsia.

Giustizia: Sappe; resta alta tensione in carceri italiane, nel 2012 morti più di 150 detenuti

Ansa, 10 marzo 2013

"Resta alta la tensione nelle carceri italiane. Nel 2012 ben 1.300 detenuti hanno tentato il suicidio, 7.317 gli atti di autolesionismo e 4.651 le colluttazioni. 56 i suicidi e 97 le morti per cause naturali. Oltre 1.500 le manifestazioni su sovraffollamento e condizioni di vita intramurarie".

"Al di là delle chiacchiere e delle dichiarazioni di intenti, la situazione penitenziaria resta ad alta tensione e questa dirigenza dell'Amministrazione Penitenziaria, a guida Giovanni Tamburino e Luigi Pagano, sembra non rendersi conto della gravità delle cose. Gli stessi dati recentemente elaborati dall'Amministrazione Penitenziaria e relativi agli eventi critici accaduti nelle carceri italiane nel corso dell'anno 2012 dovrebbero fare seriamente riflettere sulle evidenti problematiche del sistema, rispetto alle quali è assolutamente necessario una riforma organica e strutturale e non soluzioni fantasiose come la vigilanza dinamica e l'autogestione dei detenuti.

Questi dati sono altresì importanti per far conoscere il duro, difficile e delicato lavoro che quotidianamente le donne e gli uomini della Polizia penitenziaria svolgono con professionalità, zelo, abnegazione e soprattutto umanità. È importante che la Società riconosca e sostenga l'attività risocializzante della Polizia Penitenziaria e ne comprenda i sacrifici sostenuti per svolgere tale attività, garantendo al contempo la sicurezza all'interno e all'esterno degli Istituti".

Lo dichiara Donato Capece, segretario generale del Sindacato Autonomo Polizia Penitenziaria Sappe, la prima e più rappresentativa organizzazione dei Baschi Azzurri, commentando i dati relativi agli eventi critici che si sono verificati negli istituti penitenziari italiani nell'anno passato.

Il Sappe sottolinea che "nel 2012, nelle sovraffollate carceri italiane, i detenuti hanno posto in essere 7.317 atti di autolesionismo e 1.308 tentativi di suicidio.

Le morti per cause naturali in carcere sono state 97 e 56 i suicidi (36 di italiani e 20 di stranieri), 4.651 sono stati le colluttazioni e 1.023 i ferimenti. Sono state 14 le evasioni e 55 i detenuti che non sono rientrati in carcere dopo aver fruito di permessi di necessità e di permessi premio. Oltre 1.500, infine, le manifestazioni di protesta collettive sulla situazione di sovraffollamento delle carceri e sulle critiche condizioni intramurarie che si sono tenute nel 2012.

Il SAPPE torna a proporre con urgenza un nuovo ruolo per l'esecuzione della pena in Italia, che preveda circuiti penitenziari differenziati ed un maggiore ricorso alle misure alternative, e sottolinea l'importante ruolo svolto quotidiano dai Baschi Azzurri del Corpo: "La Polizia Penitenziaria, negli oltre 200 penitenziari italiani, è formata

da persone che nonostante l'insostenibile, pericoloso e stressante sovraffollamento credono nel proprio lavoro, che hanno valori radicati e un forte senso d'identità e d'orgoglio, e che ogni giorno in carcere fanno tutto quanto è nelle loro umane possibilità per gestire gli eventi critici che si verificano quotidianamente, soprattutto sventando centinaia e centinaia di suicidi di detenuti.

Dispiace constatare che le risposte dell'Amministrazione penitenziaria all'emergenza penitenziaria si siano rilevate del tutto inefficaci, come ad esempio la fantomatica quanto irrazionale e sporadica sorveglianza dinamica, che accorpa ed abolisce posti di servizio dei Baschi Azzurri mantenendo però in capo alla Polizia penitenziaria il reato penale della colpa del custode (articolo 387 del Codice penale).

Il Dap, con il Capo Dipartimento Tamburino ed il vice Pagano, favoleggia di un regime penitenziario aperto, di sezioni detentive sostanzialmente autogestite da detenuti previa sottoscrizione di un patto di responsabilità favorendo in realtà un depotenziamento del ruolo di vigilanza della Polizia Penitenziaria: di fatto tutto ciò impedisce ed impedirà ai poliziotti di intervenire in tantissime situazioni critiche che quotidianamente si verificano in carcere”.

Venezia: lettera-appello dai detenuti di Santa Maria Maggiore... situazione al limite

Venezia Today, 8 marzo 2013

In una lettera aperta inviata al Gazzettino i carcerati chiedono aiuto alle istituzioni per alleviare il sovraffollamento: “Chiediamo anche la nomina di un nostro Garante a Venezia”.

Sovraffollamento, problemi igienico-sanitari. I detenuti del carcere di Santa Maria Maggiore hanno preso carta e penna e hanno scritto una lettera aperta al Gazzettino chiedendo che qualcuno si occupi di loro. Il penitenziario, infatti, secondo quanto raccontano sarebbe vicino al collasso. I mittenti chiedono l'attenzione del Comune, del presidente del tribunale di Sorveglianza, Giovanni Maria Pavarin e del giudice Barbara Della Longa. Il gruppo di detenuti, come riporta il quotidiano veneziano, prende a esempio le parole di Marcello Bortolato, magistrato di sorveglianza di Padova, che ha chiesto alle istituzioni di trovare delle soluzioni, anche a costo di interpellare la Corte Costituzionale.

I detenuti, quindi, chiedono che anche Venezia si unisca a Padova nell'appello. “Siamo al limite della sopportazione - spiegano nella lettera - la nostra situazione è a dir poco drammatica. Tutto ciò che sta accadendo non si può senz'altro definire civilmente democratico”. Nella missiva si torna a chiedere l'istituzione del Garante dei detenuti, che, pur approvata dal Consiglio comunale, finora non è stato nominato.

Giustizia: nelle carceri continuano le “morti silenziose”, sei suicidi dall'inizio dell'anno di Michele Minorita

Notizie Radicali, 8 marzo 2013

Lo avevano arrestato con l'accusa di aver preso parte a una rapina ai danni di un commerciante di preziosi, avvenuta nel giugno scorso. P.M., 27 anni di Cotronei, arrestato appena ventiquattr'ore prima, e rinchiuso nel carcere di Crotone, ricava da un lenzuolo una corda; e con questa si toglie la vita impiccandosi. È il sesto detenuto che si toglie la vita dall'inizio dell'anno, annota Eugenio Sarno, segretario della UIL-Penitenziaria.

Morti “silenziose”, che non fanno quasi più notizia. Suicidi a parte, nel solo mese di febbraio, e nel solo carcere napoletano di Poggioreale, sono morti, per cause da appurare, tre detenuti. Poggioreale, giova ricordarlo, è il carcere nel quale sono reclusi circa 2.781 persone su una capienza di 1.679 posti. Racconta Mario Barone, presidente dell'associazione Antigone-Campania: “Il 1 febbraio 2013 C.D., già ricoverato al centro clinico interno al carcere di Poggioreale, è deceduto dopo un ricovero urgente al Loreto Mare. F.M. è morto il 6 febbraio 2013 in ospedale, dove era stato ricoverato dal 26 gennaio 2013. R.F. è deceduto a seguito di un malore in istituto il 16 febbraio 2013: il 118 ne ha constatato il decesso”.

Nonostante siano passati cinque anni dal passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero della giustizia alla competenza delle Asl, continua Barone “non abbiamo dati affidabili e certi sui quali effettuare un monitoraggio. Secondo le nostre stime oltre il 60 per cento dei detenuti presenta una patologia cronica. La tutela della salute in carcere rimane una zona grigia dei diritti fondamentali del detenuto”.

Quello della tutela della salute all'interno degli istituti di pena è un problema enorme. Caso emblematico la situazione del carcere romano di Rebibbia. Il G14 di Rebibbia N.C. è uno dei quattro reparti in Italia dedicato ai detenuti affetti da Hiv, e quindi reparto di interesse nazionale; era il fiore all'occhiello del carcere: pensato per ovviare all'isolamento sanitario dei malati di Hiv ha un'infermeria, una cucina, un laboratorio informatico, una cappella e una biblioteca. Le celle sono sempre aperte e i detenuti partecipano a progetti che facilitano la socializzazione e il lavoro, parte integrante del trattamento come la terapia clinica.

Da qualche tempo, però, la situazione è peggiorata al punto da spingere il Garante dei detenuti del Lazio Angiolo

Marroni a denunciare “un clima potenzialmente esplosivo che, fino ad oggi, non è deflagrato per il lavoro svolto dal nostro ufficio, dai volontari, dai sanitari e dagli agenti di polizia penitenziaria”.

Al G14 ci sono 22 persone, tutte malate di Hiv; l'età media è fra i 45 e i 50 anni. Oltre all'Hiv, i presenti hanno patologie psichiatriche, l'epatite, cardiopatie e dermatiti. Buona parte dei detenuti è di difficile gestione - negli ultimi 10 giorni si sono registrati tre casi di autolesionismo - sei sono casi psichiatrici conclamati. In tre sono in sciopero della fame e rifiutano i farmaci per motivi di giustizia (attesa liberazione anticipata, permessi premio, ricoveri in ospedale). “Molti”, dice il Garante, “sono, per le loro condizioni, incompatibili con il carcere. Il fisico di ognuno è segnato dalle malattie e dalle dipendenze. Ma a costringerli in una cella sono le posizioni giuridiche, le misure alternative revocate, i cumuli di pena, i nuovi reati o, più semplicemente, il fatto di non avere una dimora. Il vissuto determina l'assenza delle famiglie e i problemi economici, con molti detenuti che dipendono dai nostri operatori, dai volontari anche per le più piccole necessità”.

Su questa situazione si è abbattuto il taglio indiscriminato della spesa: per la prima volta, nel 2013 non saranno finanziate le attività per i tossicodipendenti, rimaste senza copertura economica. Il carcere non ha più fondi né per la mediazione culturale, né per i progetti del G14, né per quelli delle comunità terapeutiche che operano in carcere. “La somma di queste criticità”, conclude Marroni, “ha fatto salire la tensione alle stelle e creato una situazione di emergenza. Di fatto la gestione del reparto è affidata alla polizia penitenziaria, agli infermieri ed agli operatori del trattamento. Ciò che si percepisce è un clima di esasperazione dove è sempre più netta la sensazione di essere stati abbandonati dalle istituzioni, con concreti rischi di recrudescenza e di inasprimento delle condizioni di detenzione. Per evitare l'irreparabile occorre che ciascuna componenti torni a fare il proprio lavoro: gli educatori ed il personale sanitario e di sicurezza devono essere messi in condizione di poter lavorare; la magistratura deve tornare a scegliere ciò che è meglio per ciascun detenuto; occorre che vengano riattivati, anche con l'aiuto delle politiche regionali, percorsi alternativi al carcere; occorre che il territorio e la società civile tornino ad aprirsi”.

E a proposito di assistenza. Ormai ci siamo, il 31 marzo incombe. Fra pochi giorni, il 31 appunto, per legge dovranno essere chiusi gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari esistenti. I due-tremila pazienti che si sono macchiati di reati (anche molto gravi), e per la loro condizione mentale non sono equiparati ai detenuti “normali”, dovranno essere collocati altrove. Claudio Mencacci, presidente degli psichiatri italiani, scuote la testa dubbioso; ipotizza una proroga, forse fino a giugno; ma, aggiunge, “per sostituire gli Opg serve più tempo. Presidi psichiatrici in carcere, nuovi mezzi per intensificare i servizi sui territori, anche con l'aiuto insostituibile del volontariato”. Ma gli Opg dovranno essere chiusi a fine marzo? “Non sarà così. Le Regioni hanno già chiesto una proroga al 30 giugno e si sta già pensando di arrivare fino a fine 2013. Molti interventi di conversione delle strutture non saranno pronte fino al 2015. Serve una gradualità maggiore per dare modo al territorio di cambiare il modo di operare”.

Mencacci suggerisce di procedere con gradualità, senza drastici tratti di penna: “Va pensato, ad esempio, quel 10 per cento di internati autori di reati, per cui dovrà essere prevista una struttura sanitaria con vigilanza esterna. Va valutato caso per caso quel 30 per cento di persone che si sono ammalate nelle carceri, poi spedite negli Opg, restituibili al territorio. Servono nuovi reparti di osservazioni e occorre potenziare l'assistenza psichiatrica nelle carceri per poter intervenire tempestivamente con chi manifesta problemi mentali. Poi ancora, i Dsm vanno adeguatamente rinforzati, di uomini e risorse, per permettergli di costruire percorsi di riabilitazione individualizzati”. E allarga il tiro: “Il compito dello psichiatra è la cura. Non accettiamo qualsiasi posizione di custodia e vigilanza, come in certi casi ci viene chiesto. Vorremmo entrare nelle carceri dove l'assistenza psichiatrica è modesta, con dei presidi organizzati. Basta pensare che dal 1 aprile nessuno entrerà più negli Opg, le persone con un'infermità mentale dove andranno? In carcere. E lì cosa trovano per curarsi? Niente”.

Il Governo, dice Stefano Cecconi, presidente del Comitato “Stop Opg”, “sta lavorando per prorogare la chiusura prevista al 31 marzo. Nel frattempo la Conferenza Stato-Regioni sta discutendo come affrontare la fase transitoria, con un atto che tenti di superare gli Opg senza abolire quelle parti del codice penale che ne sovrintendono all'esistenza. Ma il problema è che questo Paese sembra non sia nemmeno in grado di organizzare la presa in carico di un migliaio di persone”. La situazione è a macchia di leopardo: “In alcune regioni sono già pronte, ma hanno il problema di regolare i loro rapporti con la sanità privata e con il Dap”, spiega il magistrato Francesco Maisto, giudice di sorveglianza del Tribunale di Bologna.

“La Lombardia, per esempio, ha il caso di Castiglione delle Stiviere: in questo Opg ci sono 28 cittadini emiliani, di cui 17 sono in programmi trattamentali esterni. A sua volta, l'Opg di Reggio Emilia ospita 36 residenti in Veneto e 30 internati lombardi. In altre parole, si dovrebbe regionalizzare una legge dello Stato”.

Il garante dei detenuti di Milano Alessandra Naldi non nasconde il timore che “il problema degli Opg venga delegato al mondo penitenziario. Il carcere però non è un luogo dove la gente si cura, ma dove la gente si ammala. Bisognerebbe smetterla di pensare al carcere come a un posto dove mettere i problemi che la società non riesce ad affrontare”.

Avremo modo di riparlarne.

Benevento: intesa Asl e carcere, per il recupero di detenuti alcolisti e tossicodipendenti

www.ntr24.tv, 7 marzo 2013

Firmato Protocollo d'Intesa: una equipe di 5 figure professionali si occuperà delle valutazioni cliniche, oltre agli aspetti psicologici e assistenziali. Responsabile del servizio sarà il dirigente Asl, Vincenzo Biancolilli.

Un Protocollo Operativo d'Intesa per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti ed alcolodipendenti. È quanto è stato sottoscritto tra la direzione della Casa Circondariale di Benevento e l'Asl sannita. Una equipe di cinque figure professionali - un infermiere, due dirigenti medici, uno psicologo e un assistente sociale - si occuperà della valutazione clinica dell'eventuale terapia farmacologica relativa ai singoli casi.

Alla visita di primo ingresso dei carcerati, il personale sanitario provvederà ad individuare i nuovi arrivati affetti da alcol-tossicodipendenza. Dopo le analisi e i controlli presso il laboratorio del Distretto Benevento, il detenuto con una tossicodipendenza in condizione "attuale" sarà segnalato e verrà preso in carico dall'equipe esterna dell'Uoc Dipendenze Patologiche per l'elaborazione del programma terapeutico.

Il grado di adesione del detenuto al programma e il livello di motivazione al cambiamento saranno utilizzati poi per la stesura della relazione che, congiuntamente con la scheda sanitaria e la posizione giuridica, correrà l'istanza per l'inserimento del detenuto nel circuito assistenziale differenziato (Icatt).

Il team si occuperà direttamente anche dei contatti con le famiglie dei detenuti per capire, in prossimità della scarcerazione, la disponibilità ad accoglierli; nonché con i servizi territoriali per l'applicazione di misure alternative.

L'Asl, inoltre, garantirà al Carcere di Contrada Capodimonte l'approvvigionamento dei farmaci sintomatici e sostitutivi provvedendo alla loro fornitura con mezzi e personale.

Il medico è la figura professionale che incontrerà per primo il detenuto per valutare un quadro clinico, con particolare riferimento alle crisi di astinenza e agli aspetti psicologici. Al dottore spetterà prendere decisioni urgenti, come ad esempio la prescrizione di farmaci.

Dopo l'incontro, l'utente verrà indirizzato ad uno o più colloqui con lo psicologo, il cui compito è quello di valutare la necessità di un trattamento individuale o di gruppo.

Seguirà infine il contatto con l'assistente sociale, figura fondamentale per il collegamento con l'ambiente sociale di riferimento e l'apparato giudiziario.

Gli assistenti sociali, infatti, garantiranno un supporto concreto alle loro esigenze come l'informazione sulle offerte terapeutiche del servizio, la possibilità di stabilire contatti con il contesto sociale, con i Ser.T territoriali ecc...

Il responsabile del servizio sarà Vincenzo Biancolilli, referente dell'Area Coordinamento Ser.T dell'Azienda Sanitaria Locale. Il suo compito sarà quello di predisporre un apposito report trimestrale sull'andamento delle attività e sul numero di utenti in carico, distribuiti per Ser.T di provenienza.

Il dirigente dell'Asl provvederà anche a trasmettere i report al Settore Fasce Deboli della Regione Campania e al referente aziendale per la tutela della salute in carcere.

Verona: la Garante Forestan denuncia; cibi avariati e scaduti ai detenuti di Montorio di Manuela Trevisani

L'Arena, 7 marzo 2013

Gli accertamenti effettuati dall'Ulss. E la Garante chiede l'intervento del Comune. La Garante Forestan: "Sono costretti a buttarli e a comprarne altri". Resta alta l'emergenza affollamento. Tra i disagi, anche i trasporti Frutta e verdura avariate, carne scaduta e altra merce di cui non si conosce la provenienza: questo viene servito ogni giorno nei piatti dei detenuti del carcere di Montorio. La denuncia arriva direttamente da Margherita Forestan, garante dei diritti delle persone private della libertà personale per il Comune: il problema l'ha sollevato di fronte alla Quinta commissione di Palazzo Barbieri, presieduta dal consigliere Antonia Pavesi. "La società che ha vinto l'appalto non rispetta gli standard qualitativi previsti dal contratto di fornitura", spiega la Forestan. "I generi alimentari per la cucina sono spesso avariati e non si sa da dove provengano: i detenuti sono costretti a buttarli nel cestino e poi ad andare a comprare altro cibo nel cosiddetto "sopravvitto", che è gestito sempre dalla stessa azienda toscana". Una prassi che anche gli ispettori dell'Ulss 20 e la direzione del carcere avrebbero avuto modo di accertare, ma per il momento le segnalazioni effettuate non hanno portato alcun esito. "Abbiamo già riferito la situazione alla Direzione generale dell'amministrazione penitenziaria a Roma e persino alla Procura", prosegue la Forestan. "Al Comune chiediamo un sostegno affinché questo scandalo termini". La società, di cui non è stato riferito il nome, aveva vinto la gara d'appalto della Direzione regionale delle carceri, con sede a Padova: nelle prossime settimane verrà indetto il nuovo bando per l'assegnazione della fornitura e l'auspicio del garante per i detenuti è che la scelta ricada su un'altra azienda. Ma se il grado di civiltà di una società - come sosteneva Fedor Dostoevskij e prima di lui Voltaire - si misura dalle sue prigionie, ci sono anche altri problemi da risolvere

all'interno del carcere di Montorio. "Va segnalata la carenza sia di personale rieducativo, fondamentale per il recupero dei detenuti, sia di polizia penitenziaria", fa sapere la Forestan.

"Per non parlare dell'annosa questione del sovraffollamento delle celle: a fine dicembre le persone accolte a Montorio erano 873, a fronte di una capienza di 500 posti. Le stanze, che sarebbero adibite per due detenuti, ne accolgono normalmente quattro". Nonostante sia stata finita di costruire 18 anni fa, la casa circondariale veronese presenta già diversi problemi strutturali: "I primi interventi sono stati realizzati tre anni fa con il rifacimento dell'impianto idrico: di recente è stata ristrutturata l'infermeria ed è stata costruita la nuova portineria per l'ingresso dei familiari", prosegue la Forestan.

E conclude: "Nei mesi scorsi, però, è stata soppressa la fermata degli autobus davanti al carcere e ciò crea parecchie difficoltà a chi non è dotato di mezzi propri per raggiungerlo: i parenti devono percorrere a piedi tutto il tragitto dall'ultima fermata in Borgo Venezia, vicino alla Mondadori, fino a Montorio".

Pescara: detenuto tunisino di 33 anni si suicida con il gas nel carcere di San Donato

Ansa, 7 marzo 2013

Un detenuto tunisino di 33 anni è stato trovato morto oggi all'interno del carcere San Donato di Pescara: secondo i primi accertamenti, l'uomo avrebbe inalato del gas da una bomboletta in dotazione per la cucina. A trovare il cadavere sono stati i compagni di cella, allarmati dal fatto che l'uomo non rispondeva alle loro sollecitazioni. Nel carcere sono arrivati gli agenti della Polizia Scientifica e della Squadra Mobile di Pescara che hanno avviato i primi accertamenti per chiarire le cause della morte.

Carcere "lager", tunisino si uccide col gas (www.abruzzoindependent.it)

Se la Corte Europea per i Diritti Umani ha denunciato la situazione drammatica delle carceri italiane un motivo ci sarà. Se, poi, anche i presidenti delle Corti d'Appello della Penisola, nell'inaugurazione dell'anno giudiziario, hanno suggerito di ricorrere alla misura detentiva soltanto in casi di necessità allora vuol dire che il problema delle condizioni di vita dietro le sbarre è davvero allarmante. Il problema è sempre lo stesso: il sovraffollamento, le strutture idonee e la carenza di personale specializzato affinché la pena diventi davvero un'occasione di riabilitazione. Così fino ad oggi non è stato nonostante l'impegno di leader importanti quali l'abruzzese Marco Pannella che ha addirittura avviato uno sciopero della fame e della sete interrotto soltanto perché altrimenti sarebbe morto.

Dunque, non desta meraviglia l'ennesimo suicidio avvenuto durante la notte nell'istituto "San Donato" a Pescara, dove un detenuto tunisino di 33 anni è stato trovato morto. A trovare il corpo sono stati i compagni di cella, allarmati dal fatto che l'uomo non rispondeva alle loro sollecitazioni. L'uomo si sarebbe ucciso inalando del gas da una bomboletta in dotazione per la cucina.

Foggia: Sappe; in dodici ore una tentata evasione e un tentato suicidio

www.teleradioerre.it, 7 marzo 2013

Che la situazione nelle carceri pugliesi e nazionali stia diventando sempre più preoccupante lo stanno a dimostrare i fatti che si susseguono in maniera impressionante e che svelano un malessere che ormai non è più possibile arginare, se non grazie all'eroico sacrificio della Polizia Penitenziaria lasciata sola dall'Amministrazione penitenziaria prima, e dalla politica poi, a fronteggiare una situazione sempre più drammatica.

Il primo episodio è accaduto verso le ore 14 circa di ieri 6 marzo durante l'ora d'aria un detenuto straniero di circa 30 anni circa in attesa di giudizio per molestie, ha scavalcato il muro di recinzione dei passeggi per tentare di evadere dal carcere.

Resosi conto di quanto stava accadendo gli agenti di servizio al controllo dei passeggi sono prontamente intervenuti con una scala e sono andati a fermare il detenuto che resosi conto di essere stato scoperto non ha opposto resistenza.

L'altro episodio è accaduto esattamente a dodici ore di distanza verso le ore 2 di questa notte quando, grazie al pronto intervento dell'agente addetto al controllo della sezione è stato evitato un suicidio di un detenuto italiano di circa 40 anni condannato a cinque anni di reclusione per reato vari, il quale aveva tentato di impiccarsi con una corda ricavata da un lenzuolo alla finestra della stanza.

Il Sappe, sindacato autonomo polizia penitenziaria da tempo sta denunciando, tra l'indifferenza dei vertici del Dap che continuano a giocare alla "vigilanza dinamica" oppure studiano patti di responsabilità con i detenuti dimenticando che il carcere non è un convento di suore di clarisse, che la situazione non è più sopportabile ed è pronta ad esplodere con effetti deflagranti per tutti se non si pongono i dovuti rimedi.

A Foggia per esempio circa 680 detenuti per appena 380 posti disponibili ed una carenza di almeno 50 poliziotti penitenziari, la situazione è preoccupante e si continua a chiedere ai lavoratori della Polizia Penitenziaria che

percepiscono stipendi da fame, sacrifici sempre più gravi, mentre nelle ovattate stanze ministeriali dirigenti pagati decine di migliaia di euro pensano a tutt'altro.

Come si diceva prima se la situazione non è esplosa è grazie al coraggio ed all'abnegazione dei poliziotti penitenziari che ultimamente proprio a Foggia come in altre carceri, sono stati fatti oggetti di aggressione con gravi ripercussioni sull'incolumità personale. A questi eroi nascosti che fanno un lavoro oscuro e pericolosissimo il Sappe esprime il proprio ringraziamento considerato che sono figli ripudiati da un'amministrazione penitenziaria ingrata, pronta a punire per il minimo errore ma che si dimentica del sacrificio e della professionalità di migliaia di lavoratori che dovrebbe ringraziare e premiare ogni giorno, per quello che fanno a tutela della legalità e delle istituzioni.

Emilia Romagna: Fds; misure e percorsi sanitari specifici per affrontare criticità carceri

Dire, 7 marzo 2013

Roberto Sconciaforni (Fds) ha rivolto una interrogazione alla Giunta per sapere se nel definire percorsi e protocolli sanitari (anche all'interno del manuale operativo annunciato nel 2012 dall'assessore Lusenti) siano state predisposte azioni mirate ad affrontare le criticità determinate dal sovraffollamento delle carceri. Il consigliere, in particolare, chiede se si sia attivata all'interno delle carceri una vera e propria assistenza psichiatrica, con relativa presa in carico della persona e che superi, come dichiarato dalle istituzioni regionali, la mera consulenza. Sconciaforni, a questo proposito, rileva "che il sovraffollamento producendo un trattamento disumano e contrario alla dignità ha una diretta ed immediata conseguenza sulla serenità psichica del detenuto e di coloro che sono comunque privati della libertà personale". Il consigliere, infine, chiede se e come la Regione si stia impegnando per favorire il lavoro dei detenuti, ipotizzando anche la costituzione di cooperative sociali dei detenuti ammessi al lavoro esterno.

Monza: detenuto di 48 anni ritrovato morto in cella, da chiarire i motivi del decesso

di Mary Sottile

La Sicilia, 6 marzo 2013

Giovanni Uccellatore, 48 anni, muore in carcere a Monza. Oggi l'autopsia sulla salma, per accertare le cause del decesso. Capire se verrà confermata la prima ipotesi, quella dell'infarto, o se vi sia dell'altro.

All'esame autoptico, dunque, l'ultima parola per accertare cosa ha stroncato la vita di Giovanni Uccellatore, 48 anni, paternese, ritenuto uomo di punta del clan Rapisarda-Morabito, riferimento del clan catanese dei Laudani. Rinchiuso nel carcere di Monza, Uccellatore doveva scontare ancora 14 anni di reclusione inflittigli con l'operazione "Baraonda", condotta a Paternò dai carabinieri della locale Compagnia nel 2010.

E proprio ieri Uccellatore era atteso a Catania, in Tribunale, dove si sta celebrando il processo d'appello per l'operazione "Baraonda". Lui, uno dei pezzi storici del clan Rapisarda, già da dieci anni dietro le sbarre, in seguito a una prima sentenza di condanna arrivata dopo l'operazione "Rocca Normanna". Un lungo passato maturato nell'ambito della criminalità locale, con condanne per associazione mafiosa, estorsioni, e tutta una serie di altri reati.

Secondo la ricostruzione dei fatti, raccontata al legale di Uccellatore, l'avvocato Luigi Cuscunà, l'uomo, sarebbe morto per un infarto. Uccellatore sembra soffriva di ipertensione grave, tanto che l'avvocato Cuscunà più volte aveva avanzato richiesta di scarcerazione, sempre negata. Per Uccellatore la morte è arrivata domenica notte. Pare che i primi sintomi siano arrivati intorno all'1 circa. Poi l'aggravarsi della situazione alle 3,30, quando è spirato. Uccellatore è sempre rimasto in carcere, i medici hanno solo avviato contatti con l'ospedale senza mai trasferire concretamente l'uomo. Intanto, come detto, oggi l'autopsia, solo dopo si saprà quando la salma verrà trasferita a Paternò, dove verranno celebrati i funerali.

Intanto, i familiari dell'uomo sono partiti alla volta di Monza. Sul caso è stato aperto un fascicolo. Ascoltato a testimonianza di quanto accaduto quella notte in ospedale anche il detenuto che condivideva la cella con Uccellatore. "Verificheremo se ci sono responsabilità - evidenzia l'avvocato Luigi Cuscunà, se vi sono state negligenze nel trattare il caso, a salvaguardia della salute del detenuto".

Crotone: 27enne arrestato per rapina si impicca in cella dopo un giorno di carcere

Agi, 6 marzo 2013

Un detenuto si è impiccato questo pomeriggio nella casa circondariale di Crotone. Si tratta di Pasquale Maccarrone, 27enne di Cotronei, che era stato arrestato solo nella mattinata di ieri dalla Polizia di Stato con l'accusa di aver preso parte ad una rapina ai danni di un commerciante di preziosi di Crotone avvenuta nel giugno dello scorso anno. Maccarrone si è impiccato al letto a castello della cella nella quale era rinchiuso da solo, utilizzando un

lenzuolo.

Sarno (Uil-Pa Penitenziari): detenuto suicida a Crotone (Il Velino)

“Un giovane detenuto calabrese, arrestato ieri per rapina, si è suicidato, nel primo pomeriggio, in una cella del carcere di Crotone. Il giovane in mattinata aveva sostenuto l’interrogatorio di garanzia. Rientrato in cella in tarda mattinata ho posto in essere l’insano gesto impiccandosi alla branda del letto, pare con strisce di stoffa ricavate dalle lenzuola”. A darne notizia è Eugenio Sarno, segretario generale della Uil-Pa Penitenziari.

“Non ci abitueremo mai - continua - alla drammaticità di certe notizie. Purtroppo il fenomeno dei suicidi in cella è una delle tante priorità da risolvere nel magma delle criticità che attengono al nostro sistema penitenziario. Questa morte, purtroppo, infrange un trend al ribasso di auto soppressioni che è doveroso rilevare nell’anno in corso (l’ultimo suicidio risale al 4 febbraio). Trattasi del sesto suicidio in cella del 2013. Evidentemente occorre continuare a lavorare per garantire vivibilità e dignità alle persone detenute.

Ciò può affermarsi anche attraverso quel nuovo modello organizzativo di sorveglianza che il Dap sta cercando di mettere in piedi tra notevoli difficoltà e qualche strumentale diffidenza. Noi non possiamo non auspicare che il nuovo Parlamento ed il nuovo governo (quando si formerà) inseriscano nelle loro agende una percorso di attenzione e soluzioni concrete rispetto alle notevoli difficoltà del sistema penitenziario.

Difficoltà, è bene ricordarlo, che non solo determinano le condanne della Cedu per trattamenti disumani ma determinano anche condizioni di lavoro ai limiti dell’insostenibilità per il personale della polizia penitenziaria.

Ragione aggiuntiva per sostenere l’intelligente e coraggioso progetto del Dap, ovvero quella che è stata definita la rivoluzione normale”.

Giustizia: Ospedali psichiatrici giudiziari, gli ultimi lager

di Oreste Pivetta

L’Unità, 6 marzo 2013

Dovrebbero venir chiusi il 31 marzo. Ma mancano le nuove strutture.

Un saggio pubblicato in Brasile racconta come superare la realtà degli Opg: giudicare l’imputato e rivedere il concetto di pericolosità. In Italia, alla vigilia della chiusura, siamo ancora indietro

Non era questione nei programmi elettorali, perché una legge c’è. Ma potrebbe essere questione per il prossimo governo, un prova a proposito di diritti, democrazia, rispetto della costituzione, civiltà. Il tempo a disposizione è breve. Sembra un paradosso la fretta che entra in una istituzione immobile, chiusa attorno a persone che hanno perso ogni diritto, anche quello di contare, cioè misurare, il proprio tempo.

Peggio di un ergastolo: esseri umani a disposizione di un ordine superiore, il magistrato e lo psichiatra, per una attesa che troppe volte si chiude con la morte, naturale o violenta, per suicidio (quarantaquattro suicidi negli ultimi dieci anni) o per sfinimento, talvolta solo per la consapevolezza di essere gli ultimi tra gli ultimi, più a fondo di tutti nel pozzo dei derelitti.

Il 31 marzo scade il termine: come prevede la legge 9/2012 (firmatari Ignazio Marino, Daniele Bosone, Michele Saccomanno), gli Opg, cioè gli ospedali psichiatrici giudiziari, dovranno chiudere, liberare la varia umanità dolente che imprigionano, la varia umanità che dovrebbe trovare altre strade per vivere, cambiare, progredire. Quali strade ancora non si sa.

Una volta gli Opg erano soltanto “manicomi criminali”. Il nuovo nome è una maschera d’ambiguità e d’ipocrisia: “ospedali” fa pensare a una organizzazione sanitaria, “psichiatrici” dovrebbe indicare qualcosa che riguarda malattia e cura, “giudiziario” lascia cedere a una tribunale, a un codice, alle norme.

L’unico tribunale è quello che ha sottratto al “folle reo” anche la possibilità di essere giudicato come ogni altra persona, colpevole o innocente; la psichiatria è debole di per sé e per la debolezza delle strutture e pronta a cedere, per pigrizia o per insipienza, di fronte alla gravità della colpa, all’idea che quella condizione di segregazione sia ineluttabile e tutto sommato la più comoda per la società; l’ospedale è materialmente peggio di un carcere e le sbarre e i chiavistelli semplicemente “custodiscono” l’abbandono.

Sarebbero bastate le poche immagini diffuse dalla televisione, dopo la visita nei nostri manicomi criminali della commissione d’inchiesta guidata da Ignazio Marino, per muovere lo sdegno, suscitare lo scandalo. Dopo la prima riprovazione sembra che tutto si sia spento. Prevale il senso comune di un Paese di poca cultura, che s’indigna a momenti, di fronte a uomini aggrappati alle inferriate di una prigione o stesi legati ad un letto di contenzione, ed è pronto a dimenticare la propria indignazione, quando una diversità qualsiasi minaccia la tranquillità, un paese che sempre considera il matto “delinquente” doppiamente pericoloso, perché è matto e perché delinque.

Pazienza se il reato è un nonnulla, una reazione eccessiva, una collera, un pugno, magari soltanto “ubriachezza molesta”... Il giudizio di infermità mentale, di incapacità ad intendere e volere sottrae il “folle reo” al diritto di un processo, alla considerazione delle responsabilità e delle attenuanti e lo condanna al rischio di “fine pena mai”, a un destino da dimenticati (dalla stessa famiglia).

Succede che uno qualsiasi uccida qualcuno, succede che venga giudicato, che debba scontare una pena, ma che possa godere di patteggiamenti e di sconti di pena e dopo dieci anni possa ritrovare la libertà. Così non accade a un matto, la cui "pericolosità sociale" è un'ipoteca sul futuro, una croce che nessun altro si porta addosso, una sanzione preventiva, una mostruosità.

Un bel saggio, di un criminologo brasiliano, Virgilio de Mattos, analizza con grande chiarezza questi temi (presentandoci anche un'esperienza di superamento del manicomio criminale, nello stato di Minas Gerais). Scrive de Mattos: "In primo luogo deve essere assicurato il diritto alla responsabilità dell'imputato, essendo inaccettabile ritenere che un soggetto affetto da disagio psichiatrico non debba rispondere dei suoi atti. Non vi deve essere correlazione alcuna tra il disturbo mentale e il reato commesso. In secondo luogo occorre comprendere che il concetto di pericolosità non possiede alcun fondamento scientifico, essendo frutto più di un pregiudizio che di una situazione concreta riferito al futuro comportamento del paziente".

Una via d'uscita, questo il titolo del libro, pubblicato da Edizioni Alpha Verlag nell'Archivio critico della salute mentale, è una storia brasiliana (e molto italiana: basti pensare ai rapporti tra Franco Basaglia e il Brasile, documentati in uno splendido libro, Conferenze brasiliane), che rappresenta una condizione diffusa, universale e realtà diverse, in alcuni casi più crude che in altri, che racconta infine una stessa croce imposta in tutti i manicomi giudiziari del mondo: l'esclusione fino alla sparizione dietro le sbarre, materiali e metaforiche, di chi non riuscirà mai a liberarsi dallo stigma di matto e criminale.

Per de Mattos tutti i cittadini devono essere considerati imputabili e penalmente giudicabili, mantenendo tutte le previste garanzie: un processo cioè che permetta di ricostruire i fatti, la possibilità di un contraddittorio e di un'ampia difesa legale. A tutti deve essere inflitta, in caso di responsabilità accertata, una pena secondo i limiti fissati dalla legge, con la possibilità di patteggiamenti, di cambiamento di regime, di libertà condizionata. Se sussiste il disturbo mentale e se si accerta la relazione tra la patologia e il reato, si potranno considerare attenuanti. Si dovrà soprattutto considerare un percorso di cura e poi, scontata la pena, un modo per tornare alla società. "La magia del diritto penale scrive de Mattos è molto semplice: se c'è una compromissione psichica non esiste reato. Ma ci può essere una sanzione anche se non c'è reato. Basta che la sanzione si travesta da misura di sicurezza. Lo farà per difendere la società e l'autore stesso del reato, affetto dall'incapacità di intendere e di volere".

In Brasile, come racconta il libro, un'esperienza diversa si è provata. Qui si chiamano in causa sensibilità nuove, attenzione e disponibilità: seguire il malato, accompagnare il folle reo, contro la scappatoia della segregazione. "I dati sono eloquenti: oltre mille malati di mente autori di reato sono stati seguiti in poco più di cinque anni ... e la percentuale di recidive è stata prossima allo zero, principalmente per i reati contro la persona". Con costi, aggiunge il criminologo brasiliano, decisamente inferiore a quelli conseguenti all'internamento.

Alla scadenza del 31 marzo i sei ospedali psichiatrici giudiziari in Italia (Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli, Reggio Emilia, Castiglione delle Stiviere, Barcellona Pozzo di Gotto) non dovrebbero esistere più. I loro millecinquecento ospiti dovrebbero essere trasferiti in parte in sezioni carcerarie in parte in speciali case di cura (da venti posti letto ciascuna), affidate alle Asl. La legge subirà probabilmente un rinvio: vi sono incertezze nell'interpretazione e le strutture non sono pronte. Ma soprattutto, nella fretta di allestire camerate e infermerie, un'altra volta ci si è dimenticati del "soggetto", cioè del malato, di quel "pazzo criminale", tanto pazzo e tanto criminale, che non lo si punisce neppure per il reato che ha commesso, lo si seppellisce per la sua futura pericolosità, per la sua imprevedibilità, per la sua insuperabile cronicità. La sanzione è l'esclusione. Con l'obbligo della cura. Quale cura? Dentro stanzoni lerci, freddi, in condizioni igieniche penose, tra muri cadenti e marci per la muffa, tra poche suppellettili consunte dall'uso e dalla sporcizia, gente solitaria, mai raggiunta da un piano terapeutico o riabilitativo.

Per ora, se va bene, cadranno le mura di Aversa o di Barcellona Pozzo di Gotto o di Montelupo Fiorentino. C'è il rischio che altre mura si alzino, fresche d'intonaci e vernici, senza niente attorno, senza cure e senza diritti per chi è destinato, senza condanne, a viverci dentro.

Giustizia: il diritto alla vita e alla salute calpestato nelle carceri italiane

www.avis.org, 5 marzo 2013

Certe morti silenziose non fanno quasi più notizia, eppure è nostro dovere porvi l'attenzione. In questa convulsa fase politica, in cui le forze politiche cercano un accordo di governo su alcuni punti comuni da sviluppare nei prossimi mesi, i primi temi da mettere sul tavolo dovrebbero essere quelli dei diritti civili. Invece si preferisce stare su altre questioni, come si dice più vicine "alla pancia" dei cittadini, come il taglio dei costi della politica, ecc. Cose importanti, per carità, ma intanto nelle carceri italiane si continua a vivere in condizioni di sovraffollamento ed emergenze sanitarie.

Oppure si muore, come racconta la notizia che pubblichiamo qui di seguito. Alle ultime elezioni hanno partecipato

3.426 detenuti, pari a circa il 5,2 per cento (dato calcolato sull'intera popolazione carceraria, mentre manca quello sugli aventi diritto). Segno che per la stragrande maggioranza di queste persone il carcere sta fallendo il suo obiettivo, che dovrebbe essere quello del recupero, oltre che della punizione.

Nel solo mese di febbraio sono morti, per cause da appurare, tre detenuti nel carcere di Poggioreale, nel quale sono reclusi circa 2.781 persone su una capienza di 1.679 posti. Lo rende noto Mario Barone, presidente dell'associazione Antigone-Campania.

“Il 1 febbraio 2013 C.D., già ricoverato al centro clinico interno al carcere di Poggioreale, è deceduto dopo un ricovero urgente al Loreto Mare. F.M. è morto il 6 febbraio 2013 in ospedale, dove era stato ricoverato dal 26 gennaio 2013. R.F. è deceduto a seguito di un malore in istituto il 16 febbraio 2013: il 118 ne ha constatato il decesso”. Questa la drammatica sequenza di morti secondo il portavoce dell'associazione.

“È davvero un dato preoccupante - ha detto Barone - la sequenza di tre decessi per ragioni legate alla salute. Nei primi due casi, il ricovero in una struttura ospedaliera extra - muraria, avvenuta solo pochi giorni prima del decesso, solleva non pochi interrogativi sugli standard delle prestazioni sanitarie rese all'interno del carcere. Per quanto riguarda l'ultima morte improvvisa, ci chiediamo quali siano le procedure previste nei casi di emergenza e quali interventi di pronto soccorso si attivino in attesa dell'arrivo dei sanitari del 118”.

“Nonostante siano passati cinque anni dal passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero della giustizia alla competenza delle Asl - continua Barone - a oggi, non abbiamo dati affidabili e certi sui quali effettuare un monitoraggio. Secondo le nostre stime oltre il 60 per cento dei detenuti presenta una patologia cronica. La tutela della salute in carcere rimane una zona grigia dei diritti fondamentali del detenuto”.

“Il nuovo Parlamento - ha concluso il presidente campano di Antigone - dovrà occuparsi, non solo delle drammatiche condizioni di sovraffollamento carcerario che hanno portato l'Italia a essere condannata dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, ma anche della tutela del diritto universale alla salute all'interno degli istituti di pena. Noi da subito segnaleremo questi decessi al garante campano dei diritti dei detenuti e al presidente della Commissione sanità e sicurezza sociale del Consiglio regionale perché se ne approfondiscano le cause e le dinamiche”.

Salerno: nel carcere di Fuorni condizioni disumane per chi è malato
di Barbara Cangiano

La Città di Salerno, 4 marzo 2013

In otto in una cella di venti metri quadri omologata per tre persone. Con pareti umide e scrostate, bagni chiusi da vecchi cartoni, docce fredde che si possono usare una volta a settimana, biancheria cambiata con frequenza da terzo mondo, vitto e farmaci che scarseggiano e che molto spesso finiscono sul conto delle famiglie che se lo possono permettere.

Se il sovraffollamento delle carceri è una emergenza nazionale (a Salerno i detenuti sono 550 a fronte di una capienza massima stimata in 280 unità), l'assistenza sanitaria precaria vede la casa circondariale di Fuorni tra i primi posti in Campania. Parola di Massimiliano Franco, professione avvocato, che con un pool di colleghi (Loredana De Simone, Massimo ed Emiliano Torre, Paolo Vocca, Rosanna Carpentieri, Silverio Sica) si occupa, attraverso l'associazione Radicali salernitani di Donato Salzano e il circolo Nessuno tocchi Caino, delle condizioni disperate in cui vivono i detenuti. Sono tre i ricorsi attualmente curati dai legali salernitani, pronti a finire (uno è già stato introdotto) sulla scrivania dei giudici della Corte europea di Strasburgo.

Il primo caso riguarda un 58enne salernitano: a Fuorni doveva scontare un residuo di pena di un mese e mezzo. Affetto da un carcinoma alla prostata, aveva chiesto un differimento di esecuzione della pena per potersi curare in un centro clinico attrezzato per la radio e la chemioterapia che gli erano state prescritte. Non gli fu concesso.

“È stato sottoposto ad una terapia chemioterapica in carcere, ma con farmaci diversi da quelli che gli erano stati dati - spiega Franco. Il suo quadro clinico si è molto aggravato, al punto che oggi non può neppure essere operato”. L'istanza di trasferimento in una struttura attrezzata fu rigettata “perché il magistrato lo ritenne superfluo in considerazione che la pena da scontare era limitata. Ma un mese e pezzo per un malato di tumore può significare molto”.

All'attenzione della Corte di Strasburgo c'è già il ricorso di un 46enne di Vallo della Lucania, affetto da cardiopatia ischemica. A febbraio 2012 chiese il trasferimento presso un centro ospedaliero, denunciando l'arbitraria sostituzione di un farmaco che gli era stato prescritto e che avrebbe dovuto assumere ogni otto ore. “Le sue condizioni si aggravarono. Per soli sei mesi fu trasferito primo a Benevento e poi ad Avellino dove a tutt'oggi non segue la cura che dovrebbe. Il gip gli ha anche negato la possibilità di effettuare la prova da sforzo”, ha sottolineato Franco.

Illuminante è poi il caso di una 35enne marocchina che, affetta da una grave cirrosi epatica, si è fatta in quattro per tornare a Fuorni dopo essere stata ricoverata per un breve periodo nella sezione detenuti del “Ruggi”. “Le celle non

hanno bagni. I detenuti sono obbligati ad attendere l'arrivo di un infermiere o di un agente per qualunque cosa. Se qualcuno si sente male deve sperare che dall'altra parte la sua voce venga ascoltata".

Condizioni devastanti, "aggravate da un abuso della misura cautelare preventiva e da un inasprimento del tribunale di sorveglianza". Ma al vaglio dell'associazione c'è ora la possibilità di impugnare le ordinanze emesse nelle fasi di esecuzione delle pene, tirando in ballo la responsabilità civile. Una battaglia nuovissima, che va ad aggiungersi alla pioggia di ricorsi che potrebbero arrivare dinanzi ai giudici di pace, dopo la sentenza che ha stabilito un rimborso di mille euro per un detenuto che ha trovato la forza di denunciare le condizioni di degrado in cui era stato costretto a resistere a Fuorni.

Campania: Antigone; tre morti in un mese nella Casa Circondariale di Napoli-Poggioreale

Ristretti Orizzonti, 3 marzo 2013

Nel solo mese di Febbraio sono morti, per cause da appurare, tre detenuti nel carcere di Poggioreale, nel quale sono "ospiti" circa 2.781 unità su una capienza di 1.679 posti. Lo rende noto oggi Mario Barone, Presidente dell'Associazione Antigone-Campania.

"L'1 Febbraio 2013 C.D., già ricoverato al Centro Clinico interno al Carcere di Poggioreale, è deceduto dopo un ricovero urgente al Loreto Mare. F.M. è morto il 6 Febbraio 2013 in Ospedale, dove era stato ricoverato dal 26 gennaio 2013. R.F. è deceduto a seguito di un malore in istituto il 16 febbraio 2013: il 118 ne ha constatato il decesso".

Questa la drammatica sequenza di morti secondo il portavoce dell'associazione. "È davvero un dato preoccupante" - ha detto Barone - "la sequenza di tre decessi per ragioni legate alla salute. Nei primi due casi, il ricovero in una struttura ospedaliera extra-muraria, avvenuta solo pochi giorni prima del decesso, solleva non pochi interrogativi sugli standard delle prestazioni sanitarie rese all'interno del carcere. Per quanto riguarda l'ultima morte improvvisa, ci chiediamo quali siano le procedure previste nei casi di emergenza e quali interventi di pronto soccorso si attivino in attesa dell'arrivo dei sanitari del 118".

"Nonostante siano passati cinque anni dal passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia alla competenza delle Asl" - continua Barone - "ad oggi, non abbiamo dati affidabili e certi sui quali effettuare un monitoraggio. Secondo le nostre stime oltre il 60% dei detenuti presenta una patologia cronica. La tutela della salute in carcere rimane una zona grigia dei diritti fondamentali del detenuti".

"Il nuovo Parlamento" - ha concluso il presidente campano di Antigone - "dovrà occuparsi, non solo delle drammatiche condizioni di sovraffollamento carcerario che hanno portato l'Italia ad essere condannata dalla Corte europea dei diritti dell'Uomo, ma anche della tutela del diritto universale alla salute all'interno degli istituti di pena. Noi da subito signaleremo questi decessi al Garante campano dei diritti dei detenuti e al Presidente della Commissione Sanità e Sicurezza sociale del Consiglio regionale perché se ne approfondiscano le cause e le dinamiche".

Basilicata: approvate Linee di indirizzo sulla sanità penitenziaria, per ridurre rischio autolesivo e di suicidio

Adnkronos, 3 marzo 2013

La Giunta regionale della Basilicata ha approvato le linee di indirizzo sulla sanità penitenziaria con lo scopo di tutelare la salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nelle carceri riducendo il rischio autolesivo e di suicidio. È stato così recepito l'accordo, approvato in Conferenza Unificata un anno fa, per la riorganizzazione della medicina penitenziaria affidando tutte le funzioni prima svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile al Servizio Sanitario Nazionale mentre le Regioni garantiscono l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende sanitarie locali. L'obiettivo è valutare e adottare procedure di accoglienza che consentono di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e mettere in campo interventi necessari per prevenire atti di autolesionismo.

Catanzaro: Convegno Inmp sull'assistenza sanitaria del cittadino straniero in carcere

di Luigi Palamara

www.mnews.it, 3 marzo 2013

Nell'ambito del progetto "Salute senza barriere", finanziato dal Fei (Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini dei Paesi Terzi), proposto dal Ministero dell'Interno e attuato da un partenariato composto da Ministero della Salute e Inmp (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà), si è tenuto a Catanzaro, nella Casa circondariale "Ugo Caridi", uno dei seminari informativi

previsti in dodici istituti di pena d'Italia, in collaborazione con le Asl di riferimento, sul diritto all'assistenza sanitaria del cittadino straniero e detenuto, sulla riforma della medicina penitenziaria e il funzionamento del Ssn. Il progetto, che mira a promuovere l'integrazione sanitaria dei cittadini dei Paesi Terzi, ospiti temporaneamente degli Istituti di pena, coinvolge anche il personale sanitario dell' Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro che ha in carico la salute dei detenuti nelle Case circondariali di Catanzaro e Lamezia Terme e nell'Istituto penale per minori di Catanzaro.

Per il Dott. Antonio Montuoro, che si occupa da due anni di Sanità penitenziaria nell'Asp di Catanzaro e che è stato uno dei relatori del seminario "la situazione della sanità negli istituti penitenziari è a macchia di leopardo, con punte evidenti di criticità, ma anche con realtà, e la Calabria è tra queste, nelle quali, seppure con difficoltà, si riesce ad assicurare buoni standard di assistenza. E se la sanità penitenziaria calabrese è nel suo complesso virtuosa il merito va ascritto a tutte le professionalità mediche e non che operano in questi istituti".

Con riferimenti più specifici, Montuoro ha sottolineato che il Direttore generale dell'Asp di Catanzaro, dott. Gerardo Mancuso, dimostrando "una sensibilità davvero non comune verso le problematiche della salute in carcere, il 6 maggio 2011, dopo un lavoro preparatorio, ha sottoscritto insieme ai dirigenti degli istituti penitenziari, il protocollo d'intesa tra l'Asp, le case circondariali di Catanzaro e Lamezia Terme e L'Istituto penale per minori di Catanzaro. Protocollo che definisce le forme di collaborazione tra l'Ordinamento Sanitario e l'Ordinamento Penitenziario della Giustizia Minorile per garantire la tutela della salute ed il recupero sociale dei detenuti, degli internati adulti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale".

Per Montuoro "la professionalità degli operatori sanitari (medici incaricati, medici Sias - Servizio integrativo di assistenza sanitaria, medici di continuità assistenziale, infermieri, psicologi, ecc.) che lavorano nelle carceri, l'impegno, l'attenzione, la capacità d'ascolto delle persone affidate interamente alle loro cure, si sono rivelati fattori fondamentali per affrontare adeguatamente la domanda di salute in carcere".

Un altro punto di forza è rappresentato dalla specialistica ambulatoriale. Nella Casa Circondariale di Catanzaro dalle 136 ore settimanali del 2010 si è passati alle attuali 162 ore nelle varie branche specialistiche, mentre ben 8931 sono state le visite effettuate in sede intramuraria solo le prestazioni sanitarie non altrimenti eseguibili all'interno degli istituti sono state effettuate nelle varie strutture ospedaliere del territorio.

Anche i Ser.T. di Catanzaro e Lamezia, pur con carenza di organico, come sottolinea Montuoro, "garantiscono la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di dipendenza patologica dei detenuti". "Diversamente da altre realtà carcerarie - aggiunge Montuoro - negli istituti di pena dell'ASP di Catanzaro, negli ultimi anni, si sono verificati pochi casi di suicidio ed una bassa incidenza di atti di autolesionismo e tentativi di suicidarsi. Un risultato ottenuto certamente grazie all'alta professionalità e al lavoro di chi dirige e gestisce le nostre carceri".

Ricorda, poi, che "si deve alla proficua collaborazione tra operatori sanitari e operatori della giustizia minorile il progetto voluto dal Dipartimento Tutela della salute : "Percorso socio-sanitario per la tutela dei minori e dei giovani adulti sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria Minorile", definito modello d'eccellenza dal Direttore Generale del Dipartimento Giustizia Minorile del Ministero".

Montuoro conclude dichiarando che "c'è ancora molto da fare, ci sono limiti da superare, tuttavia, in un momento di difficoltà e di tagli per la Sanità, l'Asp di Catanzaro ha dimostrato di "camminare " per assicurare durante il periodo di detenzione nelle case circondariali il diritto alla salute, garantito costituzionalmente ad ogni cittadino della repubblica ed ai cittadini stranieri.

Viterbo: detenuto di 33 anni tenta suicidio, ha ingoiato delle pile e poi si è tagliato le vene

Dire, 1 marzo 2013

Ennesimo tentativo di suicidio al carcere di Mammagialla, a Viterbo. Un maghrebino di 33 anni, detenuto per vari reati, avrebbe provato a togliersi la vita ingerendo lamette e tagliandosi le vene. Immediato l'intervento della Polizia penitenziaria, racconta viterbonews24, che ha allertato i soccorsi. Ora è ricoverato in gravi condizioni all'ospedale di Belcolle.

È un tunisino l'uomo che la notte scorsa, intorno alle 23, ha cercato di togliersi la vita nel carcere di Mammagialla, a Viterbo. Ha prima ingerito delle pile (e non delle lamette), poi si è tagliato le vene dei polsi e infine ha provato anche ad impiccarsi. L'immediato intervento della Polizia penitenziaria ha impedito che il detenuto portasse a compimento il suicidio. Adesso è ricoverato in prognosi riservata all'ospedale Belcolle e le sue condizioni restano gravi.

Salerno: detenuti a rischio, solo quattro medici per 550 persone
di Barbara Cangiano

La Città di Salerno, 1 marzo 2013

La storia di Carmine Tedesco, il detenuto 58enne deceduto al "Ruggi" il 14 novembre in circostanze ancora da chiarire, "non è purtroppo la prima, né allo stato sembra essere l'ultima che registriamo in un Paese in cui non esiste la pena di morte, ma è stata illegalmente introdotta la morte per pena. Sono tanti i casi che gridano giustizia". Donato Salzano, esponente salernitano dei Radicali, da anni si batte per migliorare le condizioni di vita nella casa circondariale di Fuorni e nella sezione detenuti del "Ruggi". La situazione è drammatica.

"La direzione sanitaria del carcere si fa in quattro, ma l'assistenza è assolutamente carente - spiega Salzano - Il numero degli immatricolati è salito a 550, il personale è tarato per una capienza massima di 280 unità. In servizio sono rimasti quattro medici ed altrettanti infermieri che non hanno né farmaci a sufficienza, né adeguate attrezzature diagnostiche. Basti pensare che in tutta la casa circondariale ci sono soltanto due defibrillatori". Un mese fa i Radicali incontrarono il manager dell'Asl Antonio Squillante per chiedere il raddoppio dei defibrillatori e l'istituzione di corsi di primo soccorso per gli agenti della polizia penitenziaria, "ma ad oggi non si è mossa una foglia", sottolinea. Le patologie principali con cui gli operatori sanitari del carcere si scontrano sono le cardiopatie, le malattie infettive "e recentemente il diabete, di cui era affetto Tedesco, che rappresenta una emergenza che la casa circondariale non è in grado di fronteggiare come dovrebbe".

Non è migliore la situazione della sezione detenuti dell'Azienda ospedaliera di via San Leonardo: "Sono aperte solo quattro celle su sei. Nessuna ha il proprio bagno né un televisore. Vivono in condizioni più dignitose le persone sottoposte al 41 bis - incalza l'esponente dei Radicali - Le guardie notturne, poi, vengono espletate da un medico della Medicina generale, reparto situato in tutt'altro plesso rispetto alla sezione detenuti". I familiari di Tedesco hanno sporto denuncia affinché la Procura faccia luce sulle cause del decesso dell'uomo: dopo oltre tre mesi, non hanno avuto alcuna risposta.

Brescia: detenuto con la tubercolosi, scatta il ricovero e la profilassi su reclusi e personale
di Marco Toresini

Corriere della Sera, 28 febbraio 2013

Tante volte i sospetti e i timori della vigilia si erano fortunatamente sciolti davanti ad un accertamento clinico con esito negativo, ad un test di Mantoux che non dava segni di positività. Questa volta non è andata così bene e l'ultimo accertamento (l'esame dell'escreato) disposto dai medici ha decretato, senza ombra di dubbio, la diagnosi: tubercolosi.

Detto di un detenuto del carcere di Canton Mombello ha l'urgenza dell'allarme rosso, del rischio epidemia in un ambiente dove vivono 500 reclusi in un posto che ne tollera la metà. Subito è scattato il ricovero dell'uomo, un italiano di 42 anni, in cella da metà gennaio, nel reparto infettivi dell'Ospedale civile di Brescia dove, in isolamento, è iniziata la terapia antibiotica del caso. È il primo episodio di Tubercolosi che la direttrice Francesca Gioieni si trova ad affrontare dal suo arrivo in terra bresciana, in quello che tutta Italia considera un carcere di frontiera, il più sovraffollato della Penisola.

"Appena abbiamo avuto il responso delle analisi - conferma la direttrice Francesca Gioieni - è stato disposto il ricovero in ospedale del detenuto e con la collaborazione dell'Asl è scattata la profilassi. Quando i detenuti vengono accolti nella struttura sono sottoposti ad una serie di accertamenti per valutarne lo stato di salute e quando nascono sospetti dell'esistenza di patologie infettive vengono fatti gli accertamenti del caso. Fino ad ora tutti i sospetti di Tbc che avevamo sui detenuti si erano sempre rivelati negativi, questa volta no e dobbiamo far fronte ad una situazione che, in una struttura sovraffollata come Canton Mombello, richiede molta tempestività".

Il detenuto era in cella con altre otto persone, subito sottoposte al test di Mantoux (la vecchia prova della "tubercolina" che anni fa agitava l'infanzia di molti) e alla profilassi prevista dai protocolli. Stesso trattamento per il personale di polizia penitenziaria e per gli altri carcerati che sono venuti a contatto negli spazi di socializzazione con il malato, che, non appena ha dato segni di sofferenza, è stato sottoposto a tutti gli accertamenti del caso (all'interno del carcere esiste una sezione clinica gestita dall'Ospedale civile di Brescia).

Il caso di Tbc a Canton Mombello ha messo in allarme le autorità sanitarie, anche perché in una struttura a questi livelli di sovraffollamento (per denunciare il quale esistono 400 ricorsi pendenti davanti alla Corte Europea) una malattia infettiva potrebbe avere effetti epidemiologici incontrollabili. La casa circondariale, dopo un progressivo svuotamento avvenuto alcuni mesi fa, è tornata ai livelli degli anni più critici. Mentre le promesse di un dimezzamento degli ospiti con il trasferimento di circa 200 detenuti nel carcere ristrutturato e ampliato di Cremona è per ora lettera morta. Se ne parlò a dicembre. Oltre due mesi - e un caso di tubercolosi - fa.

Salerno: i familiari di Carmine Tedesco; è nostro diritto sapere perché è morto in carcere
di Barbara Cangiano

La Città di Salerno, 28 febbraio 2013

Sono passati più di tre mesi dalla morte di Carmine Tedesco, il detenuto 58enne deceduto al “Ruggi” per cause ancora da accertare. “Non sappiamo cosa sia emerso dall’autopsia, né se, come crediamo, vi siano delle responsabilità a carico di persone che non hanno curato nel migliore dei modi mio marito.

Vogliamo conoscere la verità, pretendiamo che venga fatta giustizia”. Anna Sammartino, insieme ai suoi tre figli, è distrutta dal dolore e non sa darsi pace per quella che ritiene “una morte inspiegabile” e affinché la Procura faccia luce sulla scomparsa del detenuto, tramite l’avvocato Maurizio De Feo, ha sporto denuncia “per accertare le cause che hanno prodotto tale decesso ed eventuali responsabilità a carico di operatori carcerari e/o sanitari che con le loro opere e/o omissioni hanno prodotto o contribuito a produrre il verificarsi di tale evento doloroso”. Tedesco, residente a Montecorvino Rovella, era arrivato a Fuorni a marzo: avrebbe dovuto essere scarcerato il 29 dicembre. “Era affetto da una forma di diabete mellito ed assumeva, come unico farmaco, tre pillole di Glibonet al giorno - racconta la moglie - Doveva seguire una dieta specifica e tenere sotto controllo la glicemia, per il resto non aveva altre patologie”. Ma le sue condizioni di salute iniziano a vacillare pochi giorni dopo il trasferimento nella casa circondariale: “Lamentava che il valore del diabete non scendeva al di sotto dei 300 e che pur rivendicando di poter assumere il Glibonet, gli venivano somministrati altri farmaci, i quali non solo non abbattevano il valore glicemico, ma gli causavano spossatezza, collassi, mal di testa e tremori”.

Tra agosto e settembre Tedesco chiese di poter essere visitato dal suo medico di fiducia, il diabetologo Gennaro Bottiglieri, ma non gli fu consentito. L’8 novembre, nel corso del consueto colloquio del giovedì, confessò alla moglie di avere delle piaghe sul corpo e di sospettare che fossero l’effetto di una terapia farmacologica non idonea. La situazione peggiora e il 12 novembre una telefonata dal carcere informa i familiari che il 58enne è stato trasferito al “Ruggi” per accertamenti. Moglie e figli tentano di contattare fino a sera la casa circondariale per avere notizie: ma è un buco nell’acqua, “perché ad ogni telefonata ci veniva detto, anche in malo modo, di richiamare più tardi”.

Alle 19 un operatore riferisce che Tedesco era stato ricoverato per essere sottoposto ad un controllo: la moglie chiede se è possibile recarsi al “Ruggi” per fargli visita ed accertarsi di persona delle sue condizioni di salute, ma le viene ribadito che è necessario attendere il giovedì, giorno del colloquio. Sono le 20 del 13 novembre, quando, non avendo avuto risposte, Anna Sammartino e suo figlio Gianpiero provano a telefonare in ospedale, dove un infermiere invita a richiamare il giorno successivo per parlare con il medico di guardia.

Poco prima delle nove del mattino del 14, però, dal “Ruggi” fanno sapere che Tedesco è deceduto nella notte. Il magistrato di turno dispone l’autopsia, che verrà effettuata dal medico legale Giovanni Zotti. “Da quel momento non abbiamo saputo più nulla, né come mio marito è morto, né se avrebbe potuto salvarsi, ecco perché abbiamo sporto denuncia”. Del caso è stata interessata anche la deputata dei Radicali Rita Bernardini, “nella speranza che possa aiutarci a fare chiarezza”.

Livorno: 4mila le visite specialistiche nelle carceri, l’offerta sanitaria oltre ogni barriera

www.ognisette.it, 28 febbraio 2013

Nel 2012 oltre 4mila le visite specialistiche nelle carceri della Provincia. Calamai: “Il cittadino, ovunque si trovi, al centro della nostro servizio”. Cantone (Provveditore regionale amm.ne penitenziaria): “Esempio da imitare” È stato presentato per la prima volta questa mattina con la partecipazione del Provveditore dell’amministrazione penitenziaria della Toscana, Carmelo Cantone, il nuovo progetto di telemedicina che permette di collegare la struttura di reclusione elbana di Porto Azzurro con la Dermatologia dell’ospedale di Livorno. Il reparto, in particolare, grazie al nuovo collegamento può acquisire in tempo reale immagini ad alta risoluzione di presunti melanomi o altre lesioni o infezioni cutanee e refertarle a distanza senza ricorrere a spostamenti di professionisti o di detenuti.

“Il progetto - spiega Monica Calamai, direttore generale dell’Azienda USL 6 di Livorno - è il primo passo di una serie di servizi che potranno essere estesi con questo modalità al di là delle mura del carcere e prende spunto dalla volontà di assicurare a tutti i cittadini del nostro territorio, ovunque si trovino, uguali opportunità assistenziali. Offrire questo in strutture particolari come le carceri è sicuramente una sfida impegnativa, ma siamo convinti che la telemedicina possa garantire pari dignità non solo ai detenuti malati, ma anche al lavoro svolto dai nostri operatori all’interno degli istituti ponendo il cittadino, ovunque si trovi, al centro della nostro servizio”.

Il progetto permette di accedere facilmente a risorse altamente specializzate, riducendo i tempi di attesa e, in prospettiva, permettendo di estendere la copertura medica ad aree e luoghi disagiati. “Grazie agli sforzi tecnologici e non solo compiuti dall’Azienda in tema di telemedicina e di sanità insulare, dove un ruolo primario è svolto anche dalla sanità penitenziaria - dice Andrea Belardinelli, responsabile dell’Area programmazione e innovazione dell’Azienda Usl 6 - i cittadini reclusi hanno opportunità sanitarie sempre più simili a quelle di tutti gli altri. Per assicurare questo abbiamo deciso di considerare gli ambulatori all’interno delle carceri come nostri presidi sanitari a tutti gli effetti dotandoli del necessario a partire dalle infrastrutture come la banda larga che ci permette di

far entrare e uscire rapidamente grandi quantità di dati.

Da oggi all'interno del carcere si potranno così creare cartelle cliniche informatizzate e consultarle come da un altro punto dell'Azienda. Questo permette non solo di potersi avvalere in ogni momento dell'apporto professionale di qualsiasi nostro operatore, ma anche di seguire i percorsi clinici dei pazienti che, nei casi dei detenuti, sono generalmente ancora più difficili da costruire e mantenere".

L'assistenza sanitaria in carcere dal 2008 costituisce un importante capitolo delle attività offerte dalle Aziende sanitarie che hanno assunto la titolarità della medicina penitenziaria, prima in carico al Ministero di Giustizia. Sono state oltre quattromila le visite specialistiche assicurate dall'Azienda Usl 6 nel 2012 all'interno delle strutture penitenziarie presenti sul territorio (Sughere, Gorgona, Porto Azzurro e Pianosa) delle quali circa 400 dermatologiche.

"Si tratta di un risultato estremamente positivo - ricorda Maria Gloria Marinari, responsabile della Sanità carceraria per l'Azienda USL 6 - soprattutto se tenuto conto delle grandi e inevitabili difficoltà incontrate nell'offrire assistenza sanitaria all'interno di case reclusione dove risulta complesso tanto far entrare i nostri professionisti quanto uscire i detenuti.

Le visite specialistiche ammontano, per la precisione a 1.931 a Livorno, 60 in Gorgona e addirittura 2.320 a Porto Azzurro, la realtà carceraria del territorio con il numero maggior di detenuti, circa 500. Di queste la parte preponderante è costituita da visite dermatologiche, in considerazione dell'alto numero di malattie della pelle riscontrate all'interno del carcere. Proprio in considerazione di questo il progetto di telemedicina dell'Azienda USL 6 è partito dalle refertazioni a distanza della Dermatologia, ma a breve sarà esteso ad altri servizi come la tele refertazione degli elettrocardiogrammi".

Il funzionamento è semplice e immediato: il medico del servizio di medicina carceraria acquisisce le immagini con una videocamera digitale a disposizione all'interno del carcere. "A quel punto - assicura Giovanni Bagnoni, direttore della Dermatologia dell'Azienda Usl 6 di Livorno - sarà lo specialista presente in reparto a occuparsi della diagnosi e dell'eventuale terapia. Il servizio, infatti, offre anche indicazioni sul percorso da intraprendere e sulla data di successivi controlli. In più, se l'analisi individua una situazione da approfondire, si ha la possibilità di accedere rapidamente a visite specialistiche dirette. L'esame eseguito in questo modo è assolutamente paragonabile in termini di qualità ed accuratezza a un visita fatta di persona".

La novità è stata salutata con vivo apprezzamento anche da parte di Carmelo Cantone, Provveditore regionale dell'amministrazione penitenziaria in Toscana. "L'aspetto e la cura della sanità all'interno di un carcere - dice Cantone - è sicuramente uno degli aspetti strategici per la gestione di una realtà complessa come quella penitenziaria. Evoluzione innovative come quella presentata dall'Azienda Usl 6 sono sicuramente esempi da imitare oltre che una valida conferma della scelta compiuta qualche anno fa di demandare tale gestione alle aziende sanitarie locali".

Lecce: resoconto convegno "Morire di carcere", organizzato dalla Comunità Andare Oltre
www.futuratv.it, 19 febbraio 2013

"Vogliamo innanzitutto rivolgere un pensiero al nostro Gregorio Durante e ai suoi familiari, ringraziare la comunità Andare Oltre per l'impeccabile organizzazione dell'evento e tutti i relatori intervenuti" afferma in una nota Pierpaolo Giuri, responsabile neretino di Forza Nuova, che continua: "una serata che difficilmente potremo dimenticare, ascoltare le parole di Ornella, la mamma di Gregorio e della mamma di Simone Renda, non può che spronarci ancora di più nel portare avanti questa battaglia di civiltà e giustizia". "Civiltà e giustizia due parole ormai bandite nella realtà dei fatti dello stato italiano, uno stato che si trova palesemente in una situazione di flagranza di reato" - dichiara Luigi De Micheli, uno dei relatori della serata.

"Sovraffollamento, carenza di personale, strutture fatiscenti, strutture nuove e mai utilizzate, lunghezza della durata dei processi, sono solo alcune delle problematiche che affliggono il sistema carcerario e più in generale la giustizia in Italia.

Ma soprattutto, mi preme sottolineare, uno spregiudicato uso della custodia cautelare (il 40% dei detenuti è con uno status di imputato e non di condannato) che nella realtà dei fatti serve ai magistrati per far scontare mesi di pena sicuri prima che intervenga la prescrizione a causa della lungaggine dei processi. Situazione a dir poco drammatica, confermata dalla condanna che la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha emesso nei confronti dell'Italia in violazione dell'art.3 della Convenzione Europea (Divieto della tortura e dei trattamenti inumani e degradanti)". "Situazione poco rosea che abbiamo ritrovato durante la nostra visita insieme a Sergio D'Elia nel carcere leccese di Borgo San Nicola "afferma Pierpaolo Giuri. "Carenze colmate in parte dal grande impegno del direttore Antonio Fullone e di tutto il suo personale, ma che purtroppo non bastano per riempire il vuoto lasciato dalle istituzioni. Un vuoto ancora più preoccupante se sommato al totale disinteresse della società civile nei confronti del "problema carceri", dovuto alla sostanziale ignoranza al riguardo.

Ben vengano dunque, eventi come quello organizzato dalla comunità militante Andare Oltre il 16 febbraio a Nardò e riempito di contenuti da parte di chi con coerenza e tenacia, come i Radicali, da anni porta avanti questa battaglia”. “E vogliamo ringraziare Sergio D’Elia e Rita Bernardini” - continua Luigi De Micheli - “per l’interessamento dimostrato nei confronti del caso da noi esposto di Daniele Scarpino, Diego Masi, Luca Ciampaglia e Mirko Viola.

Quattro ragazzi incensurati detenuti da tre mesi in isolamento per aver pubblicato su internet testi revisionisti. È assurdo che oggi in uno stato che si definisce democratico e libero dei ragazzi vengano reclusi per reati d’opinione. Libertà e dignità di quattro ragazzi calpestata solo perché hanno avuto la “colpa” di dire qualcosa di contrario al pensiero unico imperante imposto da determinate lobbies. Invito dunque tutti, in conclusione, ad informarsi ed informare sulla questione carceraria e più in generale su quella della giustizia in Italia perché solo con la cultura e con l’informazione possiamo risollevarne le sorti di questo paese.

Giustizia: psichiatri all’attacco, proroga per chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari

di Manuela Perrone

Il Sole 24 Ore, 16 febbraio 2013

I riflettori sono puntati sul 26 febbraio, data della prossima riunione del tavolo tecnico sugli ospedali psichiatrici giudiziari. È in quella sede che dovrebbe essere decisa la proroga dell’esistenza in vita dei sei Opg, la cui chiusura è fissata al 31 marzo dalla legge 9/2012.

Il tempo non è sufficiente: nonostante una lettera di sollecito inviata a fine gennaio dal ministro Paola Severino ai presidenti delle Regioni, la tabella di marcia non è stata rispettata. Lo hanno ricordato oggi a Roma anche gli psichiatri della Sip: “Nessuna Regione, alla data del 1° aprile 2013, avrà pronte le strutture sanitarie che nelle intenzioni della legge 9/2012 devono ospitare gli autori di reato malati di mente al posto degli attuali sei ospedali psichiatrici giudiziari. Serve una proroga”. Non solo per avere il tempo di approntare le strutture, usufruendo delle risorse appena ripartite, ma anche per potenziare adeguatamente l’assistenza psichiatrica nelle carceri e sul territorio.

Il monito del ministero della Giustizia. L’allarme degli psichiatri, sostenuto da un’indagine condotta nelle sezioni regionali della Società, arriva dopo due sollecitazioni del ministero della Giustizia alle Regioni. L’ultima, il 28 gennaio, è arrivata con una lettera firmata dal ministro Paola Severino e indirizzata a ciascun governatore.

“Desidero sottoporre alla Sua attenzione - si legge - la delicata situazione delle persone ospitate presso gli Opg, che - a partire dal prossimo 1° aprile - dovranno trovare ricovero in strutture sanitarie regionali”. E ancora: “Voglia valutare l’opportunità di assumere ogni iniziativa utile affinché la Regione che presiede si adoperi per poter accogliere e prestare le cure necessarie ai cittadini della Regione oggi ospitati presso gli ospedali psichiatrici Giudiziari”.

Pochi giorni prima, il 10 gennaio, da Largo Arenula era partita un’altra lettera: come siamo in grado di documentare, il capo del Dipartimento dell’amministrazione penitenziaria Giovanni Tamburino e il direttore della Direzione generale detenuti e trattamento, Calogero Piscitello, avevano scritto alla segreteria della Conferenza Stato - Regioni e al ministero della Salute per chiarire che “l’avvio presso le strutture residenziali sanitarie riguarda tutti quei soggetti che in virtù di un provvedimento emesso dalle autorità giudiziarie competenti siano destinatari di una misura di sicurezza detentiva, compresi quindi anche i soggetti in misura di sicurezza provvisoria”. I funzionari del ministero della Giustizia precisano che in carico al dicastero e dunque “in apposite sezioni” presso le carceri rimarranno soltanto “i soggetti che rivestono lo stato giuridico di detenuto in base al titolo privativo della libertà personale emesso da un’autorità giudiziaria diverso da quello della misura di sicurezza detentiva”.

Di qui la pressione sulle amministrazioni locali, considerato l’approssimarsi della scadenza fissata dalla legge: “Si reputa oltremodo necessario e non più procrastinabile che le Regioni si facciano parte diligente per individuare le nuove strutture sanitarie residenziali per l’esecuzione delle misure di sicurezza”. E si chiede di sensibilizzare i presidenti delle Regioni per informare il ministero “circa lo stato di individuazione e realizzazione delle strutture”. Le scadenze mancate. Ma sarebbe ingiusto attribuire soltanto alle Regioni la responsabilità del mancato rispetto della tabella di marcia. Il decreto ministeriale sui requisiti dei centri è stato firmato soltanto a ottobre (leggi il testo pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale), con sette mesi di ritardo. Quello sul riparto dei 173,8 milioni disponibili per realizzare i nuovi centri addirittura il 7 febbraio, con l’obbligo per le amministrazioni locali di inviare i programmi di utilizzo delle risorse entro 60 giorni per l’approvazione e lo sblocco dei fondi da parte del ministero della Salute. Si andrebbe al 7 aprile soltanto per poter cominciare la realizzazione pratica delle strutture.

Il destino degli internati. Il problema è di tutto rilievo. Per la Società italiana di psichiatria, sono 800 gli internati attuali dai destini incerti. Una parte, con disturbi meno gravi, potrebbe effettivamente passare in carico ai Dipartimenti di salute mentale, come prevede la legge. Ma a una condizione: che nell’anno appena trascorso la Regione di residenza abbia effettivamente lavorato al piano terapeutico personalizzato prescritto anch’esso dalla

legge. Cosa che - hanno ammesso gli psichiatri - non è avvenuta dappertutto. Un caso eclatante: la Sicilia soltanto la settimana scorsa ha ratificato il passaggio della medicina penitenziaria dalla Giustizia al Ssn, deciso nel 2009. E sta lavorando in tutta fretta a trovare una sistemazione agli internati nell'Opg di Barcellona Pozza di Gotto (Messina), chiuso dopo i rilievi della commissione d'inchiesta del Senato. Proprio durante una visita a Barcellona, il 19 gennaio scorso, il ministro della Giustizia aveva affermato che "le Regioni devono accelerare le procedure affinché queste persone vengano trasferite in strutture in cui siano prima curate e poi custodite".

Più grave ancora l'incognita che riguarda sia quel numero di internati (non più del 10% del totale) giudicati non dimissibili sia i nuovi destinatari di misura di sicurezza. Che fine faranno? "Potrebbero andare nelle carceri", hanno ipotizzato gli psichiatri, sottolineando che i Dsm non possono assolutamente farsi carico di persone che necessitano di un'adeguata custodia e vigilanza. Ma la lettera del capo del Dap sembra escludere anche questa possibilità. Psichiatri in trincea. "La verità è che la legge e lo sviluppo di questo piano - ha spiegato il presidente della Sip, Claudio Mencacci che dirige anche il Dipartimento di Neuroscienze dell'azienda ospedaliera Fatebenefratelli di Milano - sono stati portati avanti senza sentire ragioni. Questo non è accettabile, così come non è accettabile che agli psichiatri venga richiesta una funzione di vigilanza e custodia di questi malati. Noi siamo medici, non ci compete altro che non sia la cura. Non ci stiamo".

"Non possiamo permetterci di dimettere in modo selvaggio", ha precisato Emilio Sacchetti, prossimo presidente Sip e ordinario di psichiatria a Brescia. "Altrimenti al primo che reitera il reato che succede? Annulliamo tutto? Serve una rete che sostenga il passaggio. Non si può immaginare che i Dsm, da soli, possano farcela".

Massimo Di Giannantonio, docente a Chieti, ha rincarato la dose: "Siamo davanti a un'aggressione drammatica alla nostra capacità di erogare prestazioni a livello minimale. Al tempo stesso ci vengono chieste prestazioni di altissimo livello specialistico senza risorse. Pretendiamo che la politica agisca".

Anche perché le situazioni degli internati e dei detenuti in generale sono delicatissime. "Occorre una formazione ad hoc", ha detto Enrico Zanalda, direttore del Dipartimento di salute mentale di Rivoli (Asl Torino 3). "E bisogna potenziare gli organici, perché nelle condizioni in cui siamo rischiamo di non riuscire ad assistere adeguatamente nemmeno i cittadini liberi".

La delusione di Ignazio Marino. Al momento, la strada della proroga prende sempre più corpo. È deluso Ignazio Marino, presidente della commissione d'inchiesta del Senato sul Ssn e grande fautore della legge, che parla di "ritardo vergognoso e disarmante".

"Già da molti mesi - dice Marino - la commissione d'inchiesta ha formulato una proposta per l'attuazione della riforma sugli Opg. Il 15 ottobre 2012 mi sono recato dal presidente del Consiglio Mario Monti per esprimere grande preoccupazione e suggerire al Governo una soluzione: si nomini una figura che abbia pieni poteri per applicare la legge votata dal Parlamento e che possa gestire il percorso di chiusura e le risorse economiche messe a disposizione. Ci è stato detto che non era possibile, ma questa rimane la nostra proposta anche per il prossimo Governo". Anche Marino richiama le Regioni a "un impegno vero" per consentire "ai folli autori di reato privati della libertà di poter avere accesso alle cure di cui hanno diritto e al rispetto della loro dignità umana".

"StopOpg" all'attacco. Il Comitato che si batte per la chiusura degli Opg ha convocato una riunione straordinaria il 5 marzo. "È evidente - dice Stefano Cecconi della Cgil - che si rischia di giocare oggi a un pericoloso "scaricabarile" tra Governo e Regioni". Che rinnova il rammarico perché "tutta l'attenzione è rivolta alle nuove strutture speciali (i mini Opg regionali destinati a sostituire gli attuali Opg), anziché alle persone e ai percorsi di dimissione".

Secondo StopOPG diverse Regioni hanno presentato (o stanno presentando) programmi per strutture pluri - modulari (es. accorpendo due o tre moduli da 20 posti letto: 40/60 posti letto), una soluzione che permetterebbe anche di "salvare" l'Opg di Castiglione delle Stiviere, l'unico già interamente gestito da un'azienda ospedaliera senza agenti di custodia: "Altro che piccole strutture di transito verso le dimissioni. Così riaprono i manicomi! Mentre non sono avvenute le dimissioni "senza indugio" delle persone per le quali è cessata la pericolosità sociale, che erano previste solennemente dalla legge 9".

Asti: dentisti della Fondazione Andi incontrano detenuti, per promuovere la salute orale

www.atnews.it, 15 febbraio 2013

I Dentisti Andi Asti incontrano i detenuti nel Carcere di Quarto per promuovere la salute orale. "Il corretto igiene della bocca, l'uso regolare di spazzolino e dentifricio sono fondamentali per prevenire le malattie del cavo orale e generano riflessi positivi sul benessere psicofisico". Questo è il claim che porta avanti la Fondazione Andi onlus, nata in seno all'Associazione Nazionale Dentisti Italiani che, con i suoi 23.000 soci, è l'associazione odontoiatrica maggiormente rappresentativa in Europa. Andi Fondazione è una onlus impegnata a realizzare iniziative di alto interesse sociale e di promozione della salute. La scelta di intervenire all'interno degli istituti penitenziari italiani, è dovuta alle enormi carenze nell'igiene orale di base insieme ad un altissimo rischio di trasmissione di virus e

batteri. Nasce così il “Progetto Salute orale negli Istituti Penitenziari” che promuove l’igiene orale attraverso:

1) la sensibilizzazione e la formazione del personale infermieristico del personale di custodia degli Istituti Penitenziari

2) incontri rivolti ai detenuti con lezioni igiene orale, cenni all’ anatomia della bocca, la dieta sana la prevenzione delle infezioni crociate , la distribuzione di materiale informativo, insieme ad un kit di spazzolino e dentifricio.

Dall’accordo di collaborazione tra Andi Onlus, Ministero di Grazia e Giustizia, Provveditorato alle Carceri del Piemonte è caduta la scelta sulla Casa Circondariale di Asti, grazie soprattutto alla gentile disponibilità offerta dal Direttore Dott.ssa Elena Lombardi Vallauri. La Casa Circondariale di Asti ospita 400 detenuti di cui 100 in regime di massima sicurezza e 300 in regime ordinario che sono per il 60% extracomunitari. Dopo la fase di incontro con il personale carcerario dello scorso dicembre, inizia martedì 19 febbraio la prima “lezione” rivolta a 50 detenuti in regime ordinario. L’incontro è il primo che si realizza nel Paese e servirà sia ad Andi Onlus che al Provveditorato alle carceri per testare il programma che si spera di diffondere in tutta Italia. “Andi Asti metterà a disposizione del progetto - dichiara Davis Cussotto, Presidente di Andi Asti - i supporti audiovisivi e i docenti volontari: la Dr.ssa Rosanna Mastio, Dr.essa Annalisa Bosco e il sottoscritto”.

Lucca: il Sappe denuncia; rinvenuti escrementi di topo in forno della cucina detenuti

Ansa, 14 febbraio 2013

Escrementi di topo sono stati trovati nel forno della cucina del carcere di Lucca dove vengono preparati i pasti per i detenuti. Lo denuncia in una nota il sindacato di polizia penitenziaria Sappe, che chiede all’ amministrazione penitenziaria regionale controlli in tutti i penitenziari della Toscana, per verificare il rispetto delle normative sulla sicurezza e sulla salute nei luoghi di lavoro. Il segretario generale del sindacato Donato Capece chiede verifiche, in particolare, “nelle cucine interne al carcere che preparano i pasti per i soli detenuti ma anche nelle cucine delle mense del personale di polizia”. “A Lucca come in tutte le carceri italiane, - aggiunge - la polizia penitenziaria è l’unica rappresentante dello Stato che sta fronteggiando l’emergenza sovraffollamento: oltre al danno c’è però la beffa di essere gli unici esposti a malattie come l’hiv, la tubercolosi, la meningite, la scabbia e altre malattie che si ritenevano debellate in Italia. Per queste ragioni il Sappe sollecita visite ispettive dell’Ufficio di vigilanza sull’igiene e sicurezza dell’amministrazione della Giustizia (Visag) a Lucca ed in tutte le carceri toscane ed in ogni posto di servizio in cui sono impiegati poliziotti penitenziari per verificarne la salubrità”.

Catania: Osapp; cinque casi di scabbia nell’istituto penale minorile

Agi, 14 febbraio 2013

“Pare che 5 detenuti abbiano contratto la scabbia” nell’istituto penale minorile di Catania. A dirlo è Rosario Di Prima, vicesegretario regionale del sindacato autonomo della polizia penitenziaria Osapp. “Situazioni di questo genere non possono essere considerati casi sporadici o poco significativi”, aggiunge Di Prima ma sottolinea: “Siamo fortemente preoccupati che si possa già parlare di epidemia. Se epidemia dovesse essere la nostra preoccupazione aumenta in relazione alla possibilità di contagio anche nei confronti del personale di polizia penitenziaria”. Il sindacalista sollecita l’amministrazione penitenziaria a “provvedere in tempi rapidi alla giusta profilassi”.

Giustizia: allarme degli psichiatri; chiusura Opg, da aprile 800 malati mentali senza cure

Ansa, 14 febbraio 2013

Con la chiusura dall’1 aprile degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Opg), 800 malati mentali gravi saranno “a rischio cure” e “soli” perché le strutture alternative di assistenza previste “non sono ancora state approntate dalle Regioni”. È l’allarme lanciato dalla Società italiana di psichiatria (Sip), che chiede una proroga dei termini. Si potrebbero verificare, avverte il presidente eletto Emilio Sacchetti, “problemi di sicurezza per il rischio di reiterazione di reati da parte di alcuni dei pazienti”.

Gli Opg chiuderanno in base a un disegno di legge voluto dai ministeri di Salute e Giustizia. Ma il nostro Paese, è l’allarme lanciato dagli psichiatri durante una conferenza stampa alla Camera, “è impreparato a gestire e collocare questi pazienti, alcuni anche pericolosi, a causa dell’assenza di strutture alternative o di finanziamenti che seppur stanziati non sono facilmente fruibili”. La mancata gradualità nella chiusura degli Opg (le Regioni avranno solo 60 giorni per trovare strutture alternative) e “l’inascoltato appello a una proroga, rischia di provocare gravi conseguenze”.

La Sip denuncia, inoltre, la carenza di assistenza psichiatrica nelle carceri, dove peraltro confluiranno molti di

questi malati. Malati che si sommeranno a quel 15% di detenuti (oltre 10 mila nel 2012) che risulta affetto da disturbi psichici, malattie infettive o correlate alle dipendenze. Il ddl, spiega il presidente Sip Claudio Mencacci, “è stato portato avanti senza sentire ragioni. Questo non è accettabile, così come non è accettabile che agli psichiatri, a causa di questo provvedimento, saranno gravati da ulteriori responsabilità civili e penali e verrà loro richiesta una funzione di vigilanza e custodia di questi malati invece di svolgere le funzioni di cura che loro competono”. Di fatto, chiarisce la Sip, i dipartimenti di salute mentale italiani, in quest’ultimo anno, hanno già provveduto a prendere in carico moltissimi pazienti provenienti dagli Opg, ma il problema si pone per quelli con situazioni più complesse che necessitano di una tipologia di controllo che le strutture territoriali attuali non possono dare. Prima di chiudere gli Opg, “occorre realizzare degli interventi strutturali tali da garantire, laddove necessario, la messa in sicurezza sia dei pazienti sia degli operatori e della comunità. Mentre oggi i reparti sono aperti e non preparati a gestire, in assenza di una rete coordinate alle spalle - avverte Sacchetti - situazioni di pazienti che possono reiterare un delitto”.

Firenze: la chiusura dell’Opg di Montelupo nel patto per la riforma del sistema carcerario
www.gonews.it, 14 febbraio 2013

Il documento è stato stipulato da garanti e amministrazione penitenziaria. Il documento sancisce una serie di impegni per il 2013 come l’incremento delle misure alternative e del lavoro esterno.

Il sovraffollamento e le drammatiche condizioni delle carceri italiane rappresentano ormai un’emergenza da affrontare rapidamente e con soluzioni concrete. Per questo il provveditore regionale dell’Amministrazione penitenziaria e i Garanti dei diritti delle persone private della libertà attivi oggi in Toscana, sia a livello regionale che comunale, hanno stipulato un patto per la riforma del sistema carcerario. Nei giorni scorsi la firma del documento, siglata dal provveditore per la Toscana Carmelo Cantone, dal Garante dei detenuti della Toscana Alessandro Margara, dal Garante per il Comune di Firenze Franco Corleone, e per il comune di Livorno da Marco Solimano, per Pisa da Andrea Callaioli, per Pistoia da Antonio Sammartino, per la provincia di Massa Carrara da Umberto Moisè, per il comune di San Gimignano da Emilio Santoro.

Il documento nasce da una scommessa di fondo: realizzare in Toscana un’alleanza fra tutte le parti in causa per tutelare i diritti dei detenuti, migliorare le loro condizioni di vita all’interno delle carceri e potenziare i percorsi di trattamento e reinserimento. L’obiettivo è quello di dar vita a un’esperienza pilota, e in questo senso il patto per la riforma si pone una serie di obiettivi concreti, che i firmatari si impegnano a realizzare già nel 2013.

Numerosi i punti affrontati: dall’avvio di un monitoraggio al confronto con le Asl per rendere effettivo il passaggio della sanità penitenziaria al sistema sanitario nazionale; dalla promozione di percorsi di inserimento esterno, per lo svolgimento di lavori di pubblica utilità, alla chiusura effettiva dell’ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino; dalla nascita delle case per le semilibertà in vari Comuni toscani all’istituzione di case per madri detenute con figli; dal potenziamento dei programmi per tossicodipendenti con affidamenti terapeutici e detenzioni domiciliari, in caso di pene sotto i 18 mesi, all’incremento dell’offerta culturale, formativa, lavorativa e sportiva all’interno del carcere.

Migliorare poi le condizioni di vita all’interno degli istituti penitenziari rappresenta una priorità assoluta, e le parti si sono impegnate ad ampliare le possibilità di lavoro interno, a migliorare le aree destinate all’incontro con i familiari, soprattutto se minori, e a incrementare le misure alternative alla detenzione.

Giustizia: Cucchi (Rc); subito una legge sulla tortura la gente in carcere continua a morire
Public Policy, 14 febbraio 2013

“Una legge sulla tortura subito nel prossimo Parlamento”. È questa la priorità per la candidata capolista in Lazio di Rivoluzione civile, Ilaria Cucchi, in diretta a radio Anch’io su Radio 1. “Anche recentemente il Parlamento ha avuto la possibilità di approvarla e ancora una volta per cavilli, la legge si è arenata” commenta Cucchi, sorella del Stefano Cucchi, morto nel 2009 mentre era in custodia cautelare. “L’Italia deve vergognarsi per come ha ridotto le carceri, attualmente sono delle discariche sociali, stracolme di derelitti umani, finiti là senza avere importanti responsabilità penali - commenta Cucchi. Non si può aspettare un istante di più. Da vent’anni sento programmi ma la gente nelle carceri continua a morire”.

Giustizia: morire di carcere in Italia... già sei i suicidi accertati dietro le sbarre nel 2013
di Stefania Carboni

www.giornalettismo.com, 14 febbraio 2013

Meno spazio, più suicidi. È questa l’assurda formula delle carceri italiane sempre sull’orlo del collasso. Secondo

l'ultimo rapporto pubblicato dall'associazione Antigone il tasso di sovraffollamento sale al 142%. Ovvero, 140 detenuti ogni 100 posti.

La media europea si ferma al 99,6%. Tra le regioni più affollate la Liguria (176,8%), la Puglia (176,5%) e il Veneto (164,1%). Quelle in cui i tassi sono "bassi" l'Abruzzo (121,8%), la Sardegna (105,5%) e la Basilicata (103%). In Italia è comunque record sovraffollamento: 146 detenuti ogni 100 posti letto.

Negli otto paesi studiati dall'Osservatorio europeo sulle condizioni dei detenuti il paese ad avere il più alto numero di persone dietro le sbarre è il Regno Unito con 95.161 persone. Seguono la Polonia, con 85.419 detenuti, Spagna con 69.037 e il nostro paese che ospita 65.701 unità. Il tasso di sovraffollamento più alto d'Europa lo ha la Lettonia, 297 carcerati ogni centomila abitanti. La tendenza è in crescita ma sempre nel rapporto si parla di una diminuzione dei detenuti in "Italia e Spagna" negli ultimi due anni.

Una soluzione secondo il rapporto ci sarebbe: le misure alternative, la probation ed altre misure non custodiali sono un aspetto chiave delle politiche penali di ogni paese e, secondo il consiglio d'Europa, la migliore soluzione contro il sovraffollamento, da preferirsi alla costruzione di nuove carceri. Come si vede il numero di persone che sconta una pena non detentiva per ogni 100.000 abitanti varia enormemente. Dai numero molto alti di Francia e Regno Unito e, più di recente, della Spagna, alla Polonia o al Portogallo, dove queste misure sono pressoché inesistenti. In base all'Osservatorio circa il 37% delle persone che si trovano nelle carceri italiane sono straniere. Il 30 per cento dei carcerati è invece composto da tossicodipendenti. Quasi la metà dei detenuti totali, secondo Antigone, è sotto i 35 anni. A confermare che la situazione non migliora affatto sono anche i rapporti mensili pubblicati dal Ministero di Grazia e Giustizia.

"Secondo le nostre stime, i detenuti presenti nelle carceri italiane sono ben oltre 22mila in più dei posti-letto disponibili, come puntualmente si verifica da almeno sei mesi a questa parte" precisa Leo Beneduci, già segretario generale dell'Osapp (Organizzazione sindacale autonoma polizia penitenziaria) e candidato capolista al Senato per la regione Lazio nella lista Rivoluzione Civile. "I dati che ci pervengono dagli istituti penitenziari - prosegue Beneduci - contengono, infatti, una presenza detentiva, in data 11 Febbraio, pari a 65.853 ristretti distribuiti in locali che ne posso ospitare al massimo 43mila e, analogamente a quanto occorso negli ultimi tempi con 8 regioni su 21, in cui il rapporto tra spazi disponibili e presenze è di 1 a 3. Anche per quanto riguarda la Polizia Penitenziaria, inoltre, le cose vanno tutt'altro che bene, tenuto conto che dall'inizio dell'anno prestano servizio in carcere 150 poliziotti penitenziari in meno (1.080 in meno dall'inizio dello scorso anno), rispetto ad un organico nazionale che, riorganizzato nel 1992 in rapporto agli allora 40mila detenuti presenti, è già carente di 7mila unità". Una situazione preoccupante: "Nel frattempo sono infatti peggiorate in carcere le condizioni di vivibilità (meno di 4 euro al giorno per il vitto), di lavoro (meno di 3 euro al giorno) e per il reinserimento sociale (0,22 cent. giornalieri), come la grave e perdurante emergenza suicidi va a dimostrare".

Sulla situazione è intervenuto perfino il presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, sollecitando il Parlamento a stringere i tempi. Una delle possibili misure è la "amnistia" ma applicata a solo alcune particolari categorie, escludendo dai benefici i delitti più gravi e quelli di stampo mafioso. A sostenere le parole del Presidente della Repubblica anche il ministro della Giustizia Paola Severino. Il suo decreto "Svuota carceri" non ha però sortito gli effetti sperati.

In base alle nuove misure, per l'arrestato in flagranza di reato è disposta in via prioritaria la custodia ai domiciliari. Non solo c'è il passaggio da 96 a 48 ore dal termine entro il quale deve avvenire l'udienza di convalida e l'estensione da 12 a 18 mesi della soglia di pena detentiva, anche residua, per l'accesso alla detenzione domiciliare. Ma in Italia si continua a morire di prigionia. A inizio gennaio la Corte europea dei diritti dell'uomo ha condannato l'Italia per trattamento inumano e degradante di sette detenuti nel carcere di Busto Arsizio e in quello di Piacenza e ha imposto un risarcimento di 100 mila euro per danni morali.

Nella misura la Corte invita il governo a porre immediatamente rimedio al "sovraffollamento carcerario", anche perché la situazione attuale viola i diritti dei detenuti tenendoli in celle dove si ha a disposizione "meno di 3 metri quadrati". Secondo il dossier "Morire di carcere" di Ristretti Orizzonti sono 60 i suicidi del 2012 nei penitenziari italiani. I dati dell'associazione sono costantemente aggiornati dal 2000 ad oggi. Oggi, a due passi dalla fine di febbraio, sono già sei le persone che hanno deciso di farla finita e 23 i morti dietro le sbarre italiane.

Giustizia: i neo manicomi delle regioni
di Stefano Cecconi (Comitato Stop Opg)

Il Manifesto, 13 febbraio 2013

Chiudono gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari o riaprono i manicomi? Secondo la legge 9/2012, il 1 febbraio 2013 doveva essere concluso, da parte di governo e regioni (Asl e Dsm), il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Al 31 marzo, la stessa legge fissa il termine entro il quale le misure di sicurezza non si eseguono più all'interno degli attuali Opg.

Il 28 gennaio scorso, il Ministro della Giustizia Paola Severino scrive a ciascun presidente di regione: “Desidero sottoporre alla Sua attenzione la delicata situazione delle persone ospitate presso gli Opg, che - a partire dal prossimo 1° aprile - dovranno trovare ricovero in strutture sanitarie regionali... voglia valutare l’opportunità di assumere ogni iniziativa utile per poter accogliere e prestare le cure necessarie ai cittadini oggi ospitati presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”.

Poiché però le scadenze stabilite dalla legge 9 non sono state rispettate e nessuna proroga è stata decisa, si rischia di giocare oggi ad un pericoloso “scaricabarile” tra governo e regioni (e infatti, il 7 febbraio si è svolta una tempestosa riunione del Tavolo Opg-Stato-Regioni, aggiornata al 26 febbraio prossimo); con le possibili conseguenze che abbiamo già denunciato: proroga de facto degli Opg oppure pericolose soluzioni “improvvisate”. In più, tutta l’attenzione è rivolta alle nuove strutture (i “mini Opg” regionali), anziché alle persone e ai percorsi di dimissione: diverse regioni hanno presentato (o stanno presentando) programmi per strutture pluri-modulari (ad es. accorpando due o tre moduli da 20 posti letto, fino a 40/60 posti letto). Altro che piccole strutture di transito verso le dimissioni... così riaprono i manicomi.

Per altro, non sono avvenute le dimissioni “senza indugio” delle persone per le quali è cessata la pericolosità sociale, sancite solennemente dalla stessa legge 9; e l’esecuzione del sequestro degli Opg di Barcellona Pozzo di Gotto e Montelupo Fiorentino, decisa dalla commissione presieduta dal sen. Marino, è stata rinviata a fine marzo. C’è un’altra questione, che il ministro Severino non tratta esplicitamente nella sua lettera: i magistrati, dove disporranno l’esecuzione delle misure di sicurezza per i nuovi “casi” dopo il 1 aprile? Eppure oggi ci sono a disposizione risorse aggiuntive per superare gli Opg: entro il 7 aprile ogni regione deve presentare un piano per il loro utilizzo. Sarebbe una beffa terribile se fossero utilizzate per chiudere gli Opg e riaprire manicomi. Ecco perché, ancora una volta, sollecitiamo Governo e Regioni a organizzare l’assistenza alternativa all’internamento e, dove servisse, col ricovero in piccole strutture che non riproducano la logica manicomiale. Confermiamo la nostra richiesta di costituire un’Autorità sugli Opg, dotata di poteri sostitutivi, come accadde per la chiusura dei manicomi.

Giustizia: la follia del carcere
di Alessandro Meluzzi

Ristretti Orizzonti, 13 febbraio 2013

“Il carcere può essere un’esperienza dolorosa e spesso tanto perturbante da danneggiare la salute mentale. Altera completamente la percezione del mondo e, per alcune condizioni psicologiche, è francamente totalmente intollerabile, soprattutto nelle realtà attuali carcerali in cui alla privazione della libertà fa da collaterale la pena accessoria dell’abbruttimento dell’ambiente. Con metrature di circa due metri quadrati a testa non sarebbe possibile aprire nemmeno un allevamento di maiali. È una situazione che richiede metri pro capite più numerosi”. Questa introduzione proviene da una mia risposta a una lettera proveniente da un detenuto nel carcere di Palermo che accusava squilibrio psichico. Ma non è una situazione esclusivamente italiana.

Alla fine del 2012 sono state diffuse dalla New York Civil Liberties Union decine e decine di lettere che denunciano la discesa nella follia della mente umana confinata in completo isolamento. I messaggi sono stati scritti da cento detenuti del sistema penitenziario di New York. Frutto della corrispondenza intrattenuta per un anno tra carcerati e attivisti, le lettere documentano i drammatici effetti sul cervello quando una persona è costretta a guardare il soffitto di una cella per 23 ore ogni giorno.

La vita nella “scatola”, come i prigionieri chiamano la cella di isolamento, porta al suicidio. La situazione newyorchese è confermata da Amnesty International in un rapporto nelle prigioni di Los Angeles: secondo l’organizzazione internazionale l’isolamento dei detenuti viola gli standard del diritto internazionale. “Temo che io stia diventando schizofrenico. Sento voci prima di addormentarmi”, scrive un prigioniero di New York. Un altro descrive la sensazione della mente “che marcisce con pensieri che non sono né comuni né naturali, e ti chiedi da dove vengono”.

La “scatola” è una cella delle dimensioni di un ascensore in cui ogni contatto esterno è proibito. I detenuti hanno trasferito nelle loro lettere paranoia, rabbia, ansie e speranze di vita. Un prigioniero ha affisso sulla parete la foto di un ufficio: “Spero di lavorare in un posto così”. Ogni giorno 4.500 detenuti nello stato di New York vengono messi in isolamento. Sono circa 3.000, secondo Amnesty, nel sistema penitenziario di Los Angeles: il due per cento dell’intera popolazione carceraria ma, nel periodo 2006-2010, il 42 per cento dei suicidi.

La Nyclu afferma che l’istituto dell’isolamento in molti casi rappresenta una punizione “inusuale e crudele”, pertanto interdetta dalla Costituzione. È una posizione in linea con l’ultimo rapporto del relatore dell’Onu contro la tortura Juan Mendez, secondo cui bastano 15 giorni in isolamento a provocare irreversibili danni psicologici. Facciamo un esempio italiano del Febbraio 2012 in cui, pur essendo l’isolamento influente, il carcere appare inumano. Il suicidio nel carcere di San Vittore a Milano del ventenne Alessandro Gallelli rappresenta uno degli

anelli di una catena di più di settecento suicidi nelle carceri italiane nell'ultimo decennio. È un rosario ininterrotto di dolori e fallimenti in un sistema detentivo che ospita quasi settanta mila detenuti in uno spazio per quattrocento mila.

Ma al di là dell'evidente disumanità della condizione di detenzione emergono in questo caso elementi peculiari, meritevoli di osservazione. Voltaire diceva che la civiltà di un paese può essere misurata dall'umanità delle proprie carceri.

Nonostante generosi tentativi di operatori carcerari ciò che spinge al suicidio dietro le sbarre non è solo l'orrore di un sistema dove in certe case circondariali i pazienti detenuti devono ruotare sulle brande in celle sovraffollate, in cui qualcuno deve dormire per terra. La frustrazione e il burnout derivanti fanno sì che tra gli agenti di polizia penitenziaria, che sono in prima linea in questo confronto, il tasso dei suicidi sia del doppio se confrontato con la popolazione generale.

Al momento del suicidio Gallelli si trovava all'interno di un'unità di osservazione neuropsichiatrica dalla qualità incerta, visti gli esiti, occorsi per altro esattamente alla fine di un colloquio psichiatrico. Forse nessuno potrà mai sapere se si è trattato di un tentativo dimostrativo finito male o del risultato di una vera voglia di auto-annientarsi per depressione.

Certo è che ci si deve chiedere se per un soggetto del genere non ci potesse essere una misura di sicurezza più appropriata del carcere. Nel mondo delle comunità terapeutiche, verso cui vengono dirottati oggi anche gli ospiti degli Opg, sarebbe stato possibile trovare un luogo e una misura più adeguata.

Il carcere rimane l'ultima istituzione statale totale. Quell'entità ben descritta ai tempi di Basaglia come totalizzante e oppressiva, perché rappresenta la risposta massificata e generica, quindi banale, a una gamma complessa di situazioni e bisogni completamente diversi tra loro.

Che cosa questo ragazzo avesse in comune con un mafioso della criminalità organizzata, un manager corrotto, un politico un po' stressato o uno spacciatore extracomunitario è tutto da stabilire. Certo, l'unico scatolone con sbarre che contiene tutti incivilmente e indegnamente rischia di diventare per i più fragili un orrido shaker, dal quale si può facilmente uscire morti.

Dal carcere si può uscire provati dal punto di vista psicologico-psichiatrico ma ci sono anche soggetti che entrano in carcere avendo già problemi di natura psichiatrico-psicologica. Tuttavia un provvedimento legislativo ha avviato la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari, i cosiddetti OPG, meglio noti come manicomi criminali. Dopo la legge 180 del 1978 che ha chiuso i manicomi ordinari dando vita a un coraggioso cambiamento dei servizi della salute mentale, i manicomi criminali erano rimasti come ultimo retaggio di un passato remoto in cui tutta la follia del mondo veniva contenuta in luoghi più simili a carceri che a ospedali, con una umanità spesso devastata e devastante e una prassi quotidiana di segregazione ed esclusione.

Ciò nonostante gli OPG hanno in questi anni risposto all'esigenza cautelare di contenere in un luogo protetto soggetti spesso pericolosi a sé e agli altri, in quanto autori di gravi reati contro la persona. Però, come spesso accade nelle cose all'italiana, la constatazione di un male non accompagna sempre la volontà di porvi fine con la sicurezza di evitare un male ancora più grande.

Che sarà domani di coloro che, commettendo un reato violento, valutati in una perizia totalmente incapaci di intendere e di volere e socialmente pericolosi, non potranno più essere detenuti, né in un carcere in quanto impuniti, né in una struttura sanitaria che ancora non c'è? Infatti buona parte delle strutture psichiatriche intermedie di tipo comunitario, che oggi risponde faticosamente a esigenze di pazienti subacuti e cronici, dopo i brevissimi ricoveri ospedalieri, non è a tutt'oggi in grado di affrontare questa nuova emergenza.

C'è un'esigenza in cui si deve contemperare continuamente l'umanità delle cure, la loro personalizzazione e le richieste di sicurezza degli individui e della società. Come già avvenuto per la psichiatria non giudiziaria, in Italia si formerà un sistema a macchia di leopardo con alcune regioni piuttosto avanti nella qualità e quantità di risposta come il Piemonte, la Lombardia e il Veneto. E dall'altra regioni molto arretrate e scarse in risposte appropriate e corrette.

Non vogliamo fare il panegirico del vecchio manicomio. Anzi il manicomio era contenitore cieco e sordo, indifferenziato e acritico, di realtà molto diverse tra loro, però livellate e annientate fino a divenire omogenee. Infatti nei manicomi ci stavano tutti: gli schizofrenici, i depressi, gli etilisti, i disabili intellettivi e quelli motori, come pure i semplici "sfigati".

Il manicomio rappresentava l'ultimo girone dell'annichilimento sociale, l'ultimo girone dell'espulsione e della marginalità. Ed era una specie di carcere: se ne poteva uscire solo con meccanismi para giudiziari, poiché il medico che accertava la dimissione si assumeva personalmente la responsabilità di ciò che il "matto" avrebbe fatto una volta uscito. Questa è la ragione per cui, una volta entrato in manicomio, nessuno ne usciva più.

Franco Basaglia, psichiatra rivoluzionario e intellettuale surrealista, fu uno dei padri dell'antipsichiatria, il promotore della famosa legge 180 che solo nel '78 sancì la fine dell'istituzione manicomiale. Alla follia egli riconobbe due volti: quello della malattia mentale vera e propria, e quello generato dall'istituzione psichiatrica,

dalla sua contenzione. La de-istituzionalizzazione avrebbe cancellato il secondo volto della follia. Basaglia soleva dire che tra la malattia e la persona il centro di interesse non doveva essere la malattia, bensì la persona con il suo destino. L'amore per l'uomo era certamente ciò in cui Basaglia eccelleva. Cosa che bisognerebbe mettere in atto anche nella realtà del carcere.

Roma: a Rebibbia arriva servizio chirurgia ambulatoriale, oggi l'inaugurazione
Adnkronos, 12 febbraio 2013

Inaugurato oggi il servizio di chirurgia ambulatoriale del nuovo complesso carcerario di Rebibbia a Roma. Lo comunica l'Asl Roma B. L'obiettivo - spiega l'azienda in una nota - è ottimizzare le risorse e migliorare le prestazioni sanitarie. La struttura consente infatti di fornire un'assistenza sanitaria qualificata, ad alta tecnologia, al detenuto presso l'Istituto penitenziario con conseguente riduzioni dei tempi d'attesa, semplificazione dell'accesso a tutte le prestazioni chirurgiche previste dal nomenclatore della Regione Lazio, e contestuale riduzione dei costosi trasferimenti all'esterno per ricevere le cure.

Asti: detenuto di 65 anni muore in ospedale, condannato per associazione a delinquere, voto di scambio
Ansa, 12 febbraio 2013

È morto stamattina all'ospedale di Asti, dove era piantonato da alcuni giorni per problemi cardiaci, Giovanni Iaria, 65 anni. Era in carcere, ad Asti, dallo scorso ottobre, dopo la condanna con rito abbreviato a 7 anni e 4 mesi per associazione a delinquere e voto di scambio nell'ambito del processo Minotauro. Di origini calabresi, Iaria era stato mandato al confino a Courgnè, dove negli anni 80 era stato consigliere comunale e assessore.

Sulmona (Aq): detenuto ancora in sciopero della fame contro ergastolo ostativo, è in gravi condizioni
www.primadanoi.it, 12 febbraio 2013

Antonio Cacici, detenuto nel carcere di Sulmona, versa in gravi condizioni, per un prolungato sciopero della fame e della sete. La sua protesta è contro il cosiddetto ergastolo ostativo, che impedisce a chi è stato condannato a l'ergastolo per reati connessi alla mafia di usufruire di qualsiasi beneficio, dai permessi premio, al lavoro esterno dopo tanti anni di carcere o alla semilibertà. Nulla, non può usufruire di nulla, deve per intero scontare la sua pena e praticamente morire in carcere.

“Tanti sono i detenuti in queste condizioni e ce ne sono molti che pur avendo scontato 30 anni di carcere”, commenta Giulio Petrilli, “non possono accedere ai benefici della legge Gozzini, che fu introdotta per favorire il reinserimento dei detenuti”.

Petrilli nei mesi scorsi ha chiesto il risarcimento danni per l'ingiusta detenzione da lui subita ma la Corte d'Appello di Milano ha detto no. Oggi Petrilli ha un ruolo attivo nel Partito democratico aquilano, con delega alla giustizia e si batte anche seguito di quello che ha vissuto sulla propria pelle. Arrestato quando aveva 22 anni con l'accusa di partecipazione a banda armata con funzioni organizzative in “Prima Linea. Poi, però, la giustizia lo ha assolto. Dopo sei lunghi anni di carcere.

Oggi chiede giustizia per il detenuto: “sta morendo, facciamo in modo che questo non accada, invitiamolo a desistere promettendogli l'impegno affinché la legge, che attualmente vieta a lui e tanti altri di usufruire di qualsiasi beneficio venga abrogata. La legge Gozzini, è stata una grande legge perché ha consentito anche a chi era condannato all'ergastolo, di poter un giorno usufruire di misure alternative al carcere, facciamo in modo che questo avvenga per tutti, non creiamo una discriminante in base ai reati”. La sua protesta è contro il cosiddetto ergastolo ostativo, che impedisce a chi è stato condannato a l'ergastolo per reati connessi alla mafia di usufruire di qualsiasi beneficio, dai permessi premio, al lavoro esterno dopo tanti anni di carcere o alla semilibertà. Nulla, non può usufruire di nulla, deve per intero scontare la sua pena e praticamente morire in carcere. “Tanti sono i detenuti in queste condizioni e ce ne sono molti che pur avendo scontato 30 anni di carcere”, commenta Giulio Petrilli, “non possono accedere ai benefici della legge Gozzini, che fu introdotta per favorire il reinserimento dei detenuti”.

Petrilli nei mesi scorsi ha chiesto il risarcimento danni per l'ingiusta detenzione da lui subita ma la Corte d'Appello di Milano ha detto no. Oggi Petrilli ha un ruolo attivo nel Partito democratico aquilano, con delega alla giustizia e si batte anche sulla scorta di quello che ha vissuto sulla propria pelle. Arrestato quando aveva 22 anni con l'accusa di partecipazione a banda armata con funzioni organizzative in “Prima Linea. Poi, però, la giustizia lo ha assolto. Dopo sei lunghi anni di carcere.

Oggi chiede giustizia per il detenuto siciliano come in passato ha già fatto per altri casi: “sta morendo, facciamo in modo che questo non accada, invitiamolo a desistere promettendogli l'impegno affinché la legge, che attualmente vieta a lui e tanti altri di usufruire di qualsiasi beneficio venga abrogata. La legge Gozzini, è stata una grande legge

perché ha consentito anche a chi era condannato all'ergastolo, di poter un giorno usufruire di misure alternative al carcere, facciamo in modo che questo avvenga per tutti, non creiamo una discriminante in base ai reati”.

Giustizia: se nelle carceri manca l'ossigeno della dignità dell'uomo
di Terenzio Davino

www.supermoney.eu, 12 febbraio 2013

Popolazione carceraria in crescita, sovraffollamento, dignità stipata in spazi angusti, rancida aria quotidiana.

Incrociando i dati del Ministero della Giustizia e quelli della Polizia Penitenziaria all'inizio di gennaio 2013 nel Paese si contano 206 Istituti penitenziari e all'interno ci sono oltre 66.000 detenuti, in misura superiore alla normale capienza prevista di un massimo di 46.795 unità (oltre 28.000 è alla prima carcerazione).

Il 40% dei detenuti sono indagati in attesa di sentenza definitiva e oltre il 37% dei carcerati è dentro per i reati in materia di stupefacenti. Il 60% della popolazione delle carceri è recidiva, gli stranieri detenuti sono attorno alle 24.000 unità e gli ergastolani sono più di 1.500 e supera il 40% chi sta in carcere ed è celibe o nubile.

Alcune iniziative di denuncia riscontrano problemi negli istituti penitenziari italiani riguardo all'igiene, al sistema idrico, docce, celle, sistema fognario, dignità mortificata delle persone, assistenti sociali in numero inferiore, educatori e psicologi sotto-dimensionati nell'organico, pochi medici. Le prestazioni sanitarie concesse ai detenuti sono inferiori rispetto ai cittadini “fuori” e gli stessi carcerati non partecipano ai servizi loro erogati dallo SSN. È da rilevare un'insufficiente assistenza sanitaria ai tossicodipendenti in carcere rispetto all'accoglienza, permanenza e uscita dal carcere.

In buona sostanza, vi è un generale azzeramento della dignità e del rispetto dei diritti umani e civili che lede l'integrità psico-fisica delle persone detenute in Italia. Tutto questo ha trovato conferma nella recente condanna che la Corte Europea ha inflitto all'Italia per il trattamento inumano riscontrato in alcune specifiche carceri del Paese a danno dei detenuti ricorrenti e con la constatazione generale che lo spazio a disposizione in carcere per ogni carcerato è di meno di 3 mq. e, le condizioni di vita, nel complesso, sono lesive della dignità umana.

Nel primo Rapporto Nazionale di Antigone 2002 sono evidenziati diversi tipi di penitenziari. Carceri Metropolitane, con un sovraffollamento dovuto soprattutto ai detenuti extra-comunitari. Carceri antiche, con mancanze strutturali e di spazi sociali e aree sportive. Carceri del Novecento, con la necessità di continue ristrutturazioni e locali fatiscenti. “Carceri d'oro”, costruite negli anni '80, costate molto, tempi lunghi di costruzione e materiali scadenti usati, con scarsa vivibilità, lontane dai centri urbani, hanno problemi di umidità e di funzionamento delle strutture idriche ed elettriche.

La situazione di vita nelle carceri ha una chiara ricaduta sulla qualità nei rapporti fra detenuti e personale penitenziario, sul rispetto dei diritti umani fondamentali, sul livello di tensione, frustrazione, violenza, vissuti dall'intera popolazione carceraria, con ripercussioni anche sulla qualità del lavoro svolto dal personale professionale operativo nelle carceri.

Per questi ultimi, ciò si traduce in situazioni di stress emotivo, diffusa sensazione e di poca garanzia nel ruolo svolto, difetti di comunicazione e coordinamento tra operatori psico-sociali e agenti, disagio generale per il lavoro compiuto all'interno dei penitenziari, demotivazione a vari livelli. Gli strumenti psicologici utili per gestire meglio il rapporto con i detenuti non sono sufficientemente promossi tra il personale lavorativo e si possono riscontrare possibili difficoltà nella gestione del “potere” verso i carcerati. La gestione dei pasti nelle mense delle carceri, inoltre, di sicuro non sarà ottimale e presenterà sprechi da riconvertire in migliore distribuzione degli avanzi del giorno per evitare clamorosi sprechi.

Carceri e lavoro

È in evidenza che i programmi di lavoro per detenuti sono insufficienti e le attività rieducative non tirano fuori il potenziale umano capace di produrre a sistema un'evoluzione socio-individuale in grado di spingere l'intera popolazione carceraria a tornare a sentirsi parte dell'Italia, che avanza e lavora bene per tutti. Sono in tanti che non lavorano, con una gestione del tempo che non è impiegato per attrezzare l'individuo nell'intraprendere percorsi formativi che rendano la sua permanenza in carcere più un'opportunità impiegata utilmente, piuttosto che un costo sociale che offende la dignità umana e indisponibile la collettività che paga attraverso i soldi pubblici. Costruire attorno al detenuto programmi efficaci di permanenza, lavoro, salute (fisica e mentale) e un luogo di detenzione migliore migliorerà direttamente e indirettamente la qualità dell'impegno del personale penitenziario, aumentando l'efficacia dei livelli operativi e comunicativi tra le persone che vi lavorano e contribuirà a ridurre i costi di almeno 100 euro per ciascun detenuto, con la possibilità di attuare forme di risarcimento sociale alla collettività.

Abruzzo: chiusura degli Opg; a Lanciano nasce struttura per curare detenuti psichiatrici

Agenparl, 11 febbraio 2013

In Abruzzo nascerà una struttura destinata ad accogliere i residenti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario. La notizia è stata resa nota dall'Assessore alla Prevenzione collettiva, dopo l'esame positivo del provvedimento dell'Esecutivo regionale, riunito oggi all'Aquila. La Casa di Cura e Custodia da 20 posti letto, con i requisiti fissati dal decreto del Presidente della Repubblica, sorgerà nel territorio della Asl di Lanciano Vasto Chieti, per un importo di circa 4 milioni di euro. La Asl è anche soggetto attuatore dell'intervento. La struttura è coerente con le disposizioni normative che intendono attuare il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, anche attraverso edifici per i quali, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, sono definiti con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della Giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Inoltre, in deroga alla vigenti normative sul contenimento della spesa per il personale, le regioni che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, possono assumere personale qualificato da destinare ai percorsi terapeutico riabilitativi, finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati, provenienti da ospedali psichiatrici giudiziari. Con la deliberazione approvata dall'Esecutivo regionale - chiariscono all'Assessorato - si dà mandato al soggetto attuatore di rimettere alla Regione Abruzzo uno studio di fattibilità contenente l'ubicazione e le caratteristiche urbanistiche ed infrastrutturali dell'area, la descrizione complessiva dei 20 posti letto, la valutazione delle risorse umane necessarie alla funzionalità dei servizi sanitari operanti dopo l'intervento.

Roma: detenuto di Rebibbia, colpito da malore, muore all'Ospedale "Sandro Pertini"

Iris Press, 11 febbraio 2013

Si è sentito male dopo una seduta di ginnastica. Soccorso con il defibrillatore dal personale presente, è stato immediatamente trasferito nella struttura protetta dell'Ospedale "Sandro Pertini" dove, però, è deceduto poco dopo il suo arrivo.

È morto così, sabato pomeriggio, Antonio Schena, detenuto 46enne del carcere di Rebibbia N.C.. La notizia è stata diffusa dal Garante dei detenuti del Lazio Angiolo Marroni. Schena è la prima persona che muore, nelle carceri del Lazio, nel 2013.

L'uomo era detenuto in una cella della sezione G 9 del carcere di Rebibbia N.C., quella riservata ai cosiddetti reclusi precauzionali, proveniente da Genova. Ex carabiniere della stazione di Genova - Sampierdarena, sospeso dall'Arma, Schena stava scontando una condanna per una serie di reati fra i quali la vendita di falsi titoli onorifici del "Sovrano Ordine di Malta e di Cilicia" e falsi attestati di onorificenza dell'Onu in cambio di denaro da destinare a suo dire a scopi benefici. "Quest'uomo non soffriva, almeno in apparenza, di patologie così gravi da metterlo a rischio di vita - ha detto il Garante dei detenuti Angiolo Marroni. Il problema, però, è che gli attuali livelli di sovraffollamento, la carenza di risorse e le gravi difficoltà in cui versa la sanità penitenziaria del Lazio, fanno sì che le carceri non siano le strutture più adeguate a garantire livelli ottimali di tutela della salute alle persone che vi sono reclusi".

Roma: Rita Bernardini scrive al Dap "sembra che le circostanze della morte siano diverse..."

Ristretti Orizzonti, 11 febbraio 2013

La parlamentare Radicale Rita Bernardini questa mattina ha inviato ai funzionari del Dap Giovanni Tamburino, Francesco Cascini, Calogero Piscitello e Luigi Pagano, e al direttore del carcere di Rebibbia N.C., Mauro Mariani, la seguente nota:

"Da fonti interne al carcere che a me si sono rivolte, la notizia così come è stata riportata dalla stampa e come mi è stata riferita ieri dal Direttore Mauro Mariani, sembra non corrispondere al vero. Sembra che non sia vero che il detenuto avesse fatto ginnastica. Sembra che non sia vero che sia stato immediatamente soccorso. Sembra che sia morto in carcere e non all'Ospedale Sandro Pertini dove è arrivato già cadavere. Vi prego di accertare la verità e le responsabilità dell'accaduto. Innanzitutto, occorre non smembrare dislocandoli altrove (come purtroppo accade spesso in questi casi) gli altri 5 detenuti che erano con lui in cella e che possono riferire sui fatti".

Sulmona (Aq): detenuto in sciopero della fame contro l'ergastolo ostativo, rischia la vita

Agi, 11 febbraio 2013

Viso scarno e ossa che si contano come in una radiografia appena fatta. Sono immagini di un uomo che più che in un carcere italiano sembrano provenire da un campo di concentramento. La denuncia arriva dal segretario

provinciale della Uil penitenziari dell'Aquila, Mauro Nardella.

È così che oggi si presenta, agli occhi degli operatori penitenziari, "ai quali offre spunti di enorme preoccupazione", Antonino Cacici, detenuto ergastolano di origine siciliana di 42 anni, il quale, da diversi giorni, sta attuando al carcere di Sulmona lo sciopero della fame, della terapia e da oggi anche quello della sete per protestare contro l'ergastolo ostativo".

Il cosiddetto ergastolo ostativo è quella pena a vita che impedisce qualsiasi possibilità di abbreviazione della condanna, essendo stato inflitto per gravissimi delitti. In Italia sono circa ottocento gli ergastolani ostativi, molti dei quali in carcere da oltre trent'anni, puniti da un irrigidimento della normativa sull'ergastolo che fu introdotta negli anni 90, a seguito delle famose stragi di mafia.

Si tratta - ricorda la Uil - molto spesso di soggetti che hanno commesso efferati delitti in età giovanile ed ora non vedono alcuna speranza perché finiscano la pena prima del termine della loro esistenza terrena. Le condizioni di salute di Cacici, che ha rifiutato anche il ricovero presso l'ospedale, cominciano a destare serie preoccupazioni fra i sanitari del carcere. Questi ultimi hanno registrato nel corso dell'ultimo mese un calo ponderale di oltre 20 kg. Il che unito anche all'aumentato rischio derivante dall'associazione dello sciopero della terapia e della sete porterà al rischio di un rapido peggioramento delle sue condizioni.

La preoccupazione della Uil Penitenziari - osserva Nardella - oltre che di tutti gli operatori penitenziari, ognuno dei quali armati di umana pietà, è che il detenuto, malgrado i ripetuti e sistematici tentativi di dissuasione fatti da tutti, direttori, medici, infermieri, poliziotti penitenziari, educatori ed assistenti sociali, possa non arrivare all'appuntamento col Tso ancora in vita. Le condizioni di Cacici rappresentano una sorta di spada di Damocle per tutti gli operatori penitenziari i quali quotidianamente, da diversi giorni oramai, sono chiamati a svolgere un lavoro di vigilanza che non poco stress produce e che si ripercuote inevitabilmente sulle loro condizioni psicofisiche.

Rifiuta le cure in carcere, rischia la morte (Il Centro)

La sua vita è appesa un filo. Viso scarno e ossa che spingono sulla pelle, da diversi giorni sta effettuando lo sciopero della fame contro l'ergastolo ostativo. Antonino Cacici 42 anni di origine siciliana, detenuto ergastolano del carcere di Sulmona, rifiuta, insieme al cibo, la terapia medica e da ieri ha iniziato anche lo sciopero della sete. A lanciare l'allarme sulla gravissime condizioni di salute in cui versa il detenuto, che ha rifiutato anche il ricovero in ospedale e che cominciano a destare serie preoccupazioni fra i sanitari del carcere, è la Uil Penitenziari.

"Più che da un carcere italiano l'uomo sembra provenire da un campo di concentramento", dice il segretario provinciale di questo sindacato, Mauro Nardella, "i medici hanno registrato nel corso dell'ultimo mese un calo ponderale di oltre 20 chili. Il che, unito anche all'aumentato rischio derivante dal rifiuto della terapia medica e dell'acqua, porterà al rischio di un rapido peggioramento delle sue condizioni".

L'ergastolo ostativo è quella pena a vita che impedisce qualsiasi possibilità di abbreviazione della condanna, essendo stata inflitta per gravissimi delitti. In Italia sono circa 800 gli ergastolani ostativi, molti dei quali in carcere da oltre trent'anni, puniti da un irrigidimento della normativa sull'ergastolo che fu introdotta negli anni '90, in seguito alle stragi di mafia.

Si tratta molto spesso di soggetti che hanno commesso efferati delitti in età giovanile e ora, uomini di mezz'età e oltre, non vedono alcuna speranza di finir di scontare la pena prima di morire "Lo visitiamo tre volte al giorno proprio per la gravità della situazione", sottolinea il responsabile dell'area medica del carcere di Sulmona, Fabio Federico.

"Ho perfino chiesto il trasferimento del detenuto nella cella dell'ospedale per un intervento più tempestivo in caso di emergenza. Ma lui ha sempre rifiutato. Purtroppo abbiamo le mani legate perché fino a quando l'uomo è in grado di intendere e di volere non possiamo intervenire con il trattamento sanitario obbligatorio".

Anche Paola Concia, candidata al Parlamento per il Pd in Abruzzo, è intervenuta sulla situazione del carcere di Sulmona chiedendo l'apertura di un "tavolo permanente" che si occupi dei problemi più urgenti della struttura carceraria come il sovraffollamento e la carenza di personale. Un intervento apprezzato dai sindacati ancor più perché arriva alla vigilia della trasformazione del più grande carcere d'Abruzzo in penitenziario di massima sicurezza. Secondo il piano carceri, sarà chiusa la casa lavoro che ospita quasi 200 internati.

Al loro posto arriveranno altrettanti detenuti che appartengono alle tre categorie dell'AS, l'Alta sicurezza: AS1, i più pericolosi perché ex 41 bis, come boss mafiosi e simili, AS2, terroristi islamici e ex Brigate Rosse; AS3, soggetti al 416 bis, cioè reclusi per associazioni criminali e a delinquere, già presenti nella struttura sulmonese.

Radicali Abruzzo: ergastolo ostativo, una barbarie da cancellare

Un'ennesima, drammatica vicenda rischia di consumarsi all'interno di uno degli istituti penitenziari abruzzesi. Un detenuto di origine siciliana, Antonio Cacici, da diversi giorni sta effettuando lo sciopero della fame contro l'ergastolo ostativo, vale a dire quella forma di pena che esclude qualsiasi possibilità di abbreviazione della condanna.

Il caso ha suscitato la reazione di Rosa Quasibene, segretario regionale di Radicali Abruzzo e di Alessio Di Carlo, responsabile di Giustizia Giusta, secondo i quali oltre a riproporsi drammaticamente e con forza la questione di

legittimità costituzionale dell'ergastolo ostativo, occorre chiedersi come possa essere compatibile un regime del genere con un sistema sanzionatorio che sempre più, nel mondo cosiddetto civilizzato, propende per la decarcerizzazione delle pene". Gli esponenti radicali hanno rammentato che proprio la battaglia sulla affermazione del principio di legalità all'interno del sistema giudiziario e carcerario nel Paese è al centro della campagna elettorale in corso da parte della lista "Amnistia Giustizia Libertà".

Comunicato stampa di Giulio Petrilli

Antonio Cacici, detenuto nel carcere di Sulmona, versa in gravi condizioni, per un prolungato sciopero della fame e della sete. La sua protesta è contro il cosiddetto ergastolo ostativo, che impedisce a chi è stato condannato a l'ergastolo per reati connessi alla mafia di usufruire di qualsiasi beneficio, dai permessi premio, al lavoro esterno dopo tanti anni di carcere o alla semilibertà. Nulla, non può usufruire di nulla, deve per intero scontare la sua pena e praticamente morire in carcere.

Tanti sono i detenuti in queste condizioni e ce ne sono molti che pur avendo scontato 30 anni di carcere, non possono accedere ai benefici della legge Gozzini, che fu introdotta per favorire il reinserimento dei detenuti. Antonio Cacici sta morendo, facciamo in modo che questo non accada, invitiamolo a desistere promettendogli l'impegno affinché la legge, che attualmente vieta a lui e tanti altri di usufruire di qualsiasi beneficio venga abrogata. La legge Gozzini, è stata una grande legge perché ha consentito anche a chi era condannato all'ergastolo, di poter un giorno usufruire di misure alternative al carcere, facciamo in modo che questo avvenga per tutti, non creiamo una discriminante in base ai reati.

Giustizia: murare vivi gli "innocenti" negli Opg... un paradosso per i giudici

di Luigi Ferrarella

Corriere della Sera, 11 febbraio 2013

C'è soltanto una decisione che, più di dover infliggere l'ergastolo a un colpevole, schiaccia di responsabilità un giudice: ed è dover mandare un processato all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (Opg).

Perché "è una misura di sicurezza che esce dai binari coscienza - responsabilità - sanzione", ragiona il procuratore aggiunto di Messina, Sebastiano Ardita, fino all'anno scorso direttore generale dei detenuti al Dap (Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria) con competenza proprio su questo settore; e perché potenzialmente può non aver mai fine, sebbene per definizione il destinatario non sia imputabile per ciò che ha commesso.

In Opg, infatti, finisce la persona che il giudice ritenga abbia commesso un delitto doloso con pena superiore nel massimo a due anni, ma che una perizia psichiatrica dichiara "totalmente incapace di intendere e di volere" (cioè patologicamente non in grado di percepire il senso delle proprie azioni e di controllare i propri impulsi) e che contemporaneamente sia valutato "socialmente pericoloso", concetto non medico - legale ma giuridico, che attiene alla probabilità che il soggetto commetta nuovi reati. Quando si trova di fronte a queste condizioni, il giudice è costretto da un lato ad assolvere, tecnicamente per difetto di imputabilità, e dall'altro lato a disporre per due anni la misura di sicurezza dell'Ospedale psichiatrico giudiziario o anche (solo dal 2004 dopo una sentenza della Consulta) della meno pesante "libertà vigilata" accompagnata dalla prescrizione di un rapporto continuativo con il servizio psichiatrico territoriale.

La misura è soggetta a essere periodicamente rivista ma, finché lo psichiatra ravvisa che permanga la "pericolosità sociale", di rinnovo in rinnovo il termine può non avere mai fine. È l'ibrido alla base di quello che per Ardita è "un ricorrente equivoco: l'Ospedale psichiatrico giudiziario è "ospedale" nel senso di "ospizio", cioè non di struttura sanitaria ma di luogo di accoglienza, dove, nel contenere una pericolosità sociale, con la riforma penitenziaria si è rafforzato il trattamento psichiatrico. Un posto dove si è ristretti per il fatto di essere pericolosi, non per il fatto che si è malati bisognosi di cure".

Un posto, si spinge a provocare Ardita, "che a volte non può avere alternative. In base alla mia esperienza, mi sento di dire che ci sono casi nei quali, per un malato di mente socialmente pericoloso, la vita in famiglia non è di miglior qualità rispetto a quella possibile in alcuni reparti di Opg nei quali è poco nota l'abnegazione del personale".

E si intuisce che Ardita, "nel bilanciamento tra il valore della dignità umana del soggetto ristretto e il valore della vita altrui che egli può mettere in pericolo", sia ora pessimista nei confronti di "una riforma che non disegna il contenuto delle nuove strutture" destinate a superare gli Opg, e "non indica quale debba essere lo standard (anche in termini di risorse economiche) dei servizi di assistenza".

Livorno: la morte in carcere di Yuri Attinà resta senza colpevole

di Federico Lazzotti

Il Tirreno, 9 febbraio 2013

Assolto l'agente di polizia penitenziaria dall'accusa di omicidio colposo Secondo l'accusa non doveva permettere che Yuri Attinà usasse il gas.

Nicola Citi, 43 anni, ispettore di polizia penitenziaria abbraccia il suo avvocato quando il giudice Gioacchino Trovato finisce di leggere, dopo mezzora di camera di consiglio, la sentenza la quale lo assolve con formula piena per la morte di Yuri Attinà, il detenuto scomparso il 5 gennaio 2011 nel carcere delle Sughere dopo aver inalato da un fornellino da campo una grossa quantità di gas butano.

Una decisione che "rende giustizia a un agente che ha sempre cercato di fare bene il proprio lavoro", come spiega l'avvocato Luciano Picchi che ha difeso Citi con il collega piombinese Giovanni Marconi. Ma che dall'altra parte fa restare senza colpevole una morte che scosse l'opinione pubblica. "Si vive di ingiustizie e si muore in carcere", recitava uno striscione che alcuni amici della vittima esposero fuori dal carcere dopo la scomparsa di Attinà. L'agente di polizia penitenziaria era accusato di omicidio colposo. Secondo il pubblico ministero Massimo Mannucci - si legge nel capo d'imputazione - "in qualità di ispettore in servizio nella casa circondariale di Livorno, per colpa consistita in imprudenza, negligenza, imperizia e nell'aver revocato momentaneamente una disposizione da egli stesso adottata l'11 dicembre 2010 che vietava l'uso del fornellino da camping consentendo poi al detenuto di utilizzarlo".

Al centro delle indagini, in particolare, sono finiti due documenti: uno risaliva, appunto, all'11 dicembre, il secondo al 28. Nel primo, visti i precedenti del detenuto, viene vietato l'uso del fornellino in cella. Diciassette giorni più tardi, Citi, avrebbe firmato - sosteneva anche la parte civile - un documento nel quale autorizza ad usarlo o comunque a dividere la cella con detenuti che lo hanno a disposizione.

Yuri Attinà alle Sughere, era al settimo padiglione, in cella con due compagni. Pare che alcuni giorni prima avesse rassicurato l'agente dicendo che non avrebbe fatto uso del gas e forse per questo l'ispettore gli avrebbe dato fiducia. Ma il pomeriggio del 5 gennaio ha inalato il gas e non si è più svegliato. Nel procedimento si erano costituite parte civile la sorella e la nipote del ventottenne. "La responsabilità di questa storia è di Yuri - diceva la nipote all'indomani della tragedia - che l'ha pagata anche cara. Ma se c'è qualcuno che ha sbagliato è giusto che paghi". A distanza di due anni dalla tragedia e dopo diversi rinvii il giudice ha deciso che non ci sono altri colpevoli.

Taranto: Sappe; detenuto straniero di 29 anni tenta il suicidio, è in condizioni disperate
Adnkronos, 9 febbraio 2013

È in condizioni gravissime il detenuto straniero, di 29 anni, proveniente dai paesi dell'Est, che questa mattina ha tentato il suicidio nel bagno di una cella del carcere di Taranto. Lo riferisce all'Adnkronos Federico Pilagatti, segretario nazionale del Sindacato autonomo di polizia penitenziaria (Sappe) che si trova sul posto. L'uomo, giudicabile per reati contro il patrimonio, è stato trasportato poco fa all'ospedale civile Santissima Annunziata. Secondo le prime informazioni potrebbe aver utilizzato una corda rudimentale ricavata da un lenzuolo, legandola alla finestra del bagno e annodandosela al collo. Per mettere in atto l'insano gesto ha atteso che tutti i compagni di cella uscissero per recarsi al passeggio. Inoltre ha bloccato la porta di ingresso al bagno interno alla cella per impedire che qualcuno intervenisse per salvarlo. "Nonostante ciò - sottolinea Pilagatti - l'agente di servizio nella sezione, durante il giro di controllo, si è insospettito per il silenzio del detenuto e quindi è entrato nella stanza dando contemporaneamente l'allarme ai colleghi". Quindi con una spallata ha aperto la porta del bagno prestando soccorso al detenuto al quale, unitamente ai sanitari, ha fornito le prime cure. Subito dopo il detenuto è stato portato dal 118 in ambulanza in ospedale. Le sue condizioni sarebbero disperate.

"Il Sappe - evidenzia Pilagatti - deve prendere atto della grave situazione in cui versa il carcere di Taranto dovuta al sovraffollamento di detenuti a cui si contrappone una grave carenza di personale. Mentre la situazione precipita, il vice capo della Direzione dell'amministrazione penitenziaria (Dap ndr) continua a giocare con la vigilanza dinamica che nei fatti ha l'effetto di sguarnire le sezioni detentive. Negli ultimi tempi - conclude Pilagatti - decine, se non centinaia, sono stati gli interventi dei poliziotti penitenziari che hanno evitato suicidi. Con la vigilanza dinamica sarebbero tutti morti".

Svizzera: detenuti appiccano incendio in carcere Bois-Mermet per tentativo suicidio
Apcom, 8 febbraio 2013

Due detenuti nel carcere di Bois-Mermet, a Losanna, sono stati tratti in salvo giovedì sera dopo aver appiccato il fuoco alla loro cella. I due giovani avrebbero tentato di suicidarsi.

Entrambi ventenni, i prigionieri hanno appiccato il fuoco a diversi oggetti verso le 22, dopo aver fumato una sigaretta insieme, riferisce oggi la polizia. Intervenuto rapidamente, il personale penitenziario ha trovato uno dei detenuti privo di sensi, mentre il secondo lamentava dolori e difficoltà respiratorie. Secondo la polizia, i due

giovani - un brasiliano e uno svizzero - avrebbero voluto togliersi la vita. Una lettera in questo senso è stata rinvenuta nella tasca del detenuto privo di sensi, mentre il secondo ne ha consegnato una identica ai soccorritori. Nel marzo 2010 il detenuto Skander Vogt era deceduto in condizioni analoghe a Bochuz (Vd). In seguito alla sua morte, il Cantone ha varato diverse misure, fra le quali la revoca della responsabile del Servizio penitenziario vodese.

Lucca: Sappe; detenuto al San Giorgio tenta il suicidio impiccandosi, salvato dagli agenti
Ansa, 8 febbraio 2013

Ha cercato di uccidersi nella sua cella. Un detenuto italiano - in carcere per rapina e con pena a fine 2016 - ha tentato di impiccarsi nel carcere di San Giorgio usando un lenzuolo annodato. Per fortuna, però, alcuni agenti della polizia penitenziaria se ne sono accorti e lo hanno salvato in extremis. Purtroppo non è il primo caso di tentato suicidio in carcere: la situazione del San Giorgio è letteralmente esplosiva. Da tempo seguono denunce a tutti i livelli sul sovraffollamento del carcere.

“Esprimo il sincero e convinto apprezzamento del primo sindacato della polizia penitenziaria, il Sappe, ai colleghi del carcere di Lucca che con il loro tempestivo intervento hanno salvato la vita a un detenuto italiano condannato per rapina con fine pena 2016 che ha tentato il suicidio in cella impiccandosi alle sbarre della finestra con il lenzuolo. L'uomo è stato accompagnato al reparto infermeria del carcere ma è ancora una volta solo grazie alla professionalità, al tempestivo intervento, alle capacità, all'umanità ed all'attenzione del personale di polizia penitenziaria che un detenuto è stato salvato da un tentativo di suicidio.

Lo dichiara Donato Capece, segretario generale del sindacato autonomo polizia penitenziaria Sappe, la prima e più rappresentativa organizzazione dei baschi azzurri. Un gesto particolarmente importante e da mettere in evidenza, tanto che il Sappe chiederà all'Amministrazione penitenziaria di Roma una adeguata ricompensa (lode o encomio) al Personale di Polizia che è intervenuto per salvare la vita al detenuto.

Un gesto eroico e da valorizzare che nelle carceri italiane accade con drammatica periodicità: si pensi che nel 2011 e 2012 la Polizia Penitenziaria ha sventato oltre 2.000 tentativi di suicidio di detenuti e impedito che più di 10mila atti di autolesionismo posti in essere da altrettanti ristretti potessero degenerare ed ulteriori avere gravi conseguenze.

Busto Arsizio: Sappe; detenuto tenta di impiccarsi, salvato dalla Polizia penitenziaria
Adnkronos, 7 febbraio 2013

Ha tentato di impiccarsi alle sbarre della cella, usando un cappio ricavato dalla coperta, ed è stato salvato dall'intervento degli agenti della Polizia Penitenziaria. È successo venerdì scorso nel carcere di Busto Arsizio, nel Varesotto, informa Donato Capece, segretario generale del sindacato autonomo della Polizia Penitenziaria Sappe. Il detenuto, uno straniero imputato per rapina, era rinchiuso in isolamento.

La sovrintendente con l'aiuto di due assistenti, richiamati dalle urla di un agente in servizio nel reparto isolamento, è entrata all'interno della cella e ha trovato il detenuto che si era già lasciato cadere nel vuoto, spingendo la branda con i piedi. Solamente l'intervento del personale di Polizia Penitenziaria ha fatto sì che il detenuto potesse essere liberato dal cappio e salvato. “Nonostante il forte sovraffollamento dell'istituto di Busto Arsizio e la carenza di personale - afferma Capece - ancora una volta, grazie alla professionalità della Polizia Penitenziaria si riesce ad intervenire su eventi critici sempre più all'ordine del giorno. Sarebbe auspicabile un riconoscimento, da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, al personale di Polizia Penitenziaria della casa circondariale di Busto intervenuto sulla gestione dell'evento critico”.

Giustizia: Palma (Ordine Nazionale Psicologi); detenuti senza diritto alla salute
Ansa, 7 febbraio 2013

Il presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine ha lanciato un allarme sulle condizioni “esplosive” degli istituti penitenziari chiedendo di “riqualificare” in questi contesti la figura dello psicologo, svilita dal precariato e dalla continua riduzione delle ore dedicate al rapporto con i detenuti. “Nelle carceri italiane siamo di fronte ad una vera e propria violazione, tra gli altri, dell'articolo 32 della Costituzione italiana, che tutela la salute come diritto fondamentale di tutti i cittadini; l'allarme lanciato dal Presidente della Repubblica ha alzato un velo su una situazione sempre più insostenibile ed esplosiva che genera, a causa dell'affollamento e delle precarie condizioni, malesseri, tensioni, aggressività ed un preoccupante aumento dei suicidi”. Così Luigi Giuseppe Palma, presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli Psicologi, ha fotografato l'attuale situazione degli istituti penitenziari italiani.

“Può sembrare un paradosso - ha proseguito - ma mentre è chiara la fondamentale importanza della figura professionale dello psicologo, per la complessità e la qualità del lavoro svolto nel percorso riabilitativo, proprio questa figura viene, invece, sempre più svilita da precariato, dalla continua riduzione delle ore dedicate al rapporto con i detenuti, dalla carenza, se non da una vera e propria mancanza, di qualsiasi strutturazione del servizio di psicologia. In queste condizioni - ha concluso Palma - si sprecano risorse e non viene garantito il diritto alla salute della popolazione carceraria. Riqualficare, invece, la figura dello psicologo nelle carceri, metterla nelle condizioni di ben operare rappresenterebbe - proprio in questa situazione di crisi - un investimento a beneficio della società che ci metterebbe in linea con l'Europa”.

Liguria: Pellerano (Lista Biasotti); regione latitante sulla situazione sanitaria delle carceri
www.sevenpress.com, 6 febbraio 2013

“Nonostante la condanna da parte della Corte di Strasburgo e la maglia nera “conquistata” dalla Liguria per il sovraffollamento delle proprie carceri, ancora aspettiamo una risposta concreta da parte della Regione in merito alla situazione sanitaria degli istituti di pena”. Così Lorenzo Pellerano, consigliere regionale della Lista Biasotti, che denuncia ancora una volta la “latitanza” dell'ente di via Fieschi in merito alle condizioni di salute dei detenuti liguri.

“Ricordo che - prosegue Pellerano - la competenza sui servizi sociosanitari all'interno delle carceri è dal 2008 è stata trasferita alle Regioni, a cui spetta la programmazione, la distribuzione delle risorse economiche ai vari istituti di pena e la gestione delle attività. Dal 2011 a oggi ho chiesto più volte spiegazioni all'assessore Montaldo su quale sia lo stato della sanità carceraria in Liguria che, da quanto ho appreso dagli operatori e durante alcuni sopralluoghi effettuati personalmente, sembra presentare molte criticità.

Su richiesta dell'assessore alla Salute ho anche proposto alcune modifiche migliorative della deliberazione regionale 364/2012. In particolare avevo proposto di migliorare la gestione delle cartelle cliniche dei detenuti, di aumentare la collaborazione con realtà di volontariato operanti nelle carceri e di prevedere una valutazione periodica dell'appropriatezza della spesa sanitaria e farmaceutica. Nessuna delle proposte di buon senso è stata accolta.

Fino a oggi, l'assessore Montaldo ha risposto solo parzialmente alle mie sollecitazioni: circa un anno fa mi aveva presentato il conto delle risorse stanziare in quattro delle Asl liguri, ma non aveva fornito i dati di quella genovese, la più importante se si considera che comprende le carceri di Marassi e Pontedecimo”.

Per avere risposte precise, Pellerano ha presentato un'ulteriore interrogazione in consiglio regionale. “Chiederò - spiega - se è stata istituita la Commissione regionale per la salute in carcere e delle persone inserite nel circuito penale, così come è stabilito nella delibera di giunta 364/2012. Chiederò anche se ha avuto seguito l'ordine del giorno che il Consiglio regionale ha approvato all'unanimità il 6 dicembre 2011. Il documento impegnava la Giunta a disporre ispezioni, ogni sei mesi, nelle carceri per monitorare le condizioni sanitarie dei detenuti, la situazione igienico - sanitaria e la vivibilità delle celle, visto anche l'attuale sovraffollamento che in Liguria raggiunge il 176,8 di capienza, contro la media europea del 99,6%.

Sottolineo che a questa situazione di assoluta gravità rende esplosiva la presenza nelle carceri di una percentuale altissima di detenuti tossicodipendenti, circa uno ogni quattro, spesso con Aids (circa il 2% dei detenuti è sieropositivo), epatite C e disturbi mentali. Inoltre, da un rapporto sullo stato della sanità all'interno degli istituti penitenziari predisposto dalla Commissione Giustizia del Senato, emerge che appena il 20% dei detenuti risulta sano, mentre il 38% di essi si trova in condizione di salute mediocre, il 37% in condizioni scadenti e il 4% in condizioni gravi e con alto indice di co - morbosità”.

Immigrazione: giovane afgano tenta il suicidio nel Centro per richiedenti asilo di Crotone
Agi, 5 febbraio 2013

Un giovane afgano di 20 anni, ospite del Centro di prima accoglienza per richiedenti asilo “S. Anna” di Isola di Capo Rizzuto (Kr), ha tentato di togliersi la vita impiccandosi alla rete di recinzione del campo. È accaduto la notte scorsa quando il giovane, utilizzando alcune lenzuola di carta ed un cavo elettrico, ha realizzato un robusto cappio, se lo è avvolto intorno al collo e ha legato l'altra estremità alla rete di recinzione del centro.

Il tempestivo intervento dei Carabinieri del Gruppo Operativo Calabria di Vibo Valentia, in servizio di vigilanza nel Centro, ha impedito il tragico epilogo della vicenda. I militari, nonostante il tentativo di suicidio sia avvenuto in piena notte ed in un'area poco illuminata, si sono accorti di quanto accadeva riuscendo a soccorrere il giovane e a salvargli la vita. L'afgano è stato poi trasportato al pronto soccorso dell'Ospedale Civile “San Giovanni di Dio” di Crotone.

Noto (Sr): detenuto di 42 anni s'impicca in cella, era stato trasferito lontano dalla famiglia

Ristretti Orizzonti, 5 febbraio 2013

Nel 2013 sono già 6 i reclusi morti suicidi e 18 il totale dei decessi in carcere.

Natale Coniglio, operaio 42 enne originario di Stilo (Rc), ieri si è tolto la vita nel carcere di Noto (Sr) in cui era detenuto, impiccandosi nella sua cella. Era stato condannato per furto e ricettazione. La famiglia dell'uomo aveva più volte fatto presente agli organi giudiziari la fragilità psicologica di Natale, e aveva anche avanzato al Tribunale di Sorveglianza formale richiesta di assegnazione alla detenzione domiciliare in una clinica specializzata per scontare il resto della pena. Il rigetto dell'istanza e il trasferimento dal carcere di Locri a quello di Noto sono stati, almeno secondo le prime ricostruzioni, la goccia che ha fatto traboccare il vaso. È stata già disposta dal magistrato incaricato l'autopsia sul corpo.

Nelle carceri centocinquanta decessi l'anno, di cui oltre un terzo per suicidio

I numeri forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria parlano di oltre 3.000 detenuti morti negli ultimi 20 anni, dei quali circa un terzo per suicidio (vedi documento pdf allegato).

Il nostro Osservatorio dal 2002 raccoglie notizie da fonti "indipendenti" rispetto all'istituzione carceraria (operatori sociali, volontari, parenti dei detenuti, etc.) ed al confronto con i dati ufficiali ci risultano, ogni anno, alcune decine di morti in più. Il motivo di questa divergenza sta nel fatto che prendiamo in considerazione anche i detenuti morti in ospedale, dopo aver tentato il suicidio in cella, o per l'esito di malattie che sono insorte o si sono aggravate durante la detenzione, o per altri avvenimenti occorsi in condizione di privazione della libertà.

Il caso Cucchi è emblematico di ciò che intendiamo per "morire di carcere": Stefano è morto fuori dalle mura penitenziarie (in una stanza dell'Ospedale "Pertini") e ancora non è accertato se per la negligenza dei medici o per traumi contusivi subiti. Però se non fosse stato "un detenuto" molto probabilmente sarebbe ancora vivo.

L'Osservatorio permanente sulle morti in carcere cerca di approfondire le cause dei decessi delle persone recluse restituendo la "dimensione umana" che le nude cifre del Ministero non possono rappresentare, a cominciare dall'età media dei suicidi: 37 anni; ma è solo poco più alta (39 anni) l'età media dei detenuti morti per malattia: nelle carceri italiane la "speranza di vita" delle persone si dimezza, rispetto a "fuori".

Gli stranieri sono il 35% della popolazione detenuta, ma quasi il 50% dei morti in carcere, nonostante i reclusi stranieri siano mediamente più giovani degli italiani.

L'80% dei decessi riguarda persone condannate a meno di 3 anni, il 40% persone in attesa di giudizio, tecnicamente innocenti e in 1 caso su 2 destinate ad essere assolte... se fossero sopravvissute alla "carcerazione preventiva".

Il detenuto morto suicida ieri a Noto era segnalato come soggetto "psicologicamente fragile", avrebbe "potuto" essere in misura alternativa, avrebbe "dovuto" essere ristretto nella Regione di residenza della famiglia.

La morte, ogni anno, di 150-180 detenuti non è un'ineluttabile "effetto collaterale" dell'esecuzione della pena nelle carceri italiane, ma un pesante deficit di umanità e di legalità del nostro sistema giudiziario.

Lucca: dal Pdl un'interrogazione sui tagli ai servizi sanitari al carcere San Giorgio

Il Velino, 4 febbraio 2013

"Spiegazioni urgenti" sul sovraffollamento delle carceri toscane e sui tagli ai servizi di medicina penitenziaria. È quanto chiede il Pdl annunciando in merito una interrogazione in consiglio regionale. In particolare "il ridimensionamento dei servizi medici a Porto Azzurro e Gorgona, quelli specialistici a Livorno, Porto Azzurro, Gorgona, Massa e Lucca e i servizi infermieristici a Grosseto e Massa sono in contrasto con le norme nazionali e regionali, oltre a essere un disservizio" scrivono i consiglieri regionali Marco Taradash, Stefano Mugnai e Nicola Nascosti. "Tutto questo in una situazione di gravissimo sovraffollamento: al 31 dicembre 2012 erano presenti 4.179 detenuti, 1100 in più di quanto previsto".

"Gli stanziamenti statali dedicati sono aumentati, ma la Regione ha comunque ridotto i servizi di medicina penitenziaria: così nelle carceri toscane si verifica una situazione intollerabile che richiede spiegazioni urgenti". I fondi di bilancio della medicina penitenziaria non sono stati ridimensionati, anzi risulta che a livello nazionale siano stati aumentati di 5 milioni di euro". Secondo i consiglieri Pdl "la situazione è esplosiva tanto che i medici di guardia del presidio sanitario di Porto Azzurro hanno preannunciato le dimissioni in blocco se entro breve tempo non verrà risolto il gravissimo problema del carcere".

Teramo: detenuto di 51 anni trovato morto in cella, forse stroncato da un infarto

Il Centro, 4 febbraio 2013

Dramma a Castrogno: l'operaio Tommaso De Angelis forse ucciso da un infarto doveva scontare 24 anni per il

delitto di Martinsicuro, sarebbe uscito nel 2019.

Doveva scontare 24 anni di carcere ma la sua pena è finita ieri, alle 15,30, su una branda del carcere di Castrognò. Tommaso De Angelis, 51 anni, originario dell'Ascolano, ex operaio della Barilla condannato per l'omicidio di una prostituta a Martinsicuro, forse è stato ucciso da un infarto. La Corte d'Assise di Teramo gli aveva inflitto 24 anni di carcere, confermati in appello, per aver ucciso la 20enne Svetlana Alexeenko in una palazzina di Martinsicuro. L'omicidio avvenne il 5 febbraio del 2002. De Angelis sarebbe tornato in libertà nel 2019, ma ieri è morto in circostanze che non sembrano essere misteriose anche se l'autopsia sarà necessaria per fugare ogni dubbio. Facciamo un salto indietro nel tempo: nel 2003 il giudice riconobbe l'operaio ascolano colpevole del reato di omicidio volontario, ma non premeditato; da qui la pena minore rispetto a quella all'epoca richiesta dal pubblico ministero Davide Rosati, l'ergastolo.

De Angelis era stato invece assolto dall'accusa di aver rapinato prostitute nel corso del 2000 lungo la strada provinciale Bonifica del Tronto. Allora il magistrato aveva chiesto la pena massima sostenendo che si trattò di un omicidio volontario con quattro aggravanti: premeditazione, abbietti e futili motivi, uso di sostanze venefiche, crudeltà e violenza. De Angelis, invece, aveva confessato di essersi recato dalla giovane per rapinarla e di averla poi aggredita, ma senza volerla uccidere e che quando si allontanò dall'abitazione Svetlana era ancora viva. Ma l'accusa non ci stava: sosteneva che l'uomo avesse anche prelevato il cloroformio dall'azienda dove lavorava. De Angelis, diceva il pm, avrebbe preparato tutto dopo aver capito che la donna nascondeva in casa molti soldi. Nella perquisizione della sua abitazione i carabinieri del reparto operativo di Teramo rinvennero anche parte del bottino (1.000 euro circa 900 rubli che l'arrestato aveva cercato di cambiare inutilmente in banca), oltre al cellulare della vittima e un giubbotto dal quale si era staccato un bottone, trovato dagli investigatori sul luogo del delitto.

Ma questa è ormai storia passata, cancellata dalla morte dell'ex operaio. È l'ennesimo dramma a Castrognò. Appena tre giorni fa, i giornali si sono occupati di un altro episodio: quello di un detenuto salvato dai rumori dello sgabello che cadeva. Una guardia lo ha sentito, ha aperto la cella e ha visto penzolare il carcerato che tentava il suicidio per impiccagione, afferrandolo appena in tempo. È accaduto nella notte di mercoledì scorso nel carcere di Teramo, protagonista un giuliese di 33 anni condannato per spaccio di stupefacenti che, durante la detenzione, è caduto in depressione. Dopo aver tentato una prima volta il suicidio ha chiesto il differimento della pena, ma a dicembre il tribunale di sorveglianza ha rigettato la sua istanza. La sua storia è stata presa a simbolo dai Radicali abruzzesi e in particolare dai candidati teramani al parlamento nella lista Amnistia Giustizia e Libertà, che hanno tenuto una conferenza stampa. Proprio oggi è atteso a Teramo il leader dei Radicali, Marco Pannella. E la fine di De Angelis, morto da solo in una cella, può diventare un'altra storia simbolo.

Parma: Calisto Tanzi ancora in ospedale, giudice deciderà per domiciliari il 5 marzo

Tm News, 4 febbraio 2013

Calisto Tanzi è ancora ricoverato all'ospedale Maggiore di Parma dopo la caduta in carcere del 25 gennaio che gli ha procurato una ferita alla testa. I medici hanno deciso di prolungare il ricovero per effettuare nuove analisi. Le condizioni di salute dell'ex patron di Parmalat, già in cura da un cardiologo per il bypass, sono infatti peggiorate a causa della perdita di molto sangue dopo l'incidente di dieci giorni fa.

È fissata intanto per il 5 marzo l'udienza al tribunale di sorveglianza di Bologna durante la quale il giudice si dovrà esprimere per l'eventuale concessione dei domiciliari. Lo ha confermato il legale di Tanzi Franco Magnani, che ha sostituito gli avvocati Biancolella, Sgubbi e Belloni che lo hanno difeso per uno dei filoni più importanti del crack della multinazionale del latte.

La nuova richiesta dei domiciliari, dopo la bocciatura delle precedenti, è stata avanzata a partire da quanto disciplinato nell'ex art. 47 dell'ordinamento penitenziario che individua tre condizioni per ottenere la detenzione fuori dal carcere: a Tanzi rimane da patire una pena poco inferiore ai 4 anni; ha più di 60 anni, 74 per la precisione; e le sue condizioni di salute sono precarie. "Gli esami che stanno svolgendo in ospedale - ha spiegato Magnani - sono le stesse che abbiamo chiesto noi per certificare l'impossibilità di scontare la pena dentro il carcere. Aspettiamo i risultati".

Imperia: detenuto morto per overdose di farmaci e metadone, indagate quattro infermiere

Ansa, 1 febbraio 2013

Sono indagate per falso, accusate di aver alterato i dati relativi alle scorte di metadone in dotazione al carcere. Le 4 infermiere, che negano ogni addebito, sono state interrogate dal pm Lorenzo Fornace. Ancora strascichi dall'inchiesta sulla morte del detenuto Fabio Parodi, 27enne savonese, ucciso nel 2012 da un'overdose, un mix di farmaci e metadone mentre era recluso a Imperia e per il quale il compagno di cella Gian Pietro Zerbino è stato condannato a 4 anni e al pagamento di 18 mila euro. Quattro infermiere dell'Asl, tra cui una caposala, sono

indagate per falso, accusate di aver alterato i dati relativi alle scorte di metadone in dotazione al carcere. Le 4 infermiere, che negano ogni addebito, sono state interrogate dal pm Lorenzo Fornace.

Udine: l'avvocato del detenuto 70enne morto in cella; questa sia occasione per riflessione
Messaggero Veneto, 1 febbraio 2013

“Mi sono limitato a esporre le circostanze dell'accaduto, senza gettare discredito alcuno, men che meno sull'operato del magistrato di sorveglianza, come del resto si evince pacificamente dal tenore dell'articolo nel quale erano state riportate le mie considerazioni”.

Così l'avvocato Roberto Michelutti, in risposta alle accuse di “false e offensive dichiarazioni” mossegli contro da Lionella Manazzone, il magistrato che, il 18 gennaio, aveva rigettato l'istanza di detenzione domiciliare presentata per Savino Finotto, il detenuto di 70 anni colto da un malore, il giorno successivo, e deceduto sei ore dopo in ospedale.

“La morte di una persona anziana e visibilmente malata - scrive il difensore - dovrebbe costituire momento di riflessione per tutti gli operatori: per chiederci se è stato fatto tutto il possibile per evitare tale evento luttuoso e se sono stati usati tutti i rimedi legislativi. Quanto accaduto - il senso del suo messaggio - dovrebbe indurre a una collaborazione approfondita tra magistratura di sorveglianza, avvocatura e personale sanitario degli istituti di pena, sul tema dell'incompatibilità per motivi di salute del detenuto con il regime carcerario”.

Venezuela: il Papa esprime cordoglio per morti carcere... mai più drammi simili
Adnkronos, 31 gennaio 2013

Dopo gli scontri dei giorni scorsi nel carcere venezuelano di Uribana, durante i quali hanno perso la vita 58 persone, in gran parte detenuti, Benedetto XVI esorta le istituzioni a continuare a lavorare in uno spirito di collaborazione e buona volontà per superare i problemi ed evitare la ripetizione in futuro di tali eventi drammatici. L'appello - come riporta la Radio Vaticana - è contenuto in un telegramma di cordoglio inviato, a firma del cardinale segretario di Stato Tarcisio Bertone, in cui il Papa esprime il proprio profondo dolore per i tragici incidenti assicurando la sua preghiera per i defunti e la sua più profonda vicinanza spirituale e solidarietà alle famiglie delle vittime e ai circa 90 feriti.

Secondo l'Osservatorio venezuelano delle prigionie - ricorda la Radio Vaticana - nel Paese ci sono oltre 45 mila detenuti in strutture che potrebbero ospitarne al massimo 15 mila. L'esecutivo ha aperto un'inchiesta su quanto accaduto. Il penitenziario di Uribana dovrebbe ospitare 850 persone ma al momento ce ne sono 2.500. Per la Commissione Onu per i diritti umani la responsabilità degli scontri è da attribuire alle autorità venezuelane. La Chiesa venezuelana, da parte sua, parla di una politica penitenziaria inefficace del governo, dinanzi al sovraffollamento, alla mancanza di cibo adeguato, alla violenza incontrollata, ai ritardi procedurali e all'umiliazione subita dalle famiglie dei detenuti e invoca un'indagine indipendente e imparziale, che permetta di processare e punire i responsabili.

Mafia: detenuto di 52 anni muore per infarto nel carcere di Bicocca
Agi, 31 gennaio 2013

Morto un boss di peso della mafia della provincia di Caltanissetta. Si tratta di Rosario Lombardo, considerato personaggio di spicco di Cosa nostra di Niscemi, deceduto per infarto nel carcere di Catania, a Bicocca, all'età di 52 anni. Era finito in cella con l'accusa di associazione mafiosa e per avere progettato di uccidere i figli (due dei quali ancora minorenni) di due collaboratori di giustizia niscemesi, pronti a fare luce sull'organizzazione criminale e sulle strategie economiche del clan. Lombardo era chiamato "Saru cavaddu" ed era ritenuto un boss influente nella determinazione degli equilibri mafiosi.

Modena: Sappe; sventato tentativo suicidio di un detenuto magrebino di circa 30 anni
Adnkronos, 31 gennaio 2013

La notte scorsa, nel carcere di Modena, "un detenuto magrebino di circa 30 anni ha tentato il suicidio, impiccandosi all'interno della cella in cui era detenuto. Solo l'attenzione e la prontezza dell'agente in servizio nella sezione detentiva ha reso vano il tentativo dell'uomo".

Ne dà notizia Giovanni Battista Durante, segretario generale aggiunto del Sappe. "È sempre e solo grazie alla professionalità della polizia penitenziaria che vengono evitati e controllati, all'interno delle carceri, i tanti eventi critici, compresi i tentativi di suicidio che sono circa mille ogni anno. Negli ultimi 20 anni - ricorda - la polizia

penitenziaria ha salvato la vita a circa 17.000 detenuti che hanno tentato il suicidio". A Modena, attualmente, ci sono circa 350 detenuti, "ma il numero è destinato a salire ed a raggiungere i 600 circa, a seguito dell'imminente apertura del nuovo padiglione detentivo che dovrebbe ospitare i detenuti con pene fino a 5 anni di reclusione".

San Severo (Fg): detenuto colpito da grave crisi respiratoria, salvato dagli agenti

Un uomo di origini napoletane, A.R. di 38 anni, detenuto nel carcere di San Severo (Fg) in preda a una grave crisi respiratoria è stato soccorso e salvato dagli agenti di Polizia Penitenziaria.

L'episodio è avvenuto nella mattinata di domenica 27 gennaio. Decisivo è stato l'intervento degli agenti di Polizia Penitenziaria e dei sanitari di turno in servizio in quel momento all'interno del carcere. Solo il pronto intervento e l'attenzione del personale operante all'interno dell'Istituto hanno potuto evitare il tragico epilogo con l'uomo che era già sofferente. Infatti il detenuto è stato salvato dalla respirazione artificiale alternata a massaggio cardiaco immediatamente praticati. Vista la gravità della situazione, il detenuto, veniva trasportato d'urgenza, presso l'Ospedale di San Severo dove veniva ricoverato. "Grande professionalità ed attenzione da parte della polizia penitenziaria e del personale sanitario nell'espletamento dei propri compiti - afferma il Comandante della Casa Circondariale di San Severo Commissario Dr. Giovanni Serrano - la situazione nelle carceri italiane è grave, ma nonostante le difficoltà operative derivanti dal sovraffollamento e dalla mancanza di personale, si riescono a fronteggiare gli eventi critici grazie alle capacità e allo spirito di sacrificio del personale".

Benevento: detenuto somalo tenta il suicidio con una corda rudimentale, salvato da agente
Agi, 30 gennaio 2013

Tentato suicidio nella serata di ieri alla Casa Circondariale di contrada Capodimonte. Per cause ancora in corso di accertamento, un uomo di nazionalità somala, detenuto per presunti reati di pirateria, avrebbe tentato di impiccarsi nella sua cella. A darne notizia è la segreteria locale del Sinappe, il Sindacato Nazionale Autonomo Polizia Penitenziaria.

Il fatto sarebbe accaduto verso le 19:30 nel reparto autonomo del carcere beneventano. L'uomo, detenuto in una cella singola, avrebbe costruito una corda rudimentale sottilissima, formata da elastici e pezzi di plastica, e l'avrebbe legata alle sbarre della finestra prima di compiere l'insano gesto. Da qui il tentativo, aiutato anche da uno sgabello. Tempestivo è stato però l'intervento di un agente della polizia penitenziaria, che ha soccorso l'uomo, già in stato di sofferenza, evitando il peggio.

Udine: Magistrato di Sorveglianza; malore fatale in cella... è stato fatto "tutto il possibile"
Messaggero Veneto, 30 gennaio 2013

In relazione alla notizia della morte di Savino Finotto, il detenuto di 70 anni colto da malore in cella, sabato 19 gennaio, e deceduto sei ore dopo in ospedale, e del disappunto manifestato dal difensore, avvocato Roberto Michelutti, per il rigetto dell'istanza di detenzione domiciliare da parte del magistrato di sorveglianza, riportiamo di seguito l'intervento dello stesso magistrato che firmò il provvedimento, Lionella Manazzone.

"Chiamata in causa dall'articolo del 23 gennaio 2013 sulle circostanze della morte di una persona detenuta presso il carcere di Udine, ritengo doveroso chiarire che un caso in cui è stato fatto tutto ciò che si doveva e si poteva fare è stato presentato come un esempio di mala giustizia e di mala sanità. La rabbia del difensore, avvocato Roberto Michelutti, e lo "sconcerto" della giornalista dimostrano che entrambi non conoscevano i presupposti delle fattispecie giuridiche ed i fatti accaduti. In caso di incompatibilità delle condizioni di salute dei detenuti con il regime detentivo è sempre stata disposta la scarcerazione, molto spesso senza domande della difesa, in quanto situazioni segnalate dalla direzione del carcere al magistrato di sorveglianza che provvede con urgenza.

A meno che uno specifico ed importante rischio di consumazione di gravi reati impedisca il ritorno del detenuto sul territorio. Il caso discusso, conosciuto e seguito da più di un decennio a causa di precedenti esecuzioni penali, presentava un elevato rischio di recidiva dati i plurimi e gravissimi delitti commessi, un'esigenza di tutela di diversi soggetti e l'impossibilità dei servizi sanitari e sociali di gestirlo sul territorio.

Il rifiuto delle cure proposte ed i suoi comportamenti aggressivi avevano già comportato la revoca della detenzione domiciliare nel 2008. Circostanze tutte richiamate nel provvedimento provvisorio con cui si apre l'articolo che omette, però, di specificare che dovevano essere individuate le condizioni abitative e sanitarie "cui fare riferimento per un'eventuale esecuzione della pena sul territorio". Proprio per i suoi problemi di salute, il detenuto era stato trasferito dal carcere di Gorizia a quello di Udine dove aveva fatto colloqui con gli operatori sanitari e penitenziari ed era stato visitato dal medico di guardia presente in istituto appena colto da malore ed inviato all'ospedale.

Il decreto criticato è stato emesso lo stesso giorno in cui è pervenuta la relazione sanitaria per la delicatezza del

caso sebbene non fosse stata segnalata alcuna urgenza. Il difensore dimostra di non conoscere dette circostanze e di non avere preso visione nemmeno degli atti inerenti al suo procedimento. Dichiarazioni false ed offensive sulla presunta grave scorrettezza del lavoro svolto sono state rese pubbliche, dunque, senza avere letto gli atti e senza conoscere la causa del decesso. Prive di ogni riscontro, inoltre, le dichiarazioni circa l'esistenza di precedenti specifici della magistratura di sorveglianza e la "frequente" nomina di consulenti esterni: nomina non avvenuta nel caso di specie e nemmeno nella generalità dei casi".

Bologna: venerdì il convegno "La salute (p)reclusa... e le nostre forme di tortura"

Agenparl, 29 gennaio 2013

La Salute Preclusa e le nostre forme di tortura: una riflessione a partire dal caso di Franco Mastrogiovanni Perché in Italia non esiste il reato di tortura? Il diritto alla salute è garantito all'interno delle nostre carceri? Bologna, venerdì 1 Febbraio in Sala Borsa - Auditorium Enzo Biagi, alle ore 16.30, per parlare del caso di Franco Mastrogiovanni e delle condizioni di salute delle nostre carceri.

Introduce Matteo Lepore, assessore del Comune di Bologna. Intervengono Alessandro Bergonzoni, attore-scrittore; Luigi Manconi, professore e presidente dell'associazione "A Buon Diritto"; Grazia Serra, nipote di Franco Mastrogiovanni; l'Avvocato Valentina Restaino, parte civile in processo per Unasam.

Durante l'iniziativa verrà proiettata la video inchiesta dell'associazione Progrè, "La Salute (p)reclusa" e un estratto, reso pubblico dai familiari, di ciò che successe nei quattro giorni in cui Franco Mastrogiovanni fu costretto in un letto d'ospedale, ripreso dalle telecamere della struttura sanitaria. Per riflettere sul fatto che gli istituti penitenziari non possano essere dei parcheggi per carnefici chiusi in un microcosmo a sé stante, che i diritti costituzionali rivendicati per i cittadini liberi devono essere ugualmente garantiti per quelli reclusi.

Non è di carità ai poveri che parliamo, né di pietà per chi ha commesso un errore: parliamo del grado di civiltà di uno Stato, parliamo di un mondo del Diritto che inganna se stesso diventando illegale (...) Chiediamoci: alla luce della situazione delle nostre carceri, lo Stato che punisce chi trasgredisce le sue regole è nel giusto? Se la risposta è no, allora qualcuno sta barando".

L'iniziativa è realizzata in collaborazione con Biblioteca Sala Borsa e con il contributo dell'Università di Bologna - Alma Mater Studiorum. Progrè è un'associazione, nata nel 2011 a Bologna, da un'idea di un gruppo di studenti universitari che hanno avvertito l'esigenza di creare uno spazio politico slegato dalle appartenenze (e non appartenenze) partitiche di ciascuno di noi. Il pluralismo è il punto di partenza di ogni attività e progetto che affrontiamo.

Ci occupiamo di politiche migratorie, di questioni generazionali e della realtà carceraria. Il nostro metodo di lavoro parte dallo studio e dall'approfondimento per poi sfociare nella condivisione dei risultati conseguiti attraverso forme tradizionali e sperimentali di comunicazione.

La fase di studio avviene attraverso focus di gruppo e di ricerca con professionisti del settore (professori universitari, esperti provenienti dal mondo dell'associazionismo e delle istituzioni in generale) mentre la fase di formazione si articola in iniziative pubbliche e in attività di volontariato (già svolte, per esempio, presso il carcere minorile di Bologna, il Cie di Bologna e, adesso, presso lo sportello migranti della Cgil nonché, a breve, presso il carcere della Dozza).

Il nostro obiettivo è di stimolare il dibattito pubblico su argomenti che troppo spesso sono affrontati solo in un'ottica emergenziale. Che senso ha parlare di sovraffollamento carcerario al solo fine di stilare una triste contabilità dei casi di suicidio in cella? È giusto parlare di flussi migratori solo in occasione dell'ennesimo affondamento di un barcone nelle acque del Mar Mediterraneo? E degli under 30 si può parlare solo il giorno del bollettino Istat sulla disoccupazione giovanile? Secondo noi no e da circa due anni proviamo a farlo quotidianamente.

Bergamo: un detenuto colombiano di 23 anni si è impiccato nel carcere di Via Gleno

Ristretti Orizzonti, 28 gennaio 2013

Sale così a 4 il numero dei detenuti che si sono suicidati dall'inizio del 2013, per un totale di 13 decessi. Questo è l'ottavo suicidio che avviene nel carcere di Bergamo negli ultimi 10 anni.

Romirez Santana, una ragazzo di 23 anni, si è impiccato nella sua cella del carcere di Bergamo. Il suicidio è avvenuto giovedì scorso, ma la notizia è stata diffusa solo oggi. Da quanto si è appreso, pare che il ragazzo abbia aspettato che i compagni di cella uscissero, per poi impiccarsi con un lenzuolo nel bagno della cella. Intorno a mezzogiorno, un altro detenuto che portava il vitto nelle celle ha dato l'allarme, ma purtroppo quel ragazzo era ormai agonizzante. Il giorno prima del suicidio aveva saputo di essere stato condannato a 2 anni e 8 mesi di reclusione.

Rimane la realtà di un paese che rispetto agli standard europei ricorre pochissimo alle misure alternative alla carcerazione e i dati del 2010 sono in tal senso esemplificativi: in Francia se i detenuti sono 59.856, i soggetti in esecuzione penale esterna sono 173.022; nel Regno Unito a fronte di 86.627 nelle carceri, in esecuzione esterna sono 237.087 persone; in Italia invece i 67.961 reclusi sono in netta maggioranza rispetto ai soli 18.435 soggetti che usufruiscono di pene alternative. Quello di giovedì è il quarto suicidio nelle carceri italiane dall'inizio dell'anno.

Nel 2012 i detenuti che si sono tolti la vita sono stati 60. A gennaio la Corte europea dei Diritti Umani aveva accolto il ricorso di alcuni detenuti per la situazione di grave sovraffollamento in cui sono costretti. La Corte ha sanzionato l'Italia per violazione dell'articolo 3 della convenzione che proibisce "la tortura o i trattamenti inumani o degradanti".

Sappe: ancora un detenuto suicida, l'ennesima triste notizia

Si è suicidato nella sua cella del carcere di Bergamo il ragazzo straniero di 23 anni, che divideva la camera con altri 2 detenuti. Lo riferisce una nota di Donato Capece, segretario generale del Sindacato Autonomo Polizia Penitenziaria, Sappe. Il ragazzo era appena stato condannato ad una pena di 2 anni e 6 mesi per i reati di spaccio di sostanza stupefacente e rapina e non ha probabilmente retto alla condanna. È accaduto giovedì a Bergamo, dove l'uomo si è impiccato alle sbarre della sua cella, prosegue la nota.

"È l'ennesima triste notizia che ci troviamo a commentare - commenta Capece - Abbiamo detto anche in altre analoghe situazioni che il suicidio in carcere è sempre - oltre che una tragedia personale - una sconfitta per lo Stato. Il Comitato nazionale per la bioetica ha recentemente sottolineato che il suicidio costituisce solo un aspetto di quella più ampia e complessa crisi di identità che il carcere determina, alterando i rapporti e le relazioni, disgregando le prospettive esistenziali, affievolendo progetti e speranze. La via più netta e radicale per eliminare tutti questi disagi è quella di un ripensamento complessivo della funzione della pena e, al suo interno, del ruolo del carcere, argomento rispetto al quale il Sappe, è da tempo impegnato".

"Nella situazione in cui versa attualmente il pianeta carcere gli eventi critici potranno solo che aumentare in modo esponenziale e l'operato del personale di Polizia Penitenziaria risulterà vano se non si troverà una celere soluzione a tutte quelle criticità legate alla maggior parte degli istituti penitenziari italiani - prosegue Capece. Se la già critica situazione penitenziaria del Paese non si aggrava ulteriormente è proprio grazie alle donne e agli uomini del Corpo di Polizia Penitenziaria, che tra il 2010 ed il 2012 sono intervenuti tempestivamente in carcere salvando la vita a più di 3.000 detenuti che hanno tentato di suicidarsi ed impedendo che gli oltre quattordicimila atti di autolesionismo posti in essere da altrettanti ristretti potessero degenerare ed ulteriori avere gravi conseguenze. Poliziotti, è bene ricordarlo, i cui organici sono carenti di oltre 6mila e 500 unità e che mantengono l'ordine e la sicurezza negli oltre duecento Istituti penitenziari a costo di enormi sacrifici personali, mettendo a rischio la propria incolumità fisica, senza perdere il senso del dovere e dello Stato".

Terni: suicidio in carcere; dichiarazione del Consigliere regionale Orfeo Goracci

Notizie Radicali, 27 gennaio 2013

Orfeo Goracci, Consigliere regionale del Gruppo Comunista ci ha mandato un comunicato sul caso dell'ennesimo suicidio in carcere.

"È morto giovedì mattina, impiccato alle sbarre dell'istituto di pena di vocabolo Sabbione (Terni), il detenuto Mohamed Najar. Notizia sconvolgente che porta a riflettere sul perché anche mediaticamente la notizia non ha il clamore che magari ha un avviso di garanzia.

Forse tutto questo è dovuto al fatto che la persona morta suicida era di origine marocchina, ma va ricordato con fermezza che il valore della vita non ha né colori, né differenze di razza, la vita di ogni essere umano deve avere uguale "peso": non c'è una vita più importante di un'altra. L'uomo si trovava in prigione in custodia cautelare e senza nemmeno essere stato condannato dalla legge ha deciso di togliersi la vita all'età di 56 anni. In prigione la persona non è tale, è poco più di un numero, tutto contribuisce a calpestarne la dignità, può succedere anche che nella stessa cella convivano il pluriomicida (reo confesso, che va "recuperato" in base alla nostra Costituzione) e il detenuto in custodia cautelare che magari risulterà innocente dopo le varie fasi processuali.

Ciò fa pensare e, in sostanza conferma, le condizioni critiche in cui si trovano le carceri italiane, non meno gravi sono i tempi dei processi che in Italia sono talmente lunghi da rischiare di invecchiarsi e non essere stati ancora processati. Uno degli aspetti più negativi delle carceri è senza dubbio il sovraffollamento, che in Italia riesce a toccare "cifre" tra le più alte al mondo. Infatti, l'incivile situazione (richiamata anche dal Presidente della Repubblica Napolitano) del sovraffollamento, vede la presenza di 67.000 detenuti a fronte di una capienza massima prevista di circa 45.000 e fra questi il 40% sono detenuti in attesa di giudizio. Il carcere di vocabolo Sabbione a Terni, presso il quale circa due mesi fa abbiamo fatto visita, rientra purtroppo in questa negativissima media di sovraffollamento al quale corrisponde una totale insufficienza di personale e agenti di sorveglianza.

Come può il sistema italiano “abusare” così della custodia cautelare? Chi ha provato l’esperienza del carcere è ben consapevole che quel luogo non è adibito alla rieducazione dell’individuo nel corretto reinserimento sociale, anzi devasta l’essenza dell’uomo e ne condiziona in modo negativo il rapportarsi con gli altri. Tali strutture dovrebbero operare per un giusto fine mirato al detenuto e alla collettività, oltre a far scontare la pena quando si è giudicati colpevoli.

Nella maggior parte dei casi è possibile individuare forme di pena alternative al carcere. L’esigenza di “aprire” il carcere alla società nasce anzitutto per il detenuto, ma anche per il territorio di riferimento. Fino a che il carcere sarà sinonimo di “discarica sociale”, il tasso di suicidi e di maltrattamento alla propria persona sarà sempre e sempre più a livelli spaventosi, disumani e “deterioranti” per la condizione umana”.

Bologna: all’Ipm del Pratello ragazzo tenta il suicidio, salvato dagli agenti

Ansa, 25 gennaio 2013

Un giovane detenuto nel carcere del Pratello, uno straniero di 19 anni, ha tentato il suicidio tentando di impiccarsi nella sua cella. Fortunatamente gli agenti della polpenitenziaria sono riusciti ad arrivare in tempo salvandogli la vita.

Il giovane si trova ora in ospedale per degli accertamenti e probabilmente verrà ricoverato per precauzione.

Maurizio Serra, sindacalista del comparto ministeri della Cgil, elogia i colleghi: "Una vita è stata salvata. Il personale di polpenitenziaria ha dimostrato di essere pronto ed efficiente".

Giustizia: processi lumaca, condanne da Strasburgo... e in carcere si continua a morire

di Valter Vecellio

Notizie Radicali, 25 gennaio 2013

Rispetto al 2012, l’incremento delle pendenze nel settore penale “incide negativamente sulla durata media prevedibile dei processi che fa registrare un allungamento dei tempi”. Con questo linguaggio felpato e curiale, nella relazione che la signora ministro della (In)giustizia Paola Severino ha inviato al Parlamento, ci dice che rispetto all’anno precedente, nel 2012 il numero complessivo dei procedimenti penali pendenti presso gli Uffici giudiziari è aumentato del 2,2 per cento; e per quanto riguarda i tempi, si registra un “allungamento piuttosto limitato”, in primo grado dai 326 giorni del 2010 ai 342 del 2011.

E sarà anche “modesto”, ma quasi un mese in più per vedersi risolta una pendenza giudiziaria (in primo grado), bisognerebbe chiederlo all’imputato, se lo sia veramente. In Appello, “vero collo di bottiglia del sistema”, si ammette, si passa dagli 839 del 2010 ai 947 del 2011. E finalmente, approdati in Cassazione, dai 204 del 2010 si passa ai 218 del 2011. In realtà la signora ministro dell’(in)giustizia cerca in questo modo di occultare il suo sostanziale fallimento.

Sul fronte della giustizia civile si registra una diminuzione delle pendenze, e questo è confortante; ma siamo sempre nell’ordine dei milioni di fascicoli: nel 2009 erano 5.922.674; nel 2012 si attestavano su 5.488.031.

Nell’illustrare la Relazione, la signora ministro dell’(in)giustizia Severino si dichiara soddisfatta “per la diminuzione del numero dei detenuti” e posto l’accento sul progetto di legge sulle misure alternative, da cui deriverebbe “un alleggerimento del sistema non a scapito della sicurezza”. Ora si comprende bene che il ministro voglia chiudere il suo mandato e la sua esperienza a via Arenula con qualche segno +; così il ministro Severino ci dice che “nel complesso si è avuta, per la prima volta negli ultimi anni, una progressiva riduzione della popolazione detenuta”.

Merito del decreto “salva-carceri”, dell’ampliamento della detenzione domiciliare, e del calo del fenomeno delle “porte girevoli”: persone che vengono portate in carcere per qualche giorno, poi ne escono, ne rientrano, ne riescono in una girandola sconcertante, dovuta all’applicazione di norme che certamente andrebbero riviste. Al netto di tutto ciò, e in concreto, in cosa consiste, questa riduzione? “Da 68.047 detenuti al 30 novembre 2011, a 66.888 del 31 ottobre 2012”.

Che nei nostri 206 istituti di pena vi siano duemila detenuti in meno (ce ne sono sempre circa ventimila in più della capienza regolamentare, e stipati in condizioni disumane), è tutto sommato poca cosa, si ammetterà; e per quanto riguarda le misure alternative, occorrerà pur ricordare che non sono state convertite in legge, per il “no pasaran” decretato dal Senato, e dunque se ne riparlerà con la prossima legislatura. Ad ogni modo, quasi in contemporanea, l’Istat diffondeva il suo rapporto “Noi Italia” del 2013, dove le strutture carcerarie vengono definitive “inadeguate”, e a dimostrazione del pollice verso si cita l’indice di affollamento che, a livello nazionale, è di 146,4 detenuti per 100 posti letto previsti.

In Italia (dati del 2009), ci sono 107,6 detenuti per 100mila residenti. Una situazione che ci procura condanne a valanga da parte della Corte Europea dei Diritti dell’Uomo. L’ultima in ordine di tempo, l’altro giorno: l’Italia è

stata condannata per “violazione dell’art. 6.1 della Convenzione in ragione della [eccessiva] durata del procedimento”.

Tutto nasce da un procedimento civile (espropriazione illegale di un loro terreno) contro il comune di Molinara (Bn) iniziato il dicembre 1987 e approdato in Appello nell’ottobre 2001. La Corte di Strasburgo ha constatato che “il procedimento principale... è durato quattordici anni circa per due gradi di giudizio... La Corte a più riprese ha trattato delle istanze che sollevavano questioni simili a quella del caso di specie ed ha constatato una ignoranza/incomprensione dell’esigenza del “termine ragionevole”, considerando i criteri derivanti dalla sua ben consolidata giurisprudenza in materia.

Non ravvisando nulla che nella presente causa possa portare a diversa conclusione, la Corte ritiene che sia altresì il caso di constatare una violazione dell’art. 6.1: “Ogni persona ha diritto a che la sua causa sia esaminata equamente, pubblicamente ed entro un termine ragionevole da un tribunale indipendente e imparziale”. Cosicché la Corte ritiene che “la durata eccessiva del procedimento ha causato alle ricorrenti un importante pregiudizio morale che è opportuno riparare in modo adeguato” conseguentemente ha ordinato all’Italia di versare alle ricorrenti 23.400 euro per danno morale”.

Per uscire dall’aridità dei numeri, e ricordare che si tratta di persone - spesso responsabili e colpevoli di reati anche gravi, ma che non per questo devono perdere la loro dignità, se si vuole che sia la nostra ad essere salvaguardata e tutelata - due “piccoli” e pur significativi episodi di cronaca.

Un detenuto marocchino di 56 anni, ospitato da settembre nella sezione “protetti” del carcere di Terni, si è impiccato legando il lenzuolo alla grata che chiude la finestra della cella. Lo hanno trovato alle otto di stamattina. Era sottoposto ad un’ordinanza di custodia cautelare per violenza sessuale e non aveva mai creato problemi all’interno della struttura carceraria. Un detenuto molto tranquillo, schivo, che non aveva mai esternato situazioni di disagio. Il suo comportamento è sempre stato lineare. Nessun problema era mai emerso con gli assistenti sociali, con cui aveva stabilito una buona relazione.

A Cagliari un detenuto tunisino di 42 anni che dovrebbe uscire nel 2018 ha cercato di farla finita impiccandosi. È stato salvato in extremis da un suo compagno di cella e da un agente della polizia penitenziaria.

Infine, il caso di Savino Finotto. Il suo avvocato, Roberto Michelutti è un fiume in piena. Finotto, settantenne di Staranzato, è stato trovato in stato cosiddetto saporoso nella cella del carcere di Udine dov’era rinchiuso dalla fine dello scorso dicembre per scontare un cumulo di pena di tre anni mezzo. Soccorso dalla guardia medica, Finotto trasportato in ospedale per la terapia intensiva, è morto dopo sei ore di ricovero.

Michelutti racconta che il giorno prima, il magistrato aveva rigettato l’istanza di detenzione domiciliare:

“Considerato che dalla relazione sanitaria emerge che è in discreta condizione di salute” e “osservato che le attuali condizioni di salute non sono particolarmente gravi e tali da comportare cure e costanti contatti con servizi sanitari non praticabili durante la detenzione”, il magistrato di sorveglianza respinge l’istanza di detenzione domiciliare. È un retroscena abbastanza sconcertante. L’istanza era stata depositata all’Ufficio di sorveglianza il 10 gennaio.

“Premesso che Finotto è nato nel 1942, è affetto da diabete, è privo della gamba sinistra e deambula con una sedia a rotelle, si chiede la sospensione dell’esecuzione della pena per motivi di salute o, in subordine, la detenzione domiciliare trattandosi di persona di età superiore ai 60 anni, inabile e in condizioni di salute particolarmente gravi”.

Non a caso, fin dal suo arrivo in carcere, Finotto era stato sistemato nell’unica cella della struttura attrezzata per ospitare portatori di handicap con problemi di deambulazione, in compagnia di un altro detenuto. Tutt’altro l’esito del decreto emesso dal magistrato.

Che, richiamandosi alla relazione sanitaria acquisita una settimana dopo, aveva concluso definendo le condizioni di salute di Finotto “non particolarmente gravi... Inoltre in considerazione della specifica pericolosità sociale del condannato, pluripregiudicato e con irrisolte problematiche di alcol dipendenza fa ritenere necessario attendere la formulazione di un programma di trattamento”. Da qui, il rigetto della richiesta.

All’avvocato Michelutti sospira: “Non è la prima volta che succedono casi del genere - ha commentato il legale - e la causa va spesso ricercata nella frequenza con la quale i consulenti esterni nominati dai magistrati dichiarano i detenuti compatibili con il regime carcerario”.

Cagliari: Sdr; l’80enne Stefania Malu, nonnina di Buoncammino, ha ottenuto domiciliari

Ristretti Orizzonti, 24 gennaio 2013

“Il prossimo 8 marzo compirà 80 anni nella sua casa di Cagliari anziché dietro le sbarre. Stefania Malu, la nonnina di Buoncammino, ha lasciato finalmente il carcere. Il peggioramento delle condizioni di salute hanno convinto il Magistrato di Sorveglianza a concederle il differimento della pena. Una decisione che restituisce l’anziana donna ai suoi familiari”. Lo rende noto Maria Grazia Caligaris, presidente dell’associazione “Socialismo Diritti Riforme”, avendo appreso che è stata accolta l’istanza presentata dal legale Stefano Piras.

“In particolare nelle ultime settimane, l’anziana donna aveva manifestato - afferma Caligaris - problemi respiratori che avevano destato viva preoccupazione tra gli operatori sanitari e le Agenti della Polizia Penitenziaria. Si erano inoltre accentuati i disturbi dell’umore, con crisi depressiva, e i tratti inequivocabili del principio di demenza senile con mancanza di memoria e stato confusionale. Più volte, parlando con i volontari dell’associazione SdR aveva manifestato profondo disagio anche per la preoccupazione di non vedere il figlio Casimiro di 52 anni non più autosufficiente”.

Affetta da numerosi gravi disturbi tra cui cardiopatia ipertensiva, aneurisma dell’aorta addominale, ipercolesterolemia, dichiarata incompatibile fin dal 2009, quando aveva ottenuto per le condizioni di salute il differimento della pena, era stata nuovamente condotta in carcere nel giugno 2012 perché le sue condizioni di salute erano risultate discrete a una visita di controllo. La donna, che deve scontare una pena residua di circa 4 anni e 2 mesi con sentenza definitiva della Cassazione del giugno 2008, aveva fatto registrare anche un inizio di demenza senile nel corso di un accertamento diagnostico nel Reparto di Geriatria dell’ospedale Santissima Trinità. “La decisione del Magistrato - conclude la presidente di Sdr - chiude positivamente un capitolo che stava assumendo contorni paradossali per l’età della donna e le sue condizioni fisiche e psichiche ma anche per le caratteristiche di una struttura detentiva come Buoncammino. Un atto di giustizia che richiama l’attenzione sulla realtà della carcerazione in presenza di gravi malattie degenerative dovute all’età avanzata”.

La vicenda di Stefania Malu era stata rappresentata anche al Capo dello Stato con la domanda di grazia inoltrata dal legale Stefano Piras convinto che le condizioni fisiche della donna, l’età avanzata, la situazione in cui si trova il figlio disabile e la distanza nel tempo del reato commesso possano permettere al Presidente della Repubblica di emanare un atto umanitario.

Terni: detenuto marocchino si impicca in cella, è il terzo caso in Italia dall’inizio dell’anno
Ansa, 24 gennaio 2013

Un detenuto marocchino di 56 anni, ospitato da settembre nella sezione “protetti” del carcere di Terni, si è impiccato legando il lenzuolo alla grata che chiude la finestra della cella. Lo hanno trovato alle otto di stamattina. Era sottoposto ad un’ordinanza di custodia cautelare per violenza sessuale e non aveva mai creato problemi all’interno della struttura carceraria. Un detenuto molto tranquillo, schivo, che non aveva mai esternato situazioni di disagio. Il suo comportamento è sempre stato lineare. Nessun problema era mai emerso con gli assistenti sociali, con cui aveva stabilito una buona relazione.

La denuncia “Secondo i dati in nostro possesso - afferma Leo Beneduci, già segretario generale del sindacato autonomo della polizia penitenziaria Osapp e ora candidato al Senato per la lista Rivoluzione Civile di Antonio Ingroia - si tratterebbe del 12esimo morto in carcere, il terzo per suicidio, dall’inizio dell’anno ed è, quindi, la conferma di una situazione detentiva nelle nostre carceri che va peggiorando di giorno in giorno, in termini di sovraffollamento”.

Il comandante della polizia penitenziaria, Fabio Gallo in occasione dell’annuncio dell’apertura di un nuovo padiglione, che ospiterà altri 200 detenuti oltre ai 350 già presenti nella struttura ternana, aveva recentemente messo in risalto la situazione critica del carcere ternano: “Il numero degli agenti; sono 180 unità divise in 3 turni, alle quali se ne dovrebbero aggiungere altre 34, rispetto alle 88 richieste; non è al momento adeguato a garantire la sicurezza e, purtroppo, la stessa incolumità dei detenuti”.

Il sindacato Francesco Petrelli (vice segretario regionale del sindacato Ugl polizia penitenziaria) commenta così la notizia: “Si tratta dell’ennesimo episodio che fa emergere il dramma del carcere di Terni, struttura strozzata da un sovraffollamento che produce condizioni poco consone per la tutela e la dignità dei detenuti”.

Salerno: assistenza sanitaria in carcere, l’Asl potenzia mezzi e personale
La Città di Salerno, 23 gennaio 2013

Un medico ortopedico e nuovi defibrillatori all’interno della casa circondariale di Salerno. È quanto ha promesso il direttore generale dell’Azienda sanitaria locale di Salerno, Antonio Squillante, durante un incontro che si è svolto lunedì mattina nella sede di via Nizza con i consiglieri regionali Gianfranco Valiante (Pd) e Dario Barbirotti (Indipendente) ed una delegazione della Cgil Funzione Pubblica di Salerno.

L’iniziativa di tre giorni fa arriva dopo una serie di appelli che i due esponenti regionali avevano sollevato insieme a Donato Salzano dei Radicali Italiani, con il quale avevano anche effettuato alcune visite al carcere di Fuorni, constatando la grave carenza dell’assistenza sanitaria ai detenuti. Il 25 dicembre scorso, a margine della visita, denunciarono anche la storia di una donna nigeriana, le cui gravi condizioni di salute necessitavano un’assistenza continua, ma il trasferimento nei reparti dell’azienda ospedaliera “San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona” avvenne soltanto in seguito all’aggravarsi delle sue condizioni.

“Riteniamo positivo l’esito dell’incontro, a cui hanno preso parte anche i rappresentanti della Cgil Funzione Pubblica - ha dichiarato il consigliere regionale Valiante - in quanto il management aziendale ha preso coscienza della condizione difficile in cui versano i detenuti. Auspico che il direttore generale riesca in tempi brevissimi ad assicurare, previa autorizzazione regionale, il reclutamento di un ulteriore medico di guardia e di due infermieri in deroga alla normativa di riferimento”. Moderata soddisfazione esprimono anche Dario Barbirotti e Donato Salzano che chiedono ora al direttore generale del “Ruggi”, Elvira Lenzi, di convocare un incontro per la soluzione dei gravi problemi che affliggono il reparto di detenuti all’interno dell’ospedale salernitano.

Alghero: detenuto tunisino di 42 anni s’impicca in cella, è stato salvato per miracolo
La Nuova Sardegna, 23 gennaio 2013

Ancora un tentato suicidio a San Giovanni. E il Sappe replica ai medici sulle perquisizioni corporali. Non c’è davvero pace nel carcere di San Giovanni. Mentre tra il personale sanitario in servizio nell’istituto e la polizia penitenziaria infuria la polemica sulle perquisizioni corporali che sarebbero state eseguite su medici e infermieri, lunedì sera un detenuto tunisino di quarantadue anni (fine pena nel 2018) è stato salvato in extremis da un suo compagno di cella e da un agente con il basco blu proprio quando - dopo essersi stretto al collo la cintura dell’accappatoio - si stava impiccando facendosi penzolare dal terzo piano di un letto a castello. Il che ripropone insistentemente il problema della cosiddetta sorveglianza dinamica con le telecamere, che l’amministrazione penitenziaria vorrebbe attivare anche nel carcere di via Vittorio Emanuele, raccogliendo però le critiche dei sindacati della polizia penitenziaria. “Se lunedì non ci fosse stato un collega fisicamente pronto a intervenire - denuncia Antonio Cannas, segretario provinciale del Sappe - non saremo mai riusciti a salvare la vita al detenuto”.

Poi Cannas interviene anche per replicare al medico del carcere che non accetta di essere sottoposta a perquisizioni personali, considerandole ingiustificate. Una procedura, questa delle perquisizioni, avviata cinque giorni dopo il fallito tentativo di evasione da parte di tre detenuti albanesi. “Siamo rimasti allibiti - spiega il sindacalista - nel leggere le dichiarazioni del medico che afferma di aver subito presunti controlli fisici in piena violazione delle norme. Forse alla dottoressa sfugge che la polizia penitenziaria ha il compito di mantenere principalmente la sicurezza dell’istituto, e questa si ottiene solo eseguendo gli ordini impartiti da chi di competenza e adempiendo a ciò che prevedono norme, ordinamenti e regolamenti.

Pertanto - continua Cannas - appare inutile il tentativo grave, se non gravissimo, di gettare fango su chi il proprio compito lo conosce bene portandolo a termine con zelo e dedizione”. Ma nella sua replica ai sanitari Cannas va oltre. “In merito alle presunte perquisizioni corporali - conclude - ci risulta che l’agente (una donna) abbia eseguito i controlli di rito con il rifiuto della dottoressa che non gradiva tale prassi, peraltro riservata a tutti gli operatori, poliziotti compresi.

Udine: per il Tribunale Savino Finotto era compatibile con la detenzione, ma ora è morto
di Luana de Francisco

Messaggero Veneto, 23 gennaio 2013

La rabbia del difensore del detenuto morto in ospedale sei ore dopo il ricovero. Il giorno prima, il magistrato aveva rigettato l’istanza di detenzione domiciliare.

“Considerato che dalla relazione sanitaria emerge che è in discreta condizione di salute” e “osservato che le attuali condizioni di salute non sono particolarmente gravi e tali da comportare cure e costanti contatti con servizi sanitari non praticabili durante la detenzione”, il magistrato di sorveglianza respinge l’istanza di detenzione domiciliare. In calce, accanto alla firma della dottoressa Lionella Manazzone, la data del 18 gennaio.

Cioè del giorno precedente il malore che, di lì a sei ore, avrebbe portato Savino Finotto alla morte. È un retroscena abbastanza sconcertante quello che descrive gli ultimi giorni di vita del 70enne di Staranzano, trovato in stato cosiddetto soporoso, alle 23.40 di sabato, nella cella della casa circondariale di via Spalato nella quale si trovava rinchiuso da fine dicembre per scontare un cumulo pene di 3 anni e mezzo di reclusione. Soccorso dalla guardia medica chiamata dall’agente di Polizia penitenziaria, l’uomo era stato immediatamente trasportato in ospedale e ricoverato in Terapia intensiva, dove era deceduto alle 5.40 di domenica. Informato dell’episodio, al fine di accertare le esatte cause della morte, lunedì il procuratore capo di Udine, Antonio Biancardi, ha disposto l’autopsia sul cadavere.

L’esame sarà eseguito domani dal medico legale Lorenzo Desinan. Intanto, però, la notizia ha scatenato la sdegnata reazione dell’avvocato Roberto Michelutti, il legale che Finotto aveva nominato difensore di fiducia, pochi giorni dopo il trasferimento dal carcere di Gorizia a quello di Udine, proprio al fine di rappresentare al tribunale la gravità del proprio quadro clinico e chiedere il beneficio della detenzione domiciliare provvisoria.

L'istanza era stata depositata all'Ufficio di sorveglianza il 10 gennaio. "Premesso che Finotto è nato nel 1942 - aveva sottolineato il legale, è affetto da diabete, è privo della gamba sinistra e deambula con una sedia a rotelle, si chiede la sospensione dell'esecuzione della pena per motivi di salute o, in subordine, la detenzione domiciliare trattandosi di persona di età superiore ai 60 anni, inabile e in condizioni di salute particolarmente gravi". Non a caso, fin dal suo arrivo in via Spalato, l'anziano era stato sistemato nell'unica cella della struttura attrezzata per ospitare portatori di handicap con problemi di deambulazione, in compagnia di un altro detenuto. Tutt'altro l'esito del decreto emesso dal magistrato. Che, richiamandosi alla relazione sanitaria acquisita una settimana dopo (il 18 gennaio), aveva concluso definendo le condizioni di salute di Finotto "non particolarmente gravi". E che, ricordando "la specifica pericolosità sociale del condannato, pluripregiudicato e con irrisolte problematiche di alcol dipendenza", aveva peraltro ritenuto necessario "attendere la formulazione di un programma di trattamento". Da qui, il rigetto della richiesta.

E, ieri, il fax dell'avvocato Michelutti alla Procura, per sollecitare un approfondimento istruttorio del decesso di Finotto. "Non è la prima volta che succedono casi del genere - ha commentato il legale - e la causa va spesso ricercata nella frequenza con la quale i consulenti esterni nominati dai magistrati dichiarano i detenuti compatibili con il regime carcerario".

Calabria: Nucera (Pdl); occuparsi dei calabresi degenti in Ospedali Psichiatrici giudiziari
Asca, 23 gennaio 2013

"Non possiamo ignorare il destino degli infermi di mente calabresi rinchiusi negli Ospedali Psichiatrici giudiziari". È quanto sostiene il Segretario Questore del Consiglio regionale della Calabria, Giovanni Nucera, a poche settimane dalla data di chiusura definitiva degli Opg fissata al 31 marzo 2013, tra cui quello di Barcellona Pozzo di Gotto, di cui è stato disposto il sequestro, dove sono attualmente ospitati una quarantina di infermi di mente della Calabria.

"Strutture che si sono dimostrate assolutamente inadeguate. Purtroppo - rileva Nucera - la Riforma che avrebbe dovuto superare questa emergenza è ancora in itinere, non avendo il Governo reso ancora operativo il decreto di riparto tra le Regioni. So che la Regione Calabria ha già predisposto un progetto di massima con la creazione di un ospedale unico regionale da istituire nella ex struttura psichiatrica di Girifalco, dove già opera un ottimo Dipartimento di Salute mentale. Ma per il suo utilizzo - spiega il Segretario Questore del Consiglio regionale - è necessaria una profonda ristrutturazione dei locali che richiederà almeno un anno di tempo. Nel frattempo i carcerati psichiatrici calabresi saranno costretti ad un forzato trasferimento in centri di altre Regioni. Una scelta di inaudita crudeltà verso questi malati, che mortifica lo stesso spirito della legge e creerà enormi ed insuperabili problemi alle loro famiglie. Ma soprattutto - sottolinea l'on. Nucera - toglierà a questi malati l'opportunità di un importante supporto psicologico basato proprio sui contatti con i familiari".

"Altro che Riforma - sostiene Nucera. Sarà, invece, un ulteriore danno sociale per questi malati e per le loro famiglie. In attesa del finanziamento da parte del Ministero, sarebbe opportuno a questo punto utilizzare strutture già esistenti, ed idonee ad accogliere, anche in via temporanea questi ammalati psichiatrici. Penso ai centri in dotazione a strutture regionali e sub regionali, o anche a strutture di proprietà comunale nella città di Reggio Calabria".

"Credo sia questa la soluzione migliore in questa fase di transizione. Basterebbe poco, infatti, per mettere a norma queste strutture e rendere operativo un servizio da cui la Calabria ed i calabresi potranno trarre solo risparmi e benefici. Ma stando attenti, come è stato rilevato da numerose associazioni che operano nel sociale e nell'assistenza a questi malati, a non ripetere l'errore di creare nuovi ghetti, veri e propri centri dell'abbandono. Capisco le difficoltà e la necessità di assicurare programmi di riabilitazione psichiatrica e socio-lavorativa adeguati. Ma non possiamo accettare, a fronte dei ritardi che caratterizzano l'applicazione di questa riforma, ulteriori disagi e difficoltà sempre e comunque sulle spalle dei calabresi, sia essi ammalati che le loro famiglie. Senza allentare, nel frattempo, l'attenzione sulla erogazione dei fondi ministeriali che dovrebbe dare il via definitivo alla riforma degli Opg anche in Calabria, per non essere sempre ultimi negli adempimenti che ci vengono richiesti o imposti".

Piacenza: Sappe, detenuto italiano tenta suicidio, salvato da intervento agente
Ansa, 21 gennaio 2013

Un detenuto italiano di 48 anni ha tentato il suicidio oggi nel carcere di Piacenza. Lo ha reso noto il sindacato di polizia penitenziaria Sappe, spiegando che l'uomo, approfittando dell'assenza del compagno di cella che si trovava nella saletta della socialità, insieme agli altri compagni di detenzione, dopo aver fatto un rudimentale cappio con dei lacci che ha legato all'armadietto del bagno ci ha infilato la testa e si è lanciato in avanti. Solo grazie al pronto intervento di un agente della polizia penitenziaria, in servizio nella sezione detentiva, è stato evitato il peggio.

L'uomo era rientrato a Piacenza dopo aver trascorso 40 giorni all'ospedale psichiatrico.

“Grande professionalità ed attenzione da parte della polizia penitenziaria nell'espletamento dei propri compiti ma purtroppo - afferma il segretario generale aggiunto del Sappe, Giovanni Battista Durante - nulla cambia all'interno delle carceri, dove continuano i tentativi di suicidio, i suicidi, le aggressioni e tutti quegli eventi critici che aggravano ancora di più il lavoro degli agenti, lasciati da soli a fronteggiare un'emergenza ormai cronica, da vero e proprio bollettino di guerra. Ogni anno sono più di mille i detenuti che vengono salvati dalla polizia penitenziaria, nonostante le gravi difficoltà operative, derivanti dal sovraffollamento e dalla carenza di organico”.

Udine: detenuto 70enne muore poco dopo il ricovero in ospedale, doveva scontare meno di 4 anni

Messaggero Veneto, 21 gennaio 2013

Savino Finotto, 70 anni, di Staranzano era in cella da dicembre per espiare una condanna di 3 anni e 9 mesi. Una guardia l'ha trovato già in condizioni molto gravi, ha dato l'allarme. Portato in ospedale, è morto poco dopo. Inchiesta della Procura. Era arrivato nel carcere di Udine a fine dicembre, per espiare una condanna di 3 anni e 9 mesi. Ma nella notte di sabato scorso si è sentito improvvisamente male ed è stato trasferito nel reparto di Terapia intensiva dell'ospedale cittadino, dove è morto di lì a poche ore. Sul decesso di Savino Finotto, 70 anni, di Staranzano, ora, la Procura di Udine intende fare chiarezza. Il medico legale Lorenzo Desinan effettuerà l'autopsia sul suo corpo nel pomeriggio di giovedì. L'obiettivo del procuratore capo, Antonio Biancardi, è stabilire le cause esatte che ne hanno determinato la morte. L'uomo, che si trovava in una cella riservata a detenuti con problemi di deambulazione, è stato trovato in condizioni già molto gravi dall'agente addetto al giro notturno di controllo. Chiamati la guardia medica della casa circondariale e il personale del 118, era stato immediatamente trasportato al "Santa Maria della Misericordia". Da quel momento, però, non aveva più preso conoscenza. Gli accertamenti sono stati delegati alla sezione di Pg della Polizia di Stato.

Giustizia: il 31 marzo chiusura degli Opg ma non ci sono strutture per ricoverare i degenti

di Marida Lombardo Pijola

Il Messaggero, 21 gennaio 2013

Saful Islam è minuscolo, sottile, mingherlino, è un bimbo di 22 anni con la pelle d'ambra. Chissà dove ha trovato l'energia per fare a pezzi col coltello il suo "principe", il senatore Ludovico Corrao, il leggendario artefice della rinascita di Gibellina, di cui era badante, figlioccio, chissà cosa. Nel carcere di Marsala ha tentato di uccidersi sbattendo la testa contro le inferriate; nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto tenta di sopravvivere galleggiando alla deriva di un spazio vuoto.

Si sfilava dalla tasca ritagli di giornale sulla legge che dispone la chiusura degli Opg entro il 31 marzo, li mostra al ministro Paola Severino con l'ansia di chi vuol metterla al corrente, "ecco, vede, c'è scritto che bisogna chiuderli, io voglio essere curato, non voglio stare qui". Lei lo ascolta, lo guarda con tenerezza, rilascia una carezza della voce: "Sì, hai ragione".

Lei è un ministro della Giustizia, ed è una mamma, ed è una nonna, e ascolta tutti, e chiede di vedere "le cose più brutte", e ce l'ha scritto negli occhi quel che pensa, quel che è venuta a dire qui. Che hanno ragione tutti, in questo deposito della follia, dove 219 uomini si spengono da vivi nel tempo immobile del nulla, "perché la detenzione non è il percorso giusto per chi ha bisogno di essere curato, e dunque questo edificio verrà riconvertito in un penitenziario, ed i malati verranno trasferiti in adeguate strutture ospedaliere". Via tutti. Hanno ragione. Devono andar via da qui.

Solo farmaci

Ha ragione Andrea, che nessuno è in grado di soccorrere, mentre grida contro il muro delle sue ossessioni, con energie vocali innaturali, per rovesciare rabbia contro i suoi ricordi, il suo destino, l'omicidio che un fantasma interiore ha commesso al posto suo. E ha ragione Nicola, gigante stanco, triste, intorpidito, a dire che qui non riesce a emanciparsi dai suoi incubi: "Ho ucciso Satana, e dopo, per la felicità, ho ucciso anche mia madre, ma non volevo, nessuno mi capisce". Farmaci, solo farmaci, che rendono opachi i suoi pensieri, che rallentano il ritmo delle sue parole. Farmaci e basta, da mettere via per tentare il suicidio, qualche volta. Farmaci per questi uomini che stanno ammucchiati nelle celle del palazzo liberty dell'Opg, al quale è stato fatto un maquillage dopo il sequestro disposto dalla commissione di Ignazio Marino. Sembra sinistramente accogliente, adesso. Quasi non sembra ciò che è, un contenitore di ostaggi di menti disturbate, intrappolati in un circolo vizioso: nessuna cura, nessuna guarigione, nessuna possibilità di uscire, di riacquistare l'identità di esseri umani.

La discarica sociale

"Questa è una pattumiera umana, una discarica sociale, lo dice persino il direttore", assicura don Pippo Insana, il cappellano. Sgrana sequenze di risse e di violenze, disegna sagome di uomini disperati, annientati, abbruttiti

dall'inerzia. "Abbandonati nella solitudine, nella promiscuità, buttati a letto tutto il giorno, cinque per cella senza uno sgabello, nell'assenza di psicoterapie e di attività socializzanti, per mancanza di personale".

E allora hanno ragione pure i sanitari che non ce la fanno. "È molto dura", ammette Nunziante Rosania, ultimo dei direttori medici "alienisti". Tra poco cambierà mestiere, come i cinque colleghi che dirigono gli altri Opg in chiusura. Tornerà a essere medico e basta, non più custode di un inferno. Tra poco i dannati torneranno ad essere pazienti. Chi si prenderà cura di loro? La palla passa in mano alle Regioni. "Alcuni sono pericolosi, spero che trovino strutture in grado di garantire i cittadini", scuote la testa un agente. Lui ha visto di tutto, a Barcellona. Non può sapere, però, cosa succede rovesciando la follia.

Giustizia: Opg ancora senza alternative, le Regioni non si sono attivate per gli ex internati di Donatella Stasio

Il Sole 24 Ore, 20 gennaio 2013

Stefano ha 28 anni, è nato in Calabria e lì vuole tornare, da quel che resta della sua famiglia d'origine, che lui stesso ha amputato brutalmente ammazzando la madre un giorno di otto anni fa. È uno dei 219 "matti" internati nell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, provincia di Messina, una bella, anche se fatiscente, struttura in stile liberty circondata da banani, magnolie, alberi da frutta, palme e piante grasse, costruita nel 1925 e fin da allora destinata a ospitare, appunto, i "matti". Se ai barcellonesi chiedi dov'è l'Opg, ti guardano strano. Ma se dici "manicomio criminale" capiscono subito e ti indicano la via, senza esitazione. D'altra parte, che cosa è cambiato dal 1975, quando la riforma penitenziaria ribattezzò "ospedali psichiatrici giudiziari" i manicomi criminali nati nel 1876? Niente. Pattumiere sociali erano e sono rimaste. Non luoghi di cura, come voleva la riforma del 1975, ma di segregazione e abbandono. Si sa quando si entra, ma non quando si esce. "Avete fatto una cosa grande!" dice Stefano da dietro le sbarre della sua cella al ministro.

Regioni inerti: non hanno individuato strutture per ospitare gli ex internati

"Avete fatto una grande cosa", dice da dietro le sbarre Stefano al ministro della Giustizia Paola Severino. "Avete avuto coraggio!", le ripete. Lui e gli altri internati aspettano con fiducia che arrivi il 31 marzo, il giorno della chiusura degli Opg voluta dalla Severino e approvata dal Parlamento l'anno scorso. Sognano di uscire, di andare a casa o in comunità o comunque via da quest'inferno, che non è neanche un purgatorio perché non c'è via d'uscita né speranza. Non sanno, a Barcellona Pozzo di Gotto come negli altri 5 Opg d'Italia, che a due mesi dal fatidico giorno le Regioni non hanno ancora predisposto le strutture che dovranno ospitarli (al massimo 20-25 persone) e curarli. Il governo ha già stanziato i fondi (174 milioni più 93 per il funzionamento e il personale), ma le Regioni non si sono ancora attivate. Meno che mai la Sicilia, dove le competenze sanitarie delle carceri e dell'Opg sono ancora in capo all'Amministrazione penitenziaria, sebbene una legge del 2008 le abbia trasferite al Servizio sanitario nazionale. Il rischio di uno slittamento della chiusura degli Opg è quindi concreto.

Severino è volata qui, ieri, per "testimoniare" la volontà di "tener fede alla scadenza di marzo". E per vedere da vicino come vivono i "matti" dell'Opg, dopo il sequestro dell'intera struttura disposto a dicembre dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sul Ssn presieduta da Ignazio Marino. "L'assessore regionale alla Sanità, Lucia Borsellino - ha riferito al direttore Nunziante Rosania e ai poliziotti penitenziari - mi ha assicurato che a fine mese ci sarà un tavolo paritetico per il passaggio di consegne dal ministero alla Regione".

Il manicomio criminale di Barcellona verrà riconvertito in carcere per i detenuti di media sicurezza ma "prima della riconversione - ha aggiunto - dobbiamo trovare un'adeguata collocazione agli attuali ospiti dell'Opg. La mia prima preoccupazione è che queste persone trovino un'adeguata struttura ospedaliera perché sono gravemente malate". Schizofrenici, paranoici, psicotici gravi, oligofrenici: gli "internati" (questo il nome degli ospiti degli Opg) hanno patologie gravi e perciò vengono condannati non al carcere, ma a una "misura di sicurezza", che non ha una durata predeterminata ma dipende dalla loro "pericolosità sociale", valutata ogni sei mesi da una perizia. Ma se il carcere è patogeno, l'Opg lo è all'ennesima potenza. E poi, psichiatri, psicologi, neurologi scarseggiano; l'unica cura è fatta di dosi massicce di psicofarmaci, spesso neanche dell'ultima generazione, con effetti collaterali a catena. Le sbarre e la solitudine fanno il resto, racconta don Pippo, cappellano di Barcellona mentre Severino gira per i reparti dell'Opg tirati a lucido per l'occasione.

"Dov'è che state peggio?" chiede a Roberto, 36 anni, con gravi problemi di tossicodipendenza. Ma lui, intimidito dalla presenza di poliziotti e autorità, risponde solo con un sorriso e la incoraggia a proseguire nella "battaglia". Glielo dice anche Giancarlo, 42 anni, dopo aver raccontato di aver "ucciso Satana e poi la madre". "Non so quanti anni ho" risponde invece Massimo, anche lui matricida Come Stefano, che per combattere schizofrenia e paranoia si immerge nelle canzoni dei Beatles e nei libri. "Guarda, questo è il più bello che ho letto", dice mostrando "Il richiamo della foresta" di Jack London. E forse spera che la sua vecchia vita, come quella di Buck, già sia un ricordo del passato.

Marino (Pd): condivido preoccupazioni Severino (Ansa)

“Condivido la giusta preoccupazione del Ministro Severino che visitando oggi l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (Opg) di Barcellona Pozzo di Gotto ha chiesto di trovare un’adeguata collocazione agli attuali pazienti internati”. È quanto dichiara, in una nota, il senatore Ignazio Marino, presidente della Commissione d’inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale. “Proprio questa settimana, prosegue Marino, è stato portato a termine un incontro inter-istituzionale presso la Commissione che presiedo, nel corso del quale il presidente del Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria Giovanni Tamburino e il presidente del Tribunale di Sorveglianza di Messina Nicola Mazzamuto hanno convenuto su un piano di dimissione dei pazienti non socialmente pericolosi. Il piano sarà attuato già nei prossimi giorni, con l’affidamento degli internati ai servizi di salute mentale territoriali. In seguito a questo incontro ho personalmente contattato - ricorda il senatore - il presidente Rosario Crocetta che mi ha dato ampie rassicurazioni sulla piena collaborazione delle strutture sanitarie della Regione Sicilia”. A questo si aggiunge anche l’impegno della nuova giunta regionale a concludere il passaggio di competenze e responsabilità dei servizi di assistenza sanitaria di tutte le persone private della libertà - comprese quelle in carcere - dal Guardasigilli all’Assessore alla Salute. Si tratta di un passo storico, afferma Marino, per la Sicilia che non aveva ancora recepito il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 2008 che indicava la necessità di trasferire gli aspetti di cura dal Ministero della Giustizia a quello della Salute. Un obiettivo, questo, raggiunto anche grazie al lavoro condotto negli ultimi tre anni dalla Commissione d’inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale del Senato della Repubblica, afferma infine.

Milano: detenuto suicida a San Vittore, psicologa e psichiatra accusate di omicidio colposo
di Sandro De Riccardis

La Repubblica, 18 gennaio 2013

Per mancanza di letti dimisero un ragazzo che aveva già tentato 8 volte il suicidio senza disporre la vigilanza a vista.

Si era impiccato a San Vittore, nell’agosto del 2009, dopo essere stato dimesso dal centro osservazione malattie psichiche del carcere. E nonostante almeno otto tentativi di suicidio, Luca Campanale, 28 anni, fu rinchiuso in una cella a medio rischio, senza sorveglianza a vista. Ora, per quel suicidio il giudice dell’udienza preliminare Elisabetta Meyer ha disposto il giudizio per omicidio colposo per una psicologa e una psichiatra in servizio a San Vittore.

Dopo la tragedia la procura ha aperto d’ufficio un fascicolo, e nell’indagine del pubblico ministero Silvia Perrucci sono emerse le lacune dei due medici che “con violazione delle regole dell’arte medica e dei doveri inerenti la loro qualifica pubblica, cagionavano la morte del detenuto per asfissia meccanica da impiccagione”. Per le due donne, la procura aveva formulato una prima imputazione di abbandono di incapace aggravato dalla morte, poi i giudici della prima corte d’Assise di fronte a cui si era aperto il processo, a giugno, hanno riqualificato il fatto come omicidio colposo.

Luca Campanale entrò nel carcere di San Vittore il 30 luglio 2009, e pochi giorni dopo, il 12 agosto, si impiccò. Ricoverato al centro di osservazione malattie psichiche del carcere, venne dimesso “per mancanza di posti letto”. Nel processo che dovrà chiarire le responsabilità delle due indagate - l’udienza è fissata per il 12 aprile - compariranno come parte offesa i genitori e il fratello della vittima, assistiti dall’avvocato Andrea Del Corno. La richiesta di rinvio a giudizio del pm Perrucci ricostruisce l’intera storia clinica del giovane, i reiterati tentativi di suicidio, le presunte violazioni del personale medico.

“In particolare - scrive il pm - erravano nel valutare il rischio suicidiario malgrado fosse incapace di provvedere a se stesso a causa di disturbi psichici dai quali era affetto e del quale dovevano avere cura, trattandosi di detenuto presso il carcere dove le indagate svolgevano la loro attività professionale psicologica e psichiatrica”. E, ancora, lasciavano il ragazzo “senza sorveglianza a vista, sull’erroneo presupposto che il soggetto apparisse “pretenzioso e immaturo”, non considerando i numerosi precedenti gesti autolesionistici”, ben otto tentativi dal maggio del 2009 fino a quello che lo ha ucciso.

Giustizia; Mencacci (Sip); 1.500 pazienti ex Opg sono una bomba a orologeria per il Paese
Adnkronos, 18 gennaio 2013

“Se in America si punta a potenziare i servizi di salute mentale e a migliorare il monitoraggio dei soggetti potenzialmente pericolosi, l’Italia resta al palo e, anzi, si trova a fare i conti con una vera e propria bomba a orologeria: la chiusura degli ex Opg (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) e il destino dei 1.500 internati, persone che hanno bisogno di cure e che devono trovare nuove forme di assistenza. Possibilmente, a quanto pare, a costo zero”. A sollevare il problema con l’Adnkronos Salute è Claudio Mencacci, presidente della Società italiana di psichiatria (Sip), che spiega: “Il rischio reale è quello di non tutelare i diritti di cura di questi pazienti, ma anche il resto dei

cittadini da quanti fra loro hanno commesso dei reati”.

Secondo Mencacci è stata fatta una legge “bellissima ma totalmente ideologica e astratta, senza fondi, senza risorse e senza il contributo degli addetti ai lavori, cioè le persone che curano questi pazienti. È stato promesso - ricorda - il potenziamento dei servizi di salute mentale interni al carcere, ma invece ci troviamo di fronte a una vergogna nazionale. E la domanda vera è: che fine faranno fra qualche mese le persone che erano chiuse negli ex Opg?”. Insomma, “l’assenza di alternative concrete e il mancato potenziamento dei servizi di salute mentale rischiano di creare grossissimi problemi ai pazienti finora internati, alle loro famiglie e al Paese”.

Bologna: ai domiciliari da anni perché affetto da Hiv migliora e il giudice lo rimette dentro
di Gianluca Rotondi

Corriere della Sera, 17 gennaio 2013

In un’altra vita faceva il modello, girava il mondo e sognava ad occhi aperti. Quando le luci della ribalta si sono spente il risveglio è stato particolarmente brusco: rapine, furti, spaccio, evasioni e tanto altro. Stefano Argenti è quello che si dice un criminale “storico”.

I poliziotti anziani della Questura se lo ricordano bene quel ragazzo bolognese di bell’aspetto che proprio non riusciva a stare lontano dai guai. Finora ha scontato 7 anni ma nel tempo ha accumulato pene su pene per un totale di 13 anni, 3 mesi e 19 giorni. L’ultimo “soggiorno” prolungato dietro le sbarre risale a diversi anni fa. In tutto questo tempo Argenti, che tolto qualche peccatuccio che l’ha fatto tornare dentro ha tutto sommato rigato dritto, ha usufruito del differimento pena e dei domiciliari per motivi di salute.

Da vent’anni Argenti, che oggi ha 51 anni, combatte infatti contro l’Hiv e altre patologie definite da giudici e medici, che di volta in volta si sono occupati del suo caso, “incompatibili col regime carcerario”. Ogni anno, da parecchi anni, un magistrato, sulla base di esami e consulenze, stabilisce che il carcere non è un posto adatto alle sue condizioni di salute. Dal carcere milanese di Opera, che pure ha un centro clinico specializzato, fu infatti dimesso.

Il 22 novembre nella consueta udienza davanti al magistrato di sorveglianza è arrivata la doccia fredda: “Dai referti degli esami ematologici eseguiti di recente dal condannato emerge un quadro di relativo benessere, con assenza di grave deficienza immunitaria”, ha scritto il giudice nel provvedimento, tecnicamente ineccepibile, che di fatto lo scorso 11 dicembre gli ha riaperto le porte della Dozza. Pochi giorni dopo le sue condizioni si sono aggravate e la direzione del carcere l’ha trasferito in infermeria dove si trova tuttora.

I familiari ora temono per la sua vita e lanciano l’allarme: “Mio figlio sta male, nell’ultimo colloquio mi ha detto che se non esce si ammazza. Ha sbagliato e fatto tante sciocchezze ma non ha mai fatto del male. Non merita questa fine”, dice la madre Filomena che da anni lo accudisce e lo accompagna a fare le terapie all’infettivologia del Maggiore.

Il suo legale, avvocato Milena Micele, è in contatto con la direzione sanitaria della Dozza e ha presentato un’istanza urgente di scarcerazione al Tribunale di sorveglianza chiedendo di acquisire tutta la documentazione clinica sul caso di Argenti: “Il magistrato si è basato solo sul Cd4 (il valore dei linfociti stabilito dalla legge per la compatibilità col regime carcerario, ndr) senza valutare, come in passato, le condizioni generali. Siamo invece in presenza di una situazione sanitaria di compromissione così profonda che non può far pensare a un miglioramento. Non si capisce come si possa parlare di relativo benessere”.

Il timore del legale e della famiglia del detenuto è che le sue condizioni peggiorino acuendo altre patologie di cui soffre da tempo. Ora il Tribunale di sorveglianza chiederà una relazione alla direzione sanitaria del carcere per capire come stanno le cose: “Chiediamo che nel minor tempo possibile si accertino le sue condizioni. Non si può indugiare perché potrebbe essere in pericolo di vita. Questo non lo dico io ma il medico che l’ha in cura”, sottolinea l’avvocato Micele.

Sicilia: l’appello di tre direttori di carceri per fronteggiare l’emergenza sovraffollamento

La Repubblica, 17 gennaio 2013

Rita Barbera, Letizia Bellelli e Antonio Gelardi pensano alle pene alternative e raccontano i retroscena di un disegno di legge che avrebbe potuto risolvere molti problemi.

Per far fronte all’emergenza nelle carceri italiane, dovuta al sovraffollamento in cella, non servono riforme costose. Anzi, si potrebbe attuare una riforma a costo zero. Parola di tre direttori di case circondariali siciliane. Rita Barbera, Letizia Bellelli e Antonio Gelardi, responsabili rispettivamente dell’Ucciardone, dei penitenziari di Enna e Augusta, hanno scritto una lettera appello, che inizia in modo chiarissimo: “Uno dei disegni di legge naufragati con la fine della legislatura, è quello sulle pene alternative”.

I tre direttori, soci dell’associazione Libertà e Giustizia, spiegano: “Ancora oggi il nostro sistema penale è

incentrato sulla pena detentiva in carcere. Il fascismo, sistema deprecabile, si servì tuttavia di fior di giuristi; uno di questi fu l'allora guardasigilli Alfredo Rocco, artefice di un codice penale che nella sua struttura portante sopravvive ancora oggi e prevede, anche per reati di lieve entità, come pena principale quella detentiva in carcere. Poi la pena non sempre viene applicata, ma la sanzione comminata nominalmente, come autorevolmente sottolinea il Consiglio superiore della magistratura nel suo parere al disegno di legge Severino sulle pene alternative, risponde più all'esigenza di rassicurare l'opinione pubblica che a quella di dare una risposta reale ed efficace al crimine". Ecco, dunque, quello che accade oggi: "Un giudice, quello cosiddetto di cognizione, commina la condanna a una pena detentiva in carcere - spiegano i tre direttori

- poi, in alcuni casi interviene un altro giudice, quello di sorveglianza, che converte la pena in una misura alternativa al carcere. Si tratta quindi di un beneficio da concedere caso per caso, che richiede comunque un ulteriore passaggio processuale e in parecchi casi non impedisce un breve, inutile e dannoso passaggio in carcere. In tale contesto poi, sono i detenuti appartenenti alla cosiddetta marginalità sociale (extracomunitari, tossicodipendenti di lunga data, disagiati psichici e psichiatrici) che rappresentano la percentuale maggiormente significativa di detenuti, ad avere le maggiori difficoltà di accesso alle misure alternative esterne per l'assenza di idonei riferimenti: lavoro, domicilio, riferimenti familiari in grado di sostenere praticabili percorsi di inclusione sociale e per la difficoltà di avvalersi di una valida difesa".

Il disegno di legge sulle pene alternative prevedeva invece che il giudice potesse subito assegnare una pena diversa dal carcere: "La permanenza presso il proprio domicilio - spiegano ancora i tre direttori - la messa in prova, ossia una forma di sospensione della pena con lo svolgimento di lavoro di pubblica utilità e un'altra serie di forme di limitazione della libertà con varie graduazioni (la detenzione e l'arresto presso l'abitazione o altro luogo di privata dimora, anche per fasce orarie o giorni della settimana). Una svolta culturale e di sistema".

Secondo Rita Barbera, Letizia Bellelli e Antonio Gelardi, le nuove norme unite "a un ragionevole piano carceri (un limitato non faraonico aumento di posti letto) e al recupero delle strutture detentive già esistenti potrebbe fare uscire dall'emergenza".

I direttori propongono anche di rivedere la legge Bossi-Fini sull'immigrazione, e la Fini-Giovanardi sulla droga, perché, spiegano, "contengono risposte in termini di carcerizzazione per fenomeni sociali complessi".

I direttori bocciano invece le amnistie, che definiscono "tamponi i cui effetti sono stati regolarmente annullati nel giro di un paio di anni". Infine, l'appello: "Ci auguriamo che nel centro sinistra ci si ricordi che l'indulto del 2006, a cui seguì il nulla nella politica carceraria, segnò un picco negativo di consensi per il governo Prodi e forse contribuì all'inizio della fine di quell'esperienza governativa. E ci auguriamo che tutte le forze politiche presenti nel parlamento prossimo venturo guardino all'Europa non solo per lo spread o per il fiscal compact, ma anche per i diritti civili".

Giustizia: caso Cucchi: Il Sappe: la Polizia Penitenziaria ha agito rispettando le leggi

Tm News, 17 gennaio 2013

"Ho il massimo rispetto per la triste e dolorosa vicenda che ha visto coinvolta la famiglia di Stefano Cucchi. Credo però che la magistratura debba essere lasciata libera di giudicare, senza condizionamenti e con l'abituale serenità ed obiettività. Per questo non condivido i giudizi espresse dalla sorella di Stefano Cucchi, Ilaria, oggi candidata al Parlamento, rilasciate nel corso di un'intervista a La Repubblica. E' certamente importante e fondamentale rilevare che le conclusioni della perizia esperita dai periti della Terza Corte d'Assise sulla morte del fratello Stefano è avvenuta per sindrome da inanizione e non da presunti pestaggi. Attendiamo dunque tutti, con serenità, gli accertamenti della magistratura".

Lo dice in una nota Donato Capece, segretario generale del Sindacato autonomo polizia penitenziaria (Sappe).

"Ribadisco una volta di più che il Sappe ha il massimo rispetto umano e cristiano per il dolore dei familiari di Stefano Cucchi come lo abbiamo per tutti coloro che hanno perso un proprio caro in stato di detenzione. Ma non possiamo accettare - prosegue Capece - una certa (tendenziosa e falsa) rappresentazione del carcere come luogo in cui quotidianamente e sistematicamente avvengono violenze in danno dei detenuti come talune corrispondenze giornalistiche hanno detto e scritto nei giorni immediatamente successivi la morte del ragazzo". "Ricordo a me stesso che la rigorosa inchiesta amministrativa disposta dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria sul decesso di Stefano Cucchi esclude responsabilità da parte del Personale di Polizia penitenziaria, in particolare di quello che opera nelle celle detentive del Palazzo di Giustizia a Roma. La nostra convinzione è che a Piazzale Clodio la Polizia Penitenziaria ha lavorato come sempre nel pieno rispetto delle leggi, con professionalità e senso del dovere. Ci auguriamo che anche gli approfondimenti giudiziari confermino questa nostra convinzione. Di sicuro rigettiamo ogni tesi manichea che ha associato e associa più o meno velatamente al nostro lavoro i sinonimi inaccettabili di violenza, indifferenza e cinismo", conclude il rappresentante del Sappe.

Giustizia: le carceri italiane sono una discarica sociale
di Ilaria Cucchi

www.clandestinoweb.com, 17 gennaio 2013

La mia famiglia ha subito l'ennesimo affronto dalla Procura di Roma. Un'altra presa in giro contro chi si è messo in discussione per avere giustizia.

I periti incaricati di stabilire le cause della morte di mio fratello, Stefano, hanno detto che la colpa è stata dei medici. È chiaro che si tratti di un processo politico, c'è la volontà che si dica tutto, tranne che mio fratello è stato massacrato dalle forze dell'ordine dello Stato. Mercoledì siamo andati al processo con i nostri consulenti, affinché fossero loro a fare le domande ai periti. I legali hanno accettato la nostra richiesta ma il pm si è opposto. Non riesco a capire, non riesco più a tollerare tutto questo... Siamo stanchi e pretendiamo scuse.

Siamo al massacro, io e la mia famiglia abbiamo dato fondo a ogni risorsa economica, abbiamo ipotecato casa per portare avanti le spese del processo. I nostri avvocati ci vengono incontro ma i costi sono comunque altissimi, per non parlare poi dei costi emotivi... E alla fine cosa ci vengono a dire? Che Stefano è morto di fame e di sete? Ormai tutti hanno capito qual è la verità. Si sono addirittura giustificati sostenendo che non avevano un radiologo e che i segni sul corpo di Stefano siano stati causati post mortem. Poi hanno inventato una presunta celiachia che Stefano non ha mai avuto. Ma chi vogliono prendere in giro? Per non parlare poi del fatto che si siano rifiutati di sentire l'unico testimone del pestaggio.

Il pubblico ministero oggi si dice soddisfatto, anche se le valutazioni dei periti distruggono la sua tesi iniziale. Tutto questo non è sopportabile, non è immaginabile. Ma cosa abbiamo fatto di male per meritarcene tutto questo? Ora mi candido. Non lo faccio per me. Lo faccio per Stefano. In passato tante volte mi è stato chiesto di entrare in politica ma io ho sempre rifiutato. A dire il vero prima non ci avevo mai pensato. Poi, dopo la tragedia che ho vissuto, mi sono avvicinata alle carceri, ai tribunali. Ho visto cose, ho conosciuto storie che meritano di aver voce. Una volta un direttore di un istituto di pena mi ha detto che i suoi problemi per i turni di piantonamento sono più importanti della vita di un detenuto. A Varese, invece, un giudice sta umiliando la famiglia di Giuseppe Uva, riempito di botte in una caserma. Da quattro anni le prove sono chiuse in un cassetto e la sorella è stata anche sbattuta fuori dall'aula del processo. Come d'altronde è successo anche a me.

Non è possibile che le vittime di un reato diventino vittime due volte. Non è possibile che un cittadino paghi ciò che non gli è dovuto a causa di un pm, di troppi pm, che non fanno bene il loro lavoro. La giustizia deve essere uguale per tutti. Vorrei che i pm non avessero paura di andare contro il potere. Un paese civile non può permettersi queste cose.

Vorrei dire anche basta al carcere per reati minori, sono favorevole all'amnistia e mi voglio fare carico di tutte queste questioni. Qualcuno ha criticato la mia candidatura. Mi hanno detto che lo faccio solo perché ho vissuto quello che ho vissuto. Ma è ovvio che sia così! Solo quando guardi le cose da vicino ti rendi davvero conto della loro importanza. Di carceri, ad esempio, non si parla mai e questo succede perché fa comodo che non si approfondisca il tema e non si scopra la portata dell'emergenza: le carceri italiane sono una discarica sociale!

Giustizia: Ilaria Cucchi; in Parlamento mi occuperò dell'inciviltà delle carceri, sì amnistia
di Corrado Zunino

La Repubblica, 17 gennaio 2013

Ilaria Cucchi, si è candidata con Rivoluzione civile di Antonio Ingroia per avere giustizia nel processo sulla morte di suo fratello?

“Di certo non mi sarei mai candidata se non mi fosse capitata questa tragedia. Vorrei occuparmi di cattiva giustizia, sì. Di mio fratello. Un giudice non ha capito che Stefano era stato massacrato di botte solo perché per venti minuti non lo ha guardato in faccia. A Varese un altro giudice sta umiliando la famiglia di Giuseppe Uva, riempito di botte in una caserma. Da quattro anni le prove sono chiuse in un cassetto e la sorella è stata anche sbattuta fuori dall'aula del processo. Già lo so, tutto sarà archiviato”.

Ingroia è uno dei più importanti procuratori italiani: la appoggerà in questa battaglia contro la magistratura?

“Sono contro quella parte di magistratura italiana forte con i deboli, come mio fratello, e debole con i forti. Purtroppo è la gran parte. Sono contro i processi fotocopia. Antonio Ingroia è il pm che avrei voluto per mio fratello, uno che non ha paura di andare contro i poteri, che fa inchieste difficili e pericolose. Oggi non si sente neppure dire che la legge è uguale per tutti. I criminali, quanto sono più potenti e pericolosi, tanto meglio sono trattati. Quanto più sono diseredati, inoffensivi ed emarginati, tanto peggio vengono considerati. Fino a morire. Tanti mi avevano chiesto di scendere in politica, lo faccio ora perché di Ingroia mi fido”.

Lei e la sua famiglia, ieri, avete fortemente contestato la perizia disposta dai giudici del Tribunale di Roma...

“Secondo i periti la morte di mio fratello è avvenuta per colpa medica, ma questa è la tesi della procura fin dal

primo momento. Una perizia così serve a proteggere forze dell'ordine e agenti di polizia penitenziaria. Siamo al massacro, io e la mia famiglia abbiamo dato fondo a ogni risorsa economica, abbiamo ipotecato casa. Siamo stanchi e pretendiamo scuse. In aula abbiamo portato i nostri consulenti, ma il pm non ha permesso che interrogassero i periti. I miei genitori, a cui è stato massacrato e ucciso un figlio, vengono umiliati da un magistrato che vuole portare avanti un banalissimo caso di colpa medica”.

Di che altro si occuperà, se entrerà in Parlamento?

“Delle carceri italiane, oggi una discarica sociale. In larga percentuale i detenuti non sono pericolosi e non dovrebbero stare lì: vorrei un'amnistia per i reati minori. Delle carceri sovraffollate sento parlare da quando sono bambina e mio fratello, si sa, è morto di carcere. Lo sa che ho sentito un direttore di un istituto di pena dire che i suoi problemi per i turni di piantonamento erano più importanti della vita di un detenuto?”.

La sua prima iniziativa, in Parlamento...

“Una legge che introduca in Italia il reato di tortura. C'è in tutta l'Europa civile, l'Onu ci ha persino sanzionati”.

Giustizia: caso Cucchi. Il papà di Stefano: il ministro si scusi per la morte di mio figlio

Corriere della Sera, 17 gennaio 2013

“Prendo le scuse dal ministro della Giustizia. Ho consegnato mio figlio allo Stato sano. È stato ucciso e io sono costretto a subire affronti in aula”. È lo sfogo del padre di Stefano Cucchi, Giovanni, all'uscita dell'udienza di ieri in Corte d'Assise dove è stato completato l'esame della perizia commissionata al laboratorio “Labanof” di Milano. “Ho ipotecato casa per pagare i miei consulenti, ma il pm si è opposto a far sì che fossero loro a porre le domande al posto degli avvocati per una supposta comodità “tecnica”, ha insistito l'uomo.

Le analisi degli esperti, ribadite in aula, convergono sulle tesi della Procura. “I medici del Pertini, non trattando il paziente in maniera adeguata ne hanno determinato il decesso. Hanno avuto una condotta colposa a titolo di imperizia o negligenza” ha spiegato ai giudici Marco Grandi, a capo del pool di medici.

“La morte di Cucchi era prevedibile per il forte stato di malnutrizione e poteva essere evitata. Ma lui non fu avvertito e rifiutò di nutrirsi”, è la sintesi delle analisi. Inoltre, secondo la perizia - consegnata a dicembre dopo sette mesi - le lesioni e gli ematomi sul cadavere sono solo in minima parte dovuti a traumi recenti (la cui origine è incerta) anche se più probabilmente originata da una caduta (anche in seguito a una spinta) che non dalle botte (che avrebbe lasciato, dicono i periti, molti più segni).

Il pestaggio, insomma, non è provato e non sarebbe comunque stato decisivo: “La successione cronologica degli eventi attesta come la patologia traumatico-contusiva sia stata sovrastata da una patologia da privazione di acqua e cibo, dotata di compiuta autonomia lesiva e responsabile del decesso, a prescindere dalla patologia traumatica recente”, si legge nel documento di 189 pagine. Stefano Cucchi, arrestato il 15 ottobre 2009 per droga, morì una settimana dopo in ospedale. Sotto processo ci sono sei medici, tre infermieri e tre agenti penitenziari accusati (a seconda delle posizioni) di favoreggiamento, abbandono d'incapace, abuso d'ufficio, falsità ideologica, lesioni ed abuso di autorità. La famiglia del Zienne ha chiesto con forza in questi anni che gli agenti venissero processati per omicidio colposo. Due gli elementi portati a sostegno da questa tesi: una frattura alla vertebra lombare L3 e il decisivo peggioramento del quadro clinico dovuto alla frattura dell'osso sacro. Elementi entrambi smontati dalla perizia, che ha retrodatato al 2003 la lesione e dimostrato l'incongruenza scientifica del secondo punto.

Cagliari: Sdr; algerino detenuto al Buoncammino ingoia forchetta per ritornare a Genova

Agenparl, 16 gennaio 2013

“Un algerino di 32 anni M.K. che sta scontando una pena a 1 anno e 5 mesi di carcere, ha ingoiato una forchetta per protestare contro il mancato trasferimento a Genova. L'uomo che finirà di scontare la pena tra meno di un anno, si trova a Buoncammino da 7 mesi essendo stato sfollato dal carcere ligure di Marassi”. Lo rende noto l'associazione “Socialismo Diritti Riforme” in seguito a un colloquio effettuato con il detenuto dai volontari. Nel corso dell'incontro con il cittadino algerino è emerso che il grave gesto autolesionistico non è stato l'unico. L'uomo infatti ha ingoiato un'altra forchetta che però è riuscito ad espellere. “Si tratta - sottolinea Maria Grazia Caligaris, presidente di SdR - di una persona privata della libertà che soffre particolarmente la distanza dai familiari. Sostiene infatti di avere un fratello a Genova ma le condizioni sanitarie, la conoscenza di un italiano approssimativo e la difficoltà a dare indicazioni precise sulla parentela rendono la sua situazione particolarmente difficile.

Nei giorni scorsi, in seguito alla nuova ingestione della forchetta, è stato ricoverato in Ospedale per provvedere alla rimozione della pericolosa posata. Giunto a destinazione però, forse perché non aveva compreso il motivo del ricovero, ha firmato il foglio di dimissioni ed è tornato a Buoncammino. Una dimostrazione palese del disagio in

cui si trova”.

“La vicenda - evidenza Caligaris - presenta tuttavia dei tratti che qualificano negativamente l’iniziativa del Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria. È evidente che l’algerino è stato trasferito in Sardegna per alleggerire il numero di ristretti nella struttura di Genova ma la motivazione appare piuttosto punitiva anziché razionale. Una persona che mostra evidenti segnali di malessere non può essere considerata una patata bollente di cui disfarsi allontanandola laddove invece avrebbe potuto accedere a una pena alternativa tenendo conto della svuota carceri e della pena non particolarmente gravosa”.

“Purtroppo - conclude la presidente di SdR - l’amministrazione sembra dimenticare che spesso i cittadini extracomunitari in stato detentivo sono poveri diavoli che hanno bisogno soltanto di essere reinseriti in società attraverso iniziative rieducative e promuovendo azioni per consentire loro di avere un lavoro almeno per il sostentamento. Restando così la situazione, nonostante la buona volontà del Direttore, degli Agenti e dei Medici, non è possibile contenere la disperazione di queste persone. La speranza almeno per M.K. è che possa tornare a Genova e ritrovare i parenti per concludere positivamente la sua triste esperienza”.

Giustizia: caso Cucchi, è battaglia tra periti, il nuovo esame ha riscontrato fratture recenti di Cristiana Mangani

Il Messaggero, 16 gennaio 2013

“Fratture recenti, acute e traumatiche”. Il parere arriva da tre super specialisti della Radiologia, ed è stato richiesto dalla famiglia di Stefano Cucchi dopo il deposito dell’ultima perizia richiesta dalla Corte d’Assise e depositata a dicembre scorso. I familiari della vittima non erano rimasti soddisfatti né convinti fino in fondo del risultato in base al quale Stefano era morto principalmente per malnutrizione. E così hanno deciso di rivolgersi a nuovi tecnici. In particolare, è stato il professor Giuseppe Guglielmi, componente del collegio di periti della famiglia, ad aver richiesto una “second opinion” a tre dei massimi conoscitori di radiologia muscolo - scheletrica: il presidente della Società Europea di radiologia muscolo - scheletrica e il direttore della sezione di radiologia muscolo - scheletrica dell’università di Creta. Inoltre, ha fornito un parere scritto e motivato anche uno statunitense direttore della radiologia muscolo - scheletrica della Boston University. E questi hanno confermato la presenza di fratture acute, oltre che del sacro, di L3 e di L5.

Tutte fratture, secondo la relazione, recenti e traumatiche. In contrasto, dunque, con quanto dichiarato dai periti della Corte, secondo i quali potevano essere avvenute anche in fase post mortem. “Si tratta di un particolare importante - sottolinea l’avvocato Fabio Anselmo che assiste la parte civile - perché anche la commissione Marino, che ha partecipato alla consulenza tecnica con medici appositamente nominati, aveva fin da subito riconosciuto L3 come frattura acuta e recente”. Questa mattina si svolgerà una nuova udienza nell’aula bunker di Rebibbia.

L’obiettivo dell’avvocato della famiglia Cucchi è di riuscire a far entrare nelle consulenze tecniche questo nuovo parere, anche se probabilmente, il deposito avverrà solo alla fine dell’esposizione. Nel frattempo si continuerà ad analizzare la condotta degli imputati. L’accertamento degli esperti della Corte ha concluso che “i medici del reparto di medicina protetta dell’ospedale Pertini, dove Stefano Cucchi era ricoverato, non si sono mai resi conto di essere di fronte a un caso di malnutrizione importante, quindi non si sono curati di monitorare il paziente sotto questo profilo, né hanno chiesto l’intervento di nutrizionisti e, non trattando il paziente in maniera adeguata, ne hanno determinato il decesso”. Stefano è morto - hanno sottolineato - perché “nel punto di non ritorno, e cioè quando le scorte corporee di grassi si sono esaurite, nessuno è intervenuto”.

Riguardo alle lesioni sulle vertebre - l’elemento che più preme alla famiglia - viene evidenziato che non si può stabilire se “siano state prodotte da un evento accidentale o da terzi”. Nell’accertamento viene rilevata anche una frattura nel quarto segmento sacrale, ma - è scritto - “non è una frattura che giustificerebbe un ricovero tantomeno la morte. Pertanto le uniche sedi mostranti lesioni certamente attribuibili a un evento contusivo violento, avvenuto tra l’arresto e il ricovero, sono il capo e il sacro”.

Periti: cura non adeguata. morte prevedibile

“I medici del Pertini non trattando il paziente in maniera adeguata ne hanno determinato il decesso”, dunque “l’evento morte era prevedibile”. Lo ha sostenuto il professore Luigi Barana, uno dei periti incaricati dalla III Corte d’assise di Roma di stabilire le cause della morte di Stefano Cucchi. Stefano Cucchi, arrestato il 15 ottobre 2009 per droga, morì una settimana dopo all’ospedale Sandro Pertini di Roma. Oggi in aula la conclusione dell’esame dei periti (sei medici dell’istituto Labanof di Milano) e dal controesame dei legali della famiglia e delle difese. “I medici - ha detto Marco Grandi, a capo del pool di esperti - non hanno saputo individuare il quadro patologico. Hanno avuto una condotta colposa a titolo di imperizia o negligenza, quando non di mancata osservanza delle disposizioni codificate”.

Non fu avvisato che era a rischio vita

Stefano Cucchi non fu avvisato dai medici che se continuava a digiunare era a rischio vita. È la conclusione della

perizia disposta dai giudici. “Non fu informato sul suo stato di salute, sulla prognosi a breve infausta nel caso lui avesse persistito nel rifiutare cibo e liquidi, ha detto in aula il perito Marco Grandi.

I tecnici milanesi si sono soffermati anche sul tema della regolarità della documentazione sanitaria redatta e tenuta in ospedale (“Ci sono carenze nella cartella clinica. Non c’è registrazione del peso, della temperatura corporea, della frequenza cardiaca e anche una confusa registrazione della diuresi”), ma anche sul quesito a loro posto riferito alla correttezza della terapia effettuata e delle informazioni date al paziente.

“Secondo noi - ha detto il professore Grandi - i medici del Pertini mai si sono resi conto di essere di fronte a un caso d’importante malnutrizione; non hanno monitorato il paziente sotto questo profilo né hanno chiesto l’intervento di specialisti. In secondo luogo, poi, hanno dato scarsa attenzione all’esame obiettivo del paziente, e non lo hanno informato sul suo stato di salute”.

All’ingresso al Pertini il giovane “aveva uno stato di denutrizione importante che, visto la sua volontà di digiunare e di astenersi dall’ingerire liquidi, doveva immediatamente allertare i medici. Anche pochi giorni di ulteriore astensione da alimenti e liquidi costituiva rischio concreto di un irreversibile aggravamento delle sue condizioni”.

Cosa diversa per gli infermieri ai quali “nessuno dei sanitari diede indicazioni sul da farsi”.

Sotto processo ci sono sei medici, tre infermieri e tre agenti penitenziari, a vario titolo e a seconda delle posizioni accusati di favoreggiamento, abbandono d’incapace, abuso d’ufficio, falsità ideologica, lesioni ed abuso di autorità.

Padre: pretendo scuse dal ministro giustizia

“Pretendo le scuse dal ministro della Giustizia. Ho consegnato mio figlio allo Stato sano. È stato ucciso e io sono costretto a subire affronti in aula”. È l’amaro sfogo di Giovanni Cucchi, padre di Stefano, a margine dell’udienza di oggi del processo per la morte del figlio, dopo che il pm si è opposto in aula al fatto che i consulenti della famiglia ponessero ai periti del collegio le domande in luogo dei legali della famiglia per “comodità tecnica”.

“Ho ipotecato casa, oggi erano in aula i miei consulenti venuti da varie parti d’Italia e da me pagati - ha aggiunto Giovanni Cucchi. Il pm però si è opposto a far sì che fossero loro a porre le domande ai periti della Corte. Voglio capire perché e voglio delle scuse; anche perché ritengo necessario un confronto approfondito che solo tra periti è possibile esplicitare in modo completo. A tale confronto ritengo che lo Stato non dovrebbe rinunciare per nessun motivo”.

“Stefano è solo la punta di un iceberg che evidenzia come sia il sistema che non va - ha concluso il padre di Stefano. Un sistema che presenta aspetti negativi che non si vogliono fare emergere. Speriamo che la sua morte serva almeno a fare emergere questi aspetti negativi per correggerli”.

Giustizia: oggi il 60% dei detenuti è plurirecidivo, dubbi sulla reale capienza delle carceri di Patrizio Gonnella (Presidente Associazione Antigone)

Italia Oggi, 16 gennaio 2013

Circa il 60% dei detenuti è plurirecidivo; 28.459 detenuti, ovvero poco meno del 50% della popolazione detenuta, ha tra una e quattro carcerazioni precedenti a quella per cui è attualmente in galera. La metà circa di queste carcerazioni è il frutto di condanne definitive; 6.890 detenuti hanno tra 5 e 9 carcerazioni già scontate in passato, 1.394 addirittura tra 10 e 14.

Ben 350 detenuti hanno più di 15 carcerazioni sulle spalle; 28.608 detenuti sono quelli invece alla prima carcerazione. La recidiva è il grande tema irrisolto della questione penale in Italia. Sono questi alcuni dei dati forniti dall’amministrazione penitenziaria sui detenuti al 1° gennaio 2013. Essi sono 65.701. Il 4,27% della popolazione reclusa è femminile.

La capienza regolamentare è oggi cresciuta sino a 47.040 posti. Questo dato è però poco chiaro. Infatti i posti letto erano 44mila qualche mese fa e le carceri da allora sono sempre le stesse 206, anzi vari reparti sono stati nel frattempo chiusi in considerazione delle drammatiche condizioni di degrado. In ogni caso il dato raccolto il 31 dicembre è necessariamente un dato approssimato per difetto rispetto ai numeri reali della detenzione in Italia in quanto sono molti i detenuti che durante il periodo natalizio usufruiscono di permessi premio e che pertanto non sono conteggiati tra quelli presenti.

Circa 15 mila hanno meno di 30 anni. Una popolazione, quindi, molto giovane. 587 detenuti hanno invece più di 70 anni. Oltre il 40% della popolazione ristretta è celibe o nubile. I laureati sono 604, di cui 176 stranieri, ovvero meno dell’1% del totale. Sono finanche in numero inferiore agli analfabeti totali. La rilevazione per gli stranieri è spesso non attendibile in quanto molti di essi hanno percorsi anomali di studio.

Meno di un terzo del totale sono i detenuti che dichiarano di avere un lavoro fuori. Circa 1.800 sono quelli che si definiscono imprenditori o liberi professionisti. Il 19% dei detenuti è in attesa del primo giudizio, ovvero non ha subito neanche la condanna in primo grado. Circa il 20% è in attesa della decisione della Corte d’appello o della sentenza definitiva della Corte di cassazione dopo avere subito una condanna iniziale.

La percentuale degli stranieri in custodia cautelare sfiora il 50% del totale degli stranieri reclusi, un 10% superiore

rispetto al dato corrispondente degli italiani. L'1,93% sta scontando una misura di sicurezza detentiva. Poco più di 10 mila persone sono state condannate a pena inferiore ai 3 anni. Diventano 24 mila se si considerano tutti coloro che hanno una pena residua da scontare inferiore ai 3 anni. Eppure molti di costoro non accedono ugualmente alle misure alternative o alla detenzione domiciliare a causa degli ostacoli normativi o delle ritrosie della magistratura di sorveglianza. Gli ergastolani sono 1.581. Gli stranieri sono 24.179. La nazionalità più rappresentata è quella marocchina con 4.480 detenuti.

Una buona parte degli stranieri è reclusa in Lombardia, Piemonte e Lazio. Guardando alla regione di nascita degli italiani, al primo posto c'è la Campania con 11.831 detenuti, seguita dalla Sicilia con 7.915. Al terzo posto di questa non lusinghiera classifica vi è la Puglia con 4.557 detenuti. Al quarto la Calabria e al quinto, prima tra le regioni non meridionali, vi è la Lombardia con 3.287 detenuti. Sono solo 18 i detenuti valdostani. A partire dal dicembre del 2010, mese della sua entrata in vigore, sono circa 9 mila i detenuti usciti con la legge definita enfaticamente prima svuota e poi salva carceri.

Giustizia: vergogna carceri... abbiamo preso un ceffone disonorevole
di Monica Mosca

Gente, 15 gennaio 2013

Immaginate di dover lavorare otto ore in un ufficio di tre metri quadri. Con una finestrella piccola, e in alto nel muro. Scomodi, vero? Non lo accettereste. Allora immaginate che sia la vostra casa di tre metri quadri, e che lì, in quella specie di cuccia per cani, voi dobbiate dormire, leggere, trascorrere la giornata, insomma viverci. Eppure questo è lo spazio vitale riservato alla maggior parte dei carcerati nel nostro Paese, tenuti ammassati dentro prigioni che stanno per esplodere tanto sono affollate. Quel "matto" di Marco Pannella, il leader radicale, in dicembre ha fatto dieci giorni di sciopero della fame e della sete per protestare contro questa condizione da lager: povero vecchio, stravagante, ridicolo hanno pensato in molti, quasi ci lasciava la pelle stavolta con le sue buffonate. Chi rideva di lui è servito: ora la Corte Europea dei diritti dell'uomo ha sanzionato l'Italia per i trattamenti disumani e degradanti cui vengono sottoposti 7 detenuti di Busto Arsizio e Piacenza, che a questo organismo si sono rivolti, e ci ha appioppato una simbolica (ma neanche tanto) multa di 100mila euro per "indecenza carceraria".

E c'è di più: i signori di Strasburgo ci hanno concesso un solo anno di tempo per metterci in regola e risolvere il disastroso e impellente problema del sovraffollamento. Il presidente Napolitano si è detto "mortificato per l'incapacità del nostro Stato a garantire i diritti elementari dei reclusi", e il ministro della Giustizia Paola Severino ha dichiarato di essere avvilita "ma non stupita. C'era da aspettarselo, servono misure strutturali". Ha parlato anche l'Associazione nazionale magistrati: "La situazione carceraria è un'assoluta priorità che il nuovo Parlamento dovrà affrontare". E questo, e i precedenti Parlamenti no?

Non intendo essere retorica nemmeno per una riga, ma viene un ribollir di sangue a leggere che tutti ora si indignano e, di più, che tutti sono d'accordo con la Corte Europea, che qualche domanda bisogna pur porsela. Abbiamo preso, come Paese, un "ceffone" molto disonorevole. Uno smacco morale che sì, dice il Guardasigilli, c'era da aspettarselo, perché la disumana e selvaggia situazione delle nostre prigioni è nota a tutti i politici ormai da anni, eppure peggiora mese dopo mese.

Lo so che i meccanismi del sistema parlamentare possono essere letali, che un decreto legge votato alla Camera magari poi si ingarbuglia al Senato o viene rimandato in favore di altri provvedimenti, ma credo che le più alte cariche dello Stato abbiano il dovere, e il potere, di intervenire il più duramente possibile, e con ogni sforzo, e con molti minuti del loro tempo, per occuparsi in modo risolutivo, senza titubanze o scaricabarili, di disastri umanitari di tale portata. In alcune galere si dorme in letti a castello di quattro piani: se lo raccontassero a me, come io sto facendo con voi, non ci crederei tanto è mostruoso. La promiscuità favorisce lo scambio di malattie, mancano i denari per le cure, scarseggia il personale medico, dietro le sbarre aumentano in modo esponenziale i suicidi. Dopo i 7 detenuti per cui siamo stati puniti, circa altri 500 si sono già rivolti alla Corte Europea per far valere la propria umana dignità: se non ci diamo una mossa e prendiamo altre sanzioni equivalenti a quella già portata a casa, finiamo in bancarotta. Non c'è differenza, in questo ragionamento, tra delinquenti assassini e delinquentelli, non c'è diversa pietà o differente trattamento: l'articolo 27 della nostra Costituzione recita che la funzione della pena è di carattere rieducativo. Come, dove, in tre metri ciascuno?

Nuoro: Sdr; affollamento nel carcere di Macomer, 81 detenuti per 46 posti regolamentari
Ristretti Orizzonti, 14 gennaio 2013

"Il sovraffollamento carcerario in Sardegna non fa eccezione rispetto alle altre realtà della Penisola. Anzi in alcuni casi, come Macomer, si sfiora il 100%. I dati diffusi dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, che

fotografano la realtà detentiva al 31 dicembre 2012, sono chiari: a Macomer in 46 posti regolamentari sono ristretti 81 detenuti”.

Lo afferma Maria Grazia Caligaris, presidente dell'associazione “Socialismo Diritti Riforme”, ricordando che “in diverse strutture penitenziarie, in particolare quelle della provincia di Nuoro, si registra una maggiore sofferenza”. “Un esempio significativo è quello di Bad'e Carros dov'è ancora chiusa un'intera sezione e quindi i dati (251 posti - 173 detenuti presenti di cui 14 donne) non rispecchiano le reali condizioni dei cittadini privati della libertà. Insomma in alcuni casi i detenuti sono costretti a vivere in spazi ridotti anche se i numeri non lo rivelano. Un altro caso eloquente è quello di Mamone-Lodè dove sono ristretti 292 detenuti (269 dei quali stranieri) contro 378 posti. In realtà da circa 20 anni sono chiuse due diramazioni che limitano drasticamente i posti disponibili. Analogamente a Isili si trovano reclusi 162 detenuti (129 stranieri) per 235 posti ma la disponibilità degli spazi non è anche in questo caso completa. La situazione per i detenuti è pesante a Lanusei dove nel vecchio convento adibito a struttura penitenziaria ci sono 44 posti e 59 detenuti (14 stranieri)”.

Nella provincia di Cagliari, la sofferenza maggiore si registra come al solito a Cagliari dove a fronte di 345 posti regolamentari convivono 537 cittadini privati della libertà (91 stranieri e 18 donne). La situazione però è grave anche a Iglesias dove a fronte di 62 posti convivono 108 persone (27 stranieri). Ad Arbus 176 posti per 146 detenuti (134 stranieri).

Ad Oristano- Massama si trovano 158 detenuti comuni per 212 posti, la Casa Circondariale è tuttavia interessata da lavori di ristrutturazione. Meno problematica appare la situazione nel Nord Sardegna. A Sassari 140 detenuti per 190 posti (ma le condizioni di vita sono molti difficili per la vetustà della struttura dove molte celle sono malsane per l'umidità. Anche a Tempio nella Casa Circondariale “Pittalis” ci sono 159 posti attualmente occupati da 107 detenuti (25 stranieri). Ad Alghero invece per 159 posti ci sono 170 detenuti (79 stranieri).

“Nelle ultime settimane, a cadenza costante, è in atto - conclude Caligaris - uno sfollamento delle strutture dove il numero dei detenuti grava maggiormente determinando anche condizioni di difficile convivenza. Il sovraffollamento infatti ha ripercussioni in particolare sulla disponibilità dei beni di prima necessità, sull'assistenza sanitaria e sulla sicurezza. Aspetti non secondari nell'equilibrio del sistema”.

Torino: marocchino condannato per omicidio tenta il suicidio in carcere, salvato
Ansa, 14 gennaio 2013

Uno dei marocchini condannati a 17 anni per l'omicidio del pensionato torinese Sabino Lorè, ucciso a bottigliate la notte del 13 febbraio 2006, ha tentato il suicidio impiccandosi con dei lacci a una finestra del carcere delle Vallette. L'uomo, 38 anni, è stato salvato dalla polizia penitenziaria e trasportato in ospedale. “Gli agenti - dice Leo Beneduci, segretario generale del sindacato autonomo Osapp - hanno operato con professionalità nonostante la grave carenza di organico”.

Lettera aperta a Totò Cuffaro...

(di Mario Iannucci, psichiatra del Carcere di Sollicciano)

Ristretti Orizzonti, 14 gennaio 2013

Egregio Collega, sono uno psichiatra e lavoro in carcere dal 1979. Lavoro “anche” in carcere. Vorrei che mi consentissi, come collega, di darti del tu, nonostante la differenza della nostra posizione: io sono sempre stato soltanto un medico, mentre tu sei stato un arcinoto Governatore di Regione (poco importa che tu non lo sia più: resta sempre, come sai bene, qualcosa del ruolo istituzionale che si è rivestito, non solo nel “titolo” che si conserva). Ho letto, su “Ristretti Orizzonti”, l'articolo-intervista di Bruno Vespa, pubblicato originariamente su Panorama.

L'ho letto e, nel complesso, l'articolo non mi è piaciuto. Non mi piace granché Bruno Vespa, ma questo è affare mio e la mancanza di simpatia per Vespa non sposta di un millimetro il giudizio sul contenuto dell'articolo e sul suo stile.

“Lo stile è l'uomo”, come ci ha insegnato Monsieur de Buffon. Una frase che Jaques Lacan ha indicato come possa prendere un valore aggiuntivo se solo si introduce un apostrofo: “l'ostile è l'uomo”. Di certo l'accostamento a Silvio Pellico, evocato dal titolo dell'articolo di Vespa (Totò Cuffaro e “le sue prigionie”), mi pare un po' ardito (“non l'ho scelto io il titolo”, mi dirai, forse non lo ha scelto nemmeno Vespa: ma le cose non avvengono mai per caso).

Vorrei parlarti di molte cose in questa mia lettera, ma non c'è né tempo né spazio. La lettera non può che essere breve. Alcune cose te le dirò in maniera diretta, per altre userò delle metafore. Vorrei dirti, in primo luogo, che apprezzo molto il fatto che tu abbia ripreso gli studi, poco importa che si tratti degli studi di giurisprudenza. Il valore della Legge, si sa, è fondante per l'uomo e per la società, anche se l'uso che si fa delle leggi, specie in questa Italia impoverita, è spesso destinato a negare quel valore (della Legge). L'auspicio che formulo è che l'uso

che hai fatto, durante la tua attività istituzionale, della vantata competenza in materia di legislazione degli Enti Locali, non sia andata nel senso di una negazione della Legge.

Ti sono anche grato per avere accennato al carattere “legendario” di quella “rieducazione” carceraria di cui parla l’art. 27 della Costituzione. Io non amo il termine rieducazione, ma sono in ogni caso d’accordo sul carattere del tutto inappropriato di quella riabilitazione (riabilitazione è “termine dè legisti e canonici” - per dirla col Tommaseo - che viene molto usato anche in medicina e che mantiene tutto il senso che ha assunto negli ambiti di origine anche quando, come è accaduto con crescente frequenza negli ultimi anni, viene usato in ambito psichiatrico) cui le pene dovrebbero tendere.

Perché una riabilitazione possa avvenire, in un luogo come il carcere dove si ammassa (persino nelle Sezioni di Alta Sicurezza) un disagio esistenziale e psichico così grande, occorre la presenza di “operatori della riabilitazione” estremamente qualificati. Occorre preparare costantemente tutto il personale (anche e soprattutto quello della “sorveglianza”) a queste funzioni di riabilitazione. Purtroppo, però, questo non avviene.

Ti sono infine grato perché fai alcune osservazioni sul carcere che io reputo profonde. Ancora più le riterrei profonde se le sentissi sincere. “[Il carcere] - tu scrivi - ti dà il tempo per incontrarti con te stesso, se hai voglia di farlo. Allora parli con la tua anima, con la tua coscienza e trovi dentro di te il clima giusto. Se accetti il carcere, ce la fai. Altrimenti la vita qui dentro è devastante. E bada, per farcela non devi avere rancori, risentimenti. Se io li avessi coltivati, il carcere sarebbe stato un inferno...”.

Fino a qui tutto bene, dunque, nell’articolo di Vespa. Passiamo invece ai motivi di dissenso. Il primo motivo è l’identificazione che compi tra i detenuti e le cornacchie (quelle di Apollo e Coronide). Ci spieghi anche il perché.

“[...] Una volta le cornacchie erano bianche e bellissime. Apollo ne scelse una come custode della sua amante Coronide, una principessa arcade. Ma l’indole umana portò Coronide a innamorarsi di un guerriero greco. Apollo furioso uccise con un dardo Coronide che prima di morire gli confessò di aspettare un bambino da lui. Apollo, pentito, estrasse dal ventre della donna il bambino che sarebbe diventato Esculapio, dio della medicina, e punì la cornacchia [che non aveva vigilato bene, come era suo compito] facendola diventare nera e con la voce sgraziata”.

Trovo che nessuna cosa possa essere meno opportuna della identificazione fra i detenuti e le cornacchie. Abiti il carcere da un tempo sufficiente per sapere che quei “custodi” che sono venuti meno al loro compito, diventando complici o artefici di malefatte quando avrebbero dovuto vigilare affinché quelle malefatte non avvenissero, in carcere debbono essere ristretti in sezioni speciali, le cosiddette sezioni “protette”, poiché non vengono certo veduti di buon occhio dagli altri detenuti. Forse sarebbe bene che tu riflettessi sulla identificazione di te stesso con una “cornacchia”. Ma ti prego: non identificare tutti i detenuti con delle “cornacchie”.

Il secondo motivo di dissenso riguarda quel “dialogo con l’anima” che, stando a ciò che dici, ti ha portato ad “accettare il carcere”. Come mi ha insegnato l’amico Alessandro Margara, “il carcere è il più grande produttore di innocenza che ci sia”. Al suo interno è difficile trovare qualcuno “che si dichiari colpevole”. Mi capita frequentemente, come puoi capire, di parlare con imputati, sottoposti alla custodia cautelare in carcere, che professano con forza la loro innocenza. Ho assistito taluni carcerati che sono poi stati assolti per non avere commesso il fatto.

Agli imputati che si dichiarano ingiustamente detenuti, io mi rivolgo a volte con queste parole: “Lei sa bene se è innocente o colpevole delle accuse che l’hanno portata in prigione. Se è colpevole, provi a immaginare cosa avverrebbe nel caso ammettesse le sue colpe (le sue, non quelle degli altri): il giudice non infierirebbe e le sarebbe consentito l’accesso ai benefici previsti dalle leggi. Se invece è innocente, si batte con le unghie e con i denti per vedere riconosciuta la sua innocenza e ripristinati i suoi diritti che ora vengono calpestati”.

Come puoi capire, egregio collega, non avrei avuto bisogno di rivolgermi in questo modo, qualora avessi avuto la fortuna di incontrarli, a Silvio Pellico, ad Antonio Gramsci, a Sandro Pertini. Nemmeno a Enzo Tortora, che ho casualmente incrociato durante la mia lunga attività. Sarebbe cosa molto buona, quando si è condannati innocenti, se si riuscisse a non nutrire rancore e risentimento: come uomini, tuttavia, non sempre riusciamo a tenere a bada i nostri sentimenti. Ma non si può e non si deve accettare un giudizio ingiusto, una ingiusta carcerazione. Solo chi è colpevole è bene che “accetti il carcere”.

Talora non riesce ad accettarlo nemmeno chi è colpevole, magari di una colpa fra quelle che, ahinoi, erano e restano estremamente “comuni” fra i potenti: persino fra coloro che fanno di essere colpevoli, i modi, i tempi e i fini di una prigionia risultano inaccettabili. La lettera-testamento di Gabriele Cagliari, del luglio 1993, la conosci senz’altro.

Un’altra cosa, caro collega: siccome sono in carcere da molti anni, quell’invito che, come ti ho detto, rivolgo talora agli imputati che proclamano la loro innocenza, evito di rivolgerlo ai “mafiosi”: non siamo degli sprovveduti, né io né i mafiosi, e sappiamo benissimo a quali conseguenze nefaste, per sé e per i propri familiari, porterebbe la risoluzione di quel tipo di complicità nel male (per dirla con Sant’Agostino) che si instaura con il patto mafioso. Fra il “pentimento” previsto dalle norme sui “collaboratori di giustizia” e il pentimento interiore (la teshuvah, il “ritorno” che porta all’accettazione della condanna) ci corre un oceano. Nella “presentazione” che di te hai fatto

negli anni (riguarda la tua foto, mentre, sorridente fra sostenitori affamati, “sposti il vassoio di cannoli”) e che continui a fare, io non vedo traccia di quella sottomissione alla Legge (a Euristeo) e di quella fortificazione attraverso le prove che consentono a Eracle di emendare le sue colpe, la folle “strage dei suoi figli” (si fa “strage dei propri figli” anche pervertendo l’uso delle Istituzioni).

Manasse (II Cron 33), negli ultimi tempi della sua vita, fu un giusto re di Giuda. Ma agli inizi del suo regno aveva restaurato l’idolatria e addirittura “sacrificato i suoi figli”. Allora il Signore fece sconfiggere Giuda dai capi dell’esercito del re d’Assiria, che catturarono Manasse con uncini e lo condussero prigioniero a Babilonia.

Manasse, “nella sua angoscia, implorò il Signore, suo Dio, e si umiliò profondamente davanti al Dio dei suoi padri. Lo pregò e Dio si lasciò placare. Esaudì le sue suppliche e lo ricondusse a Gerusalemme nel suo regno”.

Manasse, nel suo cuore, aveva davvero “accettato e rispettato la sentenza” e la punizione, ma non perché era “frutto del lavoro delle istituzioni”. Le istituzioni che sbagliano vanno arditamente combattute: ce lo insegnano Silvio Pellico e gli altri.

La citazione del Vecchio Testamento, così come i riferimenti al Mito, non vogliono avere, collega che mi stai senza dubbio a cuore per la condizione nella quale ti trovi, alcun valore “rieducativo” e didattico. So bene che siamo tutti peccatori e non scaglierò non la prima pietra e nemmeno le successive. Ma per favore caro collega, appena uscirai dal carcere o anche prima se potrai, riguarda le tue foto con i cannoli, ascolta i comizi nei quali parli di cannoli, di cassate e di mousse.

Poi, dopo avere dialogato con la tua anima fuori dai riflettori, restituisci a tutti noi l’immagine di un mentsh, di un uomo responsabile, che fa le cose giuste, non di cameriere che “sposta cannoli”.

Questo è l’auspicio che mi sento di formulare, augurando a te ogni bene, a tua moglie medico, a tuo figlio che lo diverrà, e anche a te, di essere sempre degli ottimi medici nel solco di Esculapio e di Ippocrate, a tua figlia che studia giurisprudenza di riconoscersi costantemente nel valore della Legge.

Lettere: dopo otto giorni di sciopero di fame e sete ho ottenuto la fissazione dell’udienza...

di Giulio Petrelli

Ristretti Orizzonti, 14 gennaio 2013

Dopo otto giorni di sciopero della fame e della sete, per protestare contro il mancato risarcimento per ingiusta detenzione, durata sei anni, con l’accusa di essere uno dei capi dell’organizzazione terroristica “Prima Linea”.

Assoluzione definitiva in Cassazione nel luglio 1989. Sentenza di assoluzione ritenuta importante, ma non vincolante per concedere il risarcimento da parte della Corte d’Assise d’Appello di Milano che ha rigettato la mia istanza, in quanto frequentavo persone sbagliate. Dopo questo sciopero della fame, ho ottenuto la fissazione dell’udienza alla Corte di Cassazione il 30 maggio prossimo.

Un piccolo ma importante passo.

Carceri inumane: non solo sovraffollamento, anche il rischio di uscire peggiori di prima

Il Mattino di Padova, 14 gennaio 2013

La Corte europea dei Diritti dell’Uomo ha condannato l’Italia per violazione dei diritti umani: dovrà pagare 100mila euro a sette detenuti come risarcimento morale per quella che il nostro Presidente della Repubblica ha definito “l’incapacità del nostro Stato di garantire i diritti elementari” alle persone recluse, e dovrà soprattutto trovare soluzioni al sovraffollamento delle nostre carceri entro un anno. E ci sono più di 500 ricorsi che potrebbero ricevere risposte analoghe. In questi giorni è l’Europa che ci costringe a parlare di carcere e delle condizioni insopportabili in cui si vive al loro interno. Ma le testimonianze dei detenuti dicono anche un’altra cosa: che il problema non è costituito solo dalle ristrettezze del sovraffollamento, quanto piuttosto dal fatto che le persone che usciranno da queste carceri a fine pena rischiano di essere più pericolose di quando ci sono entrate.

Un paese civile?

In un paese civile, ogni detenuto viene accompagnato in un percorso di reinserimento nella società. Non gli si fa scontare fino all’ultimo giorno la pena, “marcendo in galera”, ma si cerca di insegnargli un mestiere e di garantirgli una assistenza sanitaria decente, anche perché se non va curato il detenuto diventa solo un enorme costo. Poi lo fanno uscire, dopo una parte della pena scontata in carcere, a lavorare al mattino, e rientra alla sera. Ha l’opportunità di studiare, di capire il significato dei soldi guadagnati onestamente, di mantenere i rapporti con la famiglia, in modo da non essere abbandonato.

Tutto questo ormai avviene sempre meno in Italia, anche se c’è scritto nei codici penali e penitenziari. La mentalità che domina nel nostro Paese è che i detenuti devono stare chiusi in cella e basta, in certi casi è negata anche l’assistenza sanitaria, non viene passata neppure la minima fornitura per la pulizia della cella e per la pulizia personale (sapone, dentifricio, il necessario per farsi la barba), il detenuto si deve comprare tutto. Ma come fa, se c’è gente in carcere oggi che non ha i soldi neppure per una telefonata a casa? Dalle piccole cose si capisce che

non c'è ormai quasi niente di civile nelle carceri italiane. Pochi ne parlano, se non è l'Europa a costringerci a farlo, figuriamoci poi se certi giornalisti lo scrivono sui quotidiani, è controproducente per gli interessi politici che difendono.

Questo è il sistema italiano, le carceri sono intasate di esseri umani. A volte, quando ho guardato dei documentari sui lager nazisti, ho pensato che almeno lì si poteva camminare sull'erba, anche se poi so che questi paragoni sono insensati perché le persone rinchiuso lì non sono mai tornate a casa loro. Qui in Italia, per i detenuti camminare sull'erba è un lusso, in tante carceri italiane c'è cemento dappertutto. Penso che tanti animali siano più fortunati dei detenuti, almeno loro l'erba la possono calpestare.

Angelo M.

Lasciato solo in un posto sovraffollato

Mi ritengo un detenuto tranquillo, non ho nessun rapporto disciplinare o richiamo. Nei primi 4 anni di carcerazione ho cambiato 2 istituti, 5 sezioni e 6 celle, ho vissuto con oltre 30 compagni di cella di 7 nazionalità diverse. Il primo anno, la mia unica preoccupazione era di non sembrare debole, e il mio unico pensiero era che ero stato "sfortunato", che mi era andata male.

Anche se stavamo in tre in una cella di 9 metri quadrati mi sentivo solo. Tutti ti dicevano cosa NON fare, ma niente su cosa fare, al colloquio del primo ingresso ho ricevuto le indicazioni di NON litigare in sezione, di NON prendere rapporti disciplinari e di NON preoccuparmi, che il prossimo colloquio sarebbe stato dopo un anno, per colpa del sovraffollamento. E con tutti questi NON FARE, sempre per colpa del sovraffollamento, tornavo in cella dove me ne stavo abbandonato in solitudine. Nei giorni successivi ho iniziato a guardarmi intorno per trovare qualche "amico" con cui poter "lavorare" una volta finita la pena per recuperare il tempo perso.

Quando hanno finalmente permesso ai reclusi di chiamare i famigliari anche ai telefoni cellulari, dopo un anno e sei mesi ho sentito mio padre. Ci siamo scambiati le prime imbarazzanti parole, gli ho detto che stavo bene con la salute e gli ho spiegato tutta quella serie di divieti. Mio padre, che ha fatto l'insegnante per 35 anni, in quei divieti non ha sentito che ci fosse anche il divieto di studiare, e mi ha chiesto di fargli una promessa, che mi sarei messo a studiare e non avrei sprecato ulteriormente la mia vita. Ho mantenuto la promessa! Oggi ho smesso di cercare un certo tipo di "amici" e sono al terzo anno dell'università. Ho una speranza.

Però per mantenere quella promessa, NON ho visto il mio compagno di cella autolesionarsi per attirare l'attenzione sul suo star male, NON ho creduto all'innocenza del mio vicino di cella anche dopo che si è suicidato e NON ho voluto vedere né sentire nessuno dei 30 detenuti che hanno condiviso lo stesso destino e cella con me, ho pensato solo per Me, e NON so se questo è giusto.

Sto cercando di fare qualcosa in questo posto, dove NON si fa niente, ma sono lasciato SOLO in un posto sovraffollato. Dove le uniche regole certe sono quelle di cosa NON FARE.

Oggi in carcere la maggior parte dei detenuti per darsi una speranza per l'avvenire cerca "l'amico" che gli insegni qualcosa per far soldi in fretta, e questo comporta sempre più ex detenuti che tornano in carcere. E in una sezione come la mia, progettata per 25 persone, ce ne sono ben 75. So che siamo dei delinquenti e che abbiamo commesso anche dei gravi reati, ma se credete veramente nella RIEDUCAZIONE dateci una speranza, l'uomo senza speranza è un uomo MORTO. Diteci cosa possiamo fare.

Clirim B.

Pensieri di un detenuto sul carcere insensato e quello che ha un po' di senso

Quando ero sempre in sezione rinchiuso in cella a non fare niente, sentivo spesso che in questo carcere ci sono degli incontri con degli studenti che vengono da fuori, e avevo un pensiero fisso: che motivo hanno di venire qui dentro al carcere ad ascoltare noi detenuti, mentre magari la maggior parte di loro pensa che noi non paghiamo abbastanza per i nostri crimini, anzi non paghiamo proprio, che lo stato ci prende in carico e ci dà da mangiare, da bere, un tetto e un lavoro senza nessuno sforzo, e pensa anche che durante gli incontri vogliamo fargli credere che siamo delle vittime, proprio noi che abbiamo commesso dei reati, e abbiamo pure lo sconto della pena per buona condotta, e forse non meritiamo neppure il loro disturbo per ascoltarci, siamo stati cattivi e per questo dobbiamo soffrire.

Ma poi ho visto che la curiosità è forte, e ci sono tanti studenti che vengono per vedere cosa abbiamo da dire, e dopo qualche incontro ho osservato tanti studenti andare via soddisfatti delle nostre risposte, e vedo che hanno capito che la galera da sola non basta per eliminare la criminalità dalla strada, e il carcere deve essere una pena di lavoro e di insegnamento per il futuro del detenuto e il futuro della società, una pena che cerchi di tirar fuori il meglio da lui, perché ognuno di noi ha qualcosa di buono e di positivo, e deve esserci qualcuno in grado di aiutarlo e fargli scoprire le sue potenzialità, perché possa cambiare vita, invece di stare rinchiuso dentro una stanza e aumentare il senso di rabbia, e quando uscirà essere solo più cattivo.

Ma se fa un percorso di reinserimento, e capisce dove ha sbagliato, in modo che quando sarà scarcerato non ricommetta più l'errore che in passato ha fatto, non dovrà più perdere la libertà. Perché la libertà non ha prezzo, non solo la libertà fuori dalle mura, ma la libertà di chiamare la famiglia lontana, la libertà di fare la doccia quando

uno ne ha voglia, la libertà di camminare sotto la pioggia o sotto il sole.

Spero che l'idea che il carcere così come è adesso è dannoso per tutta la società, perché se si mette dentro qualcuno senza fargli imparare niente di buono, uscirà più delinquente e più pericoloso di prima, giunga, attraverso gli studenti, anche ai loro amici e ai famigliari, così che sempre più gente capisca che il reinserimento del detenuto è un modo per creare sicurezza per tutta la cittadinanza.

Sofiane M.

Giustizia: molte carceri italiane dovrebbero essere chiuse d'imperio dalle autorità sanitarie di Franca Puggioni* e Marina Casu**

La Nuova Sardegna, 13 gennaio 2013

“Sono profondamente avvilita ma purtroppo l'odierna condanna della Corte europea dei Diritti dell'uomo non mi stupisce”. Così il Ministro della Giustizia Severino ha commentato la condanna dell'Italia “per trattamento inumano e degradante” a seguito del ricorso presentato da 7 persone detenute nel carcere di Busto Arsizio e di Piacenza.

Per l'Italia si tratta della seconda condanna: la prima risaliva al luglio del 2009 e riguardava il ricorso di un detenuto nel carcere di Rebibbia. Se le parole avessero ancora un significato molte delle carceri italiane dovrebbero essere chiuse d'imperio dalle autorità sanitarie: per fare qualche esempio nel carcere di Messina la media del sovraffollamento è del 269%, a Brescia del 255% a Busto Arsizio (dove si trovano alcuni dei detenuti che hanno fatto il ricorso a Bruxelles) del 251%.

La Corte ha inoltre avvisato l'Italia che sono centinaia i ricorsi in attesa di essere esaminati e che la loro trattazione sarà sospesa per un anno in attesa dei provvedimenti che si dovranno adottare, in particolare in relazione a due aspetti particolarmente gravi: il sovraffollamento appunto e il numero abnorme di detenuti in attesa di giudizio, dunque potenzialmente innocenti che rappresentano il 40% della popolazione carceraria. Il 38% è rappresentato da persone con problemi di tossicodipendenza e alcolismo e circa il 40% sono stranieri.

L'art. 27 della Costituzione afferma che “le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”: in questi ultimi anni i termini pena e condannato sono stati declinati quasi esclusivamente in carcere, prima, durante e dopo la condanna. Il ricorso alle misure alternative alla detenzione è applicato poco, nonostante i dati forniti dal Ministero della Giustizia dimostrino che 80% di coloro che scontano la pena in forme alternative al carcere non compia più reati. Per questo oggi il carcere è popolato indistintamente da persone in attesa di giudizio e definitivi, reclusi in carceri sovraffollate e senza possibilità di studio o di lavoro.

Le carceri sarde per esempio, non sono in grado di svolgere il compito rieducativo che la Costituzione assegna alla pena sia per mancanza di spazi che per carenza di personale. Il nuovo Parlamento che scaturirà dalle elezioni di febbraio dovrà pertanto necessariamente affrontare l'emergenza carcere con soluzioni strutturali che comportano però una visione della giustizia e della pena molto diverse da quelle che il governo Berlusconi ha dimostrato di avere: i potenti protetti fino all'impunità e i “dannati della terra” abbandonati a se stessi.

Oltre all'uso sistematico delle misure alternative al carcere ogni volta che sia possibile adottarle, è necessario depenalizzare alcuni reati di scarsa pericolosità sociale e abolire alcune leggi in particolare la Fini Giovanardi sulle dipendenze, quella Bossi Fini sulla immigrazione e la cosiddetta ex Cirielli sulla recidiva; la prima criminalizza l'uso e la detenzione di modiche quantità di stupefacenti e assimila una patologia, la dipendenza, a una attitudine delinquenziale; la seconda criminalizza la povertà e la migrazione irregolare e riempie le carceri di cittadini stranieri spesso abbandonati al loro destino senza una mediazione linguistica e culturale adeguata; la ex Cirielli infine inasprisce le norme sulle recidive. Tre leggi demagogiche e punitive che costano allo Stato una enorme quantità di risorse e non risolvono né il dramma dei giovani che abusano di droghe e peggiorano di molto le condizioni di vita degli stranieri in Italia.

* Presidente Arci Sassari

**Responsabile Carcere e Giustizia Arci Sassari

Alessandria: Sappe; detenuto tenta di gettarsi dal tetto del carcere, altri due di darsi fuoco

Ansa, 11 gennaio 2013

A poche ore una dall'altra le due carceri di Alessandria hanno vissuto ieri momenti di tensione. Nel penitenziario Cantiallo-Gaeta un detenuto romeno ha cercato di gettarsi dal tetto della struttura, poco dopo in quello di San Michele altri due detenuti magrebini hanno provocato un incendio e tentato di darsi fuoco. Lo comunica il sindacato autonomo di Polizia Penitenziaria (Sappe). I detenuti sono stati salvati dal tempestivo intervento degli agenti.

“È evidente - dichiara Donato Capece, segretario generale del Sappe - che le costanti criticità quotidiane delle carceri italiane sono il sintomo palese della loro invivibilità”. La situazione penitenziaria è sempre più incandescente sottolinea. Capece ricorda che ad Alessandria oggi ci sono complessivamente più di 800 detenuti: 395 alla Casa circondariale Cantiello e Gaeta (che ha 260 posti letto regolamentari) e 416 alla Casa di reclusione S. Michele, che ha anch'essa 260 posti letto regolamentari. Insomma, 300 detenuti in più rispetto al previsto. Dal 1 gennaio al 30 giugno 2012 ad Alessandria ci sono stati 18 atti di autolesionismo e 4 tentati suicidi.

Lettere: le carceri italiane devono rieducare, non umiliare
Ristretti Orizzonti, 10 gennaio 2013

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali esprime grande preoccupazione per la situazione delle carceri in Italia. “La condanna di Strasburgo è solo l'ultimo dei richiami che vengono rivolti al nostro Paese per l'emergenza sovraffollamento dei penitenziari - dichiara Edda Samory, presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine. L'enorme disagio che si vive nelle carceri italiane ci impone l'obbligo, non solo morale, di dedicarvi maggiori risorse. Per la nostra professione, il carcere significa rieducazione, come scritto nell'art. 27 della Costituzione. Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità, e questo deve significare un adeguamento delle condizioni di vita nelle carceri che tenga conto dei principi basilari propri di uno stato democratico.”

Gli Assistenti Sociali che giorno dopo giorno operano per la riabilitazione dei detenuti, avvertono fortemente la necessità di discutere con loro il loro progetto di vita, per riuscire ad andare oltre il luogo di pena, verso il lavoro e l'inserimento nel tessuto sociale del nostro Paese.

“Chiediamo quindi - continua Samory - che le nostre Istituzioni raccolgano finalmente l'avvertimento dell'Unione Europea e di quanti già si sono espressi su questa linea fortemente condivisa dalla Professione. Auspichiamo anche che si possa prevedere uno snellimento delle procedure burocratiche per pensare sempre meno alle detenzioni all'interno delle carceri e sempre più a impegni e percorsi di riabilitazione. Come Ordine degli Assistenti Sociali confermiamo la nostra massima disponibilità a collaborare con le autorità e con le associazioni, per ripensare la riabilitazione dei carcerati mettendo finalmente al primo posto le persone, sia che si tratti di uomini, donne o minori, in un percorso comune di reinserimento sociale”.

Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali

Giustizia: carceri come ospizi, in Italia molti più over 70 che negli altri Paesi dell'Ue
di Giuliana De Vivo

Il Giornale, 10 gennaio 2013

Il sovraffollamento “inumano e degradante” - così lo ha definito la Corte europea dei diritti umani nella sentenza di condanna per le condizioni delle nostre carceri - riguarda anche persone in età da pensione. In Italia sono molte di più rispetto ad altri Paesi europei: 587 tra 70enni e ultra 80enni. Ai quali, a meno che il Tribunale non certifichi condizioni di salute che impediscano loro il regime carcerario, è applicato lo stesso trattamento degli altri.

“Meno di 600 persone su un totale di oltre 65mila detenuti non mi sembra un numero altissimo”, osserva Roberto Piscitello, direttore dell'area detenuti del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Eppure oltre confine i numeri sono parecchio diversi.

In Spagna gli over 70 sono 351, meno che da noi anche se consideriamo il dato al netto della popolazione complessiva: i cugini iberici sono in tutto 47 milioni, l'Italia conta 60,8 milioni di abitanti. In Germania, dove la popolazione supera gli 81 milioni, i “detenuti nonni”, secondo l'ultimo rapporto del Consiglio d'Europa, sono 285. In Inghilterra 540.

Certo, tra questi reclusi, come fa notare ancora Piscitello, ci sono condannati per reati gravissimi, dall'associazione mafiosa alla strage. Raffaele Cutolo, il padre della nuova camorra organizzata, ad esempio, ha 72 anni e deve scontare nove ergastoli. Tre ergastoli in regime di 41 bis per il boss di Cosa Nostra Bernardo Provenzano, che ha ottant'anni (di cui 43 vissuti da latitante). È rinchiuso a Parma, dove si trova un altro “detenuto vip”: Calisto Tanzi, ex patron della Parmalat oggi 74enne, condannato a 17 anni e 10 mesi per il crack dell'azienda.

Ma non solo volti noti e crimini odiosi. Stretti nelle celle delle patrie galere si trovano anche detenuti anziani le cui storie non fanno notizia. Nella casa circondariale di Santa Maria Capua Vetere, provincia di Caserta, c'è un 75enne che deve scontare tre anni e otto mesi: lo beccarono davanti a un autogrill con dei complici a fare il “gioco delle tre campanelle”.

Vincere è impossibile perché il gioco è truccato, ma ci cascano in molti, soprattutto stranieri. La figlia sostiene che l'uomo sia “ormai bisognoso di assistenza in tutto, dall'igiene personale alla somministrazione di cibo, soffre di allucinazioni e sta morendo a poco a poco”.

Il direttore del Policlinico di Monserrato ha dichiarato incompatibile con la detenzione lo stato di salute di un uomo

di 74 anni che si trova dietro le sbarre del Buoncammino di Cagliari. Ma il detenuto è rimasto dov'era "perché i periti del Tribunale di sorveglianza ritengono possa essere curato nel centro clinico del carcere".

Il problema è che a volte dentro restano "i più indifesi", spiega Franco Corleone, del coordinamento dei garanti comunali dei detenuti. Gente con pochi soldi, "che durante il processo è assistita dall'avvocato d'ufficio. Ma poi, dopo che è arrivata la condanna di ultimo grado, non può contare su un difensore che, di fronte ad un peggioramento delle condizioni di salute, si rivolga al Tribunale di sorveglianza per chiedere sconti di pena o misure alternative". Una volta dentro "spariscono, loro e i loro diritti". Anche quello di fare i nonni.

Giustizia: le carceri scoppiano... ma non di salute

di Lucio Scudiero

www.libertiamo.it, 10 gennaio 2013

Carceri. L'ignominia italiana continua. In due metri e mezzo di cella, l'unica cosa a cui un uomo può rieducarsi è al puzzo della propria disperazione, prima di tentare il suicidio.

E infatti a Busto Arsizio, l'istituto di pena da cui è partito il ricorso di Torreggiani e di altri detenuti alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, nel 2012 due suicidi consumati, sedici tentati e 44 eventi di autolesionismo. In tre per nove quadrati di cella, tetto rotto e cibo scarso. Il risultato della moltiplicazione è la sentenza pilota con cui i giudici di Strasburgo l'altro ieri hanno condannato l'Italia per violazione dell'articolo 3 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, quello che proibisce la tortura e i trattamenti degradanti.

Le carceri italiane fanno schifo e vergogna non solo e non tanto per chi vi è costretto, ma soprattutto perché sono il risultato di un esercizio - riuscito - di rimozione collettiva della memoria del male dalla coscienza civica di sessanta milioni di italiani.

Negli istituti di pena italiani il rapporto tra detenuti e posti disponibili è del 140 per cento. A Busto Arsizio è anche peggio, perché ospita 435 detenuti su una capienza regolamentare di 167, con un rapporto del 260,5 per cento. I dati raccolti dall'Associazione Antigone mettono il dito nella piaga, quando ricordano che 222 detenuti sul totale, un numero già di suo maggiore della capienza regolamentare, sono in quell'inferno in attesa di giudizio, senza alcuna condanna eppure dannati; e che i reati per cui la gente finisce lì dentro sono rapina, furto e spaccio di stupefacenti. In quest'ultimo caso, una normativa poco più pragmatica sul tema droghe leggere già di suo aiuterebbe a svuotare le carceri. Ma la domanda che mi pongo è un'altra e la formulo a normativa vigente: desta più allarme sociale, in Italia, avere magari ai domiciliari qualche spacciatore o ladro di galline oppure la tortura - che tale è per sentenza - a cui sono sottoposti dentro le patrie galere?

La giurisprudenza della Cedu in tema di tortura è costante e rigorosa. Prima di condannare gli Stati contraenti per violazione dell'articolo 3, la Corte esamina tutte le condizioni del caso al fine di verificare il superamento di una certa "soglia di severità", al di sopra della quale la violazione si ritiene sussistere. Nel caso di specie, i giudici europei hanno preso a riferimento lo standard fissato dal Comitato Europeo per la prevenzione della Tortura, secondo il quale i dannati meritano almeno (sic!) 4 metri quadrati di cella per ciascuno. Che a Strasburgo non siedano dei figli dei fiori dediti a sognare peace and love for the World lo dimostra il pragmatismo con cui affrontano, volta per volta, i ricorsi: in un altro precedente, Sulejmanovic contro Italia, infatti, la Cedu aveva negato il trattamento inumano benché i metri disposti dal detenuto fossero 3,24, in considerazione della situazione di costante miglioramento delle sue condizioni da un certo periodo in avanti della sua detenzione.

Resta il problema del che fare, una volta che lo Stato Italiano abbia versato i centomila euro complessivi ai ricorrenti nel caso di specie. L'utilizzo della sentenza pilota da parte della Corte di Strasburgo - prevista per i casi di violazioni sistematiche da parte di uno Stato Contraente - è stato significativo e viepiù apprezzabile perché cade in periodo di campagna elettorale. Essa rischia, per una volta, di costringere le forze politiche a confrontarsi con un tema non proprio popolare ma ciononostante inestricabile dal destino civile del Paese.

L'Italia ha un anno di tempo per fare qualcosa, la Corte non dice che cosa, ma suggerisce cosa no. Costruire nuovi carceri, ad esempio. Aiuta, ma non risolve strutturalmente il problema, perché l'aumento dei posti disponibili prelude ad aumenti di carcerazione. Né dirimente può essere il ricorso agli articoli 35 e 69 del Regolamento sull'ordinamento penitenziario, perché non consente di rimediare alle condizioni degradanti che sostanziano la violazione dell'articolo 3 secondo i parametri accertati.

La gente va tenuta fuori dalle galere, il più possibile. Qualche indicazione utile viene da una raccomandazione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, la 22 del 1999. La custodia cautelare in carcere va quasi azzerata, e alla reclusione vanno preferite pene alternative. Il Senato aveva la chance, sul filo del proprio scioglimento, di approvare un ddl che avrebbe delegato il Governo ad affrontare il problema. Ha preferito portare a casa la controriforma degli avvocati. Questione di priorità.

Giustizia: suicidi dietro le sbarre, una catastrofe del diritto
di Luigi Manconi e Giovanni Torrente

L'Unità, 10 gennaio 2013

Il peggioramento delle condizioni di carcerazione e il sovraffollamento sono fra le cause dell'aumento delle morti violente e degli atti di autolesionismo

Una nuova sentenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo ha sanzionato il nostro sistema penitenziario, condannando l'Italia a risarcire sette detenuti di Busto Arsizio e Piacenza: le condizioni della loro reclusione, secondo la Corte, violavano l'articolo 3 della Convenzione europea, che proibisce "la tortura o i trattamenti inumani o degradanti".

Non stupisce. Quella che si consuma nelle carceri è una catastrofe del diritto e dell'umanità e, tra le manifestazioni più crudeli di tale tragedia, emerge il fenomeno dell'autolesionismo. Su "Politica del diritto", la rivista del Mulino diretta da Stefano Rodotà, ora in libreria, pubblichiamo i primi risultati di una ricerca sul tema. In particolare, dopo aver ricostruito la dimensione del fenomeno in una prospettiva nazionale, proponiamo un approfondimento statistico dei fenomeni di autolesionismo e suicidio avvenuti negli ultimi 5 anni in tre regioni campione: Piemonte, Liguria e Campania.

Suicidio e autolesionismo in carcere: le dimensioni del fenomeno

Il carcere è un luogo dove il rischio che si verifichi un suicidio è tra le 9 e le 21 volte superiore rispetto all'esterno. Quali le ragioni di uno scarto così rilevante? I dati raccolti mostrano come, a differenza di quanto si riscontra fra i cittadini liberi, le variazioni percentuali dei tassi di suicidio fra i detenuti, anche solo da un anno all'altro, siano assai significative. Il dato mostra quindi una relativa autonomia delle dinamiche che portano al suicidio in carcere rispetto alle dinamiche esterne a esso. Ne consegue che il numero dei suicidi nelle carceri pare aumentare sensibilmente in particolari momenti di crisi, per ragioni che sono intrinsecamente legate a processi interni all'istituzione penitenziaria. Quanto detto viene confermato dalla serie storica 1980 - 2010.

In particolare, la lettura della curva dei tentativi di suicidio e dei suicidi realizzati mostra come i tentativi abbiano avuto un tendenziale aumento a partire dalla seconda metà degli anni 80, con la punta massima raggiunta alla fine degli anni 90 ed eguagliata nel 2010. Al contrario, i suicidi realizzati sono aumentati numericamente dal 1993 sino ad oggi, con la punta massima toccata nel 2001 con 69 suicidi.

Tuttavia, se confrontiamo numero dei suicidi e popolazione detenuta, si può osservare come la curva raggiunga il suo punto più elevato negli anni 80; in seguito, i tassi scendono, seppur con un andamento "schizofrenico", tale che ad anni tendenzialmente meno preoccupanti, seguono periodi di rapido incremento. All'interno di questa irregolare dinamica, un aspetto va rimarcato.

Con riferimento agli ultimi 30 anni, la minor frequenza di suicidi in carcere si verifica nel corso del 1990 e del 2006. In quegli anni, come noto, sono stati approvati dal Parlamento gli ultimi provvedimenti di clemenza. Ed è possibile, quindi, ipotizzare che la speranza offerta da quei provvedimenti, sommata al miglioramento delle condizioni detentive a seguito della riduzione dell'affollamento, abbia stemperato il clima all'interno degli istituti. Abbia favorito, cioè, il contenimento dei comportamenti autolesivi.

Il suicidio nelle carceri italiane: le indicazioni di tre studi di caso

Nelle tre regioni oggetto della ricerca i dati mostrano come, nell'arco di cinque anni, si siano verificati 12 suicidi in Piemonte, 6 in Liguria e 39 in Campania. A fronte del numero assoluto di suicidi in Campania, il dato rapportato al totale delle presenze mostra un quadro assai più complesso. Se utilizziamo il rapporto tra il numero di suicidi e, da un lato, il complesso degli eventi critici, e, dall'altro, il tasso di sovraffollamento delle singole carceri, avremo a disposizione due indicatori del clima di tensione e del grado di vivibilità di ciascun istituto, rappresentato dal sovraffollamento.

Il suicidio, all'interno di tali contesti, non appare come un fenomeno isolato, bensì come l'esito estremo di un clima di tensione che si esprime anche attraverso l'elevato indice di gesti autolesivi messi in atto. Pare possibile, quindi, indicare i tratti di quelli che possiamo definire "istituti ad alto indice di tensione" (e di sofferenza). All'interno del senso comune carcerario, diffuso tra gli operatori come tra i detenuti, è immediatamente percepibile la differenza tra istituti conosciuti per la migliore vivibilità e istituti connotati da condizioni massimamente afflittive.

Nel gergo carcerario, ciò porta a distinguere le carceri "aperte" da quelle "chiuse", quelle "a vocazione trattamentale" da quelle con attitudine "custodiale"; e, infine, i penitenziari "punitivi" da quelli "premiali". A nostro parere, le cause che producono un "istituto ad alto indice di tensione" sono, per un verso, di natura strutturale e, per un altro, di natura organizzativa e ambientale. Resta il fatto che i motivi profondi di quella "tensione" non possono essere dedotti dal mero dato numerico, ma devono essere analizzati attraverso

l'osservazione dell'universo di relazioni, scelte organizzative e dati strutturali che contribuiscono a determinare la vita concreta all'interno di un penitenziario.

Da dove, quando e perché in carcere?

I dati da noi raccolti permettono di approfondire l'indagine con riferimento a nazionalità, età e posizione giuridica

delle persone che si sono tolte la vita. Relativamente alla nazionalità, il dato appare significativo soprattutto in regioni, quali il Piemonte e la Liguria, dove la presenza di stranieri detenuti è più elevata. In entrambe le regioni, in questi cinque anni si è avuta una prevalenza di suicidi tra gli italiani rispetto a quelli tra gli stranieri; e drammaticamente significativi appaiono i dati relativi all'età e alla posizione giuridica.

Relativamente alla prima variabile, risulta confermato come i detenuti più giovani mostrino una maggiore tendenza al suicidio. In Piemonte e in Campania, nel corso di questo periodo, non si sono verificati suicidi tra i reclusi appartenenti alla fascia di età 18 - 24 anni, mentre in Liguria sono stati due su sei i minori di 24 anni che si sono tolti la vita.

Oltre tale soglia, il numero di suicidi aumenta immediatamente superando la percentuale media di persone detenute nella fascia fra i 24 e i 44 anni. Appare significativo, in proposito, il fatto che in Campania e in Piemonte quasi tre quarti dei suicidi abbiano riguardato persone con un'età compresa tra i 25 e i 44 anni, mentre in Liguria la fascia d'età fra i 18 e i 44 anni comprende tutti gli episodi di suicidio registrati negli ultimi cinque anni in quella regione. Il dato più sconcertante nell'analisi dei tratti qualificanti i reclusi che hanno messo in atto il suicidio, riguarda la loro posizione giuridica: in 25 casi su 48, si tratta di persone sottoposte a misura cautelare. In oltre la metà dei casi, quindi, siamo in presenza di soggetti per i quali vale la presunzione di non colpevolezza.

Un assaggio di prigione?

Dalle ricerche sul fenomeno del suicidio in carcere, un dato emerge con maggiore evidenza: i primi giorni di detenzione come la fase di maggior rischio per la realizzazione di atti di autolesionismo. In questi anni qualcosa è cambiato nelle pratiche penitenziarie: egli istituti di grande dimensione, ad esempio, è stato creato il cosiddetto Servizio nuovi giunti.

Ciò nonostante, in alcune regioni, persiste il fenomeno dei suicidi nei primi giorni di carcerazione. In Piemonte, in particolare, un terzo dei suicidi è stato realizzato entro 30 giorni dall'arresto. A quanto fin qui detto, va aggiunta qualche considerazione a proposito di quella fase particolarmente delicata nella gestione della popolazione detenuta, rappresentata dai trasferimenti.

È frequente che questi ultimi siano attuati a seguito di eventi critici verificatisi nell'istituto di provenienza; o riguardino, comunque, soggetti non graditi o di difficile gestione, considerati "pericolosi" per l'ambiente. La lettura dei dati relativi ai tempi del suicidio, in relazione al momento dell'ingresso nel carcere dove è avvenuto il fatto, sembrano confermare l'ipotesi del trasferimento come momento particolarmente problematico.

Anche in questo caso, ovviamente, il trasferimento non è sufficiente a spiegare tutto. Eppure esso costituisce un segnale di situazioni palesemente critiche, gestite attraverso l'unica soluzione che troppo spesso l'amministrazione sembra in grado di adottare: la rimozione del problema attraverso l'invio di quello che viene considerato il responsabile del problema stesso in un luogo diverso. Non è un caso: la pratica della rimozione sembra, più in generale, dominare il governo della questione carceraria in Italia.

Giustizia: il criminologo Fiandaca; l'iniziativa di Marco Pannella va sostenuta e sviluppata

Notizie Radicali, 9 gennaio 2013

Giovanni Fiandaca, giurista, ordinario di diritto penale presso l'Università di Palermo. È stato docente di Diritto penale e di Criminologia presso l'Università Kore di Enna. Con Enzo Musco ha curato una collana di manuali di diritto penale. Pubblica articoli sull'edizione palermitana del quotidiano "La Repubblica". Fra il 1994 e il 1998 è stato membro del Consiglio Superiore della Magistratura. Dal 1999 al 2001, nominato dal guardasigilli Oliviero Diliberto, ha presieduto una commissione ministeriale per la redazione di un testo unico in tema di contrasto alla criminalità organizzata.

Cosa ne pensa della situazione delle carceri italiane e come osserva i vari approcci alla problematica che esprime il mondo politico?

La situazione delle carceri ha raggiunto livelli di estrema gravità e drammaticità. Purtroppo, la stragrande maggioranza delle forze politiche mostra scarsa sensibilità rispetto a un problema annoso che richiederebbe interventi adeguati e non più dilazionabili. Un recente riscontro della scarsa sensibilità politica è rinvenibile nella sopravvenuta decisione di tagliare le risorse per incentivare il lavoro dei detenuti, ancorché inizialmente previste nella Legge di stabilità.

Lei che ha studiato a lungo la questione della funzione della pena, che giudizio dà dell'iniziativa di Pannella sull'ammnistia?

La questione degli scopi della pena è troppo complessa per poter essere affrontata in poche battute. Posso solo dire che in proposito soffre di una certa stanchezza anche il dibattito teorico-accademico. E ho motivo di ritenere che non poca confusione e non poco disorientamento diffusi nel mondo della politica rendano la discussione sul tema

particolarmente difficile anche nelle sedi politico-istituzionali. Un parlamentare di centro-destra, che ho avuto occasione di incontrare nell'ambito della presentazione di un libro, ha avuto l'onestà di ammettere che il Parlamento oggi non sarebbe in grado di affrontare un problema così arduo, anche a causa dell'eccessiva divergenza e frammentazione dei punti di vista. Senza contare le pulsioni repressive diffuse in una verosimile maggioranza della popolazione, artificialmente indotte dalle ventate di populismo anche penale presenti peraltro non solo nel nostro Paese. Nonostante queste difficoltà di partenza, ritengo che, come studiosi e come intellettuali, dovremmo a maggior ragione impegnarci molto di più per riaprire un dibattito pubblico non solo sul tema del carcere, ma della punizione più in generale. Occorrerebbe in teoria una sorta di nuovo illuminismo penalistico per riattivare un approccio razionale e critico all'interno di una discussione pubblica che continua purtroppo a riproporre stancamente e meccanicamente concezioni almeno in parte obsolete e atteggiamenti collettivi alimentati più da pulsioni emotive che da considerazioni razionali. In questo quadro, il discorso sul carcere andrebbe affrontato non isolatamente, ma nel contesto più generale di una revisione del sistema sanzionatorio complessivo e del catalogo dei reati. Da questo punto di vista, allora, l'amnistia potrebbe rappresentare non certo una modalità risolutiva di intervento, ma soltanto un provvedimento destinato ad affrontare l'emergenza contingente. Non sarei contrario in linea di principio, considerata la drammaticità della situazione carceraria, ma il vero e arduo problema rimane quello di far oggi maturare l'ampio consenso politico necessario ai fini di una approvazione parlamentare di un provvedimento di questo genere.

Non pensa che l'iniziativa di Pannella metta in discussione la previsione di molti reati senza vittime che affollano le carceri, legati al proibizionismo sulle droghe e sull'immigrazione come reato in sé?

Sì, penso, anche in base a quanto detto prima, che l'iniziativa di Pannella metta implicitamente in discussione la legittimazione di non poche fattispecie di reato presenti nel nostro ordinamento e le ragioni della loro sopravvivenza.

Non pensa che la battaglia di Pannella possa essere un'occasione per ridiscutere l'istituzione carceraria in quanto tale?

Lo penso. E ritengo che questa iniziativa di Pannella va supportata e sviluppata.

Quali reati secondo lei possono essere depenalizzati? Quali reati potrebbero essere puniti con misure alternative al carcere?

Come studioso di diritto penale sensibile alle nuove prospettive della giustizia riparativa, e comunque alle chances di utilizzo di strumenti extra punitivi di intervento, le dico che la possibilità di fare a meno della pena tradizionale è in linea teorica prospettabile per un numero di reati ben più ampio di quanto abitualmente non si ritenga.

Bisognerebbe, in realtà, avere il coraggio di sperimentare, senza soggiacere alla vischiosità e all'inerzia dei vecchi schemi punitivi. Ma il mondo della politica è disposto a dare ascolto al pensiero penalistico più evoluto?

Occorrerebbe un mutamento di orizzonte culturale, che, partendo dalla società, finisca col coinvolgere anche i politici.

Secondo lei perché nell'affrontare la questione giustizia, in pochi si soffermano ad analizzare la spesa che il sistema genera alle casse dello stato e quindi alle tasche degli italiani?

Perché, come dicevo prima, il tema della punizione viene perlopiù affrontato in maniera poco razionale e predominano i pregiudizi consolidati e gli atteggiamenti emotivi e la paura di affrontare vie nuove.

Pannella dice spesso che la prescrizione è un'amnistia di classe, perché chi può permettersi buoni avvocati può tirare in lungo i processi. Lei che ne pensa?

C'è non poco di vero in questa valutazione di Pannella. La disciplina della prescrizione andrebbe peraltro completamente riscritta, specie dopo i guasti provocati dall'opportunistico riformismo berlusconiano.

Nei confronti della lista "amnistia Giustizia e Libertà", sarebbe interessato ad un concreto appoggio, pensando, anche, ad una eventuale candidatura "di scopo" con tali liste?

Manifesto con convinzione la mia disponibilità a collaborare e non escludo l'eventualità di accettare una proposta di candidatura.

Giustizia: 4 reclusi in 9 mq... ecco la nostra vita all'inferno tra freddo, sporcizia e malattie di Massimo Pisa

La Repubblica, 9 gennaio 2013

Storie di dannati e di gironi infernali. Prendete Mohamed El Haili, marocchino di Khourigba, 36 anni, ufficialmente operaio a Enna, dentro alle Novate di Piacenza dal febbraio 2008 per spaccio. Entra nel buco, senza riscaldamento d'inverno quando ci si copre come si può, con gli sbarroni di ferro che non fanno passare luce né aria e da fine giugno ad agosto si crepa di caldo e di sudore. Febbre, sete, puzzo. Esce 29 mesi dopo, il ricorso che mette in mano all'avvocato Giuseppe Rossodivita ha la forma asettica di un modulo di sei pagine e la sostanza di una supplica postuma.

“Sono stato ristretto in una cella della sezione C di 7 metri quadri. Da questi dovevo sottrarre tre metri quadri di mobilio”. Sono i letti a castello, ferro battuto, il posto più in alto è il peggiore perché dormi faccia al soffitto e quello tocca all'ultimo arrivato. A volte cadi, nel sonno, e ti rompi un braccio e finisci in infermeria, dove almeno si sta larghi perché più di due per stanza non si può. “Ci vivevo insieme ad altri due detenuti per 18 ore al giorno, avevo meno di 2 metri quadri per muovermi. Non c'erano servizi igienici”.

Nemmeno il bugliolo, il medievale secchio per i bisogni. Uscito dall'inferno, ne dovrà passare un altro di carte bollate quando lo Stato gli ricorre contro addossandogli l'onere della prova, ma sono inezie ormai rispetto al buco. Funzionava così alle Novate. Con le celle al massimo di nove metri quadri, minimo tre detenuti, un tavolino dove mettere il fornello e due sgabelli, e a turno uno a mangiare in branda o sulla tazza del cesso, quando c'è. Con l'acqua calda inesistente dietro le sbarre, e tre giorni a settimana nelle docce. Con una popolazione che esonda di continuo, in una struttura costruita per ospitarne 178 e tollerarne al massimo 375, fino ai 415 di un anno fa, anche se “oggi sono 318 - sostiene la direttrice Caterina Zurlo - ed è in via di ultimazione un nuovo padiglione da 200”. Roba che “manco nei canili”, spiega Afrim Sela, detenuto albanese che ci passa 14 mesi tra il 2009 e il 2010, quando affida la sua difesa all'avvocato Flavia Urciuoli. Roba che anche quando hai ragione, e te lo riconosce il Provveditorato regionale, resti lì dove sei. Succede a Tarcisio Ghisoni, dentro dal 2007 per storie di cocaina: passa due anni nel buco da 9 metri quadri per tre poveri cristi, gli viene accolto il ricorso ad agosto 2009 ma in una cella da due persone verrà trasferito solo sei mesi dopo. È uscito qualche giorno fa, voglia di parlare e ricordare non ne ha.

A Busto Arsizio, l'altra maglia nera condannata dalla Ue, si ribellarono in 34 al carnaio. Struttura moderna, per carità, con cioccolateria e laboratorio del pane, sala attrezzi e serra, biblioteca e calcetto. Solo che, dai 167 previsti e dai 345 tollerati, a ottobre 2011 si erano ritrovati in 455, “tanto che - spiega il direttore Orazio Sorrentini - dichiarammo il tutto esaurito e parlai col procuratore capo. Oggi siamo 399 e paradossalmente stiamo tranquilli”. Non la pensò così Mino Torreggiani, 64enne ex rapinatore di Tir, che firmò un ricorso insieme ad altri 33 detenuti. Non ne potevano più del tre per nove, meno letti e tavoli e wc. Di ricorsi hanno accolto il suo e quello di Bazoumana Bamba e di Raul Riccardi: i primi tre nomi dei tre fogli del listone dei 34, pare fatto apposta. Anche il fatto che a Strasburgo ci sono andati da soli, senza avvocati, a difendersi contro il Ministero. Hanno vinto lo stesso.

Piacenza: costretti a mangiare su brande a castello con piedi segati per non toccare soffitto

Ansa, 8 gennaio 2013

Letti a castello composti da tre brande a cui dovevano essere segate le gambe, perché altrimenti il detenuto che dormiva più in alto toccava il soffitto. Celle di circa 9 metri quadrati, pensate per un solo detenuto, che ne ospitavano tre. Nove metri quadrati in cui oltre alle brande a castello dovevano trovare spazio il fornello e il tavolo con gli sgabelli, due, perché il terzo non ci sarebbe stato. Uno spazio talmente angusto che uno o due “ospiti” della cella dovevano mangiare seduti sulla branda. E nei nove metri rientra anche il bagno, dove spesso, proprio per mancanza di spazio, veniva riposto il cibo.

Era questa la situazione del carcere di Piacenza qualche tempo fa, così come descritta da chi lo ha frequentato, quella che ha portato alla condanna europea per il sovraffollamento. Sovraffollamento che nel frattempo si è ridotto, e comunque quella non era una situazione particolare nel panorama carcerario italiano. Le carceri, ovviamente, non possono respingere l'arrivo dei detenuti, e così la capienza viene violata regolarmente.

“Non è che la situazione di Piacenza sia la più malmessa, spiega Alberto Gromi, Garante dei detenuti del Comune di Piacenza - probabilmente la sentenza è arrivata perché sono stati esaminati prima i ricorsi fatti dai detenuti. Noi, come coordinamento dei garanti territoriali, un paio di anni fa avevamo proposto ai detenuti i ricorsi. E questo è stato fatto un po' da tutte le parti. Oltretutto Piacenza dal 2010 ad oggi ha comunque peso oltre 100 detenuti, quel sovraffollamento non c'è più. Allora c'erano tre detenuti per cella, ora ce ne sono due, e comunque non è che sia l'ideale. Il problema resta nelle sezioni Alta Sicurezza e Protetti, che sono sezioni uniche, con 25 posti ciascuna. Qui spesso sono ancora tre per cella”.

Il garante ha una speranza: “che il problema sovraffollamento aiuti a prendere consapevolezza di altri problemi, come ad esempio la mancata attuazione del dettato costituzionale in base al quale la pena deve avere una funzione rieducativa con il lavoro, la formazione, l'accesso alle pene alternative. Non c'è solo il problema di essere ammassati, c'è anche quello di non avere speranza, e questo è terribile”. Anche per la parlamentare piacentina del

Pd Paola De Micheli, che si è spesso occupata del carcere cittadino, “quello di Piacenza è un caso con fasi alterne di sovraffollamento: due anni fa la situazione era drammatica, ora è cambiata”.

Lettere: suicidi in carcere e sconfitte sociali...

di Vincenzo Andraous

www.politicamentecorretto.com, 8 gennaio 2013

In una settimana due persone hanno tentato di ammazzarsi, due detenuti dello stesso penitenziario. Tra tanti che riescono nell'intento di farla finita, in questi due accadimenti non è andata così, nel primo caso la prontezza di intervento degli Agenti di Polizia Penitenziaria ha consentito di arrivare per tempo, il detenuto è in fin di vita, ma ancora vivo. Nel secondo caso la prontezza di riflessi dei compagni di cella hanno letteralmente sradicato dal buco nero più profondo il compagno dai passi perduti.

Due vite per fare una sola parola, predestinati, numeri di un contenitore tritattutto, anche la disperazione più disperante incontra la via più breve per non riuscire a sopportare l'irraccontabile.

È già epitaffio per un carcere così ridotto, miserabile e disumano, c'è urgenza di apostrofare la riflessione, innescare la più piccola provocazione per smetterla con gli omissis sulle responsabilità che non ci sono mai, con le posture scandalizzate di una società in preda al panico dialettico e comportamentale.

Come se fare gli indifferenti, i vendicativi a oltranza, i giustizialisti all'ennesima potenza, avesse il potere di rendere più mansueti gli uomini e le donne detenute, ponesse argine alle conseguenze drammatiche della recidiva, nell'intento di inquadrare in una identica civiltà allo sbando, delinquenti malati e mai curati, malviventi veri e malviventi inventati, trattati nello stesso modo, una popolazione detenuta composta nella stragrande maggioranza da miserabilità, oltre a quella larga fetta di popolazione cosiddetta libera, ma inchiodata al non fare, e quindi nella più che prevedibile commissione di reati.

In questa cartina tornasole dai riflessi opacizzati dalle informazioni, comunicazioni, dati, non sempre esposti correttamente, perché esplicitati a seconda del tornaconto personale, c'è a fare da ponte la richiesta di una giustizia che tuteli le persone oneste, ma che garantisca equilibrio e comprensione umana verso chi sconta dignitosamente la propria carcerazione.

Giustizia giusta non sta a vendetta, peggio, a indifferenza di riordino, neppure è sinonimo di pena certa, quando la pena è un percorso a ostacoli, malamente accidentato, dove è sempre più obbligante morire di dipendenza, di patologia, di malattia.

La Giustizia e il Carcere non possono essere invocati quando qualcuno commette reati indegni o eclatanti, quando il disagio sociale implode - esplose in vere e proprie miserie dis - umane o interessi incrociati devastanti.

La giustizia è un valore alto che cresce dentro una condizione individuale e collettiva che sa schierarsi dalla parte di chi è la vittima, di chi è innocente, di chi soffre inascoltato senza meritargli, la Giustizia è tale perché non ha paura, non fa passi indietro nei riguardi di chi non vede riconosciuti i diritti fondamentali, di chi è costretto a sopravvivere, anche di chi ha sbagliato e non ha la possibilità di riparare, di diventare una persona migliore.

Ci si impicca, ci si uccide, quando la pena si traveste e muta in un eccesso di condanna, non c'è solamente la restrizione della libertà personale, ma una vera e propria mancanza di diritto, di corretta interpretazione della misura incapacitante, di non cura della salute e della propria dignità personale.

Il non rispetto di queste “prerogative carcerarie”, deprivano lo scopo e l'utilità sociale della pena stessa, che non può essere considerata una punizione o un castigo se non ricompono la solidarietà collettiva, attraverso lo strumento della riparazione che sta nel Dna di ogni possibile giustizia, per ridare autorevolezza e senso al carcere, che punisce il crimine ma rispetta l'uomo, pur sempre cittadino, detenuto.

Iran: blogger morto in carcere, commissione parlamentare chiede punizione responsabili

Ansa, 7 gennaio 2013

Perseguire i responsabili della morte in carcere di un oppositore e controllare maggiormente i centri di detenzione. Sono le proposte di una commissione del parlamento iraniano che ha indagato sulla morte in carcere a Teheran del blogger Sattar Beheshti.

L'uomo, di 35 anni, era morto nella famigerata prigione di Evin nel novembre scorso, quattro giorni dopo l'arresto per “crimini informatici” (la pubblicazione di testi critici nei confronti del Paese) e dopo aver scritto di aver ricevuto minacce di morte da parte di uomini del regime. Secondo un controverso esposto, Beheshti avrebbe anche denunciato di essere stato torturato in carcere, ipotesi rilanciata da siti d'opposizione e avallata da Amnesty International.

Il caso aveva fatto scalpore e aveva spinto governi e organizzazioni per i diritti umani a chiedere alle autorità di Teheran di far luce sul decesso. Come riferiscono media iraniani, il rapporto presentato oggi dalla commissione al

parlamento (Majlis) avanza tre proposte: perseguire i presunti responsabili della morte di Behesht, esortando la magistratura a supervisionare simili casi più seriamente; rendere a norma di legge i centri di detenzione, dotandoli anche di telecamere a circuito chiuso; invitare i procuratori ad ispezionare con regolarità le carceri.

Il rapporto sposa la tesi della perizia medico-legale, secondo la quale non è stato possibile individuare una causa specifica per la morte del blogger: quest'ultimo però potrebbe essere deceduto per uno shock dovuto a colpi ricevuti in "parti sensibili" o a una "pesante pressione psicologica".

Viene precisato che sono stati sette i funzionari di polizia arrestati per far luce sulla vicenda (tre sono ancora detenuti) e che il capo della Polizia informatica di Teheran, il generale Mohammad Hassan Shokrian, 'è stato destituito per un illecito procedurale nella detenzione di Beheshti e per il mancato controllo sul trattamento che gli veniva riservato, in un centro "al di sotto dei minimi standard legali". Nel carcere non c'era videosorveglianza e la pressione fisica o psicologica secondo la commissione è stata esercitata senza motivo, dato che l'uomo aveva già confessato.

Rieti: Fp-Cgil; dalle ore 21 alle 8 non c'è assistenza sanitaria per i detenuti e per gli agenti

www.rassegna.it, 7 gennaio 2013

La denuncia del sindacato: "L'assistenza per detenuti e agenti è garantita dalle 8 alle 21, ma la legge la prevede per tutta la giornata. Già molti ricoveri d'urgenza". I motivi: carenza di personale e risorse. "La Regione Lazio è totalmente assente"

Nel carcere di Rieti l'assistenza sanitaria ed infermieristica per i detenuti e per gli agenti di polizia penitenziaria è garantita dalle 8 alle 21, nonostante la legge la preveda per l'intero arco della giornata. È la denuncia che arriva oggi (7 gennaio) dalla nota della Fp-Cgil di Roma e Lazio.

"È già accaduto - racconta il sindacato - che operatori e detenuti siano stati costretti a ricorrere alle cure della guardia medica o, nei casi più gravi, al trasporto presso l'ospedale tramite il 118".

La mancanza dell'assistenza notturna è causata dalla carenza di personale e di risorse finanziarie, racconta la categoria. Infatti a Rieti "è presente personale sufficiente a coprire un bacino di detenuti pari a 150 unità, del tutto inadeguato a fronte dei 300 che normalmente si avvicendano in quella struttura, in linea con il sovraffollamento delle carceri della Regione, che oggi ospitano 6.986 detenuti a fronte di una capienza regolamentare di poco più di 4mila".

Da parte sua, la Regione Lazio "che dovrebbe garantire l'assunzione di figure professionali per risolvere il problema, è assolutamente assente. Ma tant'è: sappiamo che in questo momento alla Regione sono dediti ad altri 'impegni urgenti, come quello di acquistare 70 tritacarte al modico prezzo di 14mila euro o come assumere i soliti amici a spese della comunità".

Il sindacato reputa dunque "intollerabile il protrarsi di questo stato di cose che, peraltro, potrebbe avere anche risvolti di carattere penale. Chiediamo che tutte le istituzioni interessate si attivino per consentire che anche nel carcere di Rieti sia ripristinata la legalità anche alla luce del dettato costituzionale. In ogni caso - conclude - saremo a fianco dei lavoratori laddove dovessero insorgere problemi a carico di essi".

Salerno: Radicali; il Reparto detenuti dell'ospedale Ruggi è in condizioni da Terzo mondo

La Città di Salerno, 7 gennaio 2013

Critiche alla dirigente dell'Ospedale Ruggi: "Faccia il suo lavoro". Lei replica: "Siamo un'eccellenza". "Condizioni da terzo mondo"... così i consiglieri regionali Gianfranco Valiante e Dario Barbirotti, accompagnati dal segretario dei radicali salernitani Donato Salzano, dopo aver ispezionato ieri mattina la sezione detentiva dell'ospedale.

"Siamo convinti che tutti debbano pagare i propri debiti con la giustizia - ha premesso Valiante - ma ciò deve avvenire in condizioni dignitose e umane e questo non è il caso dei detenuti ospitati al Ruggi.

Il reparto è in uno stato pietoso: scarse condizioni igieniche, mancanza di docce, non c'è televisione e la struttura stessa è carente, vecchia. Invito la Lenzi a venire a rendersi conto di persona, considerato che non è mai venuta a far visita a questo reparto". I consiglieri chiedono alla manager di calarsi nei problemi vissuti dal reparto evitando lo scaricabarile: "La Regione non finanzia - ha detto Valiante - ma ognuno faccia il proprio lavoro".

Sono sei le celle a disposizione nel reparto ma, ha precisato Salzano, "al momento ne sono utilizzate solo quattro, con l'evidente difficoltà di dare spazio a tutti e di curarli in maniera adeguata. Bisogna recuperare queste gravi carenze con urgenza".

Ma la Lenzi non ci sta e rispedisce le accuse al mittente: "Il consigliere Valiante - ha ribattuto la manager - ha potuto constatare come il reparto sia eccellente, anche perché collocato in un padiglione ristrutturato. In più il medico di guardia è presente 24 ore su 24, cosa che non accade altrove in quanto l'intervento dei medici è richiesto a un sanitario convenzionato e non è tempestivamente garantito come nella nostra azienda". I consiglieri regionali hanno chiesto un incontro al direttore generale dell'Asl, Antonio Squillante, al fine di "recuperare questa situazione di scarsa efficienza".

Lecce: detenuto di 38 anni s'impicca nell'infermeria del carcere, è il secondo da inizio anno
www.lecceprima.it, 7 gennaio 2013

Un detenuto somalo 38enne, da un anno nel carcere di Borgo San Nicola, per reati contro il patrimonio. Avvisato il consolato. Il sindacato nazionale Osapp della penitenziaria rilancia i temi caldi: sovraffollamento e personale carente

Mohamed Abdi, un detenuto somalo di 38 anni, è morto suicida ieri pomeriggio nel penitenziario di Borgo San Nicola, a Lecce. L'uomo era detenuto da circa un anno per reati contro il patrimonio. La salma è stata trasportata presso l'ospedale "Vito Fazzi". Le autorità locali hanno avvisato il consolato, perché sembra che l'uomo non abbia parenti in Italia.

Il fatto è avvenuto alle 18 di ieri, nel giorno dei festeggiamenti per l'Epifania, nell'infermeria del carcere. L'uomo si è suicidato per impiccagione in una delle celle, come rende noto l'Osapp, uno dei sindacati dei "baschi azzurri". Che, in una nota, a firma del vicesegretario nazionale, Domenico Mastrulli, spiega: "Anche se immediati, i soccorsi dei pochi agenti lasciati nella programmazione del servizio nella serata festiva di ieri, non sono serviti".

L'ultimo suicidio nel carcere di Lecce, come noto vessato da vari problemi, fra cui un sovraffollamento mai risolto, risale al 30 luglio dello scorso anno. Fu un detenuto campano a togliersi la vita, nella sua cella. Ma diversi sono stati anche i tentativi, per fortuna stroncati in extremis, di tanti altri detenuti di togliersi la vita.

"L'Osapp - scrive nel comunicato Mastrulli - condivide la recente presa di posizione esternata dall'arcivescovo di Lecce, monsignor Domenico D'Ambrosio, che nell'omelia di Natale ha parlato del sovraffollamento delle carceri pugliesi, esternando concreta preoccupazione per le pessime condizioni degli istituti di pena e della vita interna. Una preoccupazione ampiamente condivisa dal sindacato e dai poliziotti aderenti all'Osapp, che rilancia la carenza di uomini e donne nell'organico nei reparti detentivi delle carceri e dei nuclei traduzioni e piantonamenti che operano sotto scorta nell'accompagnamento dei detenuti nelle aule di giustizia, per il trasferimento di sede e per urgenti ricoveri esterni". E ricorda "gli episodi di questi mesi a Foggia e Lecce, che sembrano scambiarsi la staffetta in negativo sui suicidi, tentativi di suicidio, aggressione ai poliziotti".

Proprio per stigmatizzare tutte le problematiche, il sindacato, che punta l'indice su ministero e dipartimento, si dice pronto a dichiarare anche uno stato di agitazione, con l'astensione dalla mensa di servizio e proteste nelle strade pugliesi.

"A Lecce - dice Mastrulli - la conta sfiora e supera di giorno in giorno quota mille e 400, a Bari quota 650 e a Taranto, tra 650 e i 700 detenuti. Qui, accadono sempre fatti incresciosi che certamente gettano amarezza e sgomento su chi esternamente apprende le notizie dal calvario del penitenziario".

L'ultimo suicidio nel carcere di Lecce risale al 29 luglio 2012 con Antonio Giustino, il camorrista di Casoria, detenuto napoletano di 52 anni. Il camorrista era recluso nella sezione di massima sicurezza del carcere leccese da circa quattro mesi, in una cella che divideva con altri tre detenuti. Stando a quanto comunicò il sindacato di polizia penitenziaria Osapp, l'uomo si sarebbe strangolato utilizzando le lenzuola. Il suicidio avvenne, mentre gli altri detenuti erano fuori per l'ora d'aria. A nulla è valso l'intervento dei poliziotti penitenziari e il trasporto in ospedale.

Giustizia: l'ex commissario e il caso Dozier... "così torturammo i brigatisti"

di Giovanni Bianconi

Corriere della Sera, 7 gennaio 2013

Finora si trattava di ricostruzioni giornalistiche, interviste più o meno esplicite, mezze ammissioni anonime. Adesso invece è tutto scritto in un atto giudiziario, un interrogatorio di cui il testimone si assume la piena responsabilità. Sapendo di poter incorrere, qualora affermasse il falso, in una condanna fino a quattro di galera. È il rischio accettato dall'ex commissario di polizia, nonché ex deputato socialdemocratico, Salvatore Genova, uno degli investigatori che trentuno anni fa partecipò alla liberazione del generale statunitense James Lee Dozier, sequestrato dalle Brigate rosse.

Il 30 luglio scorso Genova ha depresso davanti a un avvocato che lo ascoltava nell'ambito di proprie indagini difensive, svelando le torture inflitte ad alcuni sospetti fiancheggiatori delle Br per arrivare alla prigione di Dozier; metodi "duri" avallati dal governo di allora, aggiunge l'ex poliziotto, con una dichiarazione tanto clamorosa quanto foriera di reazioni e (forse) ulteriori accertamenti giudiziari.

"È stato tutto disposto dall'alto - ha detto Genova all'avvocato Francesco Romeo, difensore dell'ex brigatista Enrico Triaca, uno dei presunti torturati. C'è stata la volontà politica, che poi scompare sempre in Italia, che è stata quella del capo della polizia, d'accordo con l'allora ministro Rognoni... E infatti noi facemmo". L'avvocato lo interrompe: "Mi sta dicendo che l'autorizzazione a fare quel tipo di tortura...". E Genova: "Non poteva non essere, non era cosa personale di Ciocia (il poliziotto chiamato "De Tormentis" che secondo il suo ex collega dirigeva i "trattamenti", ndr)... Fu De Francisci che fece una riunione con noi. Lui era il capo dell'Ucigos e ci disse

“facciamo tutto ciò che è possibile”.

L'Ucigos era l'organismo responsabile delle indagini antiterrorismo sull'intero territorio nazionale, e nel ricordo di Genova il prefetto De Francisci che la guidava dette il “via libera” a sistemi d'interrogatorio poco ortodossi:

“Anche usando dei metodi duri, disse così, perché ovviamente eravamo veramente allo stremo come Stato...”.

L'alleato americano premeva per ottenere risultati, “tant'è che durante queste indagini noi fummo sempre seguiti, non ovviamente con interferenza ma con la loro presenza, da agenti della Cia”.

Il sistema d'interrogatorio attraverso tortura, al quale il testimone sostiene di aver assistito personalmente, è chiamato waterboarding: il prigioniero viene legato mani e piedi a un tavolo, un imbuto infilato in bocca e giù litri di acqua e sale per dare la sensazione dell'annegamento. “Era una tecnica molto usata dalle squadre mobili”, denuncia Genova; ecco perché fu chiamato il “professor De Tormentis”, al secolo Nicola Ciocia, poliziotto di dichiarate simpatie mussoliniane che a Napoli e in altre regioni del Sud aveva combattuto la criminalità comune e organizzata.

“Di quella tecnica io a quel momento non ne conoscevo l'esistenza”, precisa Genova. Davanti ai suoi occhi, al waterboarding fu prima sottospeso un presunto fiancheggiatore delle Br, poi il futuro “pentito” Ruggero Volinia. Lo arrestarono insieme alla fidanzata, “semi denudata e tenuta in piedi con degli oggetti, mi sembra un manganello che le veniva passato, introdotto all'interno delle cosce, delle gambe”. Dopo aver ingurgitato acqua e sale, racconta Genova, Volinia “alzò leggermente la testa e la mano, chiese un attimo per poter parlare: “E se vi dicessi dov'è Dozier?”.

Così, nel gennaio 1982, si arrivò alla liberazione del generale. Alla quale seguirono i maltrattamenti sui suoi carcerieri, che vennero alla luce grazie a indagini giudiziarie e disciplinari su alcuni poliziotti. Genova, che poté usufruire dell'immunità parlamentare garantitagli dal seggio socialdemocratico, oggi ha deciso di riparlarne. Prima al quotidiano ligure Il Secolo XIX e ora col difensore di Triaca, l'ex br arrestato nel 1978, all'indomani dell'omicidio Moro, che denunciò di essere stato torturato e per questo fu condannato per calunnia.

Oggi l'avvocato Romeo ha presentato un'istanza di revisione di quel processo, basata anche sulle rivelazioni di Genova. Il quale racconta di aver saputo che ad occuparsi di Triaca fu proprio De Tormentis-Ciocia, l'esperto di waterboarding che si muoveva - a suo dire - con tanto di garanzie ministeriali.

“Non ci fu alcuna copertura - ribatte l'allora ministro dell'Interno Virginio Rognoni. Anzi, i comportamenti “duri” accertati furono prontamente perseguiti. C'era una certa esasperazione degli investigatori, questo sì; gli Stati Uniti volevano mandare le loro “teste di cuoio” per liberare Dozier, e io mi impuntai per difendere le nostre competenze. Ma non ho mai avallato alcun genere di tortura”. E il prefetto in pensione De Francisci replica alla testimonianza di Genova: “Sono tutte bugie. Io non ho torturato nessuno né tollerato niente di ciò che lui dice. È un bugiardo, lo citerò in giudizio”. Dopo trent'anni e più, un capitolo rimasto oscuro e ora riaperto della storia dell'antiterrorismo italiano promette nuovi sviluppi.

Salerno: Valiante (Regione); rilevate carenze nella organizzazione sanitaria del carcere

Ansa, 6 gennaio 2013

“Nel corso della visita tenuta la mattina di Natale alla Casa Circondariale di Salerno, insieme al radicale Donato Salzano, al collega Dario Barbirotti ed ai rappresentanti dell'associazione Nessuno tocchi Caino, avemmo modo di constatare le difficili condizioni dei detenuti con particolare riguardo al sovraffollamento, al temporaneo non funzionamento del sistema di riscaldamento ma soprattutto rispetto alla organizzazione sanitaria, gravemente carente per scarsità di medici ed infermieri come peraltro segnalato anche dal Direttore sanitario del presidio, Giovanni Di Cunzolo”. Lo sottolinea Gianfranco Valiante, presidente della commissione Anticamorra del Consiglio regionale della Campania.

“Nella circostanza - aggiunge - segnalammo, a titolo esemplificativo, il caso di una donna nigeriana (Z.A.), affetta da una seria patologia al fegato chiedendone l'immediato ricovero in Ospedale per approfondimento d'indagini: cordialità, dichiarazioni concilianti degli addetti e basta. Z.A. è ora ricoverata, in condizioni non facili, all'Ospedale di Salerno non per la nostra sollecitazione ma per una emorragia che ha fatto prima della burocrazia ed anche della conclamata buona volontà. Domattina alle 11 andremo a far visita a Z.A.; farebbe piacere avere con noi anche il direttore generale dell'Asl di Salerno al quale potremmo chiedere di persona di attivarsi per dare alla casa circondariale di Salerno i medici ed gli infermieri che occorrono”.

Benevento: chiarimenti dall'Asl sul caso di tubercolosi per un detenuto

Il Mattino, 6 gennaio 2013

“L'allarme procurato dalla notizia di un detenuto ricoverato per tbc impone alcuni chiarimenti. Non c'è ancora la diagnosi di certezza della malattia, essendo necessari dei tempi tecnici per l'esito degli esami effettuati ed i protocolli ufficiali prevedono che al solo “sospetto” di tubercolosi, vengano attuate tutte le misure per evitare la

diffusione della malattia, tali misure comprendono l'avvio della terapia specifica per l'ammalato o caso sospetto ed il test per i contatti stretti, cioè coloro che hanno coabitato con l'ammalato". Questo in una nota della Direzione Sanitaria dell'Asl di Benevento.

"Tutto ciò è stato messo in atto anche nel caso del detenuto. Il test che si esegue sui contatti, cioè sulle persone che sono venute a contatto con l'ammalato che si sospetta abbia contratto la tubercolosi, è detto "intradermoreazione di Mantoux" e consiste nella iniezione intradermica di una piccola quantità di tubercolina, la comparsa di un arrossamento e di un nodulo nella zona di inoculo indica la "positività" del test.

Tale positività non indica che il soggetto sia malato, ma solo che ha avuto un contatto con il batterio. I soggetti risultati positivi vengono sottoposti a radiografia del torace per verificare se sono malati.

Nella circostanza che si è verificata nei giorni scorsi, la presenza di alcuni agenti di polizia penitenziaria "positivi" al test di Mantoux non significa che sono malati, come confermato dall'assenza di lesioni attive alla radiografia del torace, eseguita presso l'ambulatorio dell'ASL nella stessa giornata della lettura del test o che sono stati contagiati da un presunto caso di tubercolosi, ma che nella loro vita, hanno avuto contatto con il micobatterio della tubercolosi.

Sarebbero risultati, verosimilmente, positivi anche se il test l'avessero fatto in assenza del sospetto caso, va rimarcato che una percentuale di test positivi si ritrova, normalmente, nella popolazione, specie di età adulta.

Analogo ragionamento va fatto per i detenuti risultati positivi e, comunque, anche in considerazione delle particolari condizioni di vita del personale e dei detenuti, si è deciso, d'accordo con il Dirigente Medico della Casa Circondariale, di iniziare, per tali soggetti, sottoposti anche ad accertamenti ematologici, una chemioterapia preventiva".

Torino: 44enne colto da malore durante arresto, muore in ospedale

Adnkronos, 6 gennaio 2013

Non ce l'ha fatta Alessandro Pecora, il 44enne colto da un malore durante l'arresto giovedì sera. È morto nel pomeriggio all'ospedale di Orbassano (Torino). Quando gli agenti di polizia giudiziaria si erano presentati a casa sua a Borgaretto, frazione di Beinasco alle porte di Torino, per notificargli una misura di custodia cautelare in carcere l'uomo, pregiudicato e noto tossicodipendente, aveva dato in escandescenze e si era poi accasciato a terra. Subito soccorso prima dai poliziotti, che gli avevano praticato un massaggio cardiaco, e poi dal 118, era stato trasportato all'ospedale San Luigi di Orbassano (Torino) dove è deceduto.

Lettere: la mia protesta per le persone che dopo il carcere ingiusto non vengono risarcite
di Giulio Petrilli

Ristretti Orizzonti, 4 gennaio 2013

Sospendo lo sciopero della sete ma proseguo quello della fame. La mia è una protesta per una profonda ingiustizia non solo verso di me, ma anche verso tantissime altre persone, che dopo il carcere ingiusto non vengono risarcite. Il principio che passa è che dopo essere arrestato, anche se poi vieni assolto, rimani per sempre il carcerato.

Dopo cinque giorni sospendo lo sciopero della sete, in quanto le condizioni fisiche non consentono ulteriormente di andare avanti, ma proseguo lo sciopero della fame per protestare contro l'ordinanza della corte d'appello di Milano che nel giugno scorso ha rigettato la mia istanza per il risarcimento per ingiusta detenzione, adducendo il motivo che frequentando ambienti politici dell'antagonismo ho tratto in inganno gli inquirenti.

Ho scontato dal dicembre 1980 sei anni di carcere per il reato di partecipazione a banda armata con funzioni organizzative (Prima Linea), per poi essere assolto in appello nel 1986. La sentenza definitiva di assoluzione in cassazione è del 1989.

Questa mia protesta, non riguarda solo il mio caso ma tantissimi altri. Oggi solo a un terzo delle persone assolte dopo un periodo detentivo viene riconosciuto il risarcimento. All'incirca su tremila domande annue solo ottocento vengono accolte, per gli altri, come nel mio caso c'è il rigetto.

Questo perché nella legge sul risarcimento c'è un comma, che stabilisce che una persona anche se è stata assolta, ma con il suo comportamento ha tratto in inganno gli inquirenti non va risarcita.

Questo vuol dire, che chi assolto dopo la carcerazione preventiva, ma viveva in quartieri pieni di pregiudicati e magari li frequentava, o semplicemente li conosceva, non va risarcito.

Chi assolto per il reato di eversione, ma conosceva persone dell'area dell'antagonismo ugualmente non va risarcito.

Questo mio sciopero della fame prosegue per abolire proprio questo comma, il n. 1 dell'articolo 314 del codice procedura penale, che prevede che anche in caso di assoluzione, ma una persona ha avuto comportamenti non idonei non va risarcita. Non si valutano più le sentenze assolutorie, ma si dà una valutazione sulle frequentazioni delle persone.

Essere assolti o condannati non cambia nulla, il giudizio per concedere il risarcimento è solamente morale. Un comma completamente anticostituzionale e in aperto contrasto con lo statuto della Corte Europea e quella dei

Diritti Civili delle Nazioni Unite, che difendono l'inviolabilità della libertà personale e il risarcimento per chi ne è stato privato ingiustamente.

Sicilia: il Garante, Salvo Fleres, ci racconta lo stato in cui sopravvivono i detenuti siciliani di Lanfranco Palazzolo

La Voce Repubblicana, 4 gennaio 2013

“Ci sono stati alcuni decessi di ammalati di tubercolosi. Chi conosce la malattia sa che c'è bisogno d'aria. Il contrario delle carceri italiane”. In Sicilia i detenuti non sono curati come dovrebbero. Lo ha detto alla “Voce Repubblicana” il senatore di Coesione nazionale Salvo Fleres che ricopre l'incarico di Garante per i diritti dei detenuti in Sicilia.

Senatore Salvo Fleres, con un'ordinanza dei giorni scorsi la magistratura ha chiesto all'Istituto Pagliarelli di rendere la condizione dei carcerati più umana...

“Un recluso del carcere Pagliarelli si è rivolto a me in qualità di Garante dei detenuti in Sicilia per chiedere di risolvere il problema dell'invivibilità nel carcere. Ci siamo rivolti all'associazione forense di Catania che si occupa di questi casi per conto dell'ufficio del Garante. E la magistratura ha intimato al carcere Pagliarelli di cambiare le condizioni in cui vivono i detenuti. Quello di questi giorni è solo uno degli ultimi ricorsi presentati dai detenuti. Nei giorni scorsi c'era stata un'ordinanza della magistratura che aveva notificato questo atto anche al Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e al ministro della Giustizia Paola Severino. Ma il ministero della Giustizia non ha fatto nulla per cambiare le condizioni del carcere di Catania. In questo secondo caso faremo ricorso per ottenere quanto aveva già chiesto il giudice di sorveglianza con un'ordinanza”.

Cosa è stato chiesto nell'ordinanza relativa al detenuto del carcere Pagliarelli?

Il magistrato aveva chiesto di dare al detenuto uno spazio adeguato di almeno 7 metri quadrati, in una cella per non fumatori. Ma l'ordinanza non riguarda solo l'utilizzo delle celle. I detenuti sono costretti a turni bisettimanali per fare le docce. Credo che questa ordinanza tracci una linea di legalità per chi è adibito alle funzioni dell'esecuzione della pena”.

Lei ha ricordato lo stato delle docce che, soprattutto d'estate, diventa un grave problema. Ci sono mai state delle epidemie particolari in qualche penitenziario?

“Per fortuna no. Però ci sono stati decessi di detenuti ammalati di tubercolosi e non curati adeguatamente. Alcuni malati di tubercolosi sono stati lasciati nelle celle. Chi conosce questa malattia sa benissimo che una delle condizioni per curare la tubercolosi è il continuo ricambio dell'aria, condizione che non può esserci in una cella dove convivono, in spazi ristrettissimi, numerosi detenuti. Fenomeni di questo genere, legati alla sanità penitenziaria, ce ne sono tantissimi in Sicilia. Anche perché la Sicilia è ancora l'unica regione che non ha adempiuto al rispetto del decreto del 2008 che prevede il trasferimento della cura dei detenuti al Sistema sanitario nazionale”.

Di chi è la colpa?

“Credo che il problema sia legato all'amministrazione della Regione Sicilia. Con la nuova amministrazione non è ancora cambiato nulla. Si tratta di recepire un decreto trasformato in legge”.

Padova: tunisino morto in carcere, la famiglia non crede a suicidio e presenta una denuncia

Il Mattino di Padova, 4 gennaio 2013

La famiglia non crede al suicidio in carcere e si prepara a presentare una denuncia alla procura della Repubblica. Secondo loro, il decesso del congiunto Ben Mohamed Ezzedine Sebai, 49 anni, noto come il serial killer delle vecchiette, è stato un omicidio.

Spiega l'avvocato veneziano Luciano Faraon che, ieri, ha partecipato a Tunisi alle esequie di Sebai con rito musulmano: “Attraverso di me i familiari sono decisi a presentare la denuncia in seguito alle valutazioni espresse dai nostri consulenti di parte, il professor Vincenzo Mastronardi, criminologo dell'Università La Sapienza di Roma, e il medico legale Massimiliano Mansutti di Udine. Per i due esperti si è trattato di un omicidio. Sospettiamo che Ezzedine Sebai sia stato strozzato”.

La mattina del 14 dicembre scorso, intorno alle 7,30, l'uomo è stato trovato incosciente da un inserviente all'interno della cella situata nella sezione comune della casa di reclusione Due Palazzi, la struttura penitenziaria per i condannati in via definitiva. All'apparenza si era impiccato con un lenzuolo fissato alle grate. Al momento dell'allarme respirava ancora, ma in ospedale è arrivato in condizioni disperate e poco dopo è spirato.

Condannato a quattro ergastoli per altrettanti omicidi di anziane donne in Puglia, avvenuti tra il 1995 e il 1997, aveva confessato di essere l'autore di 14 assassini su alcuni dei quali non è ancora stata detta la parola fine.

Giustizia: morire di carcere... inizia bene il 2013!

di Emilio Quintieri

www.clandestinoweb.com, 3 gennaio 2013

Dopo la strage consumatasi nel 2012 all'interno delle nostre carceri, con 154 persone detenute morte, 60 delle quali suicidatesi, iniziamo la contabilità dei "morti pena" del 2013.

Giuseppe Pizzo, 58 anni, operaio edile, incensurato, originario di Belmonte Mezzagno, si è impiccato con un lenzuolo dopo aver fallito, la scorsa estate, un primo tentativo di suicidio sventato dalla Polizia Penitenziaria. Era rinchiuso nel Carcere "Ucciardone" di Palermo e da alcuni mesi si trovava da solo in cella. In attesa di essere giudicato perché accusato di avere ucciso e bruciato il corpo di una giovane prostituta nigeriana.

Il suo legale, l'avvocato Mimmo La Blasca, aveva presentato due istanze di scarcerazione. Una dopo il primo gesto insano e l'altra dopo un'incidentale caduta avvenuta nel carcere di Termini Imerese. Pizzo era precipitato giù dalle scale riportando diverse fratture. Entrambe le istanze sono state rigettate dal Tribunale del Riesame che ha ritenuto le sue condizioni psichiche compatibili con il regime carcerario e necessarie per garantire le esigenze cautelari. Il prossimo 10 gennaio sarebbe dovuto iniziare il processo con rito abbreviato dinanzi alla Corte di Assise di Palermo. Nel Carcere "Ucciardone" di Palermo, a fronte di una capienza regolamentare di 345 posti, vi sono rinchiusi in condizioni disumane 600 persone.

In Calabria, presso la Casa Circondariale "San Pietro" di Reggio Calabria, un detenuto di 50 anni, reggino, ha tentato il suicidio nella sua cella, non riuscendoci per l'intervento del personale della Polizia Penitenziaria. Lo ha fatto impiccandosi alle grate della finestra, il modo più diffuso all'interno delle carceri. L'uomo, in cella da solo, come ciascun detenuto in osservazione psichiatrica, era da poco rientrato dalla comunità terapeutica esterna. E, come ogni detenuto di questo genere, è soggetto a videosorveglianza 24 ore su 24, come previsto dalla legge. Ed è proprio attraverso i monitor di controllo che l'Agente della Penitenziaria in servizio si è accorto in tempo del tentativo del 50enne di compiere l'estremo gesto ed è intervenuto prontamente, evitando l'ennesima morte per suicidio nel pianeta carceri. Questo detenuto, che si trova in carcere già da tempo per reati da ricondurre alla droga, aveva anche scritto una lettera alla moglie, informandola della sua volontà di farla finita.

Nel Carcere di Reggio Calabria i detenuti sono ristretti, o forse è meglio dire ammassati, in delle celle con 4 letti a castello, 433 detenuti a fronte di una capienza regolamentare di 149 posti.

Proprio recentemente le condizioni illegali di entrambi gli Istituti Penitenziari erano state portate all'attenzione del Governo con distinte Interrogazioni Parlamentari sottoscritte dall'Onorevole Rita Bernardini e dal Senatore Salvo Fleres.

Più in generale, per quanto riguarda la Calabria, l'ultimo atto del Sindacato Ispettivo Parlamentare, che ha denunciato ai Ministri della Giustizia e della Salute la gravissima situazione in cui versano le "Patrie Galere", è stato presentato, su mia sollecitazione, al Senato della Repubblica lo scorso 17 dicembre dal Senatore Marco Perduca e cofirmato dai Senatori Roberto Di Giovan Paolo, Donatella Poretti, Roberto Della Seta, Francesco Ferrante e Salvo Fleres.

Giustizia: morire con le manette ai polsi, la storia di Luigi Marinelli

di Luigi Manconi e Valentina Calderone

L'Unità, 3 gennaio 2013

La storia di Luigi Marinelli, 48 anni, romano, deceduto il 5 settembre del 2011 dopo essere stato ammanettato dalla polizia. Per la famiglia la sua fine è da collegare alla violenza subita durante l'arresto. Per il pm no.

Luigi Marinelli muore il 5 settembre 2011 nella sua abitazione di Roma, all'Eur, verso le 15.30. Circa un'ora prima la madre dell'uomo, a seguito di una lite per una questione economica, aveva chiamato la polizia. Luigi Marinelli, 48 anni diagnosticato schizofrenico, invalido al cento per cento e consumatore occasionale di sostanze stupefacenti, aveva chiesto alla madre un assegno di 10mila euro, soldi che gli spettavano in quanto parte dell'eredità lasciatagli dal padre.

La donna, viste le condizioni di salute del figlio, si era rifiutata, ne era nata una lite e per questo motivo decideva di richiedere l'intervento della polizia. Nel frattempo Vittorio Marinelli, fratello di Luigi, si recava nell'abitazione della madre avvertito da quest'ultima. Da adesso in poi la situazione precipita. Di fronte alle insistenze del fratello, e in presenza della polizia, Vittorio convince la madre a dare i soldi a Luigi.

Questi, preso l'assegno, cerca di guadagnare l'uscita ma gli agenti glielo impediscono. Si susseguono momenti concitati in cui Marinelli viene sbattuto contro la porta, atterrato e ammanettato. Dopo poco ha un malore e fa visibilmente fatica a respirare. Vittorio Marinelli, che ha assistito a tutta la scena, chiede che vengano tolte le manette al fratello per consentirgli di muoversi ma gli agenti si accorgono in quell'istante di non avere le chiavi. Passano lunghi minuti prima che un'altra volante allertata dai poliziotti arrivi a casa di Marinelli e possa liberargli i polsi. Nel frattempo viene chiamato il 118 e il personale paramedico, una volta giunto, non può far altro che constatare il decesso di Luigi Marinelli. Sul corpo dell'uomo, nel corso dell'esame autoptico, sono state riscontrate quattordici lesioni, oltre alla rottura di alcune costole. Per i medici incaricati di effettuare l'autopsia, quelle lesioni sono "di piccole dimensioni, superficiali e non compatibili (...) con azioni di costrizioni o comunque di

colluttazione significativamente veementi”.

E a loro avviso le fratture costali “sono state prodotte dopo la morte o in limine vitae quando, cioè, il soggetto era in sul morire: vanno cioè attribuite alle manovre di soccorso e di rianimazione”. Il pubblico ministero che ha condotto le indagini ha chiesto l’archiviazione del caso avvalorando la tesi prospettata dai consulenti tecnici per i quali “si può escludere che la morte di Marinelli sia stata causata dalla postura coattivamente indotta da parte degli agenti di polizia”.

Contro la decisione del Pm, la famiglia di Marinelli, attraverso l’avvocato Giuseppe Iannotta, ha presentato opposizione alla richiesta di archiviazione. Per l’avvocato, infatti, non è da escludere una causa di morte da arresto cardiaco provocata da un forte trauma toracico, secondario alle manovre violente di ammanettamento da parte di un agente.

Le dichiarazioni rese da questi ultimi non coincidono, soprattutto per quanto riguarda l’utilizzo delle manette: uno dei poliziotti intervenuti nell’abitazione di Marinella dichiara che “gli venivano subito tolte le manette di sicurezza”. Questa circostanza, però è stata smentita oltre che dal fratello e dalla madre di Marinelli, anche dagli agenti della volante intervenuti successivamente e proprio per portare le chiavi delle manette. Come è ovvio, la posizione costretta in cui si trovava Marinelli, ha impedito di praticare nei modi dovuti “le pur minime manovre emergenziali di soccorso nei tempi utili e indifferibili necessari”.

Questo fatto, di estrema importanza, non viene nemmeno (Stato dai consulenti che hanno redatto l’autopsia e inoltre, nessun approfondimento viene fatto dal Pm sul perché gli agenti abbiano ammanettato Marinelli. Non c’era nessun motivo, infatti, per procedere al fermo dato che la sua condotta non configurava alcuna fattispecie di reato. In ultimo, la mancata individuazione del nesso causale tra l’intervento degli agenti e la morte di Marinelli: Se Marinelli non fosse stato bloccato, scaraventato a terra con veemenza e schiacciato da un peso che superava decisamente i due quintali, sarebbe deceduto in quel momento?

L’udienza in cui verrà deciso se queste domande hanno un senso, e se meritano una risposta più approfondita di quella ricevuta finora, è fissata per 18 gennaio 2013.

Basilicata: Bolognetti (Ri); qualcuno vorrebbe tenere nascosta “nuova shoah” delle carceri
Notizie Radicali, 3 gennaio 2013

C’è una sofferenza che qualcuno vorrebbe tenere nascosta dietro le sbarre di carceri assurte a scarica sociale. Ci sono immagini che ti restano dentro, appiccicate, e che ritornano di continuo. Ci sono volti e situazioni che non riesci e non puoi dimenticare, come per esempio una cella fredda, asettica, dove un uomo o quel che ne resta consuma giornate eterne, ristretto e isolato, e può solo fare i conti con la sua sofferenza e il suo dolore”.

Lo dichiara Maurizio Bolognetti, segretario lucano dei Radicali Italiani, dopo l’incontro con un detenuto presso la Casa circondariale di Matera, lo scorso 29 dicembre, “uno straccio d’uomo perso nella sua disperazione e chiuso in una cella con solo il letto e senza nemmeno il materasso”.

Guardandolo - aggiunge Bolognetti - inevitabilmente ho pensato a quelli che qualcuno ritiene degli eccessi; ho pensato a quando Marco Pannella ebbe a definire le nostre patrie galere “un consistente e allarmante nucleo di nuova shoah”. Il caso di M., grazie a Rita Bernardini, è finito all’attenzione del Dap ed è purtroppo uno dei tanti casi che emergono in galere infami, indegne di un paese civile e assurte a gironi danteschi per l’intera comunità penitenziaria”.

“Mi piacerebbe - aggiunge - conoscere chi ha pensato di far scontare a un povero cristo il suo supplemento di inferno terreno. Vorrei chiedergli perché e se sa in quali condizioni è ristretto un uomo che non può certo essere curato in un carcere. Intanto, e spero non me ne voglia, intendo accompagnare con lo sciopero della fame la ripresa dell’iniziativa nonviolenta, del Satyagraha di Marco Pannella. Occorre, credo, nutrire una lotta, dar corpo alla fame e sete di legalità che Marco ha rappresentato e rappresenta. Lo dobbiamo a noi stessi e alla nostra “ambizione” di voler riguadagnare questo nostro Stato, incapace di rispettare la sua propria legalità, alla civiltà e al diritto”.

Marche: Consigliere D’Anna solidale con Aldo Di Giacomo in sciopero fame per le carceri
Ansa, 3 gennaio 2013

Il consigliere regionale del Gruppo misto Giancarlo D’Anna esprime “solidarietà a Aldo Di Giacomo, rappresentante del Sappe il quale, per denunciare la grave situazione delle carceri italiane, ha ripreso lo sciopero della fame, visto che le numerose denunce di situazioni di carenza di personale della polizia penitenziaria, sovraffollamento, e problematiche strutturali esposte nel corso degli anni non hanno trovato ascolto”.

“A Di Giacomo col quale ho condiviso alcune iniziative e battaglie, il mio sostegno e appoggio, alle autorità competenti - conclude D’Anna - il pressante invito a fissare un incontro con l’esponente del Sappe per evitare che Di Giacomo continui la sua protesta con lo sciopero della sete con gravi rischi per la propria salute”.

Ciccioli (Fratelli D’Italia): esprime solidarietà ad Aldo Di Giacomo

L’On. Carlo Ciccioli, tra i fondatori del nuovo Partito “Fratelli D’Italia Centrodestra Nazionale” esprime forte

solidarietà al Consigliere Nazionale del Sappe (Sindacato Autonomo di Polizia Penitenziaria) Aldo Di Giacomo (che è anche Segretario Regionale), che ha iniziato lo sciopero della fame da più di venti giorni quale eclatante richiamo al mondo della politica sulla situazione delle carceri, della giustizia in genere e delle condizioni di lavoro e di vita degli Agenti di Polizia Penitenziaria. "Intanto – dichiara Ciccioli – mi sento di esprimere la mia solidarietà ad Aldo Di Giacomo e credo nella sua scelta di fare lo sciopero della fame, augurandomi che non possa sfociare anche in quello della sete. Un segnale di estrema sofferenza di chi vive sulla propria pelle l'esperienza della situazione carceraria, che parla anche di cento poliziotti morti per suicidio in dieci anni, settanta suicidi all'anno tra i detenuti, ventimila ospiti in più rispetto alle possibilità delle carceri e oltre nove milioni di processi penali pendenti".

"Il mio impegno – conclude Ciccioli – è sia istituzionale volto alla problematica della riforma della giustizia, che con provvedimenti che possano dare finalmente il via ad una seria programmazione dell'edilizia carceraria: si aprirebbero così spazi davvero vitali anche per il lavoro degli Agenti di Polizia Penitenziaria e spazi adeguati alle condizioni di vita dei detenuti stessi"

Palermo: detenuto si impicca nella sua cella all'Ucciardone, il primo in carcere dell'anno
Agi, 3 gennaio 2013

Un detenuto del carcere Ucciardone di Palermo stamane si è tolto la vita nella sua cella, impiccandosi con un lenzuolo alla parte più alta delle sbarre poste alla finestra. Si tratta di Giuseppe Pizzo, 58 anni, imputato per l'omicidio di una prostituta, fatto per il quale doveva essere giudicato nei prossimi giorni con il rito abbreviato. Era in carcere dal 10 maggio 2012. A trovarlo agonizzante e in fin di vita sono stati gli agenti penitenziari, che appena due ore prima avevano fatto un controllo. I medici hanno tentato di salvarlo, ma non c'è stato nulla da fare.

Di Giovan Paolo (Pd): 2013 si apre nel peggiore dei modi

"Sul fronte delle carceri il 2013 si apre nel peggiore dei modi: un suicidio e un detenuto malato contagioso. Il 2012 si è chiuso con il Pdl che ha detto no alle misure alternative al carcere. In questo modo si è detto no a un percorso di recupero per tanti". Lo afferma il senatore del Pd Roberto Di Giovan Paolo, segretario della commissione Affari Europei.

"La prossima legislatura non potrà esimersi dall'affrontare questi temi, perché in questa siamo arrivati a un passo dall'ottenere risultati - continua Di Giovan Paolo. Mi auguro che non prevalgano le tanto fallimentari logiche securitarie, logiche che hanno condizionato il recente passato".

Apprendi (Pd): si dia corso ad una seria riforma carceraria

"Il primo suicidio dell'anno, nel carcere dell'Ucciardone di Palermo, di un detenuto, ripropone vecchi problemi, sempre attuali, grazie all'indifferenza di chi, nelle istituzioni dovrebbe prestare attenzione alle difficoltà che i direttori delle carceri continuamente segnalano. Il sovraffollamento, la mancanza di personale della Polizia penitenziaria l'esigua e insufficiente presenza di psicologi, e di educatori, sono certamente cause di esasperazione e disperazione che spesso portano al suicidio. Nessun governo si preoccupa di migliorare le condizioni di vita all'interno delle carceri. È necessario che si dia corso ad una seria riforma carceraria".

Papa (Pdl): ieri all'Ucciardone inaugurato anno dei suicidati

"All'Ucciardone si è inaugurato l'anno dei suicidati in carcere dallo Stato italiano. Contro il rischio che nel prossimo Parlamento non ci sia nessuna forza a difesa della giustizia e della legalità, le liste Amnistia Giustizia e Libertà, volute da Marco Pannella, saranno un antidoto all'indifferenza colpevole di una classe politica dedita esclusivamente ai giochi del potere per il potere". È quanto dichiara il deputato del Pdl Alfonso Papa, riferendosi alla morte avvenuta ieri nel carcere di Palermo, dove un detenuto si è impiccato con un lenzuolo in cella.

"Solo nel 2012 - ricorda - sono stati accertati 60 suicidi dietro le sbarre, al ritmo di uno ogni sei giorni. Come riportato dall'osservatorio di Ristretti Orizzonti, dal 2000 a oggi si sono contati 751 suicidi su un totale di 2087 morti tra i reclusi e - conclude Papa - persino il Guardian ha dedicato un approfondimento al fenomeno dei suicidi nelle carceri italiane".

Sappe: gli eventi critici potranno solo che aumentare

Un detenuto italiano si è impiccato questa mattina alle sbarre della sua cella nel carcere dell'Ucciardone a Palermo. L'uomo è accusato dell'omicidio di una prostituta. "Si tratta della ennesima drammatica morte di un detenuto - commenta Donato Capece, segretario generale del Sappe, Sindacato autonomo Polizia penitenziaria.

Nella situazione in cui versa attualmente il pianeta carcere gli eventi critici potranno solo che aumentare in modo esponenziale e l'operato del personale di Polizia Penitenziaria risulterà vano se non si troverà una soluzione celere".

"Se la già critica situazione penitenziaria del Paese non si aggrava ulteriormente è proprio grazie alle donne e agli uomini del Corpo di Polizia Penitenziaria - sottolinea Capece - che tra il 2010 ed il 2011 sono intervenuti tempestivamente in carcere salvando la vita a più di 2.000 detenuti che hanno tentato di suicidarsi e impedendo che gli oltre diecimila atti di autolesionismo posti in essere da altrettanti ristretti potessero degenerare ed ulteriori avere

gravi conseguenze”.

Poliziotti, aggiunge il segretario del Sappe, “i cui organici sono carenti di oltre 6mila e 500 unità e che mantengono l’ordine e la sicurezza negli oltre duecento Istituti penitenziari a costo di enormi sacrifici personali, mettendo a rischio la propria incolumità fisica, senza perdere il senso del dovere e dello Stato, lavorando ogni giorno, ogni ora, nel difficile contesto penitenziario con professionalità, senso del dovere, spirito di abnegazione e, soprattutto, umanità”.

Reggio Calabria: detenuto sotto “osservazione psichiatrica” tenta suicidio impiccandosi

Ansa, 3 gennaio 2013

Salvato dall’intervento di un agente che lo stava monitorando dalla sua postazione. Un detenuto di 50 anni, reggino, ha tentato il suicidio nella sua cella della casa circondariale di Reggio Calabria. Lo ha fatto impiccandosi alle grate della finestra, il modo più diffuso all’interno delle carceri. Dopo averne sventati a decine nell’anno appena trascorso, questo è il primo caso del 2013 a cui la Polizia penitenziaria del “San Pietro” deve far fronte.

L’uomo, in cella da solo, come ciascun detenuto in osservazione psichiatrica, era da poco rientrato dalla comunità terapeutica esterna. E come ogni detenuto di questo genere, è soggetto a videosorveglianza 24/24h, come previsto dalla legge. Ed è proprio attraverso i monitor di controllo che l’agente della penitenziaria in servizio si è accorto in tempo del tentativo del 50enne di compiere l’estremo gesto ed è intervenuto prontamente, evitando l’ennesima morte per suicidio nel pianeta carceri.

Il detenuto reggino, in carcere già da tempo per reati da ricondurre alla droga, aveva per giunto scritto una lettera alla moglie, deciso quindi a farla finita. Impossibile sapere con certezza il motivo all’origine di questo estrema scelta, ma tutta lascia immaginare che sia di carattere personale, familiari, non a caso il reparto di detenzione è quello psichiatrico. Non dovrebbero esserci, dunque, secondo le fonti, altre motivazioni dietro il tentativo di impiccagione.

Al contempo, si ripresenta però l’occasione per i massimi esponenti locali e nazionali del Sappe di ribadire come sempre le cifre del pianeta carceri, in grave difficoltà ormai da decenni. Affermano il segretario nazionale ed il segretario generale aggiunto del Sindacato di polizia penitenziaria - rispettivamente Damiano Bellucci e Giovanbattista Durante - che “a Reggio Calabria sono ristretti 350 detenuti e vi operano 149 agenti; molti sono impiegati in altri istituti, pur essendo in forza a Reggio Calabria, come ad esempio quelli distaccati da oltre 10 anni a Sant’Angelo dei Lombardi, in Campania, e non si comprende il motivo per cui il Dipartimento non li faccia rientrare nella propria sede”.

Benevento: Ugl; agenti positivi a Tbc, solo punta iceberg di situazione sanitaria esplosiva

Il Mattino, 3 gennaio 2013

“Quanto accaduto nel carcere di Contrada Capodimonte (Benevento), dove 4 agenti sono risultati positivi al test della Tbc, è purtroppo solo la punta dell’iceberg di una situazione esplosiva sotto l’aspetto sanitario, a causa del persistente sovraffollamento”.

Lo dichiara il segretario nazionale dell’Ugl Polizia Penitenziaria, Giuseppe Moretti, sul caso emerso alcuni giorni fa. “Ciò che più ci preoccupa però - aggiunge Moretti - è che non si tratti di un episodio isolato: la rilevazione dell’incidenza della diffusione della tubercolosi nelle carceri è infatti allarmante e si riverbera anche all’esterno dei penitenziari attraverso i contatti della popolazione generale con quella carceraria”. “Ci siamo spesso domandati - sottolinea Moretti - se la scelta di delegare alle Regioni la sanità penitenziaria sia stata saggia, visto che chi vive in un luogo così promiscuo e in una condizione di elevato rischio di contagio non può essere sottoposto a controlli al pari di chi vive liberamente.

Ci aspettiamo ora una rapida indagine dell’Amministrazione penitenziaria che accerti se sono state trascurate azioni di prevenzione da parte della direzione del carcere di Benevento e - conclude il sindacalista - auspichiamo la messa a punto di valide misure precauzionali a tutela del personale e dei detenuti”.

Caltanissetta: Sappe; in carcere presenza media trecento detenuti per capienza di 240 posti

Giornale di Sicilia, 3 gennaio 2013

Al Malaspina, dove recentemente si sono verificati episodi poco piacevoli, si viaggia attorno a una presenza media giornaliera di trecento unità rispetto ad una capienza di 240 posti. Sovraffollamento e carenze d’organico rendono problematico l’andazzo nella vecchia struttura borbonica di via Messina

È difficile la situazione nelle due case circondariali più importanti della provincia. Il problema, puntualmente denunciato dalle organizzazioni, riemerge prepotentemente in queste ore dopo il suicidio di un detenuto all’Ucciardone.

Al Malaspina, dove recentemente si sono verificati episodi poco piacevoli, si viaggia attorno a una presenza media giornaliera di trecento unità rispetto ad una capienza di 240 posti. Sovraffollamento e carenze d’organico rendono

problematico l'andazzo nella vecchia struttura borbonica di via Messina che ospita nel padiglione cosiddetto di "alta sicurezza" 160 detenuti (mafia e altro). Gli altri ospiti (quasi 140) sono ristretti nel padiglione dei cosiddetti "comuni" teatro negli ultimi tempi di episodi che hanno destato clamore.

Dapprima il tentativo di evasione - sventato dal personale della polizia penitenziaria - di due detenuti (un gelese e un ennese) e successivamente l'aggressione di tre agenti da parte di un detenuto romeno adesso trasferito in altro carcere. Per fortuna non si registrano casi di suicidi, ma solo di autolesionismo.

"Sulla carta - dichiara Rosario Di Prima, segretario del sindacato Osapp - l'organico di polizia penitenziaria malgrado tutto il personale ha difficoltà per ottenere ferie e permessi". Non è certamente rosea invece la situazione al carcere di Gela inaugurato appena un anno fa con una capienza di cinquanta posti. La struttura fa registrare sistematicamente il pienone creando già problemi di sovraffollamento. Per il trasferimento dei detenuti vengono utilizzati mezzi assemblati con "pezzi" ricavati da altri automezzi dismessi e d'estate la penuria di risorse idriche costringe la direzione a limitare l'utilizzo delle docce.

Giustizia: morte e carcere... parole ormai sempre più pensate, dette e scritte insieme
di Ilaria Cucchi

Notizie Radicali, 2 gennaio 2013

Finisce l'anno con Pannella che digiuna fin quasi a morire. E con l'affermazione dei periti nominati dalla corte: Stefano Cucchi sarebbe morto di fame dopo l'arresto il 15 ottobre 2009. Morte e carcere: parole ormai sempre più pensate, dette e scritte insieme. A indignarsi è solo chi non ha a che fare con la giustizia. Dentro le aule dei tribunali lo si dà per scontato che nei confronti di coloro che sono nelle mani dello Stato possano essere compiuti atti di violenza psicologica e fisica. Terribile.

Quando ci si rivolge direttamente ai giudici tutti i segni, imbarazzanti e agghiaccianti. Di tali violenze diventano equivoci, dubbi, quando addirittura non scompaiono. I consulenti diventano incerti, possibilisti, balbettanti. Salvo poi recuperare sicurezza e determinazione quando devono escludere, negare, difendere. Da tre anni giro per i tribunali di tutta Italia e le scene si ripetono uguali. Un esempio piccolo: Yaya Samura, teste fondamentale per l'accusa, ha riferito in aula del pestaggio subito da mio fratello.

Ha parlato dei calci, del tonfo del trascinarsi del suo corpo a terra, del suo successivo colloquio con lui, dove Stefano si lamentava di essere stato picchiato mostrandogli le ferite e il sangue che ne usciva. Quel sangue è stato ritrovato su quei pantaloni sequestrati dal pm. Il consulente nominato dalla procura ha scritto che è sangue fresco e di mio fratello. È la prova che non si è procurato quelle lesioni in una caduta accidentale, ma per un pestaggio.

Questo però non esiste per i periti che non ne fanno cenno. Perché? Perché semplicemente quelle ferite come quelle sulle mani e sul corpo risalgono prima del suo arresto. Certo. Ma per tutto questo è realmente accaduto. Perché è "normale". Tutto normale. Per la nostra Costituzione non lo è. Ma è vecchia e inadeguata ai tempi, come afferma qualcuno. Forse ha ragione.

Molise: Di Sandro; sciopero fame contro carceri affollate, sostegno ad Aldo Di Giacomo

Ansa, 2 gennaio 2013

L'assessore regionale alla Sanità Filoteo Di Sandro esprime solidarietà nei confronti di Aldo di Giacomo, presidente dell'associazione Cultura e Solidarietà, sottufficiale della Polizia Penitenziaria, in sciopero delle fame, ormai da circa 20 giorni, per sollevare, all'attenzione del mondo politico, sociale e culturale, il tema della lentezza della giustizia e, più in particolare della congestione del sistema carcerario.

Di Giacomo, come il leader storico dei radicali Pannella, ritiene che il sistema carcerario italiano continui ad essere afflitto da un sovraffollamento eccessivo e da inciviltà con la quale vengono ospitati i detenuti: basti pensare alle 120 morti all'anno con oltre 90 suicidi.

"La problematica sollevata da Di Giacomo è di assoluta rilevanza, perché il grado di civiltà di un Paese si misura anche attraverso la qualità del sistema carcerario. Con circa ventimila detenuti in più rispetto alle possibilità di accoglienza ed un numero esorbitante di processi pendenti non si può soprassedere sulla necessità di intervenire, in maniera sistemica, sulla giustizia italiana al fine di raggiungere il duplice obiettivo di rapidità nei giudizi e dignità nella detenzione - afferma Di Sandro. Nell'esprimere, quindi, vicinanza e pieno sostegno alle ragioni che hanno spinto Di Giacomo alla scelta dello sciopero della fame, non posso che chiedergli di desistere da quest'iniziativa e di ricominciare ad alimentarsi, nella speranza che il nuovo Parlamento possa finalmente dare una risposta adeguata a questa problematica. Per quanto di mia competenza, mi attiverò affinché l'intero mondo politico e istituzionale possa dare massima attenzione alle difficoltà rappresentate ed acquisire la consapevolezza dell'urgenza di interventi in materia".

Napoli: carceri invivibili, sovraffollamento e condizioni igienico sanitarie problemi più gravi

www.justicetv.it, 2 gennaio 2013

Uno striscione occupa il balcone principale del Comune di Napoli. Titola "Fate presto" e si riferisce all'urgenza di intervenire nelle carceri per rendere almeno vivibile il periodo di reclusione per i detenuti. Sovraffollamento e condizioni igienico sanitarie sono i problemi più gravi. Per questo, l'amministrazione di Palazzo San Giacomo, e l'associazione Carcere Possibile Onlus, chiedono, nell'immediato, un intervento legislativo del governo.

"Abbiamo ritenuto di dover sostenere questa campagna perché la situazione si sta facendo davvero tragica - spiega l'assessore al welfare di Napoli Sergio D'Angelo. Siamo ad un suicidio ogni 5 giorni e un decesso ogni 2 giorni. I detenuti vivono in una condizione ai limiti del rispetto dei diritti umani.

La prima cosa che si dovrebbe fare è un intervento legislativo da parte del governo. Abbiamo leggi ingiuste: la Bossi-Fini o la legge sulle tossicodipendenze hanno riempito inutilmente le prigioni di tossicodipendenti che avrebbero avuto bisogno di essere aiutati con corsi di recupero e di riabilitazione". Secondo l'assessore al Welfare di Napoli, la situazione partenopea è tra le più gravi in Italia. Sovraffollamento e sporcizia, ma non solo.

Nei penitenziari, in cui sono numerosissimi gli extracomunitari, è difficile anche trovare mediatori culturali e interpreti che siano in grado far comunicare i detenuti stranieri tra loro e con le autorità. "Poggioreale - continua D'Angelo - è un vero e proprio cancro per la città. Le persone che entrano lì dentro, anche per reati meno gravi, sono prede facili della criminalità organizzata ed escono da quella esperienza ancora più livorosi e da loro non ci si può attendere nulla di positivo.

Al contrario, le poche esperienze che abbiamo avuto come amministrazione nel portare assistenza e formazione professionale nelle carceri, ci dicono che con poco è possibile invertire questa tendenza". Insomma, le condizioni in cui versano i reclusi fanno sì che questi, una volta usciti, siano in condizioni psicologiche tali da non riuscire a reinserirsi nel tessuto sociale.

"Quando i detenuti escono dalla galera ne escono più cattivi di come ci sono entrati - osserva ancora D'Angelo -. E questo rende insicura la società. Il livello di civiltà di una società si misura anche dalla qualità delle carceri, dal modo con cui rinuncia a esercitare il desiderio di vendetta su chi ha sbagliato".

Benevento: Sappe; indagine celere su caso agenti positivi a test tubercolosi

Italpress, 2 gennaio 2013

A Benevento, resta alta la tensione nel carcere di Contrada Capodimonte dopo l'accertamento che 4 agenti di Polizia Penitenziaria sono risultati positivi al test della Tbc. Gli accertamenti erano stati disposti dopo aver accertato che un detenuto straniero era affetto da tubercolosi.

Donato Capece, Segretario Generale del Sindacato Autonomo Polizia Penitenziaria Sappe è tornato a chiedere una indagine dell'Amministrazione Penitenziaria, celere ed immediata, su quanto avvenuto nel carcere di Benevento, a tutela del personale di polizia penitenziaria e dei detenuti anche al fine di scongiurare il rischio di diffusione della tubercolosi nella struttura.

"Non è un mistero che la prevalenza della tubercolosi, sia essa conclamata o latente, è più alta nella popolazione carceraria rispetto alla popolazione generale, per cui e da tempo le organizzazioni sanitarie hanno messo l'accento sulla necessità di arrestare il contagio in questa popolazione a rischio - afferma Capece. Questo a Benevento non è avvenuto, per cui chi dirige la struttura deve essere avvicinato perché deve mettere coloro che lavorano a stretto contatto con i detenuti - come i poliziotti penitenziari - nelle condizioni di operare con tutte le tutele, a cominciare da quelle sanitarie.

Peraltro, secondo recenti studi l'alta prevalenza di tubercolosi nella popolazione carceraria contribuisce all'aumento dell'infezione anche nella popolazione generale: i risultati hanno evidenziato una prevalenza 23 volte più alta nella popolazione carceraria per la Tbc conclamata e 26,4 volte più alta per la Tbc latente. Inoltre, l'8,5 per cento dei contagi nella popolazione generale è attribuibile a contatti con la popolazione carceraria".

Reggio Calabria: Sappe; detenuto 50enne tossicodipendente tenta il suicidio nel carcere

Agi, 2 gennaio 2013

Un detenuto di 50 anni ha tentato il suicidio impiccandosi alle grate della finestra del carcere. È accaduto ieri pomeriggio, nel penitenziario di Reggio Calabria. A dare notizia stamane dell'episodio sono Giovanni Battista Durante, segretario generale aggiunto del Sappe e Damiano Bellucci, segretario nazionale. L'uomo, di nazionalità italiana, era solo in cella ed era rientrato da poco dalla comunità terapeutica esterna ed era in carcere per reati legati alla droga ed altro.

"Solo grazie al pronto intervento dell'agente della polizia penitenziaria in servizio nella sezione detentiva -

comunica il Sappe - è stato evitato il peggio. Il nuovo anno nelle carceri italiane inizia così com'era finito, anche grazie alle posizioni demagogiche di chi fa di tutto per non cambiare niente, a cominciare dalla mancata approvazione del disegno di legge sulla messa alla prova e su un serio progetto di depenalizzazione dei reati minori che andrebbero sanzionati con misure interdittive e pene alternative al carcere.

Chi pensa di affermare la certezza della pena ricorrendo esclusivamente al carcere, dimentica - scrive il Sappe - di dire che la certezza della pena in Italia non esiste perché solo il 4/5% di coloro che commettono reati vengono condannati, tutti gli altri restano impuniti, per la lungaggine dei processi e per l'inefficienza del sistema giustizia". A Reggio Calabria, secondo quanto rende noto il sindacato, sono ristretti 350 detenuti e ci sono 149 agenti molti dei quali sono però impiegati in altri istituti. Alcuni sono distaccati da oltre 10 anni a Sant'Angelo dei Lombardi, in Campania, "e non si comprende il motivo - dice il Sappe - per cui il Dipartimento non li fa rientrare a nella propria sede".

altracittà
www.altravetrina.it

UN'ANOMALIA ITALIANA: IL SOVRAFFOLLAMENTO CARCERARIO

Le carceri italiane sono più affollate oggi che prima dell'indulto del 2006, e lo sono più che le carceri delle altre democrazie europee

In alcuni istituti italiani si superano i 3 detenuti per posto, e l'80% degli istituti ha più detenuti che posti regolamentari

Il sovraffollamento carcerario non dipende dall'aumento dei detenuti: paesi con livelli di crescita della detenzione sensibilmente più alti del nostro controllano meglio di noi il sovraffollamento carcerario

Il sovraffollamento delle carceri italiane ha raggiunto proporzioni drammatiche

La visita di Papa Francesco in un carcere minorile romano avviene in un momento di grande drammaticità per la situazione delle carceri nel nostro paese. Lo mostra una ricerca comparata a livello europeo sulla popolazione penitenziaria e sulle condizioni detentive in corso presso la Fondazione Istituto Carlo Cattaneo.

La ricerca ha mostrato che in Italia il sovraffollamento carcerario ha raggiunto da tempo dimensioni critiche. Le carceri italiane ospitano in media 140 detenuti ogni 100 posti disponibili in base alla capienza regolamentare (dati primo bimestre 2013), ma in alcuni istituti si supera anche quota 300. Se non ci fosse sovraffollamento, ma il numero di posti fosse sufficiente a ospitare tutti i detenuti, il numero dei detenuti dovrebbe essere pari, o inferiore, a quello dei posti disponibili. Tanto più, quindi, questo numero si allontana da 100, tanto più grave è il problema del sovraffollamento. In questi istituti, quindi, per ogni singolo posto disponibile in base alla capienza regolamentare si conta la bellezza di 3 detenuti. Anche grandi istituti di pena come San Vittore a Milano o la Dozza a Bologna superano la quota di 200.

Nel complesso, su 209 istituti presi in esame, 23 registrano oltre 200 detenuti per 100 posti, e ben 167 - quindi l'80% del totale - ha più detenuti che posti a disposizione. Solo il 20% delle carceri italiane ha posti a disposizione sufficienti rispetto al numero dei detenuti ospitati.

Tab. 1 - Detenuti per 100 posti disponibili in base alla capienza regolamentare. Primi dieci istituti per numero di detenuti per posti regolamentari, in ordine decrescente, 2011

Istituto	Regione	Provincia	detenuti per 100 posti
Lamezia terme -	Calabria	Cz	303,3
Brescia "canton monbello"	Lombardia	Bs	258,3
Busto Arsizio -	Lombardia	Va	253,3
Varese -	Lombardia	Va	247,2
Piazza armerina -	Sicilia	En	240,0
Pozzuoli -	Campania	Na	236,3
Bologna -	Emilia-Romagna	Bo	235,0
Vicenza -	Veneto	Vi	233,6
Milano "San vittore"	Lombardia	Mi	229,6
Ancona	Marche	An	226,7

Fonte: elaborazioni Istituto cattaneo su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria

I livelli di sovraffollamento delle carceri italiane sono superiori a quelli che si registrano nelle altre democrazie europee

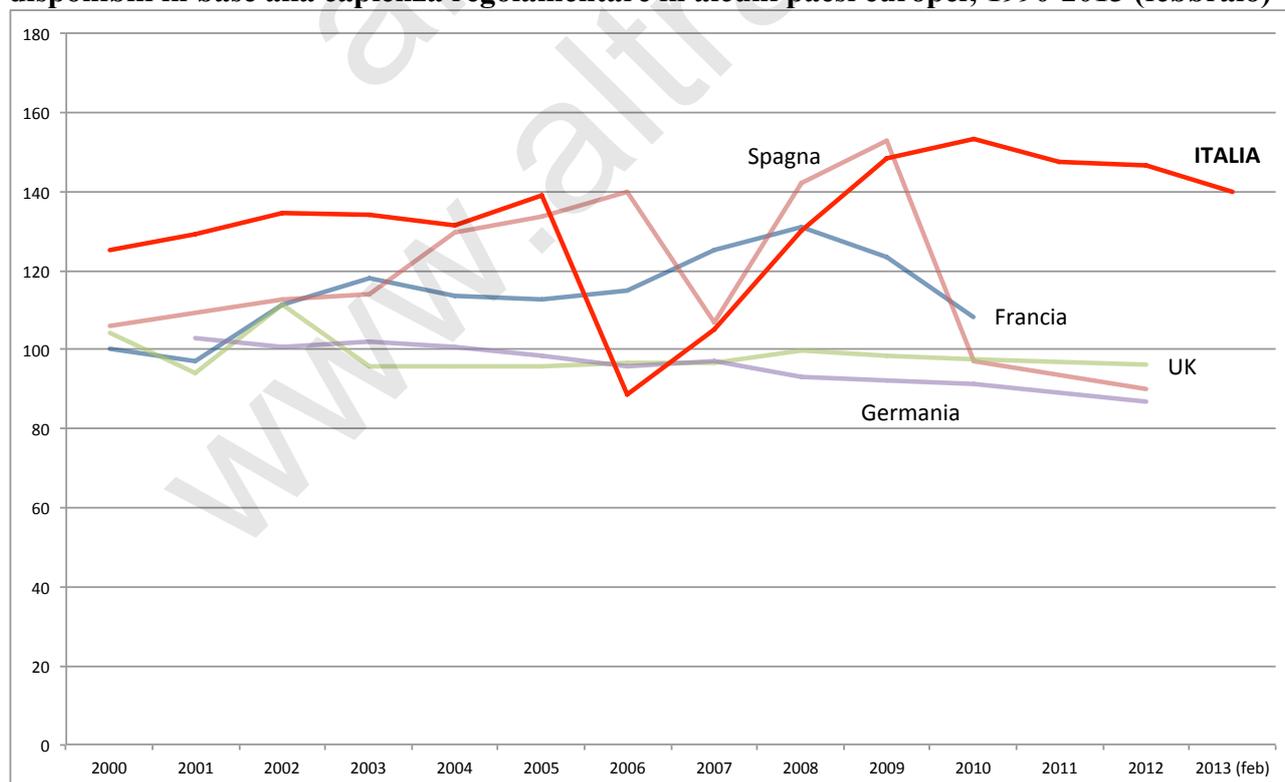
L'Italia ha, non da oggi, livelli di sovraffollamento carcerario comparativamente molto superiori a quelli che si registrano nelle altre democrazie europee, comprese quelle mediterranee. La tab. 2 e il grafico corrispondente in fig. 1 segnalano questo fenomeno e il suo andamento nel corso del tempo. Nessuno dei paesi considerati ha livelli paragonabili a quelli del nostro rispetto all'indicatore di sovraffollamento utilizzato, che presenta il numero di detenuti presenti alla fine dell'anno per 100 posti regolamentari disponibili. Anzi, nessuno dei paesi considerati presenta livelli apprezzabili di sovraffollamento, come mostra il fatto che l'indicatore è inferiore a 100.

Tab. 2 - "Tasso di densità carceraria" (indicatore di sovraffollamento) = Detenuti per 100 posti disponibili in base alla capienza regolamentare in alcuni paesi europei; 2000-2013 (febbraio)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Francia	100	97	112	118	114	113	115	125	131	123	108			
Spagna	106		113	114	130	134	140	107	142	153	97		90	
UK	104	94	111	96	96	96	97	96	100	98	98		96	
Germania		103	101	102	101	98	96	97	93	92	91		87	
Italia	125	129	135	134	132	139	89	105	130	148	153	147	146	140

Fonti: Elaborazioni Istituto Cattaneo su dati Council of Europe Annual Penal Statistics, Space I, vari anni; Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Fig. 1 - "Tasso di densità carceraria" (indicatore di sovraffollamento) = Detenuti per 100 posti disponibili in base alla capienza regolamentare in alcuni paesi europei; 1990-2013 (febbraio)



Il sovraffollamento carcerario è cresciuto in Italia, ma in altre democrazie europee non c'è stata alcuna crescita

La stessa tabella e lo stesso grafico mostrano, però, che non solo l'Italia ha livelli di sovraffollamento carcerario ben superiori a quelli delle altre democrazie europee, ma anche che gli attuali livelli di sovraffollamento del nostro paese sono l'esito di una tendenza decennale alla crescita del tutto anomala rispetto al resto d'Europa. Infatti, in controtendenza rispetto a quanto avvenuto nelle altre democrazie europee, in Italia il sovraffollamento carcerario è cresciuto sensibilmente dall'inizio di questo secolo; negli altri paesi, invece, è rimasto stabile o è addirittura diminuito. Ma a sorprendere è soprattutto l'osservazione di quanto accade a partire dall'anno 2006. In quell'anno, infatti, il Parlamento votò un provvedimento di indulto che ebbe come effetto immediato la riduzione drastica del sovraffollamento. Per quell'unico anno l'Italia passò dalla prima all'ultima posizione per livello di sovraffollamento carcerario tra i paesi che abbiamo preso in considerazione. Ma quel che è avvenuto negli anni successivi mostra chiaramente gli effetti di quella decisione. Già nel 2008 gli effetti dell'indulto furono riassorbiti e, a partire dal 2009, la crescita del sovraffollamento riprese la sua corsa riportando l'Italia in testa alla graduatoria e allargando la forbice tra il nostro e gli altri quattro paesi. L'effetto dell'indulto è durato pochi mesi, se si tiene conto della sua capacità di ridurre il numero di detenuti, due anni se si considera, invece, la sua capacità di mantenere livelli di sovraffollamento inferiori a quelli di partenza. In ogni caso un risultato modesto.

C'è una relazione tra sovraffollamento carcerario e crescita della popolazione penitenziaria?

L'opinione secondo la quale la crescita dei livelli di sovraffollamento delle nostre carceri è dipesa dall'aumento della popolazione dei detenuti, e che in generale esista una relazione tra crescita del numero di detenuti e aumento del sovraffollamento, sembra coerente con il buon senso. Da essa discende l'invocazione di provvedimenti straordinari di riduzione della popolazione carceraria come soluzione al problema del sovraffollamento. La ricerca che l'Istituto Cattaneo ha condotto mostra, però, che non esistono prove dell'esistenza di questa relazione. Infatti, a differenza di quanto si potrebbe essere portati a pensare, la crescita del sovraffollamento carcerario non è dipesa dall'aumento dei tassi di detenzione. Paesi come Regno Unito e Spagna in cui il tasso di detenzione, ovvero il numero di detenuti rapportato alla popolazione, è aumentato, non hanno registrato alcuna crescita del sovraffollamento carcerario; in Spagna, per esempio, i tassi di detenzione sono cresciuti sensibilmente dall'inizio di questo secolo (Tab. 3 e Fig. 2), ma il sovraffollamento carcerario, dopo un periodo di crescita, è oggi inferiore a quello del 2000. Nel Regno Unito, in cui i tassi di detenzione sono cresciuti un po' più che in Italia, il sovraffollamento carcerario ha registrato una lieve riduzione. Francia, Spagna, Regno Unito hanno tutti tassi di detenzione superiori a quelli italiani, ma in nessuno di questi paesi il numero di detenuti supera il numero di posti disponibili nelle carceri.

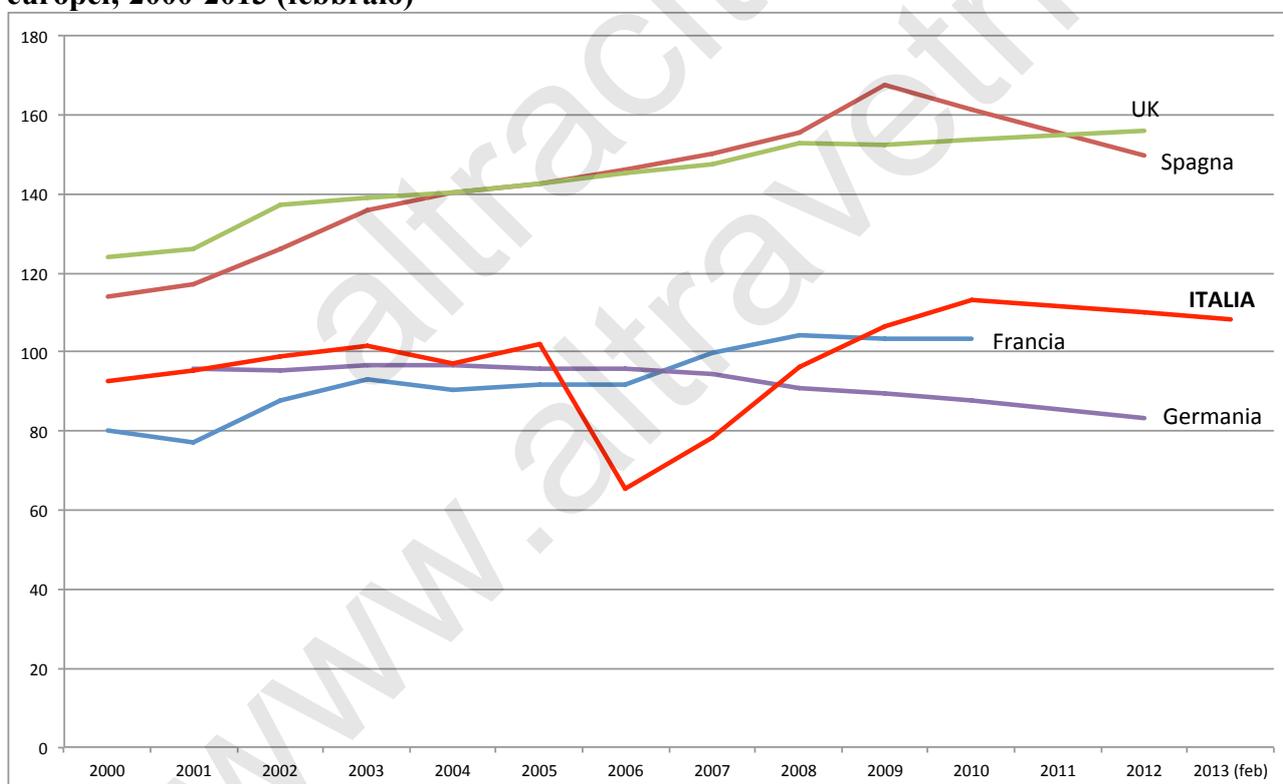
In conclusione l'analisi comparata, nel tempo e nello spazio, del caso italiano mostra che il nostro sistema penitenziario ha un grave e cronico problema di sovraffollamento, ma che a ottenere risultati apprezzabili e di medio periodo nel campo del controllo del problema del sovraffollamento carcerario non sono i paesi che hanno sperimentato riduzioni straordinarie della popolazione carceraria, i cui effetti possono essere tipicamente solo di breve periodo.

Tab. 3 – Detenuti presenti nelle carceri al 31 dicembre per 100 mila resindeti in alcuni paesi europei; 2000-2013 (febbraio)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013 (feb)
Francia	80,1	77,1	87,6	93,1	90,5	91,8	91,6	99,9	104,1	103,1	103,5	-	-
Spagna	114,0	117	126,2	135,8	140,3	142,4	146,1	150,2	155,5	167,6	161,3	149,9	-
UK	124,0	126	137,1	139,1	140,4	142,7	145,1	147,5	152,8	152,3	153,9	156,0	-
Germania	-	95,8	95,2	96,4	96,5	95,7	95,8	94,5	90,7	89,3	87,6	83,2	-
Italia	92,7	95,3	98,8	101,7	96,9	102	65,2	78,4	96	106,6	113,3	110,0	108,4

Fonti: Elaborazioni Istituto Cattaneo su dati Council of Europe Annual Penal Statistics, Space I, vari anni; Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria; Eurostat, Population statistics; Istat, bilancio demografico della popolazione residente

Graf. 2 – Detenuti presenti nelle carceri al 31 dicembre per 100 mila resindeti in alcuni paesi europei; 2000-2013 (febbraio)



Analisi e testo a cura di Asher Colombo - twitter: @ashercolombo

Fondazione di ricerca Istituto Carlo Cattaneo

Tel. 051235599 / 051239766

Sito web: www.cattaneo.org

Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

IL PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE PER LE PERSONE DETENUTE

Attività e prestazioni rivolte alle persone detenute
negli Istituti Penitenziari
della Regione Emilia-Romagna

www.atracitaavetrina.it

Indice

Guida alla lettura del documento	3
Introduzione	5
La sfida della riforma della medicina penitenziaria	6
Cosa ha fatto la Regione	8
Il percorso clinico-assistenziale delle persone detenute.....	9
PARTE I. Il percorso assistenziale – una visione di insieme.....	11
A. ACCOGLIENZA.....	11
B. PERIODO DI DETENZIONE.....	15
C. DIMISSIONE NEL TERRITORIO O IN ALTRE SEDI.....	22
PARTE II. Il percorso assistenziale - indicazioni operative.....	24
A. L'ACCOGLIENZA	24
<i>A1 - Presentazione del presidio sanitario nel contesto penitenziario.....</i>	<i>24</i>
<i>A2 - Registrazione consenso privacy.....</i>	<i>25</i>
<i>A3 – Visita di Ingresso.....</i>	<i>26</i>
<i>A4 - Conclusione Visita di Ingresso</i>	<i>31</i>
<i>A5 - Screening di Primo Ingresso: Informazione e Counselling.....</i>	<i>31</i>
<i>A6 - Indicazioni e Raccordo con Direzione Istituto Penitenziario.....</i>	<i>34</i>
<i>A7 - Conclusione del Periodo di Accoglienza.....</i>	<i>35</i>
B. IL PERIODO DI DETENZIONE	39
<i>B1 – Presa in carico integrata</i>	<i>39</i>
<i>B2 – Percorso clinico-assistenziale in emergenza</i>	<i>54</i>
C. LA DIMISSIONE.....	60
<i>C1 - Trasferimento ad altro Istituto penitenziario.....</i>	<i>61</i>
<i>C2 – Uscita dall'Istituto penitenziario.....</i>	<i>64</i>
SCHEDE DI APPROFONDIMENTO	75
Scheda 1 - Gli “eventi critici in carcere”	75
Scheda 2 – Attuazione dei modelli di assistenza primaria	81
Scheda 3 - Aspetti Epidemiologici e Caratteristiche della Popolazione detenuta	83

Guida alla lettura del documento

Questo documento è il risultato dei lavori di un gruppo, costituito a livello regionale (composto da medici referenti, coordinatori/referenti assistenziali, responsabili di programma, responsabili di livello regionale), avviati a dicembre 2010 e terminati nella primavera del 2012.

Si compone di due parti 'centrali' (I e II), precedute da una introduzione di carattere metodologico, ed è corredato da schede di approfondimento.

Data la complessità del documento, e tenuto conto del carattere innovativo dello stesso, si propone una 'guida alla lettura' che descrive i principali contenuti delle singole parti.

Introduzione

- 'le ragioni' della costituzione del Gruppo di lavoro regionale che ha redatto le linee guida relative al percorso clinico-assistenziale, e alle azioni previste
- i riferimenti normativi essenziali della riforma della medicina penitenziaria, proponendo anche alcuni dati sullo stato di salute della popolazione carceraria

Il percorso clinico-assistenziale delle persone detenute

- tre fasi: accoglienza, detenzione, dimissione, rispetto alle quali il Gruppo di lavoro ha definito un'offerta di prestazioni all'utente, oggetto della parte II del documento

I PARTE – Il percorso assistenziale – una visione di insieme

Per ciascuna fase del percorso clinico- assistenziale, si forniscono indicazioni sulle caratteristiche dell'intervento sanitario rispetto alle esigenze del contesto in cui si esplica la sanità penitenziaria.

In particolare si definiscono i servizi di assistenza primaria:

- **in accoglienza** con connotazione del contesto nel quale essi vengono erogati e riferimento alle caratteristiche dell'intervento sanitario rispetto ai cosiddetti 'nuovi giunti'; (*paragrafo A* - compilazione del PAI)
- **durante il percorso di detenzione**, descrivendo fasi e azioni dell'arrivo in sezione, gli aspetti da considerare durante la permanenza (influenza del contesto detentivo), l'uso dei farmaci, la prevenzione e cura delle patologie in carcere, la gestione delle patologie acute e croniche, il disease management. Si delineano infine le caratteristiche del percorso in emergenza e del primo soccorso (*paragrafo B*)
- **nella dimissione**, al termine del percorso di detenzione, con riferimento alle azioni da considerare per dare continuità al percorso clinico-assistenziale in fase di uscita dal carcere (*paragrafo C*)

II PARTE – Indicazioni operative

Per ciascuna fase del percorso clinico-assistenziale si definiscono standard di servizio e si danno indicazioni specifiche in merito alle procedure da adottare, ai ruoli e funzioni del personale sanitario, alle modalità di registrazione/verifica delle specifiche attività.

In particolare si definisce il percorso clinico-assistenziale:

- **in accoglienza**, all'ingresso in carcere: questo processo viene diviso in sette diversi momenti, di ciascuno dei quali si definiscono le procedure: A.1 Presentazione del presidio sanitario nel contesto penitenziario; A.2 Registrazione consenso privacy; A.3 Visita di ingresso; A.4 Conclusione visita di ingresso; A.5 Lo screening di 1° ingresso: informazione e counselling; A.6 indicazioni e raccordo con direzione Istituto penitenziario; A.7 conclusione della fase di accoglienza (*paragrafo A*)
- **durante il periodo di detenzione** considerando: B.1. percorso di presa in carico integrata (per paziente sano, per paziente con patologia acuta e per paziente con patologia cronica) e B.2. servizi in emergenza (*paragrafo B*)
- **per i detenuti in dimissione** differenziando i percorsi in due possibili situazioni: C.1. la dimissione legata ad un trasferimento della persona ad un altro istituto e C.2. la dimissione coincide con l'uscita dall'istituto (*paragrafo C*).

Ciascuna delle tre fasi (ingresso, permanenza, dimissioni) si compone di una prima **sezione discorsiva** e propone poi una **tabella** in quattro colonne che definisce: ruoli e funzioni del personale sanitario e modalità di registrazione/verifica dell'azione svolta

Si propongono infine delle **schede di approfondimento**, a corredo del documento, quali strumenti utili per supportare la sanità penitenziaria nel contesto detentivo:

- Scheda 1: "Eventi critici" nella popolazione detenuta nel 2010
- Scheda 2: Chronic Care Model
- Scheda 3: Aspetti epidemiologici e caratteristiche della popolazione detenuta

Introduzione

Il DPCM 1 aprile 2008 ha trasferito la competenza della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, concludendo un percorso iniziato con il D.Lgs. 230/99.

In attuazione dell'articolo 32 della Costituzione le Regioni hanno acquisito il compito di tutela della salute delle persone detenute al pari di quelle libere.

Riconosciuta la piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria tra gli individui liberi e gli individui detenuti, internati, minorenni sottoposti a provvedimento penale, **i principi di riferimento** della riforma si fondano:

- sulla necessità di una **piena e leale collaborazione interistituzionale** tra l'Amministrazione Penitenziaria, la Giustizia Minorile e le Regioni, tra le Direzioni degli Istituti penitenziari e le Aziende USL
- sulla **complementarietà degli interventi** a tutela della salute del soggetto sottoposto a limitazione della libertà personale
- sulla **garanzia**, compatibilmente con le misure di sicurezza, di condizioni ambientali, di vita e di benessere rispondenti ai criteri di rispetto della **dignità della persona**.

Gli obiettivi di salute della popolazione detenuta coincidono con quelli dei cittadini liberi, avendo entrambi pari dignità rispetto alla cura:

- promozione
 - salubrità degli ambienti e di condizioni di vita dignitose, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà
 - benessere mirato all'assunzione di responsabilità diretta nei confronti della propria salute, in particolare all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria
 - sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale
- prevenzione
 - primaria, secondaria e terziaria, attraverso progetti specifici, per patologie e target diversificati di popolazione, in rapporto all'età, al genere, e alle diverse etnie
 - del disagio e il contrasto dei fattori di rischio al fine di ridurre gli atti di autolesionismo e il fenomeno suicidario.

Analogamente, **l'organizzazione ed il sistema dei servizi offerti devono corrispondere a quelli accessibili sul territorio, con le opportune integrazioni ed adattamenti al contesto di intervento.**

In questo senso **vale "il principio della equità nella differenza"**: equità di accesso, di prestazione, di orientamento alla fruizione dei servizi, ecc., pur in una situazione di differenza dovuta al luogo di restrizione.

La Regione Emilia-Romagna dopo le competenze già assunte negli anni in materia di tossicodipendenza, igiene pubblica, spesa farmaceutica e specialistica, con il DPCM 01/04/2008, diventa titolare anche dell'assistenza primaria negli Istituti penitenziari.

La Giunta Regionale ha definito i percorsi per il completo trasferimento delle competenze sanitarie ed il modello organizzativo, in base alle caratteristiche e alle tipologie degli Istituti penitenziari, dell'OPG, del Centro Diagnostico Terapeutico di Parma (CDT) e delle strutture del Centro di Giustizia Minorile.

Si richiamano le principali delibere regionali di riferimento:

- DGR 1063/2008: trasferimento del personale sanitario dal Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Regionale;
- DGR 314/2009: modello organizzativo della sanità penitenziaria per le Aziende USL, titolari delle funzioni;
- DGR 314/2009: istituzione dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria che opera a supporto della Regione per il monitoraggio dell'attuazione del DPCM 1/04/2008;
- DGR 2/2010: il Programma Regionale per la salute negli Istituti penitenziari e per i minori sottoposti a misure restrittive della libertà, atto di programmazione, che fornisce prime indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei Programmi Aziendali che ogni Azienda USL deve garantire negli Istituti penitenziari del proprio territorio;
- DGR 1135/2011: Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria relativo alla definizione di forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei detenuti e internati negli istituti penitenziari della regione e indicazioni per la definizione di protocolli locali.

L'assunzione di competenze in ambito di Sanità penitenziaria comporta per le Aziende USL funzioni di gestione, specifiche dell'assistenza sanitaria prestata alle persone detenute, da svolgersi in modo omogeneo in tutti gli Istituti Penitenziari.

La sfida della riforma della medicina penitenziaria

La medicina penitenziaria, ma è più opportuno parlare di sanità penitenziaria, trova *"motivo di specificità per le caratteristiche degli ambienti in cui viene obbligatoriamente esercitata"*, caratteristiche che *"determinano influenze sull'uomo che le subisce e che suscitano particolari manifestazioni di ordine psicologico, organico e reattivo"*.¹

Tra le "specificità" si evidenziano:

- disagio psichico come caratteristica prevalente nella comunità penitenziaria, in quanto Istituzione totale
- condizionamenti all'esercizio delle competenze sanitarie derivanti dalle norme di sicurezza
- insufficienze logistico-strutturali
- limiti del setting terapeutico
- possibilità che per la persona reclusa la salute non costituisca un obiettivo primario ma uno strumento per modificare/migliorare la propria condizione detentiva.

Per il personale sanitario, quindi, erogare assistenza primaria in carcere significa anche:

- disponibilità a misurarsi con la realtà carceraria e le sue specificità

¹ Citazione di Prof. Mastantuomo, da "Atti del XXX Congresso Nazionale di Medicina Penitenziaria", Sirmione, Maggio 2007, pag.5

- capacità di comprensione dei difficili meccanismi che caratterizzano la comunità penitenziaria
- difficile gestione delle emozioni di persone che, private della libertà, non fruiscono di quei sostegni che possono essere presenti nella vita "ordinaria" (frequentazione degli affetti, sessualità, affermazione sociale) e che, nel contesto detentivo, altri invece devono affrontare.

Pianificare l'assistenza primaria in carcere significa conoscere lo stato di salute di questa particolare popolazione, seguendone l'evoluzione.

Per comprendere lo stato di salute della popolazione detenuta nonché alcune specificità relative a patologie prevalenti si può fare riferimento ad una pubblicazione del 2007²:

- almeno un detenuto su cinque si dichiarava consumatore di sostanze e tra questi la doppia diagnosi è probabile in almeno 5-6 su dieci
- tra i tossicodipendenti, i portatori di epatopatie erano 1 su 4 e almeno 6 su 100 gli HIV positivi
- almeno il 60% dei detenuti risultava fumatore
- nel 50% dei detenuti prevaleva la patologia odontoiatrica
- escludendo la depressione (tre detenuti su 10), erano 3-4 su 20 i detenuti con disagio psichico importante
- ipertensione arteriosa era rilevabile in circa 5 detenuti su 100
- per le altre patologie cardiovascolari circa 8 detenuti su 100 erano a rischio di eventi coronarici; su 100 detenuti cardiopatici, 30 erano anche malati psichiatrici; su 10 tossicodipendenti, almeno uno risultava cardiopatico
- almeno 2 -3 detenuti su 100 erano diabetici
- le patologie gastro-intestinali croniche erano presenti in 10 detenuto su 100
- almeno 13 persone detenute su 100 risultavano portatrici di patologie osteo-muscolo-articolari
- tra le malattie infettive i reclusi con infezione da HIV risultavano intorno al 3% (e solo il 30% circa dei reclusi si sottopone tuttora al test)
- le malattie broncopolmonari riguardavano 3 - 4 detenuti su 100 (principalmente bronchite cronica e enfisema)
- le patologie croniche dermatologiche e i disturbi sensoriali dell'udito e della vista erano presenti in almeno 1 soggetto su 10.

Il progressivo aumento della popolazione detenuta straniera ha posto e pone nuove specificità e nuove sfide alla sanità penitenziaria, il cui intervento deve comprendere sempre più la dimensione trans-culturale ed i diversi modelli culturali di salute di cui sono portatori i detenuti stranieri (circa il 50% della popolazione detenuta presente negli IIPP della Regione, di oltre 50 nazionalità differenti).

Le Aziende USL, con la necessaria partecipazione di tutti gli operatori sanitari, debbono ribadire, anche nel sistema penitenziario, l'obiettivo di promuovere le attività ed i programmi di:

- **prevenzione come individuazione del rischio:** medicina predittiva sulla persona con la valutazione del rischio di insorgenza di una patologia

³ Maurizio Esposito "Malati in carcere", Franco Angeli, 2007

- **prevenzione quale tutela della salute:** programmi di prevenzione primaria ovvero di informazione e controllo dei determinanti di malattia: ad esempio, malattie infettive, fumo, sedentarietà, alimentazione
- **prevenzione attraverso screening di popolazione:** interventi di prevenzione secondaria rivolta al precoce riconoscimento diagnostico di una patologia
- **prevenzione come attenzione nei confronti della malattia e delle sue complicanze:** attività di prevenzione terziaria sui soggetti malati con l'obiettivo di contenere l'aggravamento e/o le recidive.

Il quadro appena delineato, per garantire livelli essenziali di assistenza al pari dei cittadini liberi, determina la necessità di ampliare, almeno in parte, le prestazioni offerte precedentemente alla emanazione del DPCM 1/04/08 .

La gestione delle Aziende USL rappresenta una opportunità di cambiamento attraverso:

- innovazione tecnologica in termini di strumentazioni
- raccordo con le discipline specialistiche
- lavoro di équipe sanitaria, che favorisce l'integrazione professionale multidisciplinare
- monitoraggio più strutturato dei flussi informativi.

Il nuovo approccio deve favorire nella persona detenuta la consapevolezza del concetto di salute come benessere e non quale strumento di manipolazione, con auspicabili ricadute positive in termini di maggior compliance; ad esempio un minore uso e/o scambio di farmaci. Tutto ciò è realizzabile attraverso forme di collaborazione interistituzionale per il superamento della criticità derivanti dal sovraffollamento carcerario e l'individuazione di prassi operative che garantiscano il diritto alla salute .

Cosa ha fatto la Regione

Per definire linee operative omogenee a livello aziendale, la Regione ha avviato, a fine 2010, il progetto *"Percorso di accompagnamento alla definizione congiunta di linee operative e di orientamento a livello regionale sulla salute nelle carceri"*, articolato nelle seguenti azioni:

- Costituzione di un Gruppo di lavoro composto da personale sanitario, attualmente operante negli IIPP (medici referenti, coordinatori/referenti assistenziali, responsabili di programma) unitamente a funzionari di livello regionale³ che ha esaminato, condiviso e definito i contenuti del presente documento, con particolare riferimento alla parte II
- ricerca qualitativa sullo stato di attuazione della riforma in alcune carceri
- incontri intermedi di confronto e discussione con i referenti dell'Amministrazione penitenziaria in un'ottica di condivisione. Ciò anche al fine di stimolare occasioni di confronto e collaborazione tra le due Istituzioni che, con diversi mandati, operano a pieno titolo nello stesso ambito. Tale confronto e collaborazione sono risultati di grande importanza per l'effettuazione del percorso stesso.

³ Il gruppo di lavoro è stato condotto da esperti di Iress, con la supervisione scientifica di medici esperti nelle tematiche in oggetto: esso si è incontrato 12 volte (dal 2011 a maggio 2012). I contenuti elaborati dal gruppo di lavoro sono stati di volta in volta condivisi. L'intero percorso è stato anche monitorato ed orientato dal cosiddetto 'gruppo guida' di livello regionale, composto da responsabili della Regione, Servizio salute mentale - dipendenze patologiche - salute nelle carceri, da una rappresentanza di medici e infermieri operanti negli IIPP, da responsabili di Iress.

Il percorso clinico-assistenziale delle persone detenute

L'assistenza sanitaria a favore delle persone detenute è erogata dal Servizio Sanitario Regionale all'interno degli Istituti penitenziari e, quando necessario, per l'attività specialistica o per ricoveri ospedalieri, all'esterno dell'Istituto stesso.

In generale, l'assistenza sanitaria amplia la sua azione con un'intensa attività di promozione della salute come aspetto individuale e sociale fondamentale, secondo le linee guida indicate dall'OMS. Anche la detenzione può e deve divenire un momento di informazione sanitaria per far conoscere ai detenuti i pericoli connessi ad abitudini e/o patologie di cui sono portatori ed i rischi a livello sia individuale che comunitario.

Con la riforma il detenuto trova all'interno dell'Istituto un presidio sanitario pubblico in grado di accompagnarlo nell'arco dell'intera detenzione.

È possibile individuare 3 fasi della detenzione:

- Accoglienza
- Detenzione
- Dimissione

Il Gruppo di Lavoro ha definito un percorso clinico-assistenziale per ogni fase. I percorsi, che prevedono un'offerta di prestazioni all'utente, sono specifici e mirati ai diversi bisogni di salute rilevati (Figura 1).

Figura 1 - Promozione della Salute e Assistenza Sanitaria ai detenuti



ACCOGLIENZA

A - Servizi di Assistenza Primaria in Ingresso: attività e prestazioni rivolte a persone che entrano negli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna (Nuovi Giunti o trasferiti da altro Istituto Penitenziario)

MODELLI DI ASSISTENZA

B - Servizi di Assistenza Primaria durante il Periodo Di Detenzione - attività e prestazioni rivolte a persone sane, con patologia cronica, con patologia acuta, in caso di emergenza

DIMISSIONE

C - Servizi Di Assistenza Primaria per le persone detenute in Dimissione: attività e prestazioni volte a dare continuità al percorso di salute della persona fino ad ora in carico al servizio sanitario intramoenia

Per ognuna delle tre macro-aree il documento individua e definisce le singole prestazioni/attività, con l'indicazione delle professionalità competenti per la realizzazione e indicatori di attività e risultato.

Il documento è strutturato in due parti:

- **Parte I:** ragguagli sul particolare contesto e descrizione sintetica del percorso assistenziale della persona detenuta.
- **Parte II:** indicazioni operative per l'attivazione del percorso assistenziale in ambito carcerario con individuazione delle figure professionali coinvolte, dei ruoli e delle attività svolte.

PARTE I. Il percorso assistenziale – una visione di insieme

A. ACCOGLIENZA

Nel percorso di ingresso il paziente Nuovo Giunto, espletate le procedure previste dall'Ordinamento penitenziario (L.354/76), viene accompagnato negli ambulatori dell'Azienda USL e accolto dal personale sanitario.

La visita del Nuovo Giunto rappresenta il primo approccio per il detenuto con l'assistenza primaria in carcere. In considerazione dell'elevato numero di soggetti immigrati che vengono tradotti in carcere, non di rado costituisce uno dei primi contatti in assoluto con il personale del sistema sanitario.

È un momento molto importante e delicato, in quanto occorre entrare in relazione con una persona confusa e frastornata dal succedersi di circostanze restrittive della libertà personale. Accoglierla significa dare sostegno al dramma personale innescato dalla detenzione e favorire la percezione che il Servizio sanitario può costituire una risorsa per affrontare l'attuale vicenda personale.

È importante che il Servizio sanitario penitenziario sia recepito come un riferimento qualificato per la promozione della salute, psichica e fisica, e riconosciuto come sistema autonomo e indipendente dall'Istituzione carceraria.

I nuovi giunti

I "Nuovi giunti" sono:

- persone provenienti dalla libertà alla prima esperienza detentiva o recidivi
- persone trasferite da altro Istituto Penitenziario, compresi i giovani che, compiuta la maggiore età, transitano dagli Istituti minorili al circuito penitenziario degli adulti.

Oggi oltre il 50% dei Nuovi Giunti sono soggetti stranieri verso i quali intraprendere azioni di promozione della salute può risultare tanto problematico quanto mai importante: proprio in carcere può prendere avvio un percorso positivo con le relative ricadute sociali e di integrazione.

Si tratta di porsi a sostegno e di agire a contrasto della "fragilità" della popolazione detenuta, che spesso deriva proprio da condizioni di vita caratterizzate da basso reddito, povertà materiale e culturale, emarginazione sociale.

Tabella 1 - Nuovi Giunti dalla libertà o da altri Istituti negli Istituti Penitenziari - Emilia-Romagna - 2011

ISTITUTI	Nuovi giunti dalla libertà				Totale ingressi dalla libertà	Nuovi ingressi provenienti da altri istituti	Totale nuovi ingressi
	Italiani		Stranieri				
	Uomini	Donne	Uomini	Donne			
CC BOLOGNA	383	65	851	81	1.380	502	1.882
CR CASTELFRANCO E.	7	0	0	0	7	63	70
CC FERRARA	189	0	227	0	416	249	665
CC FORLI'	183	60	175	46	464	66	530
CC MODENA	197	36	454	55	742	151	893
CC PARMA	149	10	256	20	435	108	543
CR PARMA	12	0	5	0	17	291	308
CC PIACENZA	135	10	135	20	300	232	532
CC RAVENNA	147	0	223	0	370	86	456
OPG REGGIO EMILIA	24	0	3	0	27	171	198
CC REGGIO EMILIA	170	3	285	0	458	123	581
CC RIMINI	204	0	288	0	492	167	659
CL SALICETA S.G.	13	0	0	0	13	74	87
TOTALE	1.813	184	2.902	222	5.121	2.283	7.404

La visita del nuovo giunto

Per favorire l'instaurarsi, da subito, nel detenuto di un rapporto di fiducia nei confronti dell'intera équipe sanitaria, la visita richiede un atteggiamento rispettoso della persona, che può facilitare il colloquio e la relazione, con particolare attenzione a non suscitare diffidenza, timori, ostilità (ad esempio, se si indossano guanti spiegare che non si tratta di pregiudizi ma di regole sanitarie).

Occorre inoltre :

- rendere disponibile e presentare un vademecum dei servizi offerti (la Carta dei Servizi Sanitari Penitenziari)
- informare la persona per motivarla a partecipare agli screening offerti, con una intensa attività di counselling, sottolineando che tali procedure sono a vantaggio suo e dell'intera comunità
- programmare con il soggetto le visite, nella settimana successiva, e gli accertamenti specialistici eventualmente necessari (ad esempio, il ricorso allo psicologo o allo psichiatra).

Nelle visite programmate nei giorni successivi gli obiettivi da raggiungere sono:

- rafforzare nella persona detenuta la consapevolezza che la salute è un patrimonio e che per preservarla possono essere utili modifiche dello stile di vita
- renderlo capace di partecipare positivamente ad un progetto di cura della propria persona che non è solo passivo ma deve vederlo protagonista di comportamenti tesi a migliorare anche la situazione complessiva di un ambiente difficile.

La fase di accoglienza

La fase di accoglienza sanitaria, che richiede in ogni caso luoghi adeguati, si deve comunque concludere, di norma, entro due settimane dall'ingresso e i risultati

costituiscono la base per il percorso clinico-assistenziale nella successiva fase di detenzione.⁴

Al termine della prima visita (ma anche durante il periodo di accoglienza) il Servizio sanitario, al fine di favorire un'adeguata sistemazione, fornisce eventuali indicazioni alla Direzione dell'Istituto penitenziario, in particolare relativamente a:

- allocazione che escluda per i non fumatori il rischio di coabitazione forzata con fumatori⁵
- alimentazione appropriata rispetto alle patologie riscontrate (utilizzo di eventuali indicazioni redatte da dietisti aziendali)
- precauzioni rispetto alla logistica dei servizi sanitari: cardiopatici, soggetti fragili, soggetti in sciopero della fame o isolati dovrebbero essere alloggiati in celle con adeguate condizioni di microclima, prossime alla area sanitaria per consentire eventuali, celeri, interventi di pronto soccorso
- svolgimento di attività fisica.

Le attività messe in essere nel periodo di accoglienza devono anche:

- prevenire manifestazioni di disagio e rischio suicidario⁶
- prevenire il rischio di eventi cardiovascolari, di malattie polmonari, di malattie infettive acute, con indicazioni utili per la prevenzione del contagio.

La fase di accoglienza si conclude con la definizione, da parte del personale sanitario addetto all'assistenza primaria, del **Piano Assistenziale Individuale** (P.A.I. vedi scheda pag. 38) realizzato in base a:

- stato di salute fisico ed eventuali disabilità
- stato di salute psichico ed eventuali fattori di stress (vedi scheda di valutazione per invio allo psichiatra)
- fattori di rischio
- patologie presenti
- terapie ed eventuali interventi assistenziali programmati necessari
- vaccinazioni raccomandate per fattori di rischio o condizioni individuali
- indicazione all'esecuzione degli screening oncologici previsti
- indicazioni fornite alla Direzione d'Istituto.

Il **P.A.I.** rappresenta la **proposta assistenziale** che il servizio offre all'assistito detenuto per raccogliergli l'adesione o i dubbi; sarà condiviso con l'assistito a cui ne sarà proposta la sottoscrizione, generando il **Patto per la Salute**, strumento di riferimento, sia per il Servizio che per l'assistito, per:

- effettuare valutazioni successive sulle prestazioni assistenziali nella fase di detenzione e la continuità assistenziale

⁴ Cfr Protocollo d'intesa RER PRAP (DGR 1135/2011), ART. 3 AMBIENTI ATTI A FAVORIRE ATTIVITA' SANITARIE INTENSIVE

⁵ Cfr. Protocollo d'intesa RER PRAP (DGR 1135/2011) , ART. 2 AMBIENTI COMUNI: "Le Aziende USL si impegnano a segnalare alle Direzioni degli Istituti penitenziari i detenuti e internati non fumatori o che necessitano di essere tutelati dal fumo passivo per una idonea allocazione. Le Aziende Sanitarie Locali si impegnano a promuovere utili ed efficaci iniziative divulgative sugli effetti nocivi del fumo....".

⁶ Cfr in merito DGR 2/2010 "Programma regionale per la salute negli Istituti Penitenziari": prime indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei Programmi Aziendali, Paragrafo 4.4) Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale.

- Fornire una sintesi finale al momento del ritorno in libertà dell'assistito, su tutti i servizi ricevuti e sui risultati ottenuti. **Il Patto per la salute vuol dare trasparenza a tutta l'azione sanitaria e dare stimolo alla persona assistita per una reale partecipazione al programma proposto e accettato, favorendo lo sviluppo di una partecipazione consapevole da parte del detenuto e, anche in questo particolare contesto, una manifestazione di cittadinanza attiva.**

altracittà
www.altravetrina.it

B. PERIODO DI DETENZIONE

Prima di affrontare il tema dell'assistenza primaria durante il periodo detentivo, si vogliono sottolineare due punti di attenzione:

- le prestazioni sanitarie vengono offerte all'interno di un particolare contesto, quello penitenziario, la cui direzione è dell'Amministrazione Penitenziaria, cui compete la custodia delle persone detenute; pertanto l'organizzazione delle attività sanitarie deve tener conto dell'ordinamento penitenziario e della condivisione con un'altra Amministrazione il cui mandato istituzionale pone al primo posto l'ordine e la sicurezza
- la condizione di restrizione della libertà può favorire nel detenuto un atteggiamento di ambivalenza verso il proprio stato di salute per la possibilità di utilizzare la malattia ad altri fini (favorire l'uscita dal carcere); ciò può condizionare il rapporto medico-paziente rendendolo particolarmente complesso.

Durante il periodo di detenzione, il fine del percorso clinico-assistenziale deve essere quello di offrire appropriata assistenza sanitaria ed informazioni per la promozione della salute.

In questa fase il Servizio sanitario assicura:

- attuazione del Patto per la salute individuale
- gestione delle patologie acute e croniche
- gestione del rischio infettivo
- gestione delle urgenze/emergenze.

attraverso:

- monitoraggio dello stato di salute del paziente sano
- assistenza/monitoraggio del paziente con patologia acuta
- assistenza/monitoraggio del paziente con patologia cronica, anche in termini di raccordo con attività specialistiche interne/esterne
- integrazione di servizi offerti in caso di emergenza/urgenza (attività e prestazioni offerte come primo soccorso ed eventuale attivazione del raccordo con il 118).

*L'arrivo e
vita in
sezione*

Il disagio, in termini di sofferenza psichica, costituisce lo stato prevalente in carcere e su questo occorre esercitare azioni di riconoscimento, prevenzione e forme di trattamento alternativo.

La relazione medico/paziente diviene, contemporaneamente, strumento strategico di prevenzione e di terapia.

È di fondamentale importanza considerare il **contesto detentivo**, in quanto cornice in cui si sviluppa la relazione medico/paziente. Occorre pertanto porre attenzione ai seguenti fattori specifici del contesto di vita del paziente detenuto:

- caratteristiche della sezione, sua vivibilità e sue criticità, primi fra tutti il fumo passivo, gli odori, lo stato dei bagni, delle docce comuni, degli spazi comuni, il microclima
- compagni di cella, loro numero e loro storia, stanti soprattutto le attuali condizioni di sovraffollamento
- "oggetti comuni" da condividere con i compagni di cella

- frustrazioni derivate da condizioni emotive e di contesto, quali ad esempio privazione della libertà, degli affetti, della sessualità, personale situazione giudiziaria, convivenza coatta
- ambito caratterizzato da gerarchia di ruoli, basata su parametri specifici della dimensione detentiva.

L'organizzazione della vita interna è scandita istituzionalmente sulla base di tempi e azioni quali, ad esempio, l'apertura della cella, le perquisizioni improvvise, l'orario di battitura delle inferriate, i ritmi previsti dal regolamento penitenziario, la convivenza fra soggetti con diverse abitudini e costumi, la possibile conflittualità nella gestione della vita quotidiana all'interno della cella. Tutti questi fattori possono trovare diversi gradi di accettazione/adattamento nella persona, soprattutto alla prima esperienza carceraria, e indurre sintomi e comportamenti mai comparsi precedentemente con la stessa intensità.

Ad esempio si verificano frequentemente alterazioni del ritmo "sonno-veglia", del tono umorale tra apatia e aggressività, disfunzionalità gastro-intestinali, "crisi di panico".

Di non minore importanza l'impatto di notizie ricevute nel corso dei colloqui con i familiari, i cui effetti possono essere rassicuranti, ma anche al contrario devastanti, come l'attesa della visita da parte di un congiunto che non si presenta per vergogna o rifiuto; parimenti non si possono trascurare le notizie ricevute con lettere e telefonate e dagli avvocati.

Fattori di criticità

Elementi verso cui prestare particolare attenzione sono:

- i cambiamenti improvvisi di abitudini e della cura di sé: per esempio se la persona non usufruisce più dell'ora d'aria, se non partecipa alle attività fisiche ed altre attività istituzionali, se manifesta cambiamenti nelle abitudini alimentari. Questi eventi meritano attenzione e vanno monitorati, in particolare nelle persone riconosciute in fase di accoglienza in buone condizioni di salute
- i cosiddetti eventi critici, espressione di disagio quali l'autolesionismo, i tentativi di suicidio, auto/etero aggressività . (Cfr. *scheda di approfondimento 1*)
- il numero delle persone che assumono farmaci e loro tipologia. L'assunzione in carcere rappresenta una criticità che complica ulteriormente lo scenario:
 - possono essere accumulati per utilizzo, per esempio, quale merce di scambio o per autolesionismo, per la ricerca di situazione di "sballo". Morti improvvise senza apparente causa riguardano circa un terzo dei decessi dei detenuti e fra le possibili cause si deve tener conto di una ipotetica assunzione di cocktail farmacologici. I farmaci più prescritti appartengono alla categorie degli psicofarmaci, in particolare benzodiazepine spesso associate a antipsicotici, atipici e non, e spesso ad antiacidi inibitori della pompa protonica, FANS, metadone, antivirali, antiretrovirali, i cui effetti collaterali comprendono, fra gli altri, la possibilità di grave danno cardiocircolatorio.
 - possono essere non assunti per aggravare le condizioni fisiche e favorire le dimissioni o il ricovero in ospedale, per incompatibilità con il carcere.

Il personale sanitario deve, quindi, favorire la conoscenza sull'uso corretto dei medicinali e la loro modalità di assunzione, promuovendo al massimo la responsabilizzazione del paziente detenuto.

Quanto detto sin qui a proposito della difficoltà a costruire una proficua relazione medico/paziente, delle criticità del contesto detentivo e dell'uso dei farmaci induce ad evidenziare alcuni aspetti fondamentali che possono essere così sintetizzati:

- imprescindibilità del lavoro di squadra, di una **équipe** che operi in modo multidisciplinare integrando i vari interventi
- importanza della valorizzazione del **PAI** che ha come esito una maggiore appropriatezza degli interventi e una sempre maggiore responsabilizzazione del paziente/detenuto.

Promuovere l'intero percorso può favorire, in termini di ricaduta, un miglioramento complessivo anche della qualità della vita delle sezioni, ad esempio nella pulizia delle celle, nella riduzione eventi di auto-etero aggressività, nell'abbattimento dell'abitudine tabagica.

Le principali patologie

Le **patologie**, che caratterizzano la popolazione detenuta, possono essere distinte in:

- patologie ad insorgenza **acuta**, come prima manifestazione o come complicanza improvvisa di una patologia cronica, che possono essere trattate nel penitenziario, anche con primi interventi in emergenza/urgenza, o richiedere ulteriori provvedimenti tramite accesso alle strutture sanitarie esterne di Pronto Soccorso, fino al ricovero
- patologie **croniche**, di diversa complessità, ma tali da non determinare incompatibilità con il regime detentivo e poter essere trattate nell'Istituto penitenziario.

Il personale sanitario deve operare, in caso di patologia, in modo da evidenziarne il possibile decorso e stabilire, nel programma assistenziale, la prognosi, gli eventuali successivi controlli del medico o dell'infermiere, per monitorare la salute del detenuto e dare eventuali opportune indicazioni alle Direzioni, soprattutto nei casi di malattia ad alto contagio (corretta ubicazione, alimentazione, ecc)

Gestione delle patologie acute

Premesso che in generale la popolazione sana rappresenta circa il 30 - 40% dei detenuti mentre solo circa il 10% non richiede alcuna visita, possiamo ritenere che la comparsa di sintomi nella popolazione sana sia costituita, per lo più, da situazioni di disagio, patologie infettive, respiratorie e gastrointestinali, gastropatie, traumi.

Tabella 2 - Patologie acute nella popolazione carceraria

Infezioni prevalenti delle vie aeree, dell'apparato digerente, genito-urinario, della cute, della cavità orale e organi di senso	Patologie acute (non causate da malattie infettive) di cuore e circolo, apparato respiratorio, apparato digerente, apparato genito-urinario, ghiandole endocrine
Ipo- iperglicemie	Ipo- ipertermia e colpo di calore.
Cefalee	Disturbi della visione
Perdita di coscienza. stati eccitativi o confusionali,	Crisi ansiose, stati depressivi,
tentativi di suicidio.	Traumi accidentali o da auto - eterolesioni. Fratture, distorsioni, lussazioni, ematomi, contusioni ferite da taglio, da punta, da scoppio, lacero-contuse, emorragie.
Lesioni da aghi e altri taglienti.	Lesioni e traumi degli organi di senso.
Lesioni da violenze sessuali.	Punture di insetti o morsi di animali (topi).
Eritemi, ustioni.	Intossicazioni acute da stupefacenti, alcool, gas, farmaci, acidi, detersivi, solventi.
Ingestione volontaria di corpi estranei (utensili, lamette, batterie ..)	Sindrome da astinenza.
Allergie da inalanti, alimenti, farmaci	Conseguenze derivanti da sciopero della fame o/e della sete, condizione di isolamento

Si tratta spesso di evenienze su cui l'attività di prevenzione può incidere solo se caratterizzata dalla anticipata azione di sistema che possa consentire di ridurre le occasioni di disagio.

Allo stesso modo patologie ad insorgenza acuta come complicanze di malattie croniche possono essere prevenute, almeno in parte, modificando gli stili di vita.

Un piano di lavoro di questo tipo necessita della formulazione di Protocolli aziendali di livello locale con previsione di eventuali compiti operativi.

Gestione delle patologie croniche

Circa il 60% dei detenuti presenta almeno una patologia cronica.

Si tratta prevalentemente di soggetti in giovane età per i quali occorre promuovere una assistenza sanitaria appropriata ed una presa in carico tesa ad agevolare un percorso di revisione sostanziale dello stile di vita, che inizia con la detenzione e deve proseguire sul territorio di appartenenza, una volta che il soggetto torni in libertà.

Le malattie croniche⁷ causano nel mondo il 60% (circa 35 milioni) dei decessi: una dimensione epidemica che ha determinato lo sviluppo di programmi basati sui principi della "primary health care" fortemente orientati alla prevenzione ed alla medicina di iniziativa.

Disease management

Negli anni sono stati sperimentati e sviluppati modelli di "disease management" mirati a migliorare la qualità dell'assistenza ai soggetti affetti da patologie croniche riducendo, contemporaneamente, i costi di gestione. Lo sviluppo delle cure territoriali rispetto a quelle ospedaliere per il controllo delle malattie croniche rappresenta infatti uno dei punti di forza dei modelli assistenziali basati sulla *primary care*.

Indicativo il modello, elaborato in Gran Bretagna dal Department of Health, che propone una strategia di "Population management" attraverso la stratificazione del bisogno su 3 livelli



LIVELLO 1 – Population Management (70-80% dell'assistenza ai pazienti cronici)

Con il giusto supporto molte persone possono imparare a partecipare attivamente prendendosi cura di loro stessi, convivendo e riuscendo a gestire la propria

⁷ WHO "Primary health care, now more than ever" - World Health Report, 2008

condizione. Questo può aiutarli a prevenire le complicanze, rallentare il deterioramento ed evitare di aggiungere altre patologie. La maggioranza della popolazione con una condizione cronica rientra in questa categoria – così che anche piccoli miglioramenti possono avere un enorme impatto.

LIVELLO 2 – *Disease/Care Management* (15-20% dell'assistenza ai pazienti cronici ad elevato rischio)

La gestione della cura/malattia, in cui un team multidisciplinare fornisce un'assistenza di elevata qualità basata sulle evidenze, è appropriata per la maggior parte delle persone incluse in questo livello. Questo significa una gestione proattiva dell'assistenza, che segua protocolli approvati e percorsi per la gestione di specifiche patologie. È sostenuta da un buon sistema informativo: registro dei pazienti, planning dell'assistenza, documentazione sanitaria in formato elettronico che sia condivisa da tutti.

LIVELLO 3 – *Case Management* (2-3 % dell'assistenza ai pazienti cronici ad elevata complessità)

Nel momento in cui la popolazione sviluppa più di una condizione cronica (comorbidità), la presa in carico diventa molto più complessa e difficile da gestire. È pertanto necessaria una gestione del caso con un operatore chiave (spesso un infermiere) che coordini attivamente l'assistenza per queste persone.

Il **Chronic Care Model** individua le variabili fondamentali per un approccio "sistemico" alle malattie croniche, pone in risalto 6 aree di intervento per migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica e promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori. (Cfr. *scheda di approfondimento 2*).

La cultura del "disease management" può essere trasferita nella gestione delle malattie croniche negli Istituti penitenziari: in ambito penitenziario il "disease management" deve essere inteso come presa in carico globale (socio-sanitaria) del cittadino detenuto, condivisa (da tutti gli attori, cittadino compreso) e trasparente nelle regole ed obiettivi.

L'introduzione di queste modalità comporta una forte connessione del servizio sanitario penitenziario con i servizi aziendali deputati all'attività di promozione della salute e in questo senso rafforza l'idea di una necessaria valorizzazione del ruolo infermieristico.

L'attività sanitaria, in definitiva, viene offerta secondo due direttrici:

- **assistenziale**, individuale, fortemente indirizzata al controllo delle patologie in atto, con adeguati strumenti terapeutico-riabilitativi, secondo il programma definito all'ingresso con il PAI,
- **promozionale**, sia a livello individuale che di gruppo.

Utile potrebbe essere anche il ricorso al volontariato o ad associazioni che accolgono soggetti portatori di specifiche patologie per favorire lo sviluppo dei programmi promozionali, creando una condizione favorevole anche al proseguimento delle cure quando il detenuto riacquista la libertà.

Trattare secondo questi principi una popolazione giovane, come quella detenuta, con patologie croniche e comorbidità importanti, può voler dire in prospettiva contenere i bisogni assistenziali e sociali, derivati dalle inevitabili complicanze nella loro aspettativa di vita, considerata anche la loro appartenenza a gruppi di popolazione a basso grado

culturale. Il 70% dei detenuti ha bassa scolarità e basso reddito; tali condizioni determinano di fatto una fragilità sociale importante, (Cfr. *scheda di approfondimento 3*).

Diviene evidente in tal modo il valore aggiunto di una azione di sistema su questa popolazione, con l'auspicabile conseguenza di una concreta ricaduta anche sulle loro reti di appartenenza.

Tabella 3 - Patologie croniche nella popolazione carceraria

Tossicodipendenza
Cardiovascolopatie:
Miocardiopatia ischemica
Ipertensione arteriosa
Aritmie
Diabete mellito
Broncopatie croniche
Malattie infettive:
MST
AIDS
TB
Epatiti
Depressione
Psoriasi
Dislipidemie
Cirrosi epatica
Psicosi – disturbi di personalita'
Disabilita' post-traumatiche o di altra eziopatogenesi

*Interventi
di primo
soccorso*

Nella comunità penitenziaria possono verificarsi episodi critici per la salute dei detenuti, che richiedono interventi di **primo soccorso**.

Si tratta di un aspetto non trascurabile dove concorrono e debbono efficacemente integrarsi le risorse professionali dell'Amministrazione Penitenziaria e delle Aziende Sanitarie.

Si possono distinguere, in base alla reale presenza di pericolo di vita, interventi in:

- **Emergenza:** determinati da patologie crono-dipendenti per l'esito finale o per cut off temporali rigidamente definiti per l'applicazione della terapia, in cui il rischio per la vita del soggetto o per gli esiti invalidanti è serio e dove fondamentale è la rapida disponibilità dei soccorsi. Sono le situazioni in cui i sanitari potranno certificare alla Direzione di Istituto l'invio all'esterno, ai sensi dell'art. 17 del Regolamento di Esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario (DPR 230/00), per l'imminente pericolo di vita
- **Urgenza:** determinati da patologie che non sono definibili in maniera rigida crono-dipendenti, per i quali l'intervento può effettuarsi con un margine di tempo tale da non compromettere la vita del soggetto. Anche in questo caso può essere necessario il ricorso all'art. 17 citato.

Le **patologie crono-dipendenti** che determinano, anche sul territorio, con più frequenza, situazioni di emergenza sono:

- Arresto cardiaco
- Infarto miocardico acuto
- Stroke
- Poli-traumi gravi con emorragie, interne o esterne

Per questi, l'organizzazione dei Dipartimenti di Emergenza-Accettazione (D.E.A.), tramite il 118, garantisce l'arrivo della prima équipe di soccorso sul paziente in pochi minuti

dall'allertamento, integrando i propri interventi con quelli già messi in atto dal personale sanitario operante in carcere.

Anche nell'ambito penitenziario è fondamentale realizzare un efficace intervento del 118, tenendo in considerazione la probabilità che possano verificarsi, oltre a quelle citate, altre manifestazioni patologiche da trattare come tempo-dipendenti:

- Episodi di Over-dose
- Tentativi di Impiccagione
- Avvelenamenti
- Intossicazioni da gas
- Ustioni

Per garantire la tempestività degli interventi in situazione di emergenza/urgenza, è necessario disporre di sistemi comunicativi interni ed esterni all'Istituto penitenziario, in grado di notificare rapidamente l'accadimento al personale sanitario.

Sistema di comunicazione interno per garantire che:

- la notizia di un evento giunga tempestivamente al personale sanitario interno al penitenziario
- sia chiaro il luogo in cui l'evento si è verificato, anche in relazione ai tempi necessari per raggiungerlo
- vengano comunicati alcuni elementi di giudizio: le condizioni rilevabili visivamente, in particolare se il soggetto è immobile e apparentemente privo di coscienza
- le modalità più efficaci per garantire la tempestività, in particolare se la situazione richiede specifica strumentazione.

La rapidità dell'intervento, da garantire in 5-10 minuti, è da considerare come salvavita.

Sistema di comunicazione esterno

Altrettanto importante è l'attivazione del 118, ed è opportuno che sia fatta da parte dei sanitari per una migliore descrizione del quadro clinico in corso. Contemporaneamente l'Amministrazione Penitenziaria può mettere in atto condizioni tali da facilitare il percorso e consentire all'ambulanza di raggiungere il luogo dove sono necessari i soccorsi, non trascurando la possibilità di poter individuare un luogo favorevole per un più rapido accesso e intervento. Nel frattempo il Servizio sanitario interno predisporrà gli interventi più appropriati per gestire l'attesa dell'arrivo del 118.

È fondamentale promuovere una crescita organizzativa e conoscenze comuni che possono essere più facilmente raggiunte con l'elaborazione e l'attuazione di protocolli locali per gli interventi in emergenza, fra Amministrazione Penitenziaria e Azienda USL, condividendo anche le modalità per affrontare le grandi emergenze, condizione di competenza del 118.

Attraverso i protocolli, nelle sedi dove non è presente un servizio sanitario interno attivo nelle 24 h, le Aziende USL definiranno con le Direzioni di Istituto le soluzioni alternative.

C. DIMISSIONE NEL TERRITORIO O IN ALTRE SEDI

Elemento qualificante l'intero percorso assistenziale è rappresentato dalla valutazione dell'esito del PAI assieme all'assistito e dalla consegna di una **lettera di dimissione** alla persona che:

- ritorna in libertà
- esce per andare in comunità o agli arresti domiciliari
- viene inviata al Centro Identificazione ed Espulsione (C.I.E.)
- viene trasferita in altro istituto.

*Dare
continuità
alla salute*

Nella lettera di dimissione debbono essere riportate:

- storia clinica del soggetto
- patologie di cui è portatore
- terapie di cui necessita
- vaccinazioni e esiti degli screening eseguiti in carcere
- indicazioni a lui necessarie per la prosecuzione di specifiche modalità assistenziali.

Queste informazioni possono riguardare il medico di base, i servizi specialistici, quelli socio-sanitari dell'Azienda USL locale, regionale o extra-regionale.⁸

Soddisfare tale opportunità significa confermare e dare continuità all'azione di promozione della salute e assistenza sanitaria avviata con la presa in carico al momento dell'accoglienza in Istituto, realizzata nel corso della detenzione anche attraverso la preparazione di una dimissione protetta nei casi in cui questa sia necessaria sia dal punto di vista assistenziale che sociale.

*Uscita dal
carcere*

L'assistenza primaria si sviluppa in una serie di attività e prestazioni, poste in atto dal momento dell'ingresso e durante il corso della detenzione, che trovano importanza alla dimissione. Favoriscono infatti la continuità assistenziale attraverso un efficace collegamento con le strutture sanitarie territoriali quali, ad esempio, il medico di base, i servizi per le tossicodipendenze, i dipartimenti di salute mentale, le divisioni di malattie infettive, la sanità pubblica.

Da un punto di vista operativo, il PAI redatto all'ingresso si conclude con la consegna alla persona in uscita della lettera di dimissione: tale passaggio, che rappresenta la chiusura della cartella clinica, costituisce un momento significativo nella relazione medico/paziente.

La dimissione richiede particolare attenzione per quanto riguarda

- le persone tossicodipendenti per i quali il rischio dell'over-dose è alto
- le persone che hanno vissuto una lunga detenzione e che possono sviluppare il "timore della libertà" al punto di vivere questo avvenimento con ansia crescente, arrivando anche a commettere dei gesti estremi

⁸ Si ricorda l'articolo 4 del Protocollo d'intesa Regione Emilia-Romagna-PRAP (DGR 1135/2011): "Le Aziende USL e le Direzioni degli Istituti Penitenziari si impegnano a definire a livello locale modalità operative che garantiscano la consegna ai soggetti in procinto di essere riammessi in libertà o trasferiti in altre strutture di una relazione sanitaria circa lo stato clinico complessivo e i farmaci eventualmente necessari per la prosecuzione, nell'immediatezza, della terapia in corso".

- le persone prive di riferimenti esterni socio-familiari.

Trasferimento

In caso di trasferimento in altri Istituti occorre, inoltre, la compilazione del Nulla Osta Sanitario, redatto dopo la visita del detenuto, facendo attenzione alla presenza di possibili lesioni cutanee, articolari, ossee che vanno certificati e/o alla presenza di altre patologie in atto per cui sono previsti esami diagnostici già prenotati e che rendono il trasferimento procrastinabile. Questo atto assume particolare rilevanza in quanto definisce lo stato di salute del paziente nel momento in cui la persona viene trasferita ad altra Istituzione.

altracittà
www.altravetrina.it

PARTE II. Il percorso assistenziale - indicazioni operative

A. L'ACCOGLIENZA

I servizi di assistenza primaria in ingresso sono articolati in 7 diverse fasi che possono svilupparsi in modo sequenziale nell'arco di circa due settimane modulabili, se soddisfatti i principi di riferimento, secondo necessità.

Ognuno di essi prevede la realizzazione di diverse attività e prestazioni rivolte alla singola persona in ingresso direttamente (es. visita di ingresso) o indirettamente (ad esempio le indicazioni ed il raccordo con la Direzione dell'Istituto).

Di seguito si forniscono la declinazione e descrizione di ogni fase, il sistema delle responsabilità e quello del controllo dell'operato (standard ed elementi di verifica rispetto all'attività/prestazione svolta).

A1 - Presentazione del presidio sanitario nel contesto penitenziario

Apertura della cartella clinica assistenziale multiprofessionale (costituzione di un unico documento sulla persona in carico, di riferimento non solo per i medici ma anche per gli infermieri e gli specialisti) e la registrazione delle informazioni previste. La figura responsabile delle attività è l'infermiere. Questi apre una nuova Cartella informatizzata e inserisce i dati forniti (attualmente in cartaceo) dall'Ufficio Matricola, o se chiuso, dal capoposto.

I dati raccolti sono di tipo non clinico (dati anagrafici, relazioni familiari, lavoro, disagio...) utili alla pianificazione sanitaria e per il confronto a livello multi professionale.

È compito dei sanitari registrare l'orario di apertura della cartella, le eventuali interruzioni della visita (es. per cambio turno agenti o allontanamento del personale sanitario per situazioni di emergenza/urgenza) e l'orario di fine visita.

Segue un momento strutturato di colloquio nel quale viene effettuata una prima illustrazione delle caratteristiche e finalità del servizio sanitario. È un colloquio informativo che deve toccare i seguenti punti:

- descrizione del Servizio sanitario
- spazi, pertinenza di azione/ambito di attività, figure professionali presenti
- obiettivi del Servizio, organizzazione, tipologia di servizi erogati.

Si registrano in tal modo prime valutazioni sull'atteggiamento e la capacità di comprensione del soggetto.

<i>Fasi</i>	<i>Figure coinvolte</i>	<i>Funzioni</i>	<i>Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione</i>
A.1.1 Apertura della Cartella Clinica Assistenziale-Multi professionale	Infermiere	Apertura nuova cartella	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controllo correttezza dei dati forniti: corrispondenza con la realtà (es. giorno dopo o alla visita successiva, compilazione di una check list di controllo) ▪ Esempio di Indicatore: % dati corretti su totale dati
A.1.2 Registrazione dati	Infermiere	Registrazione dati	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controllo su correttezza dei dati forniti (cfr sopra) ▪ Esempio di Indicatore: % di cartelle aperte entro le 24h dall'ingresso per nuovi ingressi/totale nuovi ingressi
A.1.3 Prima illustrazione delle caratteristiche e finalità del servizio sanitario	Infermiere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colloquio informativo ▪ Consegna di informativa in lingua e illustrazione 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verifica della capacità di comprensione del soggetto

A2 - Registrazione consenso privacy

Registrazione del consenso al trattamento di dati sanitari e indicazione degli aventi diritto alle notizie sanitarie (familiari, legali).

Il responsabile delle attività è l'infermiere, che si occuperà di acquisire la firma dell'assistito sulla modulistica: consenso (da conservare in AUSL) e registrazione degli aventi diritto alla conoscenza delle notizie sanitarie.

In Cartella sono presenti i moduli da stampare per la firma e occorre, anche, registrarvi quali moduli non sono stati firmati.

I contatti e colloqui con gli aventi diritto non possono avvenire per telefono e devono essere pianificati dal medico referente all'interno del Servizio sanitario.

<i>Fasi</i>	<i>Figure coinvolte</i>	<i>Funzioni</i>	<i>Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione</i>
A.2.1 Registrazione del consenso al trattamento di dati sanitari (utilizzati)	Infermiere	Compilazione modulistica	▪ Registrazione in cartella
A.2.2 Indicazione degli aventi diritto alle notizie sanitarie (familiari, legale)	Infermiere	Compilazione modulistica	▪ Registrazione in cartella

A3 – Visita di Ingresso

In questo momento è necessario acquisire i documenti sanitari presentati, chiedendo l'autorizzazione a farne copia, vidimarla come copia conforme all'originale e registrarli in cartella clinica.

Prima dell'esame obiettivo, l'infermiere, tramite colloquio, raccoglie informazioni sulle vaccinazioni svolte e sulle allergie documentate, acquisisce la documentazione disponibile o individua quale documentazione è da acquisire in copia conforme. Inoltre verifica:

- l'utilizzo di occhiali
- la presenza di protesi mobili, tutori o presidi ortopedici
- l'utilizzo di farmaci
- l'altezza, il peso, la pressione arteriosa, la circonferenza dell'addome, il body mass-index

Queste informazioni consentono di prestare attenzione a oscillazioni nel corso della detenzione, tali da rendere opportune ulteriori indagini; da questo punto di vista è importante prevedere la possibilità di contatto con il medico curante nel territorio, se autorizzati dall'avente diritto.

Successivamente spetta al medico (con infermiere presente o informato se assente) l'anamnesi, con raccolta delle patologie dichiarate e delle allergie (l'anamnesi dovrebbe precedere ed orientare la visita medica). In questa fase deve essere compilato il questionario di anamnesi previsto dalla nota regionale del 9 maggio 2011 sulla TBC (Allegato 1).

Il medico fa richiesta di iniziare la visita chiedendo alla persona di spogliarsi, garantendo il rispetto della dignità. Un approccio rispettoso al corpo della persona può facilitare il colloquio e la relazione. Il riscontro di lesioni evidenti sul corpo e la formulazione di domande (quando e come sono state procurate), costituisce un elemento di garanzia diretta per la persona, e di conseguenza per l'istituzione.

L'esame obiettivo generale permette di evidenziare possibili fattori di rischio (per il singolo e la comunità) a carico dell'apparato loco-motore, cardiovascolare, respiratorio gastroenterologico, urinario e di individuare disturbi psichici manifesti o latenti.

In questa fase deve essere effettuata una sintesi della prima visita con particolare riferimento a riscontro di:

- abitudini o abusi: fumo - alcool – sostanze
- cardiovascolopatie/diabete e altre patologie endocrine
- pneumopatie/gastropatie/uropatie
- malattie infettive
- valutazione udito/visus/dentatura
- capacità motoria/invalidità accertate o meno, necessità di protesi o presidi (l'aspetto dell'invalidità viene comunque rilevato in modo compiuto in visite successive sia dall'infermiere che dal medico)

Se si riscontrano:

- abitudini o abusi (fumo - alcool – sostanze) e invalidità o necessità di protesi o presidi sanitari è necessario indicarlo in Cartella
- cardiovascolopatie/diabete, altre patologie endocrine, pneumopatie/gastropatie e malattie infettive riportare in Cartella la necessità eventuale di allocazione opportuna/in vicinanza dell'area sanitaria (locali destinati a Polo di osservazione)

Un altro momento importante, in questa fase, riguarda:

- le terapie in corso
- l'eventuale sostituzione di farmaci, assunti in libertà previa informazione e acquisizione del consenso da registrare in cartella.

È fondamentale, inoltre, illustrare la modalità di distribuzione e somministrazione delle terapie nelle sezioni e gli obblighi nella gestione dei farmaci nella comunità penitenziaria.

Occorre anche sensibilizzare rispetto alla non opportunità dell'accumulo, della cessione, del commercio dei farmaci e sulla non opportunità di richieste improprie al personale infermieristico, tali da rendere evidente il non rispetto delle funzioni esercitate dal professionista e delle regole vigenti nel penitenziario.

Non si può pretendere che l'adesione a tale indicazione sia immediata ma deve essere raggiunta nei giorni successivi, con la proposizione continua delle motivazioni e dell'opportunità a seguire queste indicazioni.

La visita di ingresso prevede anche la presentazione e programmazione nei giorni successivi: dello screening d'ingresso, delle visite e degli accertamenti specialistici eventualmente necessari.

Tra questi assume particolare importanza la valutazione della richiesta di visita dello specialista psichiatra, da attuarsi attraverso la compilazione della scheda riportata nella pagina successiva. Se il punteggio è uguale o superiore a 5 è necessario richiedere la visita; se inferiore, lascia al medico, se lo ritiene, la possibilità di richiederla comunque.

Fasi	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
A.3.1 Registrazione peso, altezza – F.C. - T.A. - BMI- circonferenza addome	Infermiere	Registrazione dati	
A.3.2 Vaccinazioni svolte e allergie documentate - Acquisizione documentazione disponibile o individuazione documentazione da acquisire, Porta occhiali, apparecchi acustici, Presenza di protesi mobili, tutori o presidi ortopedici. Presenza di farmaci (porta con sé farmaci)	Infermiere	Registrazione dati e osservazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella
A.3.3 Anamnesi -Patologie dichiarate –Allergie	Medico Infermiere presente o informato	Colloquio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella e valutazione coerenza delle affermazioni rispetto ai campi lasciati vuoti
A.3.4 Esame obiettivo - Evidenza di fattori di rischio (per il singolo e comunità)	Medico	Visita e anamnesi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella
3.4.1 Riscontro di segni di lesioni/tumefazioni recenti o pregresse a varia etiopatogenesi. Aspetti medico-legali (denuncia, rapporto, referto)	Medico Infermiere	Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuazione spazio in cartella nel quale informare la Direzione dell'Istituto
3.4.2 Evidenza di disturbi psichici manifesti o latenti, noti o non noti ai servizi territoriali. Acquisizione documentazione soggetto/servizi territoriali	Medico	Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Redazione della scheda per eventuale visita psichiatrica ▪ Individuazione spazio in cartella nel quale informare Direzione dell'Istituto
3.4.3 Riscontro di abitudini o abusi: fumo - alcool – sostanze	Medico: comunicazione Sert Infermiere: Direzione per allocazione	Descrizione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verifica completezza della compilazione ▪ Valutazione coerenza fra campi con "nulla da segnalare" e "campi con q.c da segnalare"

Fasi	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
3.4.4 Riscontro di cardiovascolopatie/diabete e altre patologie endocrine	Medico	Codifica	
3.4.5 Riscontro di pneumopatie/gastropatie/uropatie	Medico	Codifica	
3.4.6 Riscontro di malattie infettive e parassitarie (scabbia – pediculosi)	Medico	Codifica	
3.4.7 Valutazione udito/visus/dentatura	Medico Infermiere	Codifica	
3.4.8 Inquadramento capacità motoria/invalidità accertate o meno, necessità di protesi o presidi sanitari (documentazione relativa e Ausl di riferimento)	Medico Infermiere	Codifica	
A.3.5 Terapie in corso, eventuale sostituzione di farmaci precedentemente assunti	Medico	Prescrizione della terapia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella
A.3.6 Illustrazione delle modalità di distribuzione e somministrazione delle terapie e degli obblighi nella gestione dei farmaci nella comunità penitenziaria	Infermiere	Informazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella
A.3.7 Programmazione dello screening d'ingresso	Infermiere	Informazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella ▪ Esempio di indicatore: n° procedure completate/n° procedure avviate
A.3.8 Programmazione delle visite nella prima settimana e degli accertamenti specialistici	Infermiere	Prenotazione (in assenza del personale amministrativo)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella

A4 - Conclusione Visita di Ingresso

Il colloquio di esito e la registrazione di elementi qualitativi/percettivi da parte del personale sanitario (ad esempio, impatto, comportamento) sono raccolte assieme a informazioni di carattere sanitario in una Relazione di inquadramento assistenziale e sanitario (Compilazione in cartella di una relazione di inquadramento dello stato di salute).

<i>Fasi</i>	<i>Figure coinvolte</i>	<i>Funzioni</i>	<i>Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione</i>
A.4.1 Colloquio di esito e registrazione elementi qualitativi/percettivi (impatto, comportamento....)	Medico e infermiere	Colloquio a due voci di inquadramento assistenziale per la persona	▪ Registrazione in cartella
A.4.2 Compilazione in cartella di una relazione di inquadramento dello stato di salute	Medico e infermiere	Registrazione dati	▪ Registrazione in cartella

A5 - Screening di Primo Ingresso: Informazione e Counselling

La persona va resa partecipe del fatto che le procedure sono a suo vantaggio e a vantaggio dell'intera comunità. Abbiamo già evidenziato come i risultati consentano di stabilire priorità di intervento e destinazioni mirate di risorse.

L'obiettivo dello screening è quello di valutare il soggetto rispetto a

- abuso da stupefacenti
- TBC
- Epatiti
- Lue
- HIV
- MST

In aggiunta al prelievo ematico, alla raccolta delle urine per la ricerca degli stupefacenti ed alla Mantoux, in caso di indicazioni cliniche rilevate, si può introdurre una spirometria di base per misurare il flusso espiratorio (*Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012, capitolo 4.5 Le malattie respiratorie croniche*⁹).

⁹ Le malattie respiratorie croniche rappresentano una vasta gamma di gravi condizioni patologiche che include l'asma, le riniti allergiche, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e la "sleep apnea sindrome". Nel loro insieme costituiscono un serio problema di salute pubblica. La lotta alle malattie respiratorie si realizza quindi in primo luogo attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria (come la lotta al fumo e la lotta agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro), sia secondaria. In questo ultimo campo, estremamente importante è la diagnosi precoce che nella maggior parte dei casi può essere eseguita con la spirometria (ad esempio nei soggetti fumatori) per individuare la patologia cronica in fase iniziale ed impedire la progressione della patologia respiratoria verso livelli di patologia più severi .

È inoltre particolarmente utile un ECG, perché è stato dimostrato che il 17% delle morti sotto i 35 anni è causato da disturbi del ritmo non riscontrabili con l'esame obiettivo¹⁰, e le classi di età più rappresentate nella popolazione detenuta riguardano soggetti fra i 25 e i 40 anni.

Il detenuto "medio" è un soggetto fumatore, tossicodipendente, in trattamento con psicofarmaci (la terapia con psicofarmaci può essere riscontrata in oltre il 60% dei detenuti): gli effetti sul ritmo cardiaco di queste sole categorie sono noti e amplificati da un'anamnesi familiare positiva per morti improvvise da cause cardiache.

Alle detenute in età fertile viene offerto l'esame delle urine per il test di gravidanza.

Vengono, inoltre proposti a tutta la popolazione gli screening, secondo le linee guida regionali:

- Pap test
- mammografia
- ricerca sangue occulto

che vengono programmati, per poi essere realizzati dopo il periodo di accoglienza.

Infine, al termine di questa fase è prevista per tutti la consegna ed illustrazione di opuscoli informativi e di sensibilizzazione in lingua. Il contenuto degli opuscoli/informative può essere proposto anche in poster plastificati da appendere nelle sezioni e nei locali del presidio sanitario.

Altrettanto rilevanti - allorquando si sia in presenza di uno stato morboso - sono l'informazione a pazienti e familiari, che devono essere formati a conoscere le caratteristiche della malattia, a far seguire correttamente la terapia prescritta e a reagire prontamente in caso di riacutizzazione e la continuità della presa in carico. (Il documento è scaricabile da: www.salute.gov.it)

¹⁰ Christian van der Werf, Irene M. van Langen and Arthur A.M. Wilde 'Sudden Death in the Young : What Do We Know About It and How to Prevent?'Circ Arrhythm Electrophysiol 2010;3:96-104;)

Fasi	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
A.5.1 Illustrazione, informazione, counselling	Infermiere Medico se infermiere assente (Istituti senza infermiere h/24)	Informazione Indirizzo	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione in cartella della verifica della comprensione del messaggio (ha capito? Si/No) e motivazione del deficit di comprensione (lingua, cognitivo, altro..)
A.5.2 Screening : Epatiti HIV LUE MST	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione del dato "Assenza" (uscito/trasferito) e "Rifiuto" Es. indicatore: N° visite eseguite/programmate
A.5.3 Esame urine per ricerca stupefacenti (se ci sono indicazioni anamnestiche e cliniche rilevate) se proviene dalla libertà	Medico Infermiere	M: prescrizione I: raccolta a vista urine	<ul style="list-style-type: none"> Esempio di indicatore: n° rifiuti+n° eseguiti = n° dichiarati tossicodipendenti
A.5.4 Ecg (se ci sono indicazioni anamnestiche e cliniche rilevate)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione in cartella (accetta si/no)
A.5.5 Spirometria (se ci sono indicazioni anamnestiche e cliniche rilevate)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione in cartella (accetta si/no)
A.5.6 Prevenzione TB (Mantoux/ RX TORACE/Esame espettorato)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	<ul style="list-style-type: none"> Compilazione Questionario regionale (Allegato 1)
A.5.7 Esame urine per Test di gravidanza	Medico Infermiere	M: prescrizione I: esecuzione	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione in cartella (accetta si/no)
A.5.8 Consegna Opuscoli informativi e di sensibilizzazione in lingua	Infermiere	Consegna/illustrazione opuscolo in lingua	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione in cartella (consegnato si/no)
A.5.9 Programmazione/richesta Pap test (indicazioni anamnestiche/programma regionale)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	<ul style="list-style-type: none"> Esempio di indicatore: N° proposti/n° donne nella fascia di età prevista
A.5.10 Programmazione/richesta mammografia (secondo linee guida regionali)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	<ul style="list-style-type: none"> Esempio di indicatore: N° proposti/n° donne nella fascia di età prevista
A.5.11 Programmazione/richesta Ricerca sangue occulto nelle feci (secondo linee guida regionali)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	<ul style="list-style-type: none"> Esempio di indicatore: N° proposti/n° detenuti nella fascia di età prevista

A6 - Indicazioni e Raccordo con Direzione Istituto Penitenziario

Al termine della prima visita e durante il periodo di accoglienza il servizio sanitario fornisce indicazioni utili, anche in termini organizzativo-logistici, alla Direzione del penitenziario.

In particolare, mediante anamnesi ed esame obiettivo svolti, è possibile fornire una valutazione (in un campo obbligatorio in Cartella) ed indicazioni utili rispetto:

- alla prevenzione del rischio suicidario
- al rischio di eventi cardiovascolari
- al rischio di trasmissione di malattie infettive.

È inoltre possibile fornire altre indicazioni o informazioni attinenti il disagio mentale, la disabilità, la tossicodipendenza, l'abuso di alcool, lo stato respiratorio e l'abitudine tabagica, l'alimentazione, l'attività psico-motoria.

Tutte queste indicazioni ed informazioni possono essere finalizzate all'allocazione più appropriata per una più efficace azione sanitaria

<i>Fasi</i>	<i>Figure coinvolte</i>	<i>Funzioni</i>	<i>Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione</i>
A.6.1 Prevenzione del rischio suicidario - indicazioni utili per l'allocazione	Medico Infermiere	Registrazioni e dati	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella
A.6.2 Rischio di eventi cardiovascolari- indicazioni utili per l'allocazione			
A.6.3 Rischio di trasmissione di malattie infettive - indicazioni utili per la prevenzione del contagio (Zona filtro)			
A.6.4 Altre indicazioni o certificazioni (disagio mentale, disabilità, tossicodipendenza, alcool, stato respiratorio e abitudine tabagica, indicazioni relative all'alimentazione, all'attività psico-motoria, indicazioni su alloggi appropriati per una più efficace azione sanitaria. Polo di osservazione)			

A7 - Conclusione del Periodo di Accoglienza

Le visite programmate nei giorni successivi all'entrata dovrebbero favorire nel Nuovo Giunto una riflessione tesa a riconoscere la validità delle procedure sanitarie cui ha partecipato, con l'obiettivo di far maturare nella persona detenuta la consapevolezza che la salute è un patrimonio prezioso da salvaguardare. A questo proposito è previsto un momento dedicato e delicato, il colloquio di presa in carico/patto per la salute/patto assistenziale individuale, in cui viene tra l'altro ribadito il ruolo del medico e il ruolo dell'infermiere oltre che della persona stessa. La consegna e presentazione della Carta dei Servizi sanitari interni, la lettura e la discussione di questo documento può rafforzare il senso di questo 'patto'.

La conclusione del periodo di accoglienza ha anche riflessi di tipo documentale: occorre sintetizzare e registrare in cartella le risultanze dei colloqui, delle visite, delle valutazioni/percezioni sull'impatto, ma anche predisporre formalmente, come output di accoglienza, una Sintesi finale sanitaria di tipo multidisciplinare.

La fase di accoglienza si conclude, quindi, con la definizione, da parte del personale sanitario addetto all'assistenza primaria, del **Piano Assistenziale Individuale** (P.A.I. – box al termine della sezione).

Il **PAI** viene elaborato sulla base dei seguenti elementi:

- Lo stato di salute fisico ed eventuali disabilità
- Lo stato di salute psichico ed eventuali fattori di stress
- I fattori di rischio
- Le patologie presenti
- L'indicazione all'esecuzione degli screening oncologici previsti
- Le vaccinazioni raccomandate per fattori di rischio o condizioni individuali
- Le terapie ed eventuali interventi assistenziali programmati necessari
- Indicazioni fornite alla Direzione d'Istituto.

Il P.A.I. rappresenta la proposta assistenziale che il servizio offre all'assistito detenuto per raccogliergli l'adesione o i dubbi. Sarà condiviso con l'assistito a cui sarà proposta la sottoscrizione, generando il **Patto per la Salute**, strumento di riferimento, sia per il Servizio che per l'assistito, per:

- valutazioni successive sulle prestazioni assistenziali nella fase di detenzione e la continuità assistenziale
- sintesi finale al momento del trasferimento in altro Istituto o del ritorno in libertà dell'assistito, su tutti i servizi ricevuti e sui risultati ottenuti

Il Patto per la salute vuol dare trasparenza a tutta l'azione sanitaria e dare stimolo alla persona assistita per una reale partecipazione al programma proposto e accettato, favorendo lo sviluppo di una partecipazione consapevole da parte del detenuto.

<i>Fasi</i>	<i>Figure coinvolte</i>	<i>Funzioni</i>	<i>Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione</i>
A.7.1. Colloquio di presa in carico/patto per la salute/patto assistenziale integrato: il ruolo del medico e il ruolo dell'infermiere (redazione PAI).	Medico ed infermiere	Definizione presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esempi di descrittori: <ul style="list-style-type: none"> - N° di colloqui - N° di patti stabiliti - N° di relazioni
A.7.2 Consegna e presentazione della carta dei servizi sanitari interni/vademecum dei servizi in prospettiva...	Medico o infermiere	Registrazione della consegna avvenuta	N° di carte servizi consegnate
A.7.3 Registrazione di tutte le risultanze dei colloqui e delle visite	Medico infermiere	Valutazione e Registrazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Output di cartella che raccoglie elementi da A.4.1; A.5; A.6
A.7.4 Registrazione in cartella di una Sintesi riepilogativa finale multidisciplinare (output di accoglienza)	Medici, specialisti, psicologo, infermiere	Valutazione e Registrazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raccoglie gli elementi di A.7.3 + evidenze di altre figure sanitarie che compilano in cartella (es. psichiatra)

Azienda Sanitaria Locale (LOGO) Casa Circondariale di.....

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

Proposto al Sig./Sig.ra _____ data _____

proveniente da: libertà altro istituto

Presenta :

<input type="radio"/> Fattori di rischio	<input type="radio"/> Disagio	<input type="radio"/> Peso kg.....	<input type="radio"/> Fumo	<input type="radio"/> Isolamento	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Buona salute					
<input type="radio"/> Sintomi/patologie				grado di compenso	
				<input type="radio"/> buono	<input type="radio"/> precario
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Obiettivo Clinico Assistenziale

TRATTAMENTO PERSONALIZZATO

Infermiere	Counseling ed interventi educativi comunitari	<input type="checkbox"/>	
	Counseling ed interventi educativi individuali		
	Monitoraggio individuale programmato	<input type="checkbox"/>	
	Attività personalizzata	<input type="checkbox"/>	
medico	Visita periodica	accesso settimanale	<input type="checkbox"/>
		accesso quindicinale	<input type="checkbox"/>
		accesso mensile	<input type="checkbox"/>
		accesso trimestrale	<input type="checkbox"/>
PROGRAMMAZIONE VERIFICHE	verifica trimestrale	<input type="checkbox"/>	
	verifica semestrale	<input type="checkbox"/>	
	verifica annuale	<input type="checkbox"/>	

NOTE _____

Firma del Referente del PAI:	Firme delle figure professionalmente coinvolte nella predisposizione del PAI:

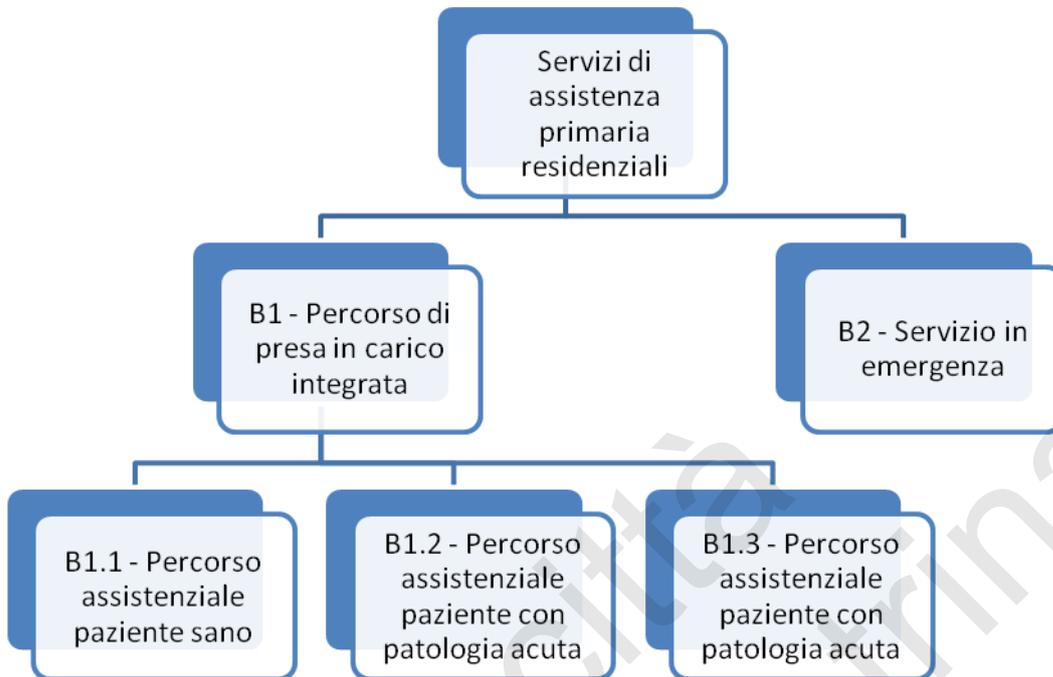
OBIETTIVI/ASPETTATIVE DEL PAZIENTE _____

accetta rifiuta **L'assistito**

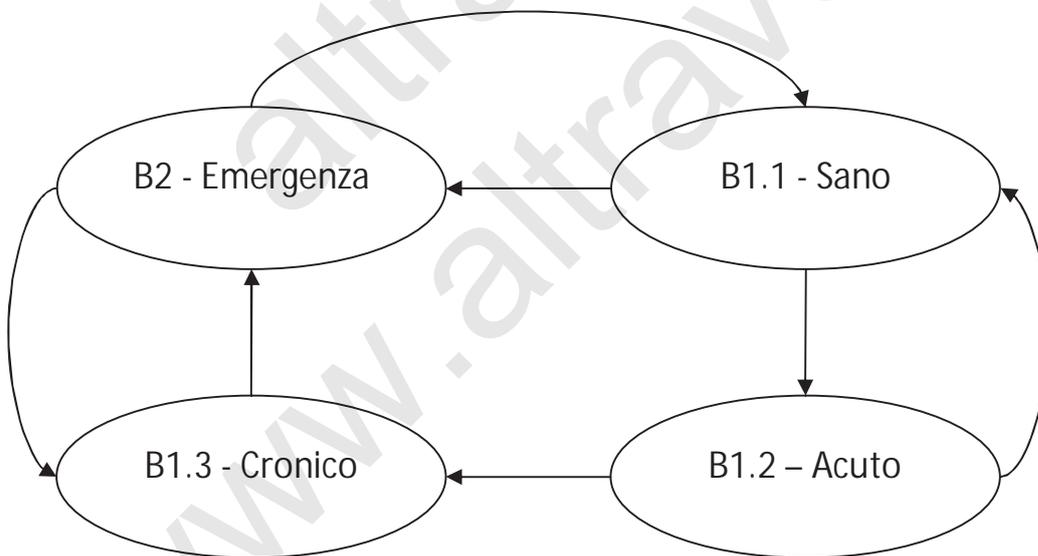
altracittà
www.altravetrina.it

B. IL PERIODO DI DETENZIONE

I servizi di assistenza primaria durante il periodo di detenzione riguardano sia la presa in carico integrata che il servizio in emergenza.



I percorsi possono essere collegati tra loro in relazione ad eventuali eventi sanitari che possono verificarsi durante la detenzione.



B1 - Presa in carico integrata

Sono previsti tre diversi percorsi di presa in carico integrata:

- paziente sano
- paziente con patologia acuta
- paziente cronico

B.1.1. Percorso clinico-assistenziale paziente sano

Per la persona sana il percorso si sviluppa in stretta coerenza con quanto programmato nella fase di accoglienza ed in base al Piano Assistenziale Individuale definito come output del percorso in ingresso.

Si tratta di un percorso rivolto a tutta la popolazione e differenziato per tipologia di utenza: attività e servizi in ambito di promozione e tutela della salute per pazienti sani, prevenzione e monitoraggio dello stato di salute della singola persona.

Il Piano Assistenziale Individuale deve tener conto anche dei tempi di permanenza al fine di prevedere diversi sviluppi nella programmazione dei piani di trattamento.

É prevista la distribuzione di materiale informativo (se non già avvenuto durante la fase A, oppure aggiuntivo e mirato alla singola casistica, mirato alle caratteristiche dell'utenza detenuta), attività curata dall'infermiere, che consegna e illustra la documentazione.

L'attività di prevenzione non si limita alla distribuzione di materiale informativo, ma si deve articolare in un Piano Annuale redatto in maniera multidisciplinare dal Responsabile di Programma, dal Medico referente, dal coordinatore infermieristico con il coinvolgimento dei Servizi territoriali competenti. Potrà essere previsto per detenuti con fine pena lungo, con le dovute cautele, l'utilizzo della "peer education" e del contributo del volontariato di settore.

Il **Programma Prevenzione** in carcere deve tenere presente la permanenza della persona in carcere in relazione alla posizione giuridica. Deve prevedere le seguenti azioni rivolte prioritariamente a soggetti con sentenza definitiva e secondo necessità a quelli con sentenza non definitiva:

- Interventi educativi individuali di educazione su uso di fumo/alcool e farmaci. Si ipotizzano azioni dirette di informazione ma anche a carattere educativo. Queste azioni sono comunque di supporto ad altre di tipo strutturale – es. spazi idonei per il fumo
- Conferenze aperte o in piccolo gruppo sui temi della prevenzione rispetto a pregresse abitudini e costumi di popolazione e potenziali fattori di rischio (ambientale, alimentazione, fumo, alcool, malattie infettive, sedentarietà...); informazione su corretti stili di vita; uso corretto dei farmaci
- Azioni di promozione della costituzione di Gruppi di auto-aiuto o psico-educazionale rivolti allo scambio e al supporto reciproco sul tema dell'impatto, del malessere/disagio, ecc.
- Interventi di riduzione del danno, per quanto possibile in ambito penitenziario.

Il **monitoraggio dello stato di salute del paziente sano** prevede la rilevazione e verifica del bisogno di salute, da 1 a 3 mesi dall'ingresso qualora il detenuto non abbia fatto richiesta di visita.

É una attività da modulare rispetto al PAI definito con la persona nella fase di accoglienza.

L'Infermiere svolge un confronto tra i dati raccolti in ingresso (es. peso, dentatura...) e quanto rilevato a 1 - 3 mesi .

Il monitoraggio sullo stato di salute prevede anche:

- una attività specifica relativamente al 'Percorso odontoiatria': in questo caso si tratta di un monitoraggio sulle problematiche odontoiatriche, e la rilevazione avviene non a

1-4 mesi ma a 1 anno. Da evidenziare che questo percorso sarà assicurato secondo i criteri indicati nella DGR 2/10.

- L'esecuzione della visita medica, eventualmente programmata in precedenza e l'esecuzione di esami/screening a 6 – 12 mesi che vengono ripetuti secondo specifica programmazione.

Di seguito vengono riportate le prestazioni previste indicate successivamente in B.1.1.3, B.1.1.5, B.1.1.6, B.1.1.8 devono tener conto di queste differenze.

altracittà
www.altravetrina.it

Fasi - PREVENZIONE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.1.1 - Esecuzione di quanto riportato nel PAI (Sezione A)	Medico Infermiere	Continuità	<ul style="list-style-type: none"> ■ Registrazione in cartella di ogni attività/prestazione programmata nella fase A e riportata in cartella alla voce PAI con indicazione di: <ul style="list-style-type: none"> - esecuzione (data) - mancata esecuzione (con spazio libero per inserire motivazioni e prossima scadenza per l'esecuzione) ■ Registrazione in cartella (consegnato sì/no)
B1.1.2 - Distribuzione materiale informativo (se non fatto in A, oppure aggiuntivo e mirato alla singola casistica)	Infermiere	Consegna e illustra opuscolo	
B1.1.3 - Interventi educativi individuali di educazione sanitaria su uso di fumo/alcool e farmaci in IIPP (si ipotizzano azioni dirette di informazione ma anche a carattere educativo. Queste azioni sono di supporto ad altre di tipo strutturale – es. spazi idonei per il fumo)	Infermiere	In collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Registrazione delle informazioni mediante software collegato alla cartella clinica informatica poiché si tratta di riportare informazioni di gestione di una attività non rivolta ad un singolo ma a un gruppo ■ Esempi di indicatori: <ul style="list-style-type: none"> - N° persone coinvolte distinte per sesso, età, nazionalità - N° ore erogate
B1.1.4 - Conferenze aperte o in piccolo gruppo sui temi della prevenzione rispetto a pregresse abitudini e costumi di popolazione e potenziali fattori di rischio (ambientale, alimentazione, fumo, alcool, sedentarietà...); informazione su corretti stili di vita; uso corretto dei farmaci	Infermiere	In collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)	<ul style="list-style-type: none"> - Elenco dei sanitari del servizio e casella che indichi chi partecipa ■ Documentazione in esito: <ul style="list-style-type: none"> - Report annuale sulle attività prestate - Relazione conclusiva che evidenzia i temi affrontati, le professionalità coinvolte, l'impatto e gli esiti dell'attività.
B1.1.5 - Azioni di promozione della costituzione di Gruppi di auto-aiuto o di tipo psico-educazionale rivolti allo scambio e al supporto reciproco sul tema dell'impatto, del malessere/disagio, ecc	Responsabile di Programma Medico referente Infermiere, Psicologo Servizi specifici dell'ASL (es. educazione alla salute)	Direzione di Istituto Volontariato,	
B1.1.6 - Interventi di riduzione del danno, per quanto possibile in ambito penitenziario			

Fasi - PREVENZIONE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.1.7 - Rilevazione e verifica del bisogno di salute a 1-3 mesi dall'ingresso e da modulare rispetto al PAI definito con la persona nella fase A. In esito programmare eventuale Visita Medica	Infermiere	Confronto tra i dati raccolti in ingresso (es. peso, dentatura) e quanto rilevato a 1- 3 mesi .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella: <ul style="list-style-type: none"> - warning rispetto alla scadenza di 1- 3 mesi dall'ingresso - necessità di visita medica (necessaria/non necessaria) - se non necessaria si rimanda la rilevazione al quadrimestre successivo, sempre con il warning in cartella)
B1.1.8 - Percorso odontoiatria: monitoraggio problematiche odontoiatriche (rilevazione a 1 anno)	Medico	Visita odontoiatrica e programmazione piano odontoiatrico, anche eventualmente solo per controlli.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella: <ul style="list-style-type: none"> - warning che appare in cartella rispetto alla scadenza di 1 anno dall'ingresso - necessità di visita medica (necessaria/non necessaria) - se non necessaria si rimanda la rilevazione ai 12 mesi successivi, sempre con il warning in cartella) ▪ L'accesso alla prestazione specialistica viene svolto in coerenza con DGR 2/2010
B1.1.9 - Visita medica (come da B.1.1.7 programmazione di visita)	Medico Infermiere		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aggiornamento cartella con evidenza dei cambiamenti significativi rilevati da medico e/o infermiere (eventualmente psicologo, psichiatra) ▪ Esempi di indicatori: N° visite eseguite/programmate

B.1.2 - Percorso Clinico-Assistenziale Paziente Con Patologia Acuta

Il percorso si struttura in:

- Inquadramento: visita medica, indicazioni comportamentali al paziente, indicazioni per provvedimenti all'Istituto Penitenziario, eventuale attivazione di servizi specifici (ad esempio, i centri antiveleni)
- Monitoraggio dello stato di salute
- Prestazioni/attività offerte in caso di possibili evoluzioni della patologia acuta, ad esempio invio specialistica interna o esterna o ricovero ospedaliero programmato.

In questo ultimo caso, si fa riferimento al Programma Regionale per la salute negli Istituti penitenziari (DGR 2/2010) e al Protocollo d'intesa RER - PRAP (DGR 1135/2011).

Sul tema "Medicina specialistica", la programmazione delle prestazioni specialistiche deve essere svolta anche tenendo conto della necessità di organizzare la presenza di branche specialistiche interne, in modo di soddisfare le esigenze di salute dei detenuti ed evitare l'uso improprio di risorse sanitarie e penitenziarie, razionalizzando la necessità di spostamenti dei detenuti dal carcere verso strutture esterne.

Il Protocollo d'intesa RER - PRAP (DGR 1135/2011)

- all'ART. 1 ATTIVITA' ORGANIZZATIVA, fornisce indicazioni per quanto riguarda la programmazione delle visite esterne: "le AUSL garantiscono la prenotazione delle visite presso luoghi esterni di cura, concordandone con la Direzione dell'Istituto una razionale programmazione della tempistica; le Direzioni degli Istituti penitenziari, qualora sussistano, o già solo sopravvengano difficoltà imprevedute, si impegnano, anche preventivamente, a comunicarle per iscritto per trovare in sinergia possibili soluzioni alternative".
- all'ART. 8 RICOVERI E DIMISSIONI DALL'OSPEDALE indica che "Nel caso di ricoveri presso luoghi esterni di cura le dimissioni del paziente dovranno comunque essere valutate dal personale sanitario dell'ospedale d'intesa con il Servizio sanitario dell'Istituto penitenziario per una migliore garanzia di efficacia della continuità clinico-assistenziale".

La visita medica permette:

- la programmazione di eventuali controlli medici ed infermieristici
- la produzione di richiesta di Esami di 1° livello
- la prescrizione della terapia
- istruzioni comportamentali al paziente
- indicazioni alla Direzione dell'Istituto Penitenziario, per specifici provvedimenti o ausili necessari quali ad esempio:
 - indicazioni per la tutela della salute del personale dell'AP a contatto con gli assistiti per alcune infezioni
 - patologie che necessitano collocamento in un letto non sopraelevato
 - eventuali indicazioni alimentari.

Lo strumento di registrazione della attività sanitaria è la cartella clinica, strumento di conoscenza epidemiologica, in cui devono essere annotati:

- i sintomi prevalenti
- eventuale sospetto diagnostico

- la diagnosi, con codifica (attualmente ICD9 e nel prossimo futuro ICD10).

È necessario differenziare la patologia/sintomo acuto riscontrato rispetto:

- alla prognosi, espressa in giorni, che dovrà essere evidenziata e prevedere una verifica rispetto alla prima valutazione
- all'intensità della manifestazione in una classificazione lieve, media, grave (anche in rapporto ad eventuali comorbidità)
- all'evoluzione del quadro clinico, che rispetto alla patologia potrà essere RISOLTO o ATTIVO, anche per i successivi controlli che potranno evolvere verso il passaggio alla cronicità.

È possibile realizzare percorsi intramurari efficaci ed efficienti in area acuzie solo se in ogni Istituto siano disponibili le necessarie attrezzature.

Si tratta di strumenti ed attrezzature necessarie per svolgere prestazioni adeguate rispetto ad alcune patologie acute di frequente riscontro in carcere e attualmente non sempre presenti intramoenia:

- areosol
- barella, ausili per la deambulazione, carrozzina
- Borsa/zaino/carrello delle urgenze
- ECG, meglio se in telemedicina
- Emoglucotest - Pulsossimetro
- Defibrillatore,
- Aspiratore
- Macchina fotografica digitale

Il monitoraggio dello stato di salute e possibili evoluzioni delle patologie stesse

- invio alla medicina specialistica interna
- eventuale necessario invio alla specialistica esterna, con attivazione procedure locali in relazione agli accordi definiti tra AUSL e direzione IP.

Ciò può presupporre, una eventuale preparazione del paziente e della documentazione sanitaria ed eventuali contatti con i colleghi ospedalieri.

È fondamentale l'attività di registrazione degli interventi sanitari esterni e una programmazione della eventuale assistenza post-ospedaliera.

Fasi – INQUADRAMENTO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.2.1 - Visita medica; indirizzo diagnostico	Medico Infermiere	Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella di: <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni svolte sulle acuzie - sistema di visibilità della programmazione interna delle visite (es. foglio/agenda dove vengono registrate le visite programmate). - richieste e esecuzione di esami di primo livello - terapie prescritte - indicazioni prognosi - tipologia o contenuto delle indicazioni comportamentali fornite all'assistito
B1.2.2 - Programmazione di eventuali controlli medici ed infermieristici	Infermiere	Valutazione	
B1.2.3 - Richiesta o esecuzione di Esami di 1° livello (dove possibile)	Medico	Valutazione	
B1.2.4 - Prescrizione terapia	Medico	Valutazione	
B1.2.5 - Prognosi	Medico	Valutazione	
B1.2.6 - Indicazioni comportamentali al paziente	Medico e/o infermiere	Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> - Nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> - Infezioni: programmazione Visita di controllo - Punture, morsi di animali: verifica vaccinazione anti-tetanica - Sciopero della fame o/e della sete: <ul style="list-style-type: none"> o visite di monitoraggio quotidiano per verifica andamento o visite in crescendo in modo proporzionale all'aggravarsi delle condizioni cliniche del soggetto (registrare i controlli svolti anche più di una volta al giorno) o eventuale controllo con definizione della cadenza temporale nell'arco della giornata - Ipo- iperglicemie, Ipo - ipertermia, Perdita di coscienza : <ul style="list-style-type: none"> o parametri rilevati o esami svolti/da svolgere o programmazione o visite di controllo o eventuale controllo con definizione della cadenza temporale
B1.2.7 - Indicazioni a Dir IP per specifici provvedimenti o ausili necessari	Medico	Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella delle indicazioni a Direzione Istituto Penitenziario (si/no, e specifica)

Fasi – INQUADRAMENTO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.2.8 - EVENTUALE ATTIVAZIONE di altri servizi specifici (es. medicina legale, igiene pubblica, centri antiveleni)	Medico	Collegamento	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione in cartella con indicazione modalità operative concordate
Fasi – MONITORAGGIO STATO DI SALUTE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.2.9 - Visita medica di controllo	Medico	Programmazione	Registrazione in cartella
B1.2.10 - Controlli infermieristici	Infermiere		
B1.2.11 - Gestione terapia/cura			

Fasi – POSSIBILI EVOLUZIONI	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.2.12 - Invio a specialistica interna	Medico Infermiere	Procedura per l'invio alla consulenza/presa in carico della specialistica interna	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione in cartella di tutte le richieste di invio a specialistica interna - sistema di monitoraggio sui tempi di esecuzione della specialistica interna
B1.2.13.1 - Invio a specialistica esterna	Medico	Procedura per l'invio alla consulenza/presa in carico della specialistica esterna	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione in cartella di tutte le richieste di invio a specialistica interna - sistema di monitoraggio sui tempi di esecuzione della specialistica esterna
B1.2.13.2 - Ricovero ospedaliero programmato	Infermiere (amministrativo) Medico	Contatto telefonico per prendere accordi la programmazione dell'intervento Eventuale preparazione paziente; eventuale preparazione documentazione sanitaria per i colleghi ospedalieri; contatti con i colleghi	<ul style="list-style-type: none"> Registrazione in cartella Annotazione della preparazione al ricovero e degli esami richiesti prima del ricovero.

Fasi – POSSIBILI EVOLUZIONI	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.2.13.43 - Registrazione interventi sanitari esterni e programmazione della eventuale assistenza post-ospedaliera	Infermiere Medico	ospedalieri durante il ricovero e in fase di dimissione Programmazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella
B1.2.14 - Diagnosi finale	Medico	evidenzia la guarigione dalla acuzie oppure l'aggravamento della patologia, oppure la sua cronicizzazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella della diagnosi finale ▪ Check su: <ul style="list-style-type: none"> - Guarigione - Cronicizzazione - Aggravamento - Spazio disponibile per commenti e valutazioni mediche ed infermieristiche

B.1.3 - Percorso Clinico-Assistenziale Paziente con patologia cronica

Il percorso deve tener conto del **Programma Prevenzione** già indicato per il paziente sano che deve prevedere, anche in relazione alla posizione giuridica, le seguenti azioni rivolte prioritariamente a soggetti con sentenza definitiva e secondo necessità a quelli con sentenza non definitiva:

- Interventi educativi individuali di educazione su uso di fumo/alcool e farmaci negli Istituti Penitenziari. Si ipotizzano azioni dirette di informazione ma anche a carattere educativo. Queste azioni sono comunque di supporto ad altre di tipo strutturale – es. spazi idonei per il fumo
- Conferenze aperte o in piccolo gruppo sui temi della prevenzione rispetto a pregresse abitudini e costumi di popolazione e potenziali fattori di rischio (ambientale, alimentazione, fumo, alcool, malattie infettive, sedentarietà); informazione su corretti stili di vita; uso corretto dei farmaci
- Azioni di promozione della costituzione di Gruppi di auto-aiuto o psico-educazionale rivolti allo scambio e al supporto reciproco sul tema dell'impatto, del malessere/disagio, ecc.
- Interventi di riduzione del danno, per quanto possibile in ambito penitenziario.

E si struttura in:

- Inquadramento e monitoraggio dello stato clinico (dal reclutamento dell'assistito all'individuazione del case manager, nella logica di un piano di assistenza integrata)
- Attività di supporto e di valutazione (Incontri di équipe multidisciplinare, attività in piccolo gruppo, oltre all'eventuale invio a specialistica esterna o al ricovero ospedaliero programmato).

Il percorso si sviluppa in stretta coerenza con quanto programmato nella fase di accoglienza ed in base al Piano Assistenziale Individuale definito come output del percorso in ingresso.

I passaggi fondamentali per la efficacia del percorso sono:

- compliance dell'assistito che presuppone un suo effettivo coinvolgimento nel programma di gestione della patologia cronica
- formulazione del Piano di Assistenza Integrata, con previsione di elementi di verifica periodica
- individuazione del case manager per il coordinamento dei percorsi assistenziali. L'obiettivo è affidare l'assistito ad un responsabile che lo prenda in carico, lo orienti e responsabilizzi, rispetto al proprio stato di salute, con lo scopo di accrescere la consapevolezza del suo stato clinico, aiutandolo nelle scelte. Il case manager promuove il coinvolgimento del personale sanitario nell'applicazione delle indicazioni operative e la cooperazione assistenziale, rappresentando eventuali carenze al referente per la salute. La figura professionale che svolge la funzione di case manager varierà in funzione del diverso grado di gravità/stabilità della patologia.

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.3.1 - Screening preliminare per inquadramento clinico .	Medico	In questo momento si tratta di svolgere, in base alla patologia cronica rilevata o presunta, un controllo di secondo livello.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in Cartella (data dell'avvio della presa in carico) ▪ Tracciabilità delle comunicazioni: <ul style="list-style-type: none"> - interne (aggiornamento della documentazione sanitaria) tramite Cartella - esterne (ad esempio, predisporre il registro delle telefonate o un applicativo per registrare quando e a chi sono state fatte comunicazioni su cosa)
B1.3.2 - Compliance dell'assistito: suo coinvolgimento nel programma di gestione	Infermiere Medico/specialista (eventuale supporto)	Responsabilizzazione motivazione, counselling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esempi di descrittori: <ul style="list-style-type: none"> - N° adesioni e nome counsellor - N° non adesioni e nome counsellor
B1.3.3 - Attuazione del Piano di Assistenza Integrata	Medico Infermiere Specialista		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Periodica registrazione in Cartella: format PAI. Definizione indicatori clinici per verifica. ▪ Registrazione accertamenti da svolgere, terapie ed, eventualmente, dieta/ attività motoria, ecc.
B1.3.4 - Individuazione del case manager per il coordinamento dei percorsi assistenziali.	La figura professionale che svolge la funzione di case manager varia in funzione del livello di gravità/stabilità della cronicità	Programmazione Pianificazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nomina da parte del referente per la salute e assistenziale ▪ Registrazione nominativo in Cartella <ul style="list-style-type: none"> - patologia cronica stabile: generalmente infermiere coordinatore referente (es. TBC, psoriasi) - patologia cronica scompensata: generalmente medico - nei casi di particolare gravità o di instabilità della cronicità: specialista con medico di medicina generale e infermiere ▪ Verifica trimestrale
B.1.3.5 - Esecuzione di quanto programmato nel PAI	Infermiere Medico		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella: <ul style="list-style-type: none"> - confronto fra eseguito/programmato, referti, ecc.; - utilizzo e registrazione di indicatori specifici per patologia cronica (es. Indicatore HIV: viremia CD4; TB: indicatore di

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
			<p>monitoraggio assunzioni terapia con supervisione diretta per motivi clinici; DIABETE: monitoraggio glicemia, tp orale o insulina, ecg, esami ematici, peso, PSORIASI: controlli ematici/ se necessari da terapia assunta)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In casi complessi e non: adesione terapia ▪ Audit clinico in itinere e non solo finale ▪ Verifica degli interventi effettuati (misurazione della qualità dell'assistenza erogata rispetto agli obiettivi prefissati)

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.3.6 - Incontri di équipe multidisciplinare	Equipe	Discussione dei casi presentati dal manager .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esempi di descrittori: N° di casi discussi; N° di validazioni ottenute
B1.3.7.- Sviluppo di canali comunicativi alternativi e attività in piccolo gruppo	Equipe per il Programma Prevenzione in Carcere. Attività: ideare modalità di approccio, oltre alla relazione diretta, come opuscoli, cartelloni, materiale audiovisivo, ecc.;	Progettazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella: partecipa ad attività di piccolo gruppo di supporto e trattamento? (si/no) ▪ Registrazione delle informazioni mediante software collegato alla cartella clinica informatica poiché si tratta di riportare informazioni di gestione di una attività non rivolta ad un singolo ma a un gruppo ▪ Esempi di descrittori: <ul style="list-style-type: none"> - N° persone coinvolte distinte per sesso, età, nazionalità

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
	<p>incontro e di discussione organizzati per tematica/patologia e sul ricorso al farmaco; promuovere gruppi di supporto e di trattamento sulle patologie: AIDS, cardiopatie, diabete mellito, mts, depressione, psicosi, tdp, epatiti, ipertensione arteriosa, broncopatie croniche, in relazione alla prevalenza</p>	<p>Attivazione della procedura per l'invio alla consulenza/ presa in carico dalla specialistica esterna</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N° ore erogate; - Elenco dei sanitari del servizio e casella che indichi chi partecipa; ▪ Report annuale sulle attività prestate/Relazione conclusiva che evidenzi i temi affrontati, le professionalità coinvolte, l'impatto e gli esiti dell'attività.
B1.3.8 - Invio a specialistica esterna	Medico	<p>Preparazione del paziente, della documentazione sanitaria per i colleghi ospedalieri e contatti con i colleghi ospedalieri durante il ricovero e in fase di dimissione</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella di tutte le richieste di invio a specialistica esterna. ▪ Creazione di un sistema di monitoraggio sui tempi di erogazione della specialistica esterna
B1.3.9.1 - Ricovero ospedaliero programmato	Medico Infermiere	<p>Trascrizione in cartella della dimissione e</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella; annotazione della preparazione al ricovero e degli esami richiesti prima del ricovero. ▪ NB: non previsto per DEPRESSIONE; PSICOSI; PSORIASI
B1.3.9.2 - Registrazione degli interventi sanitari esterni e	Infermiere Medico		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella degli interventi sanitari esterni richiesti e svolti

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
assistenza post-ospedaliera		dell'esito del ricovero	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella della programmazione dell'eventuale assistenza post-ospedaliera ▪ Programmazione di eventuali controlli esterni suggeriti in dimissione.
B1.3.9.3 - Diagnosi/audit finale	Medico	Evidenza dell'aggravamento della patologia oppure stabilizzazione a livello di cronicizzazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella della diagnosi finale/audit: spazio disponibile per commenti e valutazioni mediche ed infermieristiche

B2 – Percorso clinico-assistenziale in emergenza

A questo proposito occorre soffermarsi nuovamente sull'analisi del contesto ambientale e in particolare sulle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale dei detenuti. Innanzitutto, in carcere le cause di morte prevalenti sono il suicidio e la morte improvvisa per cause cardiache (su questi aspetti si rimanda anche all'introduzione al documento). È pertanto necessario formulare percorsi di formazione continua appropriata per il personale sanitario, per gli operatori penitenziari e per gli stessi detenuti.

Il servizio in emergenza **fa riferimento alla popolazione detenuta e a situazioni nelle quali si ha effettivo pericolo di vita** (l'emergenza in questo senso viene ad essere l'effettiva circostanza in cui il detenuto è in pericolo imminente di vita).

Il percorso si struttura in due momenti:

- avvio delle procedure di emergenza e attivazione del servizio
- ricezione della persona in rientro da Pronto Soccorso o da Ospedale

Innanzitutto è importante soffermarsi sull'aspetto della gestione della raccolta della segnalazione dell'emergenza: **chi rileva l'evento e dove si realizza**.

La maggior parte dei casi non si verifica alla presenza del personale sanitario. Spesso l'emergenza si attiva in cella e sono gli agenti di polizia penitenziaria a contattare i sanitari. Da ciò la necessità di rafforzare le capacità di chi vede per primo l'evento di individuare alcune macro componenti che distinguono l'intervento in emergenza dall'intervento tempestivo. A livello locale le singole Aziende USL promuovono percorsi e momenti di formazione e di orientamento comune tra personale sanitario e personale della polizia penitenziaria per condividere criteri e per capire alcune principali situazioni che si configurano, dal punto di vista clinico, di grave emergenza.

In caso di emergenza, una condizione per lo sviluppo operativo delle attività e prestazioni previste è la possibilità di **rintracciare il personale sanitario**.

Ogni Azienda USL provvede, in relazione alla specificità del singolo Istituto Penitenziario, a favorire una tempestiva rintracciabilità del personale sanitario di turno, anche eventualmente dotandolo di linea o mezzo di comunicazione dedicato alle emergenze (ad esempio, cordless, cellulare, radiofrequenza già a disposizione) per chiamate che provengono dalle sezioni, creando anche un sistema di attribuzione per turno del referente sull'emergenza.

Le telefonate ricevute devono essere tempestivamente registrate dal personale sanitario in turno per la tracciabilità a livello informatico o cartaceo,

La verifica dell'emergenza presso la cella viene garantita dal Medico e/o Infermiere sulla base delle informazioni raccolte dalla segnalazione (ad esempio se il detenuto è privo di sensi, se il detenuto non si può spostare).

Procedure da adottare:

- dotarsi dello zaino o carrello dell'emergenza
- messa in sicurezza dello stesso operatore/i, anche a cura del personale della polizia penitenziaria, in modo tale da poter intervenire in modo appropriato ed efficace
- primi interventi.

Verificata l'effettiva condizione di pericolo di vita vengono attuati i **primi interventi sul paziente**. Sulla base della diagnosi svolta dai sanitari è possibile individuare due possibili percorsi:

- gestione interna del caso
- chiamata del 118 e invio con risposta esterna

Nel secondo caso viene prevista la seguente procedura:

- il sanitario telefona al 118 per fornire i dettagli
- nel caso sia impossibilitato in quanto occupato ad assistere la persona, sarà l'agente a telefonare (spesso si passa dal centralino dell'Istituto Penitenziario) e a comunicare gli estremi della richiesta, facilitando la comunicazione, relativa alla diagnosi, da parte del personale sanitario.

Contestualmente è necessario dare **tempestiva comunicazione dell'emergenza** alla Direzione dell'Istituto; se il Direttore non è presente si dovrà fare riferimento al Capoposto. Questo passaggio, che deve essere contestuale alla chiamata del 118, è di fondamentale importanza rispetto alla capacità di risposta al pericolo di vita: solo il Direttore dell'Istituto può infatti autorizzare il mezzo all'entrata e, a tal fine, è necessario comunicare la sigla di identificazione dell'ambulanza e la targa; è pertanto necessario un raccordo diretto tra 118 e Direzione dell'Istituto per la possibilità di accesso dell'ambulanza e la comunicazione della sigla del mezzo in arrivo.

Fasi – AVVIO, RACCOLTA, ATTIVAZIONE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B2.1.1 - Segnalazione	Agente all'Area sanitaria/referente emergenza	Comunicazioni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione: <ul style="list-style-type: none"> - chiamate ricevute con richiesta sanitaria di intervento - ora chiamata e data - stato di coscienza - esito domanda (il detenuto/a può scendere/ non può) - nome detenuto e sezione
B2.1.2 - Verifica dell'emergenza presso cella	Medico e/o Infermiere	Giungere tempestivamente con zaino/carrello dell'emergenza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella clinica: <ul style="list-style-type: none"> - orario di effettuazione della verifica emergenza e data - descrizione situazione di emergenza
B2.2.1 - Primo soccorso	Medico e/o Infermiere	Messa in sicurezza del detenuto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella della/e prestazione/i effettivamente svolte (es. registrazione parametri vitali, diagnosi - Trauma, malattia, infortunio) ▪ Nella nuova cartella informatizzata sarà presente un "Help/memo" che spiega la scheda utilizzata dal 118 per riferire il livello di gravità di un evento segnalato con chiamate esterne
B2.2.2. - Gestione dell'emergenza	Medico e/o Infermiere	Valutazione clinica Risposta interna o Attivazione risposta esterna, con definizione tipo di trasporto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella prestazione/i effettivamente svolte
B2.2.3 – Procedure raccordo 118	Medico e/o Infermiere in linea con il 118 Se impossibilitati AGENTE (passa al centralino e chiama)	Attivazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella <ul style="list-style-type: none"> - ora chiamata e data - riferimenti targa e nominativo operatori in arrivo (da privilegiare comunque la comunicazione della sigla di identificazione dell'ambulanza) ▪ Esistenza di Protocolli aziendali con intervento di auto medicalizzata in accordo con il 118 per chiamate decodificate ed in caso di assenza di medico. In questo caso è l'infermiere che richiede l'intervento di auto medicalizzata.

Fasi – AVVIO, RACCOLTA, ATTIVAZIONE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B2.2.4 - Contestuale comunicazione dell'emergenza a Direzione ai sensi dell' art. 17, DPR 230/00	Medico e/o infermiere o Agente		

altracittà
www.altravetrina.it

Le modalità di **dimissione dall'Ospedale** sono definite a livello locale attraverso Protocolli Operativi, fatto salvo il rispetto dell'art.11 O.P. che evidenzia come il detenuto sia in una condizione di **trasferimento** per cure/accertamenti diagnostici in ambiente ospedaliero e come tale possibilità venga disposta dall'autorità giudiziaria competente.

In modo analogo, le dimissioni dall'ospedale devono essere successive alla autorizzazione dell'autorità giudiziaria: il detenuto, quando ricoverato, può rifiutare di essere assistito, ma le dimissioni devono rispettare quanto previsto dall'O.P e dall'art. 8 del Protocollo di Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, che riporta: *"...le dimissioni del paziente dovranno comunque essere valutate dal personale sanitario dell'ospedale d'intesa con il Servizio sanitario dell'Istituto penitenziario per una migliore garanzia di efficacia della continuità clinico-assistenziale."*

Le azioni di ricezione dal Pronto Soccorso o dall'Ospedale prevedono:

- registrazione della documentazione in entrata da PS o da Ospedale: contatto e accordo sulle dimissioni tra il medico della struttura sanitaria interna all'Istituto penitenziario e il personale sanitario dell'Ospedale (art 8 Protocollo intesa sopra richiamato). Il raccordo deve anche prevedere una valutazione delle capacità di risposta della struttura sanitaria interna all'Istituto Penitenziario di provenienza del detenuto, con la conseguente eventuale richiesta di trasferimento formulata dal medico che opera in Istituto
- visita medica di rientro: 'ripresa in carico' della persona con nuova valutazione medico assistenziale dalla quale riparte la programmazione sanitaria; può portare in esito alla revisione del PAI
- variazione nella prescrizione/gestione terapia o presidi se necessari: nel caso di nuove prescrizioni farmacologiche la struttura sanitaria che dimette l'assistito deve garantire una copertura di almeno sette giorni, in analogia a quanto accade per le dimissioni protette
- indicazioni e raccordo con Direzione dell'Istituto penitenziario per allocazione, nel caso in cui sia necessario ai fini del percorso clinico-assistenziale della persona un ambiente maggiormente appropriato alle nuove condizioni sanitarie; è necessario che il medico comunichi anche in forma scritta alla Direzione dell'Istituto le motivazioni, esplicitando quali indicazioni successive al ricovero devono essere perseguite.

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B2.3.1 - Registrazione documentazione in entrata da PS/Ospedale	Medico Medico ospedaliero	V. Art. 8 Protocollo intesa PRAP-RER	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella informatizzata dei documenti (scannerizzati) in entrata: <ul style="list-style-type: none"> - autorizzazione del magistrato al rientro - documentazione su dimissioni (referti, interventi infermieristici svolti ecc)
B2.3.2 - Visita medica di rientro	Medico Infermiere	Nuova valutazione medico assistenziale dalla quale riparte la programmazione sanitaria M: prescrizione I: gestione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella di nuovi elementi sanitari ▪ Registrazione delle eventuali variazioni al PAI
B2.3.3 - Prescrizione/gestione terapia o presidi	Medico Infermiere		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella delle nuove prescrizioni farmacologiche o nuovi presidi
B2.3.4 - Indicazioni e raccordo con Direzione Istituto per allocazione	Medico	Lettera di comunicazione della motivazione di nuova allocazione con indicazioni successive al ricovero	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella del documento

C. LA DIMISSIONE

Il percorso si differenzia in relazione a due possibili situazioni:

- dimissione per trasferimento della persona ad un altro Istituto (PERCORSO C1):
 - trasferimento all'interno della Regione (C1.1)
 - trasferimento ad altra Regione (C1.2)
- dimissione coincidente con l'uscita dall'Istituto (PERCORSO C2)
 - detenuti residenti in Regione (C2.1)
 - detenuti non residenti in Regione (C2.2)
 - Soggetti irregolari (senza permesso di soggiorno) (C2.3)
 - Detenuti senza fissa dimora (SFD) (C2.4)

Nelle dimissioni si dovranno impostare attività e prestazioni differenziate, a seconda che si verifichi una delle seguenti casistiche:

- trasferimento in un Istituto della Regione Emilia-Romagna (maggiore praticabilità del contatto diretto e scambio tra équipe sanitarie, garanzia di una offerta omogenea e decodificata, ecc.)
- trasferimento in Istituto di altra regione
- uscita dal carcere e residente in un territorio della Regione Emilia-Romagna (omogenea offerta di servizi territoriali, possibilità di inserire la persona in network sanitari e socio-sanitari, ecc.)
- uscita dal carcere e non residente in un territorio della Regione Emilia-Romagna
- uscita dal carcere e immigrata e irregolare
- uscita dal carcere e senza fissa dimora

Per ciò che concerne le persone che vanno in comunità si faccia riferimento, a seconda della singola casistica, alle procedure previste per C1 o C2.

Tutte le prestazioni connesse alle dimissioni si incentrano su tre principali attività:

- programmazione delle dimissioni
- dimissioni
- attività per la continuità sanitaria e assistenziale della persona dimessa.

Programmazione delle dimissioni: innanzitutto occorre distinguere prestazioni/attività per le dimissioni di soggetti sani da quelle per persone con patologie croniche o con acuzie in atto e, all'interno di queste casistiche, occorre modulare le attività a seconda che il momento delle dimissioni sia stato programmato rispetto all'uscita/trasferimento della persona. Sull'attività di programmazione incide quindi la possibilità che intercorra un certo lasso di tempo tra la comunicazione dell'uscita e l'uscita stessa, elemento organizzativo non direttamente gestibile dall'equipe sanitaria. A tal fine è necessario condividere con la Direzione dell'Istituto un Protocollo operativo che permetta di mettere a regime la programmazione delle dimissioni del paziente, soprattutto nei casi di cronicità o acuzie.

Dimissioni: la persona si presenta in area sanitaria, dove vengono offerte indicazioni e prestazioni volte a favorire la continuità assistenziale e sanitaria, sia in caso di trasferimento che di uscita dal carcere. A seconda dei percorsi:

- effettuazione di visita medica (a questo proposito è necessario esplicitare il motivo della visita) e di un colloquio finale, che preveda:

- sintesi congiunta sul Patto per la Salute
- 'programmazione delle cose in sospeso' (ad esempio, esami da svolgere, accertamenti in essere)
- eventuale informativa appropriata per le terapie e/o profilassi in corso e da proseguire
- informativa sui contatti – nel caso di uscita dal carcere – rispetto ai servizi socio-sanitari e sanitari territoriali di riferimento
- rilascio alla persona di Lettera di Dimissioni o Relazione clinica di sintesi (quale output della Cartella Informatizzata) o altra documentazione necessaria
- in caso di trasferimento presso altro Istituto Consegna della cartella, in busta chiusa, al personale di polizia penitenziaria e consegna della terapia farmacologica.

Garantire attività per la continuità sanitaria e assistenziale della persona dimessa è reso problematico dalla assenza di una rete familiare, che spesso caratterizza la popolazione tossicomana, immigrata ecc. per cui è opportuno prevedere l'attivazione della rete socio-assistenziale pubblica e privata.

Di seguito si forniscono i dettagli delle attività e prestazioni da fornire quando:

- la dimissione è legata ad un trasferimento della persona ad un altro Istituto (PERCORSO C1)
- la dimissione coincide con l'uscita dall'Istituto (PERCORSO C2)

C1 - Trasferimento ad altro Istituto penitenziario

La traduzione in altro Istituto presuppone le seguenti attività/prestazioni da parte dell'équipe sanitaria:

- visita medica per nulla osta sanitario alla traduzione
- compilazione Nulla Osta
- consegna Cartella Clinica
- colloquio con l'assistito e valutazione congiunta dei risultati rispetto al PAI
- consegna copertura farmacologica e presidi.

Nel caso di trasferimento presso un Istituto presente sul territorio della Regione Emilia-Romagna è prevista anche una attività per la continuità assistenziale-network (connessioni e contatti con rete sanitaria).

Fasi – TRASFERIMENTO AD ALTRO ISTITUTO REGIONALE ED EXTRA-REGIONALE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C1.1.1/C1.2.1 - Visita medica per nulla osta sanitario alla traduzione; compilazione Nulla Osta	Medico	Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente. Visita è rivolta a tutti (pz. sano, acuto, cronico). Il nulla osta deve essere firmato in presenza della persona	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella: check nulla osta firmato
C1.1.2/C1.2.2 - Consegna Cartella Clinica	Medico	Consegna in busta chiusa alla Direzione I.P. della copia autenticata della Cartella	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Cartella in originale viene conservata con evidenza di: <ul style="list-style-type: none"> - numero archivio - data da..a.. - numero atti allegati
C1.1.3/C1.2.3 - Colloquio	Medico Infermiere	Colloquio rivolto a pz. cronici/acuti; si tratta in prevalenza di fornire una comunicazione di tipo assistenziale mirata ad una adeguata informazione sulle terapie e sulle attività assistenziali in essere.	
C1.1.4/C1.2.4 - Consegna copertura farmacologica; presidi.	Medico Infermiere	Viene svolto affidamento del farmaco alla persona, con fornitura per i 3 giorni successivi. La fornitura quotidiana viene data alla persona, quella per i giorni successivi agli agenti che effettuano la traduzione. Le indicazioni e le quantità vengono fornite in forma scritta. Nel caso di metadone: viene somministrata la dose giornaliera e garantito il periodo dei 3gg. Nel caso di presidi: questi vengono consegnati agli agenti di scorta assieme al piano di trattamento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella del check e della presenza del Piano di Trattamento
C1.1.5/C1.2.5 - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	Attività da realizzarsi dopo le dimissioni. Si tratta di inviare copia Cartella Informatizzata e di prendere contatti con coordinatore	

<p>Fasi – TRASFERIMENTO AD ALTRO ISTITUTO REGIONALE ED EXTRA-REGIONALE</p>	<p>Figure coinvolte</p>	<p>Funzioni</p>	<p>Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione</p>
<p>(non valido TRASFERIMENTO ALTRA REGIONE)</p>		<p>infermieristico/INF di altro Istituto della Regione rispetto ai pz. cronici/acuti</p>	

altracittà
www.altravetrina.it

C2 – Uscita dall'Istituto penitenziario

L'uscita dal carcere presuppone attività/prestazioni differenziate per:

- soggetti sani
- soggetti con patologia acuta/cronica
- residenti (in territorio/ambito del servizio sanitario regionale)
- non residenti
- persone immigrate senza permesso di soggiorno
- senza fissa dimora

Di seguito sono evidenziate le prestazioni/attività individuate in stretta coerenza con i bisogni socio-sanitari e con le opportunità di accesso ai servizi che si determinano a seconda delle diverse casistiche definite.

USCITA: SOGGETTO RESIDENTE SANO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.1.1S - Colloquio	Medico	Valutazione congiunta e presentazione dei risultati conseguiti, al detenuto, rispetto a quanto definito nel Patto per la Salute; indicazioni rispetto ai servizi socio-sanitari e/o sanitari territoriali di riferimento	
C2.1.2S - Consegna Lettera chiusura Cartella	Medico	Consegna documento scritto circa gli elementi principali della Cartella che possono essere utili alla persona (in riferimento alla sua storia sanitaria) = Lettera chiusura cartella	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella: Output lettera chiusura cartella ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.1.3S - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere Medico	a) Consegna della Carta dei Servizi Azienda Sanitaria Locale: se la persona è residente in Comune- Distretto di afferenza della stessa ASL - sede dell'Istituto Penitenziario. b) Indicazioni e informazioni sul Punto Unico di Accesso della propria città: se la persona è residente in Comune-Distretto di altra ASL rispetto a quella dell'IP di provenienza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta

USCITA: SOGGETTO RESIDENTE CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.1.1A/C - Visita medica	Medico	Registrazione in cartella visita medica dimissioni	
C2.1.2A/C - Colloquio e Lettera Dimissioni	Medico	Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente: Consegna Lettera Dimissioni, ed eventualmente il Piano Terapeutico/di Trattamento o certificati specialistici con le	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella dell'Output lettera dimissioni ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta

USCITA: SOGGETTO RESIDENTE CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.1.3A/C - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	<p>indicazioni per garantire la continuità terapeutica e assistenziale.</p> <p>a) indicazioni per la riattivazione del medico di base; b) eventuale appuntamento servizi sanitari territoriali o reparto ospedaliero; eventuale segnalazione diretta a servizio infermieristico; se la dimissione è programmabile e se la persona è residente in Comune- Distretto di afferenza della stessa ASL - sede dell'Istituto Penitenziario. b) indicazioni e informazioni sul Punto Unico di Accesso della propria città; se la persona è residente in Comune-Distretto di altra AUSL rispetto a quella dell'IP di provenienza; in alternativa, fornire indicazioni per i riferimenti CUP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta

USCITA: SOGGETTO NON RESIDENTE SANO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.2.1S - Colloquio	Medico	<p>Valutazione congiunta e presentazione dei risultati conseguiti, al detenuto, rispetto a quanto definito nel Patto per la Salute; indicazioni rispetto ai servizi socio-sanitari e/o sanitari territoriali di riferimento</p> <p>Consegna sintesi congiunta sul Patto per la Salute ed eventuali informazioni sui servizi socio-sanitari e/o sanitari territoriali di riferimento</p>	
C2.2.2S - Consegna Lettera	Medico	Consegna documento scritto circa gli elementi principali della	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella: Output

USCITA: SOGGETTO NON RESIDENTE SANO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
chiusura Cartella		Cartella che possono essere utili alla persona (in riferimento alla sua storia sanitaria) = Lettera chiusura cartella	<ul style="list-style-type: none"> lettera chiusura cartella ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.2.3S - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	Verifica se la persona ha medico di base/residenza e fornitura indicazioni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta

USCITA: SOGGETTO NON RESIDENTE CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.2.1A/C – Visita medica	Medico	Registrazione in cartella visita medica dimissioni	
C2.2.2A/C - Colloquio e Lettera Dimissioni	Medico	Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente: Consegna Lettera Dimissioni, ed eventualmente il Piano Terapeutico/di Trattamento o certificati specialistici con le indicazioni per garantire la continuità terapeutica e assistenziale.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella dell'Output lettera dimissioni ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.1.3A/C - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	Eventualmente attivazione della rete dei volontari del carcere per il sostegno/collegamento servizi socio-sanitari del territorio di destinazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta

Rispetto alle possibilità di offrire percorsi appropriati rispetto ai complessi bisogni sociali, socio-sanitari e sanitari di persone irregolari che escono dal carcere e di senza fissa dimora, occorre tenere presente:

- carico funzionale attribuito all'équipe sanitaria (in particolare all'infermiera) per le attività connesse alla continuità assistenziale – network, più propriamente attribuibili a figure del sociale (es. assistente sociale)
- scarsa possibilità di accesso alle risorse territoriali – network, senza una effettiva residenza/domicilio (condizione che incide profondamente anche sull'efficacia dell'azione di networking sopra richiamata).

altracittà
www.altravetrina.it

USCITA: SOGGETTO IRREGOLARE SANO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.3.1S - Colloquio e Lettera chiusura cartella/Sintesi Sanitaria	Medico	<p>Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente. Vengono riepilogate le visite e gli esami fatti; vengono fornite anche informazioni ed orientamento sull'eventuale utilizzo del SSN.</p> <p>Consegna di documento scritto circa gli elementi principali della Cartella che possono essere utili alla persona = Lettera chiusura cartella</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella dell'Output lettera chiusura cartella ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta

USCITA: SOGGETTO IRREGOLARE CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.3.1A/C – Visita medica	Medico	Verifica risultati raggiunti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella visita medica dimissioni
C2.3.2A/C - Colloquio e Lettera Dimissioni	Medico	<p>Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente. Consegna Lettera Dimissioni, ed eventualmente il Piano Terapeutico/di Trattamento o certificati specialistici con le indicazioni per garantire la continuità terapeutica e assistenziale. Eventualmente si invia al P.S. o al Servizio per STP (se le dimissioni sono programmabili)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella dell'Output lettera dimissioni ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.3.3A/C - Eventuale consegna copertura farmacologica	Medico Infermiere	Viene fornito il farmaco alla persona, con quantitativo necessario ai 3 giorni successivi le dimissioni. Le indicazioni e le	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella del check e presenza Piano di Trattamento

USCITA: SOGGETTO IRREGOLARE CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.3.4A/C - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	quantità vengono fornite in forma scritta Indicazioni circa la modalità di potere usufruire di prestazioni (es. Pronto Soccorso; rete dei volontari del carcere; associazioni per la salute delle persone immigrate)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta
USCITA: SOGGETTO SENZA FISSA DIMORA SANO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.4.1S - Colloquio e Lettera chiusura cartella/Sintesi Sanitaria	Medico	Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente. Vengono riepilogate le visite e gli esami fatti; vengono fornite anche informazioni ed orientamento sull'eventuale utilizzo del SSN. Si fornisce documento scritto circa gli elementi principali della Cartella che possono essere utili alla persona (in riferimento alla sua storia sanitaria) = Lettera chiusura cartella	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella dell'Output lettera chiusura cartella ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta
USCITA: SOGGETTO SENZA FISSA DIMORA CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.4.1A/C – Visita medica	Medico	Nel caso in cui la persona abbia una acuzie in atto, inviare a Pronto Soccorso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella visita medica dimissioni
C2.4.2A/C - Colloquio e Lettera	Medico	Valutazione congiunta sul Patto per la Salute, una informativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella dell'Output

USCITA: SOGGETTO SENZA FISSA DIMORA CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
Dimissioni		appropriata per le terapie in corso e da proseguire. Consegna della Lettera Dimissioni, eventualmente il Piano Terapeutico/di Trattamento o certificati specialistici	<p>lettera dimissioni</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.3.3A/C - Eventuale consegna copertura farmacologica	Medico Infermiere	Viene fornito il farmaco alla persona, con quantitativo necessario ai 3 giorni successivi le dimissioni. Le indicazioni e le quantità vengono fornite in forma scritta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrazione in cartella del ceck e presenza Piano di Trattamento ▪ Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.4.4A/C - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	Attivazione della rete dei volontari del carcere (e tramite l'associazionismo, contatto con i servizi sociali) ; informazione sulle possibilità di accesso ai servizi socio-sanitari e sanitari e sulla scelta del medico di base (fornire riferimenti Urp)	

Allegato 1 – Tubercolosi: check-list per la raccolta dell'anamnesi

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Data di ingresso nell'Istituto penitenziario/...../..... Data dell'intervista/...../.....

SEZIONE A: Sintomi compatibili con TB delle vie respiratorie in fase attiva

	No	Sì
1. tosse persistente da almeno 2-3 settimane	0	2
2. produzione di espettorato	0	2
3. emoftoe e/o dolore toracico senza causa nota	0	1
4. perdita di peso negli ultimi 3 mesi e/o perdita di appetito recente	0	1
5. febbre da oltre 7 giorni e/o sudorazioni notturne e/o astenia senza causa nota	0	1

Nel caso di score • 3 richiedere sempre Rx del torace e ricerca MTB nell'espettorato.

SEZIONE B: Condizioni e patologie che aumentano il rischio di TB

a. pregressa TB di cui non si conosce la forma e l'esito	no	sì
b. precedente trattamento antitubercolare non adeguato o dubbio (durata, tipologia dei farmaci)	no	sì
c. acquisizione recente (ultimi due anni) di infezione tubercolare latente, documentata e non trattata	no	sì
d. contatto stretto recente (ultimi due anni) con un caso di TB attiva bacillifera o sospetta tale	no	sì
e. provenienza da Paese a elevata endemia tubercolare	no	sì
f. esiti fibrotici all'Rx del torace; silicosi	no	sì
g. tossicodipendenza per via e.v.; abuso di alcool	no	sì
h. età <5 anni	no	sì
i. infezione da HIV	no	sì
l. trapianto di organo solido o di midollo	no	sì
m. immunosoppressione iatrogena (es.: farmaci antineoplastici, antirigetto, biologici°, cortisonici*)	no	sì
n. diabete mellito; insufficienza renale cronica	no	sì
o. gastrectomia o by pass digiuno-ileale	no	sì
p. leucemia o linfoma	no	sì
q. neoplasia della testa o del collo; neoplasia del polmone	no	sì
r. malnutrizione, Indice Massa Corporea <15% del valore ottimale	no	sì

Si richiedono: Rx del torace sì • no • Ricerca MTB nell'espettorato sì • no •

Si dispone la misura dell'isolamento respiratorio sì • no •

Si propone l'effettuazione dello screening della ITBL sì • no •

Timbro e firma del medico

°anti-TNF•, anti interleuchine, * dose equivalente a 20 mg/die o a 2 mg/kg/die di prednisone per oltre 2 settimane per via sistemica

*Il Documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro regionale nell'ambito del progetto:
'Percorso di accompagnamento alla definizione congiunta di linee operative e di
orientamento sulla salute nelle carceri'*

Documento redatto da:

<i>Anna Cilento</i>	<i>Dirigente professional Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri - Regione Emilia-Romagna</i>
<i>Vincenzo De Donatis</i>	<i>Medico collaboratore Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri Regione Emilia-Romagna</i>
<i>Maria Cristina Fontana</i>	<i>Medico collaboratore Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri Regione Emilia-Romagna e Responsabile di programma AUSL Piacenza</i>
<i>Giovanni Cortesi</i>	<i>Collaboratore Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche Salute nelle Carceri Regione Emilia-Romagna</i>
<i>Monica Abruscia</i>	<i>Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri - Regione Emilia-Romagna</i>

Con la collaborazione di :

<i>Daniela Farini</i>	<i>Formatrice IRESS Bologna</i>
<i>Marisa Anconelli</i>	<i>Responsabile IRESS Bologna</i>

e con la collaborazione e condivisione dei Servizi regionali:

Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Servizio sanità pubblica
Servizio presidi ospedalieri

Ringraziamenti

Questo lavoro non sarebbe stato possibile senza la continua e motivata partecipazione dei componenti del gruppo di lavoro composto da:

<i>Assueri Nadialina</i>	AUSL Bologna Coordinatore Infermieristico
<i>Bertolini Giuliano</i>	AUSL Reggio Emilia Coordinatore Infermieristico
<i>Bertoni Roberto</i>	AUSL Ravenna
<i>Bigoni Antonio</i>	AUSL Ferrara Medico
<i>Caprari Elisabetta</i>	AUSL Reggio Emilia Medico Referente OPG
<i>Casadei Alfonso</i>	AUSL Forlì Responsabile di Programma e Medico Referente
<i>Ciusa Francesco</i>	AUSL Parma Responsabile Di Programma
<i>Corradini Maria Concetta</i>	AUSL Modena Medico Referente Castelfranco Emilia
<i>Donati Daniele</i>	AUSL Rimini Medico Referente
<i>Fabbri Fausto</i>	AUSL Rimini Responsabile di Programma
<i>Federzoni Guido</i>	AUSL Modena Responsabile di Programma
<i>Ferraresi Fabio</i>	AUSL Ferrara Coordinatore Infermieristico
<i>Foglietta Letizia</i>	AUSL Rimini Coordinatore Infermieristico
<i>Gandolfi Alberto</i>	AUSL Piacenza Medico Referente
<i>Marziano Salvatore</i>	AUSL Reggio Emilia Coordinatore Infermieristico
<i>Missiroli Marinella</i>	AUSL Forlì Coordinatore Infermieristico
<i>Panebianco Angela</i>	AUSL Reggio Emilia Responsabile di Programma
<i>Paolillo Pasquale</i>	AUSL Bologna Medico Referente
<i>Patrini Massimiliana</i>	AUSL Ravenna Coordinatore Infermieristico
<i>Pazzaglia Stefano</i>	AUSL Bologna Responsabile di Programma
<i>Proto Matilde</i>	AUSL Ferrara Responsabile di Programma
<i>Rimini Elisabetta</i>	AUSL Ravenna Coordinatore Infermieristico
<i>Roffi Maria Cristina</i>	AUSL Piacenza Coordinatore Infermieristico
<i>Sartini Loredana</i>	AUSL Rimini Coordinatore Infermieristico
<i>Serra Maurizio</i>	AUSL Ravenna Medico Referente
<i>Spezia Carlo</i>	AUSL Modena Medico Referente Saliceta S.Giuliano
<i>Varliero Roberto</i>	AUSL Ravenna Responsabile di Programma
<i>Vallicelli Loretta</i>	AUSL Forlì Coordinatore Infermieristico
<i>Zucchi Federica</i>	AUSL Modena Coordinatore Infermieristico

SCHEDE DI APPROFONDIMENTO

Scheda 1 - Gli "eventi critici in carcere"

La storia del carcere, da sempre, è stata caratterizzata da molteplici manifestazioni con cui le persone detenute esprimono la sofferenza e il disagio dovuto ai fattori caratterizzanti la detenzione (la privazione della libertà, la vicenda giudiziaria, la convivenza coatta con altre persone nella stessa cella, con i regolamenti dell'istituzione, con gli operatori penitenziari, la sospensione dagli affetti, dalla sessualità e tutto quanto connesso alla privazione della libertà personale).

Tali manifestazioni sono elencate con il termine "Eventi critici" usato dall'Amministrazione Penitenziaria nella registrazione degli atti e nella loro divulgazione con un Bollettino annuale.

Vi sono compresi:

- Atti di autolesionismo di varia natura, ad esempio: tagli, ingestione di corpi estranei, auto intossicazioni e avvelenamenti, assunzione incongrua di farmaci.
- Tentati suicidi
- Suicidi
- Morti per cause naturali
- Scioperi della Fame e della Sete
- Ferimenti
- Aggressioni
- Manifestazioni Collettive di Protesta
- Rifiuto o accumulo da mancata assunzione della Terapia
- Mancata partecipazione a attività ricreative, culturali promosse dall'Amministrazione Penitenziaria
- Evasioni, mancati rientri da permessi

Tali eventi, sebbene non abbiano tutti una stretta attinenza con aspetti sanitari, possono avere un interesse specifico anche per il Servizio sanitario in quanto costituiscono un "indice dello stato di tensione" esistente in ogni Istituto Penitenziario.

L'interesse del Servizio sanitario, inoltre, riguarda la ricaduta che il verificarsi di tali eventi comporta per il Servizio stesso, chiamato ad intervenire, spesso in situazione di urgenza, rendendosi necessario nella maggior parte dei casi un intervento sanitario immediato, con conseguenze nell'operatività e organizzazione che ogni Servizio sanitario deve prevedere nella specifica realtà.

Possono essere indicatore utile anche ai fini della comprensione delle cause, sia dei gesti di autolesionismo che di eventi ancor più drammatici che si verificano nelle carceri, i suicidi, oggetto, ancora oggi, di una attenta rivisitazione a scopo preventivo.

L'analisi delle frequenze annuali delle varie tipologie di evento consente una prima distinzione rispetto ai tentativi di suicidio e al suicidio stesso. Gli scioperi della fame e autolesionismi, di vario genere, rappresentano l'evenienza più frequente.

Nella regione Emilia-Romagna, con una popolazione media di 4.454 detenuti nell'anno 2010, si è verificato in proporzione 1 suicidio, circa, ogni 1.000 detenuti presenti, e ancora

1 suicidio ogni 100 atti di sciopero della fame, 80 di autolesionismo e 10 di tentato suicidio.

Si tratta di proporzioni molto simili alla distribuzione nazionale. In ogni caso le tabelle rendono evidente la necessità di capire se possono essere approfonditi altri aspetti al fine di una maggiore possibilità di conoscenza rispetto a specifici programmi di promozione della salute attuabili in carcere.

La registrazione di questi eventi, a cura del Servizio sanitario, potrebbe consentire la discriminazione di soggetti a rischio di possibili eventi critici maggiori, tentati suicidi, suicidi, che potrebbero manifestarsi al culmine di una storia di autolesionismi o altri atti di reazione alla carcerazione.

La conoscenza di questi eventi, da parte degli operatori sanitari, inoltre, può facilitare e consentire la lettura di determinati sintomi o disturbi di carattere psicosomatico che altrimenti potrebbero sfuggire ad una specifica attenzione; tali aspetti assumono particolare rilevanza nel contesto in cui il Servizio sanitario si trova ad operare.

Tale osservazione può risultare utile anche per:

- riconoscere disturbi caratterizzati da un diverso rapporto con il proprio corpo, tipici di popolazioni con diversa cultura sanitaria cui appartengono molti dei detenuti stranieri ospiti dei nostri Istituti penitenziari
- individuare persone e gruppi a rischio
- individuare una fase del periodo detentivo in cui maggiormente si verificano tali eventi.

Nella Regione Emilia-Romagna la popolazione detenuta è costituita da una percentuale di italiani e stranieri intorno al 50%; degli eventi critici ne sono, però, protagonisti in larga maggioranza cittadini stranieri, nei confronti dei quali è sicuramente necessario prevedere strategie e strumenti di superamento degli ostacoli linguistici e culturale.

Ne consegue che, oltre all'utilizzo di mediatori culturali, risorse non sempre disponibili, sia necessario prevedere una specifica formazione sulle diversità culturali che il personale sanitario si trova ad affrontare.

Questi episodi possono costituire una fonte di conoscenza importante e aiutare a valutare quale possa essere lo stato di tensione complessiva presente negli Istituti Penitenziari, comunque in stretta relazione con il costante sovraffollamento.

Si riportano di seguito le Tabelle fornite dall'Amministrazione penitenziaria.

Tabella 4 - Eventi critici registrati sul territorio nazionale – 2000-2010

AUTOLESIONISMI E DECESSI					
Anni		atti di autolesionismo	tentativi di suicidio	Suicidi	Decessi per cause naturali
2000	v.a.	6.788	892	56	104
	%	12,70%	1,70%	0,10%	0,20%
2001	v.a.	6.353	878	69	108
	%	11,60%	1,60%	0,10%	0,20%
2002	v.a.	5.988	782	52	108
	%	10,60%	1,40%	0,10%	0,20%
2003	v.a.	5.804	676	57	100
	%	10,40%	1,20%	0,10%	0,20%
2004	v.a.	5.939	713	52	104
	%	8,70%	1,00%	0,10%	0,20%
2005	v.a.	5.481	750	57	115
	%	9,30%	1,30%	0,10%	0,20%
2006	v.a.	4.276	640	50	81
	%	8,30%	1,20%	0,10%	0,20%
2007	v.a.	3.687	610	45	76
	%	7,60%	1,30%	0,10%	0,20%
2008	v.a.	4.928	683	46	96
	%	9,10%	1,30%	0,10%	0,20%
2009	v.a.	5.941	944	58	100
	%	9,40%	1,50%	0,10%	0,20%
2010	v.a.	5.703	1.137	63	117
	%	8,40%	1,70%	0,10%	0,20%

Nota: I tassi sono calcolati rispetto alla popolazione detenuta mediamente presente nell'anno

Fonte: D.A.P - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del S. I. A. - SEZIONE STATISTICA

Tabella 5 - Popolazione detenuta per sesso, provenienza e posizione giuridica - 2000-2011

Detenuti presenti per posizione giuridica , sesso e nazionalità									
Serie storica semestrale degli anni: 2000 - 2011									
Data di rilevazione	Posizione giuridica				Sesso			Stranieri	
	Imputati	Condannati	Internati	Totale	Uomini	Donne			
						n° presenti	% sui presenti	n° presenti	% sui presenti
31/12/2000	24.295	27.414	1.456	53.165	50.849	2.316	4,36	15.582	29,31
30/06/2001	24.989	28.962	1.442	55.393	52.953	2.440	4,4	16.378	29,57
31/12/2001	23.302	30.658	1.315	55.275	52.854	2.421	4,38	16.294	29,48
30/06/2002	22.411	32.729	1.137	56.277	53.781	2.496	4,44	17.049	30,29
31/12/2002	21.682	32.854	1.134	55.670	53.201	2.469	4,44	16.788	30,16
30/06/2003	20.524	34.695	1.184	56.403	53.838	2.565	4,55	16.636	29,49
31/12/2003	20.225	32.865	1.147	54.237	51.744	2.493	4,6	17.007	31,36
30/06/2004	20.151	35.291	1.090	56.532	53.872	2.660	4,71	17.783	31,46
31/12/2004	20.036	35.033	999	56.068	53.479	2.589	4,62	17.819	31,78
30/06/2005	21.037	36.995	1.093	59.125	56.267	2.858	4,83	19.071	32,26
31/12/2005	21.662	36.676	1.185	59.523	56.719	2.804	4,71	19.836	33,32
30/06/2006	21.820	38.193	1.251	61.264	58.341	2.923	4,77	20.221	33,01
31/12/2006	22.145	15.468	1.392	39.005	37.335	1.670	4,28	13.152	33,72
30/06/2007	25.514	17.042	1.401	43.957	42.035	1.922	4,37	15.658	35,62
31/12/2007	28.188	19.029	1.476	48.693	46.518	2.175	4,47	18.252	37,48
30/06/2008	30.279	23.243	1.535	55.057	52.647	2.410	4,38	20.617	37,45
31/12/2008	29.901	26.587	1.639	58.127	55.601	2.526	4,35	21.562	37,09
30/06/2009	31.281	30.549	1.800	63.630	60.851	2.779	4,37	23.609	37,1
31/12/2009	29.809	33.145	1.837	64.791	62.040	2.751	4,12	24.067	37,15
30/06/2010	29.691	36.781	1.786	68.258	65.255	3.003	4,4	24.966	36,58
31/12/2010	28.782	37.432	1.747	67.961	65.031	2.930	4,31	24.954	36,72
30/06/2011	28.363	37.376	1.655	67.394	64.481	2.913	4,32	24.232	35,96
31/12/2011	27.325	38.023	1.549	66.897	64.089	2.808	4,2	24.174	36,14

Tabella 6 - Eventi critici per tipologia giuridica, sesso e provenienza - 2010

anno 2010	autolesionismi		tentati suicidi		suicidi		decessi per cause naturali		totale per categoria giuridica e sesso	
	italiani	stranieri	italiani	stranieri	italiani	stranieri	italiani	stranieri		
imputati	uomini	669	1462	268	199	23	5	25	5	2656
	donne	58	23	12	12	0	0	0	0	105
condannati	uomini	1161	1979	308	261	17	8	52	8	3794
	donne	167	38	27	7	0	0	1	0	240
internati	uomini	164	5	21	18	2	0	16	1	227
	donne	6	1	4	0	0	0	0	0	11
totale per sesso	uomini	1994	3446	587	478	42	13	93	14	6667
	donne	203	60	43	19	0	0	1	0	326
totale per tipologia evento critico e provenienza		2197	3506	640	497	42	13	94	14	7003

Per quanto riguarda gli atti di **autolesionismo** il gruppo più numeroso è costituito dai cittadini maschi stranieri, sia nella categoria imputati che condannati.

Tra le donne la frequenza è più alta tra le italiane imputate.

Per i **tentativi di suicidio, i suicidi ed i decessi per cause naturali**, le frequenze sono state maggiori negli italiani, sia fra gli imputati che fra i condannati.

Complessivamente la frequenza di eventi critici è prevalente fra i condannati maschi stranieri.

Gli eventi critici in Emilia Romagna nel 2010

Occorre considerare che al 31 dicembre 2011 i detenuti stranieri presenti superavano il 50% contro il 36% nazionale.

Tabella 7 - Capienza degli istituti, presenza dei detenuti e frequenze degli eventi critici - 2010

Principali eventi critici di interesse sanitario negli Istituti Penitenziari dell'Emilia Romagna aa. 2010											
ISTITUTI PENITENZIARI	capienza	presenti 30 giugno 2010	presenti 31 dicembre 2010	presenza media nel 2010	auto- lesionismi	tentati suicidi	suicidi	decessi per cause naturali	ferimenti	sciopero della fame	totale
REGIONE	2435	4535	4373	4454	419	47	5	7	175	520	1173
cc BOLOGNA	481	1155	1138	1146,5	103	11	1	2	74	152	343
cli CASTELFR. EMILIA	162	96	87	91,5	4	1	0	0	4	44	53
cc FERRARA	228	502	497	499,5	22	1	0	1	37	23	84
cc FORLÌ	135	276	195	235,5	14	3	0	0	0	17	34
cc MODENA	222	499	466	482,5	33	2	0	0	0	42	77
cc PARMA	446	159	159	159	54	5	0	1	1	31	92
cr PARMA		358	338	348	11	3	1	0	0	40	55
cc PIACENZA	178	413	424	418,5	100	3	0	0	1	76	180
cc RAVENNA	59	147	126	136,5	9	1	1	0	18	7	36
opg REGGIO EMILIA	120	279	286	282,5	33	7	0	3	22	3	68
cc REGGIO EMILIA	161	344	322	333	14	7	2	0	10	38	71
cc RIMINI	122	221	230	225,5	20	3	0	0	8	26	57
cli SALICETA S. G.	68	81	71	76	2	0	0	0	0	21	23

Il sovraffollamento è caratteristica costante e rilevante.

I fenomeni di autolesionismo e gli scioperi della fame sono i più frequenti.

Le differenze fra Istituti simili per presenza e sovraffollamento fanno ipotizzare la necessità di rilevare altri dati per focalizzare meglio gli episodi e valutare eventuali specifiche azioni di prevenzione anche da parte dei sanitari.

In particolare, da una lettura più specifica dei dati negli IIPP della Regione, qui non riportati, sono risultati le seguenti frequenze:

- **Piacenza:** sono stati più frequenti gli autolesionismi e gli scioperi della fame, in particolare negli stranieri imputati e in minor misura negli stranieri condannati.
- **Parma:** (Casa Circondariale e Casa di Reclusione) in entrambe sono prevalsi gli autolesionismi e gli scioperi della fame, ad opera di imputati e condannati stranieri. Sono stati registrati anche 8 tentati suicidi, di cui 5 da parte di uomini stranieri imputati.
- **Reggio Emilia:** la frequenza maggiore ha riguardato gli scioperi della fame, in particolare per gli stranieri condannati; 5 tentati suicidi ad opera di stranieri imputati.
- **Reggio Emilia - Ospedale Psichiatrico:** gli eventi più frequenti sono stati gli autolesionismi, frequenti anche i ferimenti tra gli italiani e stranieri internati

- **Modena:** sono prevalsi complessivamente gli autolesionismi e gli scioperi della fame messi in atto, per lo più, da condannati stranieri o italiani.
- **Castelfranco Emilia:** (Casa di Reclusione a Custodia Attenuata e Casa di lavoro) accoglie prevalentemente internati italiani; qui è stato frequente il ricorso allo sciopero della fame
- **Saliceta S. Giuliano:** (Casa di Lavoro) gli eventi critici più frequenti sono stati gli scioperi della fame e i tentativi di suicidio in internati italiani
- **Bologna:** la tipologia di detenuti più spesso protagonista di autolesionismi e scioperi della fame e ferimenti è stata quella degli uomini imputati stranieri
- **Ferrara:** si è evidenziata la particolarità che oltre un terzo degli eventi critici è costituita da ferimenti, di cui circa il 50% ad opera di uomini stranieri condannati; questo dato rappresenta una peculiarità rispetto agli altri Istituti simili
- **Ravenna:** il 50% degli eventi critici sono stati i ferimenti che hanno riguardato quasi nella totalità uomini italiani imputati
- **Forlì:** il 50% degli eventi è rappresentato da sciopero della fame da parte di stranieri condannati o italiani imputati
- **Rimini:** gli eventi più frequenti sono risultati scioperi della fame e autolesionismi, in particolare per stranieri imputati

Scheda 2 – Attuazione dei modelli di assistenza primaria

Tratto da AGE.NA.S "Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane" Maggio 2009)

Il *Chronic Care Model* individua le variabili fondamentali per un approccio "sistemico" alle malattie croniche, pone in risalto 6 aree di intervento per migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica e promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori.

I punti successivi sembrano particolarmente utili per una possibile implementazione nell'attività sanitaria nei penitenziari.

1) il SISTEMA ORGANIZZATIVO (Health System): Creare una cultura, un'organizzazione e meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità:

- miglioramento visibilmente supportato ad ogni livello dell'organizzazione, ad iniziare dai leader "anziani";
- promuovere efficaci strategie di miglioramento finalizzate ad un globale cambiamento del sistema;
- incoraggiare una gestione degli errori e delle problematiche aperta e sistematica per migliorare l'assistenza;
- fornire degli stimoli/incentivi basati sulla qualità dell'assistenza;
- sviluppare intese che facilitino la coordinazione per l'assistenza entro e fra le organizzazioni.

2. IL DISEGNO DEL SISTEMA DI EROGAZIONE (Delivery System Design): Assicurare l'erogazione di un'assistenza clinica efficace ed efficiente e di un sostegno auto-gestito

- definire i ruoli e distribuire i compiti fra i membri del team;
- utilizzare interazioni pianificate per sostenere le cure basate sulle evidenze;
- fornire servizi adeguati per la gestione dei casi clinici per i pazienti complessi;
- assicurare un follow-up regolare da parte del team di cura;
- assicurarsi che i pazienti capiscano e che le spiegazioni fornite corrispondano al loro background culturale.

3. I PROCESSI DECISIONALI (Decision Support): Promuovere un'assistenza clinica che sia in accordo alle evidenze scientifiche e alle preferenze del paziente

- integrare le linee guida evidence-based con la pratica clinica quotidiana;
- condividere le linee guida evidence-based e le informazioni con i pazienti per incoraggiare la loro partecipazione;
- utilizzare metodi di insegnamento efficaci;
- integrare la conoscenza specialistica con l'assistenza di base.

4. IL SISTEMA INFORMATIVO (Clinical Information Systems): Organizzare i dati relativi ai pazienti e alle popolazioni per facilitare un'assistenza efficace ed efficiente

- fornire opportuni promemoria ai pazienti e ai providers;
- identificare importanti sottopopolazioni per una assistenza proattiva;
- facilitare piani di cura individuali per i singoli pazienti;

- condividere informazioni fra pazienti e providers per coordinare l'assistenza;
- monitorare la performance dell'attività del team e del sistema di cura;

5. IL SOSTEGNO ALL'AUTOGESTIONE (Self-Management Support): Potenziare e preparare i pazienti a gestire la loro salute e la loro assistenza

- enfatizzare il ruolo centrale del paziente nella gestione della propria salute;
- usare efficaci strategie di supporto auto-gestite che includano valutazione, definizione degli obiettivi, pianificazione delle azioni, risoluzione dei problemi e follow-up;
- organizzare risorse interne e sociali per fornire un continuo sostegno auto-gestito ai pazienti.

6. LE CONNESSIONI CON LA COMUNITA' (The Community): Mobilizzare le risorse della comunità per incontrare i bisogni dei pazienti

- incoraggiare i pazienti a partecipare ad efficaci programmi sociali;
- formare delle partnerships con le organizzazioni sociali per sostenere e sviluppare interventi che riempiano le mancanze nei servizi necessari
- sostenere politiche che migliorino l'assistenza al paziente.

altracittà
www.altravetrina.it

Scheda 3 - Aspetti Epidemiologici e Caratteristiche della Popolazione detenuta¹¹

Il carcere, contenitore destinato alla difesa sociale, è una comunità in cui si deve garantire la salute dei detenuti; la pena non deve essere causa di riduzione di questo diritto.

Ne consegue un potenziale conflitto fra coloro che vi operano rispetto alla prevalenza fra gli obiettivi che lo caratterizzano, salute e sicurezza,.

Crisi economica, sovraffollamento, condizioni strutturali dei penitenziari, rendono ancora più arduo il compito di chi è chiamato a prestare la professionalità sanitaria, malgrado la Riforma della Medicina Penitenziaria e il suo passaggio al Servizio Sanitario Nazionale, Regionale, Aziendale.

Si è di fronte ad una svolta epocale che interessa la salute di una particolare "fragilità", quella che riguarda le persone detenute, pericolosamente esposte al rischio di malattie, contagiose e non, in relazione a "discutibili" stili di vita.

Parlare degli uomini detenuti, del loro stato psico-fisico, della loro salute, dei condizionamenti derivati dal contesto in cui vivono, al di là dei motivi per cui vi entrano e come ne escono, costituisce elemento di grande interesse culturale, scientifico, umano e professionale. Ai ristretti, attraverso l'evoluzione delle ideologie, religiose o meno, viene rivolta una attenzione che ha radici nelle teorie illuministe, positiviste di eguaglianza, riscatto, che negli ultimi decenni si è ramificata nel campo medico, in particolare per le malattie psichiche e contagiose.

Non è facile lavorare nel contesto carcere, non è semplice penetrarne la storia, i condizionamenti potenziali, senza la disponibilità ad arricchire il proprio bagaglio umano e professionale attraverso un viaggio verso questa particolare, complessa, condizione che influenza la vita delle attuali fragilità contenute, provenienti da diverse culture.

In generale all'assistenza primaria, alla psichiatria come per altre branche specialistiche, è affidato il compito di un ruolo efficace per la promozione, la diagnosi, cura, riabilitazione del soggetto detenuto, favorendo la continuità con il territorio di residenza sia in entrata che in uscita dal carcere.

Sulla identificazione degli obiettivi sanitari da raggiungere ci può aiutare qualche osservazione di carattere globale ed epidemiologico.

Oggi i sistemi sanitari vivono una trasformazione importante.

L'indirizzo più recente, individuato, per i cittadini liberi è quello di informarli in modo che possano divenire capaci di scelte consapevoli, utili a conservare il bene "salute".

La prevenzione attraverso l'individuazione dei principali fattori di rischio per la salute, l'informazione destinata a far riflettere sull'utilità di modificare i propri stili di vita, costituiscono obiettivi strategici dei servizi sanitari che vi indirizzano le proprie energie professionali, nella convinzione che da questo percorso possano trarre beneficio sia il singolo che la società, condizionati dalla crisi economica, dai costi dell'assistenza per i

¹¹ Vincenzo De Donatis – Corso di formazione "Psichiatria nei contesti penitenziari" – Bologna 25 febbraio 2012 - Bologna

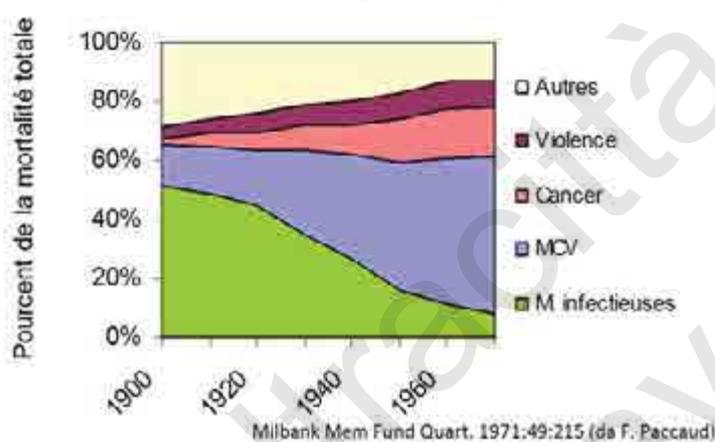
malati cronici. Il sapere ci esorta a cercare interventi precoci capaci di riconoscere i motivi di malattia, tentare di eradicarli o governarli.

Non più sistemi basati sulla centralità del sapere medico, reso disponibile in modo paternalistico, ma sistemi basati sull'uomo al centro delle informazioni che i professionisti della salute sono in grado di fornirgli e che lo possono aiutare a scegliere il proprio percorso di salute.

L'empowerment del cittadino è l'etichetta che accoglie gli obiettivi dei servizi verso la terra promessa di una vita più lunga, in una situazione di benessere prolungato con minori costi assistenziali.

L'ultimo secolo è stato caratterizzato, in sanità, da fondamentali osservazioni epidemiologiche.

Figura 1. La transizione epidemiologica nei paesi industrializzati (1900-1970)



All'inizio del '900 la mortalità era causata, principalmente, dalle malattie infettive, dalle guerre poi, con gli anni '70 una prima trasformazione ... è cresciuta la mortalità per malattie cardiovascolari, tumori e incidenti stradali.¹²

Il progresso tecnologico, le terapie farmacologiche, i periodi di pace in occidente, hanno contribuito per questo risultato.

Le malattie contagiose non rappresentano, oggi, la prima causa di morte.

Al centro dell'interesse globale è evidente una nuova epidemia Causata dalle malattie cardiovascolari, con i fattori di rischio che le determinano, malgrado l'avvento dell'AIDS e la ripresa in alcuni paesi dell'infezione tubercolare.

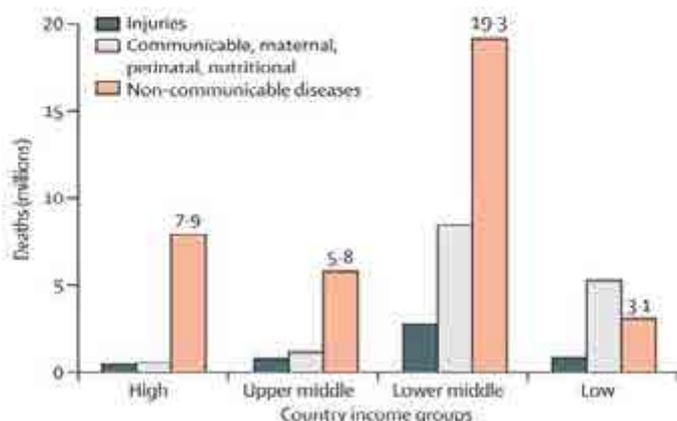
L'alimentazione, il moto, il fumo di tabacco, lo stress costituiscono i principali fattori di rischio.

Altre osservazioni, più recenti, confermano questo andamento.

¹² <http://saluteinternazionale.info/2011/05/la-pandemia-globale-delle-malattie-non-trasmissibili>

Figura 2. Principali cause di morte (milioni di decessi) per gruppi di paesi (da alto a basso livello di reddito), 2008.

Fonte: Lancet (Rif. bibl. 2)



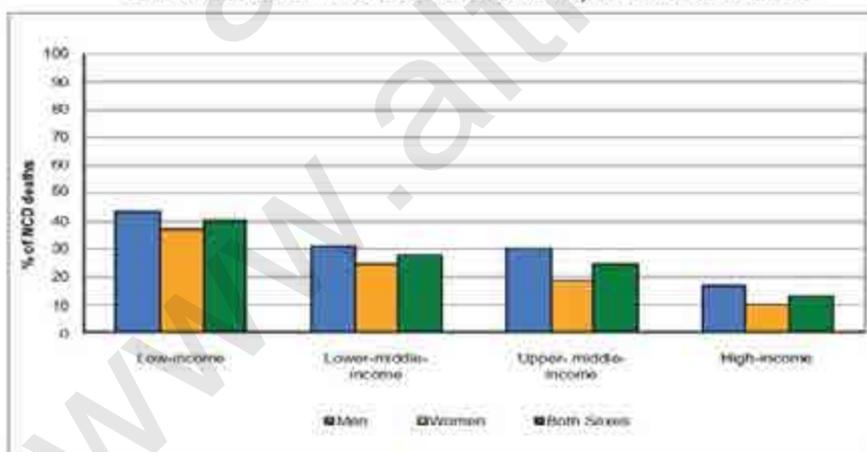
- Le malattie “non contagiose” costituiscono la prima causa di morte per i soggetti più poveri
- Per costoro è anche più elevato il numero di morti per malattie infettive, malnutrizione e violenze¹³.

Un reddito elevato sembra costituire la migliore forma di prevenzione possibile, particolarmente per i soggetti più giovani precocemente colpiti da malattie croniche.¹⁴ La povertà genera fragilità.

Il 70% delle morti in soggetti con meno di 60 anni riguarda le classi sociali meno abbienti, indipendentemente dal sesso.

Figura 3. Percentuale di mortalità per malattie croniche in soggetti di età < 60 anni, per gruppi di paesi con differenti livelli di ricchezza.

Fonte: Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. WHO



L' O.M.S. mostra la relazione fra reddito, globalizzazione, principali fattori di rischio per la salute e le malattie croniche¹⁵ fino a definire le malattie non trasmissibili come la nuova epidemia globale.

2,3 Non-communicable diseases country profiles 2011. WHO global report

Figura 4 – Malattie croniche e fattori di rischio

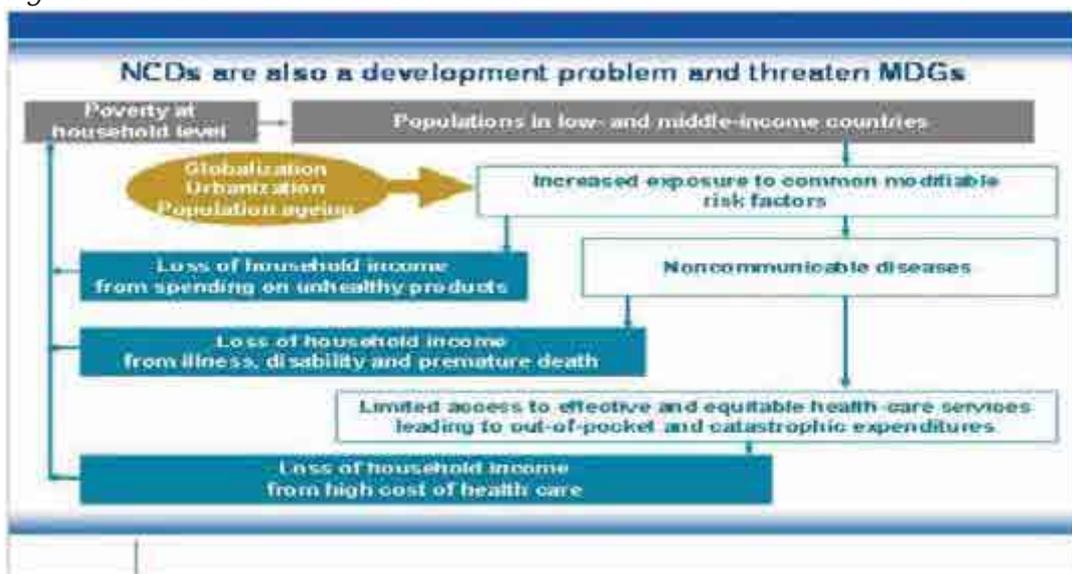


Figura 5 – Fattori che influenzano lo stato di salute della popolazione



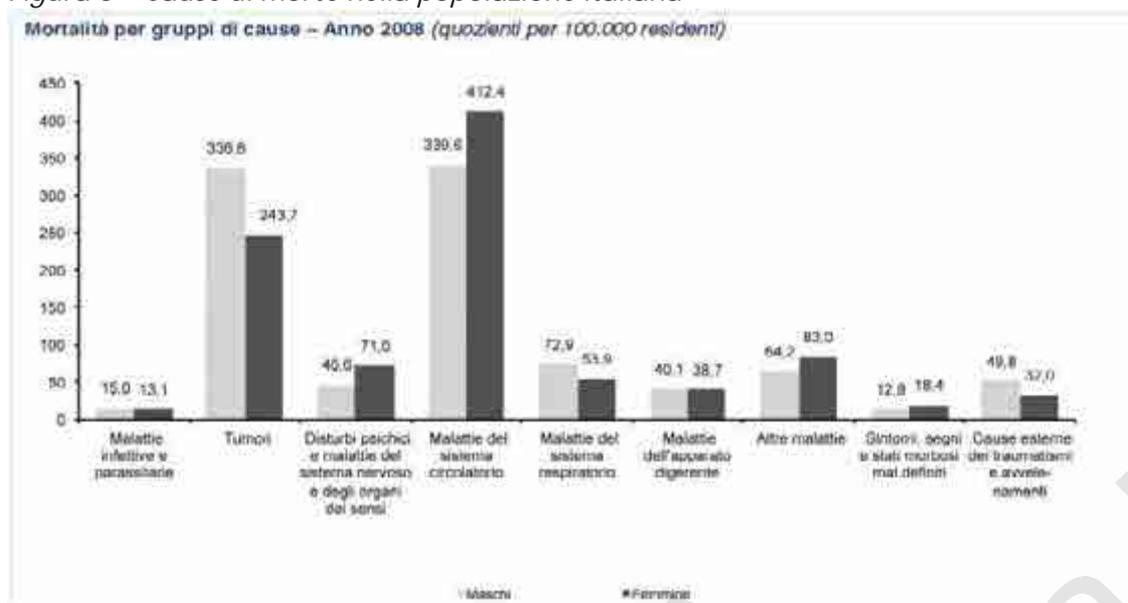
L'appartenenza alle carenze, nelle diverse aree rappresentate, tipica rende gli individui più "fragili".

Le cause di morte nella popolazione italiana¹⁶, distinte per sesso, sono rilevabili nella Figura 6, fra queste rilevanti anche quelle per disturbi psichici, malattie del sistema nervoso e degli organi di senso.

¹⁵ Fonte: Global Status Report on Non-communicable Diseases 2010.

¹⁶ Annuario ISTAT 2011

Figura 6 – Cause di morte nella popolazione italiana



Si può ragionevolmente ritenere che la popolazione detenuta, almeno in Italia, possa appartenere a diverse delle categorie rappresentate per il rilievo costante di patologie, tipiche della situazione di fragilità, di disagio, con una correlazione determinata sia dagli aspetti socio-economici, culturali che da stili di vita “non opportuni”.

Quadro demografico della popolazione detenuta

Tabella 8 - Caratteristiche della popolazione detenuta negli istituti di Pena Italiani per presenza, provenienza e classi di età - 2011¹⁷

Regione di detenzione	Numero Istituti	Capienza Regolamentare	Detenuti Presenti		di cui Stranieri	Detenuti presenti in semilibertà (*)	
			Totale	Donne		Totale	Stranieri
Abruzzo	8	1.531	2.006	64	372	8	0
Basilicata	3	440	472	16	55	7	0
Calabria	12	1.875	3.043	59	604	16	0
Campania	17	5.766	7.922	313	990	207	3
Emilia Romagna	13	2.453	4.000	145	2.065	40	6
Friuli Venezia Giulia	5	548	854	30	518	18	6
Lazio	14	4.838	6.716	412	2.661	87	11
Liguria	7	1.130	1.807	85	1.023	39	8
Lombardia	19	5.416	9.360	594	4.080	86	10
Marche	7	775	1.173	34	506	9	3
Molise	3	401	520	0	65	3	0
Piemonte	13	3.628	5.120	158	2.602	42	10
Puglia	11	2.463	4.488	214	886	89	0
Sardegna	12	2.037	2.160	58	954	32	1
Sicilia	27	5.406	7.521	196	1.624	82	3
Toscana	18	3.186	4.242	183	2.130	83	17
Trentino Alto Adige	2	520	376	15	265	11	4
Umbria	4	1.134	1.679	72	715	9	1
Valle d'Aosta	1	181	282	0	203	0	0
Veneto	10	1.972	3.156	160	1.856	38	9
Totale nazionale	206	45.700	66.897	2.808	24.174	906	92

(*) Nota: i detenuti presenti in semilibertà sono compresi nel totale dei detenuti presenti.

¹⁷ Fonte: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato statistica ed automazione di supporto dipartimentale - Sezione Statistica

Tabella 9 - Detenuti presenti per posizione giuridica, sesso e nazionalità – 2000-2011

Data di rilevazione	Posizione giuridica				Sesso		Nazionalità	
	Imputati	Condannati	Internati	Totale	Donne	% rispetto ai presenti	Stranieri	% rispetto ai presenti
31/12/2000	24.295	27.414	1.456	53.165	2.316	4,36	15.582	29,31
30/06/2001	24.989	28.962	1.442	55.393	2.440	4,40	16.378	29,57
31/12/2001	23.302	30.658	1.315	55.275	2.421	4,38	16.294	29,48
30/06/2002	22.411	32.729	1.137	56.277	2.496	4,44	17.049	30,29
31/12/2002	21.682	32.854	1.134	55.670	2.469	4,44	16.788	30,16
30/06/2003	20.524	34.695	1.184	56.403	2.565	4,55	16.636	29,49
31/12/2003	20.225	32.865	1.147	54.237	2.493	4,60	17.007	31,36
30/06/2004	20.151	35.291	1.090	56.532	2.660	4,71	17.783	31,46
31/12/2004	20.036	35.033	999	56.068	2.589	4,62	17.819	31,78
30/06/2005	21.037	36.995	1.093	59.125	2.858	4,83	19.071	32,26
31/12/2005	21.662	36.676	1.185	59.523	2.804	4,71	19.836	33,32
30/06/2006	21.820	38.193	1.251	61.264	2.923	4,77	20.221	33,01
31/12/2006	22.145	15.468	1.392	39.005	1.670	4,28	13.152	33,72
30/06/2007	25.514	17.042	1.401	43.957	1.922	4,37	15.658	35,62
31/12/2007	28.188	19.029	1.476	48.693	2.175	4,47	18.252	37,48
30/06/2008	30.279	23.243	1.535	55.057	2.410	4,38	20.617	37,45
31/12/2008	29.901	26.587	1.639	58.127	2.526	4,35	21.562	37,09
30/06/2009	31.281	30.549	1.800	63.630	2.779	4,37	23.609	37,10
31/12/2009	29.809	33.145	1.837	64.791	2.751	4,12	24.067	37,15
30/06/2010	29.691	36.781	1.786	68.258	3.003	4,40	24.966	36,58
31/12/2010	28.782	37.432	1.747	67.961	2.930	4,31	24.954	36,72
30/06/2011	28.363	37.376	1.655	67.394	2.913	4,32	24.232	35,96
31/12/2011	27.325	38.023	1.549	66.897	2.808	4,20	24.174	36,14

Il sovraffollamento e la larga percentuale di stranieri presenti costituiscono un grande ostacolo ed una autentica sfida per lo sviluppo all'assistenza sanitaria nelle carceri e per la sua trasformazione in un presidio territoriale capace di promuovere la salute e l'integrazione di differenti culture e provenienze.

Affrontare questo problema è ineludibile, risolverlo difficile ma dovuto, in nome del principio di eguaglianza, equità, solidarietà per la caratteristica fragilità della popolazione detenuta.

Tabella 10 - Detenuti per classi di età - 2011

Regione di detenzione	18-20	21-24	25-29	30-24	35-39	40-44	45-49	50-59	60-59	70+	ND	Total
Detenuti Italiani + Stranieri												
Abruzzo	18	122	230	325	322	324	264	305	81	15	-	2.00
Basilicata	2	21	59	75	95	70	64	62	20	4	-	47
Calabria	40	227	440	507	459	426	350	434	135	25	-	3.04
Campania	149	530	1.018	1.319	1.302	1.254	950	1.005	325	70	-	7.92
Emilia Romagna	83	338	625	731	636	587	376	455	131	38	-	4.00
Friuli Venezia Giulia	19	84	164	144	135	102	79	96	25	6	-	85
Lazio	129	541	960	1.147	1.106	868	745	887	289	43	1	6.71
Liguria	24	183	320	328	257	238	172	212	67	5	1	1.80
Lombardia	181	733	1.338	1.545	1.439	1.357	945	1.224	491	106	1	9.36
Marche	18	97	165	205	202	149	128	155	48	6	-	1.17
Molise	6	46	64	100	91	83	47	62	17	4	-	52
Piemonte	112	537	786	842	806	686	488	612	200	42	9	5.12
Puglia	82	416	756	758	770	645	451	430	140	39	1	4.48
Sardegna	28	154	314	396	381	315	219	235	102	16	-	2.16
Sicilia	109	652	1.107	1.314	1.270	1.059	754	885	286	84	1	7.52
Toscana	52	315	701	770	680	619	465	464	142	32	2	4.24
Trentino Alto Adige	20	58	67	71	56	42	29	27	3	3	-	37
Umbria	21	125	239	309	271	255	174	207	58	20	-	1.67
Valle d'Aosta	7	42	58	44	55	25	23	18	8	-	2	28
Veneto	58	304	534	576	504	412	312	341	100	13	2	3.15
Detenuti Italiani + Stranieri	1.158	5.525	9.945	11.506	10.837	9.516	7.035	8.116	2.668	571	20	66.89

In Emilia Romagna il 75% dei detenuti ha meno di 45 anni e per i detenuti stranieri la percentuale sale quasi al 90% dei presenti. Questa osservazione implica degli aspetti fondamentali nella pianificazione dell'attività del servizio sanitario che possiamo immaginare come costruito secondo un modello con caratteristiche generali eguali per tutti ma anche con la capacità di affrontare alcune specificità determinate da cultura e diversa provenienza dei detenuti stranieri.

Tabella 11 - Detenuti stranieri per classi di età - 2011

Regione di detenzione	18-20	21-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	60-69	70+	ND	Totale
Detenuti Stranieri												
Abruzzo	5	42	86	97	55	45	29	12	1	-	-	372
Basilicata	-	5	13	11	16	5	3	2	-	-	-	55
Calabria	9	65	121	135	105	84	46	31	8	-	-	604
Campania	17	99	200	214	174	146	79	53	6	2	-	990
Emilia Romagna	75	274	498	510	332	211	96	64	5	-	-	2.065
Friuli Venezia Giulia	12	70	140	111	91	43	27	22	2	-	-	518
Lazio	77	341	573	552	412	283	221	166	33	2	1	2.661
Liguria	19	145	241	237	157	104	62	49	7	1	1	1.023
Lombardia	128	572	939	932	637	442	220	176	31	3	-	4.080
Marche	13	76	115	127	76	43	36	17	3	-	-	506
Molise	3	8	11	23	8	8	2	2	-	-	-	65
Piemonte	92	441	606	545	412	247	135	96	18	1	9	2.602
Puglia	21	104	196	171	157	122	57	46	9	2	1	886
Sardegna	15	93	204	228	192	110	65	36	11	-	-	954
Sicilia	28	180	350	351	309	198	114	75	16	2	1	1.624
Toscana	37	248	543	495	335	238	141	80	10	1	2	2.130
Trentino Alto Adige	17	44	58	60	38	19	17	10	1	1	-	265
Umbria	17	92	161	174	123	75	38	28	5	2	-	715
Valle d'Aosta	7	39	52	34	39	16	8	5	1	-	2	203
Veneto	44	254	453	413	327	190	103	58	12	-	2	1.856
Totale Detenuti Stranieri	636	3.192	5.560	5.420	3.995	2.629	1.499	1.028	179	17	19	24.174

Un' ulteriore osservazione deriva da altre rilevazioni che la stessa fonte bibliografica mette a disposizione, in particolare per la condizione culturale e l'attività lavorativa che si può svolgere in carcere.

Cultura e attività lavorativa costituiscono 2 strumenti essenziali per chi è già nella condizione di essere allontanato, sospeso, da un altri elementi essenziali della vita, affettività e sessualità, con le relative conseguenze.

In concreto meno del 50% dei detenuti ha una relazione affettiva in corso o ha dei figli, la percentuale si eleva notevolmente per gli stranieri che vivono, spesso, la condizione di non aver più nulla da perdere anche per la pochezza degli strumenti a disposizione per affrontare l'esperienza detentiva, in termini culturali e di reddito.

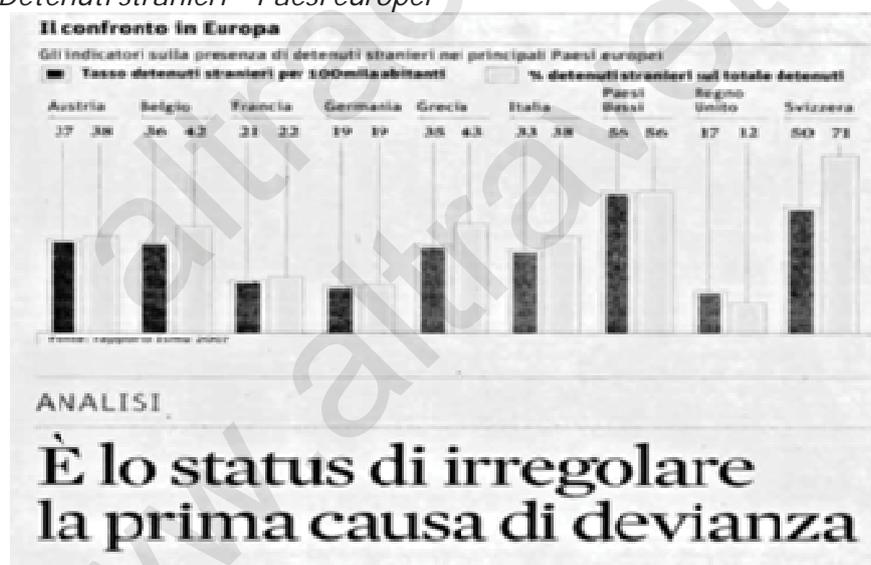
Tabella 12 - Detenuti per titolo di studio – 2005-2011

Anno	Laurea	Diploma di scuola media superiore	Diploma di scuola professionale	Licenza di scuola media inferiore	Licenza di scuola elementare	Privo di titolo di studio	Analfabeta	Non rilevato	Totale
2005	565	2.649	1.283	21.453	13.059	2.471	852	17.191	59.523
2006	448	1.784	632	13.735	7.580	1.499	592	12.735	39.005
2007	475	2.332	565	16.569	8.327	1.737	863	17.825	48.693
2008	576	2.784	561	19.749	9.052	2.200	929	22.276	58.127
2009	595	2.970	494	21.685	9.197	2.342	930	26.578	64.791
2010	661	3.397	490	22.658	9.127	2.396	859	28.373	67.961
2011	628	3.389	467	21.726	8.331	2.131	785	29.440	66.897

E' costante negli anni l'osservazione che oltre il 70% dei detenuti ha a disposizione un titolo di studio non superiore alla licenza di scuola media.

La caratteristica di fragilità culturale, associata a quella linguistica, comporta il dubbio che la nostra capacità di relazione, comunicazione già fortemente limitata sia amplificata negativamente dalla condizione di detenzione.

Figura 7 – Detenuti stranieri – Paesi europei¹⁸



¹⁸ Fonte: il Sole 24 ore – Lunedì 28 Aprile 2008 n° 117.

Le scelte politiche divengono ineludibili malgrado la crisi economica.

Tabella 13 - Detenuti lavoranti – 1991-2011

Data	Presenti	Dipendenze Amm.ne Penitenziaria	%	Non dipendenze Amm.ne Penitenziaria	%	Totale	% sui presenti
30/06/1992	44.424	10.698	91,21	1.031	8,79	11.729	26,40
31/12/1992	47.316	9.766	88,68	1.247	11,32	11.013	23,28
30/06/1993	51.937	9.861	88,34	1.301	11,66	11.162	21,49
31/12/1993	50.348	9.398	87,35	1.361	12,65	10.759	21,37
30/06/1994	54.616	9.995	86,98	1.496	13,02	11.491	21,04
31/12/1994	51.165	10.061	87,59	1.426	12,41	11.487	22,45
30/06/1995	51.973	9.979	83,83	1.925	16,17	11.904	22,90
31/12/1995	46.908	10.351	86,59	1.603	13,41	11.954	25,48
30/06/1996	48.694	9.989	85,11	1.747	14,89	11.736	24,10
31/12/1996	47.709	10.222	85,41	1.746	14,59	11.968	25,09
30/06/1997	49.554	10.156	84,45	1.870	15,55	12.026	24,27
31/12/1997	48.495	10.033	85,68	1.677	14,32	11.710	24,15
30/06/1998	50.578	10.691	86,55	1.661	13,45	12.352	24,42
31/12/1998	47.811	10.356	87,47	1.483	12,53	11.839	24,76
30/06/1999	50.856	10.253	85,66	1.717	14,34	11.970	23,54
31/12/1999	51.814	10.421	87,55	1.482	12,45	11.903	22,97
30/06/2000	53.537	10.978	87,19	1.613	12,81	12.591	23,52
31/12/2000	53.165	11.121	86,85	1.684	13,15	12.805	24,09
30/06/2001	55.393	11.784	85,30	2.031	14,70	13.815	24,94
31/12/2001	55.275	11.784	85,25	2.039	14,75	13.823	25,01
30/06/2002	56.277	12.110	84,36	2.245	15,64	14.355	25,51
31/12/2002	55.670	11.213	83,22	2.261	16,78	13.474	24,20
30/06/2003	56.403	11.198	82,16	2.432	17,84	13.630	24,17
31/12/2003	54.237	11.463	83,23	2.310	16,77	13.773	25,39
30/06/2004	56.532	11.951	84,08	2.263	15,92	14.214	25,14
31/12/2004	56.068	12.152	82,75	2.534	17,25	14.686	26,19
30/06/2005	59.125	11.824	81,01	2.771	18,99	14.595	24,68
31/12/2005	59.523	12.723	81,68	2.853	18,32	15.576	26,17
30/06/2006	61.264	12.591	81,23	2.910	18,77	15.501	25,30
31/12/2006	39.005	10.483	87,21	1.538	12,79	12.021	30,82
30/06/2007	43.957	11.005	87,29	1.603	12,71	12.608	28,68
31/12/2007	48.693	11.717	87,93	1.609	12,07	13.326	27,37
30/06/2008	55.057	11.633	86,73	1.780	13,27	13.413	24,36
31/12/2008	58.127	12.165	86,95	1.825	13,05	13.990	24,07
30/06/2009	63.630	11.610	86,59	1.798	13,41	13.408	21,07
31/12/2009	64.791	12.376	86,72	1.895	13,28	14.271	22,03
30/06/2010	68.258	12.058	85,42	2.058	14,58	14.116	20,68
31/12/2010	67.961	12.110	85,44	2.064	14,56	14.174	20,86
30/06/2011	67.394	11.508	83,60	2.257	16,40	13.765	20,42

Anche l'attività lavorativa è fortemente limitata riguarda un detenuto su 5 e spesso si tratta di attività temporanee che portano un occasionale sollievo economico per acquistare le sigarette. Aumentano di conseguenza i rischi derivati dalla differente possibilità economica fra i detenuti.

Utile l'osservazione delle tipologia di reato cui è stata o è protagonista la popolazione detenuta.

Tabella 14 - Detenuti per tipologia di reato - 2008 – 2011*

Tipologia di reato	2008	2009	2010	2011
ASSOCIAZIONE DI STAMPO MAFIOSO (416BIS)	5.257	5.586	6.183	6.467
LEGGE DROGA	23.505	26.931	28.199	27.459
LEGGE ARMI	8.652	9.360	9.938	10.069
ORDINE PUBBLICO	2.754	2.975	3.175	3.183
CONTRO IL PATRIMONIO	27.345	30.094	32.225	33.647
PROSTITUZIONE	981	1.066	1.152	1.089
CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	6.151	7.230	7.692	8.072
INCOLUMITA' PUBBLICA	1.532	1.697	1.764	1.683
FEDE PUBBLICA	3.112	3.721	4.273	4.396
MORALITA' PUBBLICA	220	232	244	231
CONTRO LA FAMIGLIA	1.230	1.528	1.716	1.749
CONTRO LA PERSONA	19.551	21.854	23.109	23.693
CONTRO LA PERSONALITA' DELLO STATO	200	179	153	146
CONTRO L'AMMINISTRAZIONE DELLA GIUSTIZIA	4.569	5.367	6.043	6.383
ECONOMIA PUBBLICA	345	422	487	542
CONTRAVVENZIONI	3.300	3.628	3.962	4.094
LEGGE STRANIERI	2.357	3.066	4.244	2.442
CONTRO IL SENTIM.TO E LA PIETA' DEI DEFUNTI	1.043	1.067	1.082	1.116
ALTRI REATI	2.606	2.927	3.268	3.367

(*) Nota: La numerosità indicata per ogni categoria di reato corrisponde esattamente al numero di soggetti coinvolti. Nel caso in cui ad un soggetto siano ascritti reati appartenenti a categorie diverse egli viene conteggiato all'interno di ognuna di esse. Ne consegue che ogni categoria deve essere considerata a sé stante e non risulta corretto sommare le frequenze

Tale osservazione conferma la ragionevolezza della circolare dell'Amministrazione Penitenziaria GDAP 0445330-11 23 novembre 2011 diretta ai Provveditorati Regionali, a proposito della necessaria distinzione dei percorsi "trattamentali" da predisporre per la popolazione detenuta, viste le percentuali che mostrano differenti "spessori" criminali, ipotesi confermata dalla più recente circolare del 30 maggio 2012.

AUTOLESIONISMO E DECESSI

Anni		Atti di autolesionismo	Tentati suicidi	Suicidi	Decessi per cause naturali
1992	v.a.	4.385	531	47	89
	%	9,9%	1,2%	0,1%	0,2%
1993	v.a.	5.441	670	61	111
	%	10,7%	1,3%	0,1%	0,2%
1994	v.a.	4.893	639	50	86
	%	9,3%	1,2%	0,1%	0,2%
1995	v.a.	4.763	868	50	79
	%	9,4%	1,7%	0,1%	0,2%
1996	v.a.	4.634	709	45	78
	%	9,5%	1,5%	0,1%	0,2%
1997	v.a.	5.706	773	55	67
	%	11,6%	1,6%	0,1%	0,1%
1998	v.a.	6.342	933	51	78
	%	12,8%	1,9%	0,1%	0,2%
1999	v.a.	6.536	920	53	83
	%	12,8%	1,8%	0,1%	0,2%
2000	v.a.	6.788	892	56	104
	%	12,7%	1,7%	0,1%	0,2%
2001	v.a.	6.353	878	69	108
	%	11,5%	1,6%	0,1%	0,2%
2002	v.a.	5.988	782	52	108
	%	10,6%	1,4%	0,1%	0,2%
2003	v.a.	5.804	676	57	100
	%	10,3%	1,2%	0,1%	0,2%
2004	v.a.	5.939	713	52	104
	%	10,6%	1,3%	0,1%	0,2%
2005	v.a.	5.481	750	57	115
	%	9,3%	1,3%	0,1%	0,2%
2006	v.a.	4.276	640	50	81
	%	8,3%	1,2%	0,1%	0,2%
2007	v.a.	3.687	610	45	76
	%	8,3%	1,4%	0,1%	0,2%
2008	v.a.	4.928	683	46	96
	%	9,0%	1,2%	0,1%	0,2%
2009	v.a.	5.941	944	58	100
	%	9,4%	1,5%	0,1%	0,2%
2010	v.a.	5.703	1.137	55	108
	%	8,4%	1,7%	0,1%	0,2%
2011	v.a.	5.639	1.003	63	102
	%	8,4%	1,5%	0,1%	0,2%
2012	v.a.	7.317	1.308	56	97
	%	11,0%	2,0%	0,1%	0,1%

Fonte: D.A.P. - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del S. I. A. - SEZIONE STATISTICA

Nota: I tassi sono calcolati rispetto alla popolazione detenuta mediamente presente nell'anno.

EVASIONI

Anni		Dall'istituto	Non rientrati da permessi di necessità	Non rientrati da permessi premio	Non rientrati da lavoro all'esterno	Non rientrati da semilib. (o da licenza di semiliberi)	Internati non rientrati in istituto
1992	v.a.	52	24	72	0	32	56
	%	1,18	0,54	1,63	0,00	0,73	1,27
1993	v.a.	31	23	87	1	40	51
	%	0,61	0,45	1,71	0,02	0,79	1,00
1994	v.a.	23	26	132	4	40	56
	%	0,44	0,49	2,51	0,08	0,76	1,06
1995	v.a.	14	30	143	3	46	46
	%	0,28	0,59	2,83	0,06	0,91	0,91
1996	v.a.	19	15	122	5	53	49
	%	0,39	0,31	2,51	0,10	1,09	1,01
1997	v.a.	31	18	99	8	64	53
	%	0,63	0,37	2,01	0,16	1,30	1,07
1998	v.a.	29	12	141	6	60	48
	%	0,59	0,24	2,85	0,12	1,21	0,97
1999	v.a.	18	10	105	7	45	41
	%	0,35	0,20	2,06	0,14	0,88	0,80
2000	v.a.	12	22	110	10	41	60
	%	0,22	0,41	2,06	0,19	0,77	1,12
2001	v.a.	13	9	101	7	46	42
	%	0,24	0,16	1,83	0,13	0,83	0,76
2002	v.a.	13	6	128	15	63	38
	%	0,23	0,11	2,27	0,27	1,12	0,67
2003	v.a.	22	11	131	7	66	47
	%	0,39	0,20	2,34	0,12	1,18	0,84
2004	v.a.	18	5	117	9	75	46
	%	0,32	0,09	2,09	0,16	1,34	0,82
2005	v.a.	25	5	97	9	45	38
	%	0,43	0,09	1,65	0,15	0,77	0,65
2006	v.a.	6	3	46	17	23	49
	%	0,12	0,06	0,89	0,33	0,44	0,95
2007	v.a.	4	1	37	11	12	42
	%	0,09	0,02	0,83	0,25	0,27	0,94
2008	v.a.	11	5	19	12	16	46
	%	0,20	0,09	0,35	0,22	0,29	0,84
2009	v.a.	11	0	30	6	17	55
	%	0,17	0,00	0,48	0,10	0,27	0,87
2010	v.a.	15	3	38	3	12	68
	%	0,22	0,04	0,56	0,04	0,18	1,00
2011	v.a.	5	4	48	9	11	76
	%	0,07	0,06	0,71	0,13	0,16	1,13
2012	v.a.	14	3	52	13	27	93
	%	0,21	0,05	0,78	0,20	0,41	1,40

Fonte: D.A.P. - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del S. I. A. - SEZIONE STATISTICA

Nota: I tassi sono calcolati rispetto alla popolazione detenuta mediamente presente nell'anno.