

# LE MODALITÀ DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA NEL CARCERE DI BOLOGNA

di Laura Astarita

Ricerca promossa da “*A buon diritto. Associazione per le libertà*”



Questo lavoro è stato svolto grazie al contributo della  
**FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO IN BOLOGNA** 

# INDICE

INTRODUZIONE	4
Obiettivo della ricerca	4
Le fonti	4
Ringraziamenti	5
<b>CAPITOLO I</b>	
<b>IL DISAGIO PSICHICO E IL CARCERE</b>	6
1.1 Il trattamento del disturbo psichico negli anni. Il quadro normativo di riferimento	6
1.2 Aspetti normativi dell'assistenza psichiatrica in carcere	9
1.2.1 Corte di Cassazione: «La patologia psichiatrica va curata in carcere»	9
1.2.2 Il Progetto per la tutela della salute in ambito penitenziario	9
1.2.3 La psichiatria nell'Ordinamento Penitenziario	11
<b>CAPITOLO II</b>	
<b>LA PSICHIATRIA NEL CARCERE DI BOLOGNA</b>	13
2.1 L'assistenza psichiatrica nel territorio bolognese	13
2.2 Il carcere di Bologna	14
2.3 Assistenza sanitaria	15
2.3.1 I fondi per l'assistenza sanitaria	15
2.3.2 Il personale sanitario nel carcere di Bologna	18
2.3.3 La cartella clinica informatizzata	19
2.4 L'assistenza psichiatrica. Il "repartino"	20
2.4.1 Le modalità dell'assistenza psichiatrica e il "repartino"	20
2.4.2 Le problematiche politiche legate al "repartino"	21
2.5 Il Polo d'Accoglienza per i Nuovi Giunti	23
2.6 Le visite specialistiche	23
2.6.1. Visite specialistiche esterne	23
2.6.2. Ricoveri esterni	26
2.6.3 Visite specialistiche interne	26
2.6.4 Visite psichiatriche	28
2.7 Le patologie	30
2.8 Tossicodipendenza e disagio psichico	35
2.9 Disagio mentale e autolesionismo	38
2.10 La psichiatria e il Tribunale di Sorveglianza a Bologna	39
2.11 I farmaci	40
<b>CONCLUSIONI: OSSERVAZIONI E PROPOSTE</b>	46
Assoluta necessità di dati attendibili	46
Riconsiderazione dell'utilità del "repartino":	
ricerca di alternative e integrazione dei servizi	46
I dati sui farmaci: la psichiatrizzazione della tossicodipendenza	47
Disagio psichico o disagio sociale?	48
Istituzionalizzazione della patologia psichiatrica	49
<b>Indice tabelle</b>	50

## **INTRODUZIONE**

### **Obiettivo della ricerca**

Questa ricerca è stata svolta nel periodo settembre 2005 - febbraio 2006.

Essa si propone di osservare le modalità dell'assistenza psichiatrica all'interno della Casa Circondariale di Bologna.

L'intento nasce da una serie di interrogativi sul rapporto tra salute mentale e carcere, che riemergono periodicamente nel dibattito pubblico che ruota intorno al mondo del carcere in Italia e che non trovano luoghi e tempi abbastanza ampi di discussione.

Basti pensare che, nonostante l'AMAPI, principale associazione dei medici penitenziari in Italia, abbia reso noti, di recente, alcuni dati, secondo i quali sarebbero circa il 20% i detenuti che soffrono di patologie psichiatriche nelle carceri italiane, non esistono dati attendibili che coprano il territorio nazionale e che osservino un minimo questa realtà.

Questa ricerca non pretende, naturalmente, di trovare risposte a domande e tematiche che giuristi ed esperti nel settore esplorano da molti anni ma, più semplicemente, intende fermarsi ad analizzare, più da vicino, una singola realtà per poter discutere della questione a partire dalla situazione concreta.

Ci si propone, quindi, di raccogliere e analizzare una serie di dati sulla quantità e qualità dell'assistenza psichiatrica a Bologna e di ascoltare, a questo proposito, le opinioni e le esperienze di coloro che dentro questo carcere ci lavorano da molto tempo e ne portano avanti l'area sanitaria.

Scopo finale del lavoro vorrebbe essere quello di intravedere, attraverso questa analisi, una serie di prospettive e proposte possibili per riconsiderare, dal punto di vista concreto, la questione del disagio psichico in carcere e per poter ipotizzare, per esempio: quali sono le rilevazioni che occorrerebbero per studiare e affrontare al meglio il disagio mentale in carcere; quali potrebbero essere le risposte del carcere e quelle della società di fronte all'evidente diffusione di tale disagio; da cosa dipendono gli ostacoli, se ce ne sono, nel ridurre il danno che il carcere crea sulla condizione psichica del detenuto, e come potrebbero essere rimossi?

Abbiamo cercato possibili risposte a questi interrogativi partendo dall'analisi della normativa riguardante l'argomento; successivamente siamo passati a osservare la situazione relativa all'assistenza psichiatrica sul territorio bolognese, nonché quella della Casa Circondariale. Abbiamo visto come è organizzata qui l'assistenza sanitaria, come si svolge e di quali fondi dispone. All'interno di essa, abbiamo concentrato la nostra attenzione sull'assistenza psichiatrica, cercando di capire che posto hanno queste "malattie" tra le patologie presenti nel carcere, se si tratta di "malattia" o di "disagio" e che differenza c'è, quali sono le persone che ne vengono colpite e il rapporto che c'è tra disagio psichico e tossicodipendenza; inoltre come gli operatori vivono e vedono ognuno di questi aspetti. Infine, abbiamo esaminato quale risposta il carcere di Bologna dà alle espressioni di disagio psichico, anche attraverso le visite psichiatriche che qui vengono effettuate e le terapie farmacologiche somministrate.

### **Le fonti**

Gran parte dei dati utilizzati per questo lavoro sono stati messi a disposizione dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per l'Emilia-Romagna. Come diremo più nel dettaglio, dal 2001 questo Provveditorato ha dato il via – grazie all'Assessorato per le Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna - a un progetto di fondamentale importanza, cioè quello

della Cartella Clinica Informatizzata per la medicina penitenziaria: si tratta di un sistema di raccolta informatica di dati sul lavoro svolto da medici e operatori sui pazienti detenuti, come strumento quotidiano di lavoro e supporto indispensabile per un monitoraggio, da parte dell'Amministrazione stessa, della propria attività. Grazie a questo strumento, ci è stato possibile disporre di dati che per altri istituti sicuramente non avremmo avuto a disposizione, ma vedremo nel dettaglio che ciò ha comportato anche ostacoli nel recupero delle informazioni stesse e nella ricerca di dati completamente attendibili. Se, infatti, la Cartella Clinica Informatizzata costituisce il dato più aggiornato e tecnicamente valido di cui l'Amministrazione dispone, vedremo che ci sono numerose difficoltà che rendono ardua una appropriata attuazione di questo progetto, prima fra tutte, la mancanza di risorse umane e finanziarie sufficienti a realizzare questa attività in maniera adeguata, nonché le enormi difficoltà a coinvolgere medici e operatori e a far sì che, cambiando strumento di verbalizzazione, rendano disponibili e aggiornate le modalità e gli esiti del proprio lavoro.

Altri dati provengono dalla Direzione Sanitaria della Casa Circondariale che, con grande disponibilità, ci ha accompagnato nel districarci tra i dati e le informazioni più o meno attendibili.

Il lavoro è stato inoltre svolto grazie al confronto diretto e continuo con i Dirigenti dell'Amministrazione, tra i quali fondamentale è stato l'apporto del dottor Vincenzo De Donatis; con il Direttore Sanitario della Casa Circondariale, dottor Paolillo, e gli operatori, medici e psichiatri dell'area sanitaria; con il consulente per il servizio di Cartella Clinica Informatizzata, dottor Orlando Saugulo; ci è stato inoltre possibile, grazie al PRAP, la partecipazione ad alcuni incontri, organizzati dal Provveditorato stesso, sulla "Gestione delle aree sanitarie negli Istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna", durante i quali abbiamo potuto registrare le opinioni di operatori, medici, direttori sanitari, Magistrati di Sorveglianza operanti nel territorio bolognese e in quello emiliano.

Ci è stato, inoltre, possibile visitare la Casa Circondariale e il reparto di osservazione psichiatrica di recente apertura.

## **Ringraziamenti**

Ringraziamo la Direzione Detenuti e Trattamento del Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria, il Provveditore per l'Amministrazione Penitenziaria per la Regione Emilia Romagna, dottor Nello Cesari, e la dottoressa Cerasani, Direttrice della Casa Circondariale di Bologna, per averci concesso le autorizzazioni necessarie al nostro lavoro.

Un ringraziamento particolare va al Dirigente Sanitario della Casa Circondariale di Bologna, dottor Pasquale Paolillo, al dottor Vincenzo De Donatis, medico dell'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria della Regione Emilia Romagna e al dottor Orlando Saugulo, consulente informatico per il progetto di Cartella Clinica Informatizzata per la medicina penitenziaria, per il supporto operativo e la grande disponibilità.

Ringraziamo, inoltre, gli operatori e gli psichiatri del carcere di Bologna, nonché i medici del SerT interno, per la loro collaborazione.

## CAPITOLO I

### IL DISAGIO PSICHICO E IL CARCERE

Non esistono dati completi a copertura nazionale sul disagio psichico e le patologie psichiatriche in carcere.

Il dato più attendibile proviene dalla rilevazione dei cosiddetti “indici di stato di salute”: si tratta di un ampliamento di quel progetto, di cui accennavamo, di Cartella Clinica Informatizzata, che è stato avviato proprio dal Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria per l’Emilia-Romagna. Una scheda importantissima di tale Cartella, quella, appunto, sullo stato di salute dei detenuti, è stata compilata in diversi istituti penitenziari italiani e grazie alla rilevazione di 105.000 di queste schede abbiamo una importante base di monitoraggio a cui poter fare riferimento.

Sono stati registrati, in questo modo, 4.700 casi di disturbi mentali in generale e 7.560 casi di depressione che, insieme, arrivano a rappresentare il 197 per mille, cioè circa il 20% dei detenuti presenti attualmente nelle nostre carceri<sup>1</sup>. Si tratta di un dato allarmante, del quale sono molti gli aspetti che vanno tenuti in considerazione.

Inoltre, come lo stesso dottor Scarpa fa notare, dobbiamo considerare che, dalle carceri agli O.P.G. si muovono annualmente circa 900 detenuti, che vengono mandati in quella che è l’osservazione psichiatrica, ai sensi dell’articolo 112 del Nuovo Regolamento d’Esecuzione dell’Ordinamento Penitenziario del 30 giugno 2000<sup>2</sup>, quindi persone che vengono mandate per 30 giorni in Ospedale Psichiatrico Giudiziario ad avere una valutazione della propria condizione psichica e una prima terapia. Si tratta di un numero non indifferente perché di queste 900 persone, di cui la maggioranza rientra nel carcere, non sappiamo quale sia la percentuale di quelle che hanno reali problemi psichiatrici e di quelle che hanno diverse forme di disagio che provenga dalla loro storia, spesso di tossicodipendenza, o dal malessere che il carcere, inevitabilmente, produce.

Non possiamo non tenere presente che negli anni, la spesa per l’assistenza sanitaria in carcere è diminuita di molto - dai 97.093.895,71 euro del 2000 agli 83.870.000,00 del 2005 - gravando certamente sulla quota riservata all’assistenza psichiatrica e che, intanto, la “riforma Bindi”, che prevedeva il passaggio di competenze in materia di assistenza sanitaria in carcere dal Ministero della Giustizia a quello della Salute, non solo non è stata completata, ma è stata lasciata in sospeso, causando vuoti, sovrapposizioni, rimandi di responsabilità e grande confusione.

Di fronte a questa realtà, fatta di mancanza di conoscenza sulla malattia mentale in carcere e di mancanza di fondi e di risorse per far fronte a una problematica di cui non si conosce l’entità, come viene affrontata quotidianamente la condizione di chi in carcere soffre di un disagio psichico?

#### **1.1 Il trattamento del disturbo psichico negli anni. Il quadro normativo di riferimento.**

Nel secolo scorso, il cambiamento dell’atteggiamento sociale e dell’approccio scientifico nei confronti del disturbo psichico ha determinato un rinnovamento radicale non solo nei metodi terapeutici, ma anche nella normativa sull’assistenza psichiatrica.

---

<sup>1</sup> Come riporta il dottor Franco Scarpa, psichiatra e Direttore dell’OPG di Montelupo Fiorentino, in occasione della giornata di studi “*Carcere: La salute appesa a un filo*” *Il disagio mentale in carcere e dopo la detenzione*, svoltasi nella Casa di Reclusione di Padova il 20 maggio 2005, consultabile su [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)

<sup>2</sup> *Ibidem*

Fino al 31 maggio del 1978, il sistema assistenziale psichiatrico in vigore era dominato dalla finalità della difesa sociale, rispetto alla quale la cura del malato veniva a ricoprire un ruolo secondario nella organizzazione manicomiale.

Infatti, la legge 11/2/1904 n. 36 recante "Disposizioni sui manicomi e gli alienati", integrata dal regolamento di esecuzione 16/8/1909 n. 615, prevedeva e regolava il complesso sistema di istituti per l'assistenza psichiatrica in cui dovevano essere «custodite e curate le persone affette, per qualunque causa, da alienazione mentale quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo».

Pertanto, per essere ricoverati, bastava che qualcuno lo richiedesse al pretore, dietro presentazione di un semplice certificato medico ratificato dall'autorità locale di Pubblica Sicurezza. Fin dagli inizi degli anni Sessanta, il movimento culturale cosiddetto 'antipsichiatrico' capeggiato da Franco Basaglia, iniziò un percorso di rinnovamento che, passando per la costituzione di una 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 nella legge 180/1978.

Secondo Pavone<sup>3</sup>, «l'ideologia antipsichiatrica si basa 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 di ricovero;
- 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 condizione 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».

La legge 180/1978 sugli "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" ha di fatto completamente modificato la situazione precedente, riconoscendo il diritto alla libertà del cittadino nei confronti del trattamento sanitario, quale deriva dall'art. 31 della Costituzione, sostituendo il concetto di "pericolosità" con quello di "tutela della salute pubblica" ai fini della legittimazione dell'obbligatorietà del trattamento stesso.

Questa legge, inoltre, prevede la progressiva eliminazione degli Ospedali Psichiatrici, indicati dalle nuove concezioni quali "luoghi di esclusione e sofferenza", di cui si denuncia la reale funzione di controllo sociale sotto la pretestuosa forma di cura della malattia, ove invece appare impensabile qualunque terapia all'interno di istituzioni totali.

Restano, al contrario, in funzione, poiché non ve ne è cenno nella legge e restano quindi soggetti alla normativa finora in vigore, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, regolati dalla legge di ordinamento penitenziario n. 354/75 e dal Nuovo Regolamento di Esecuzione, emanato con D.P.R. 30/06/2000, n. 230.

---

<sup>3</sup> Mario Pavone, *Problemi di tutela del diritto alla salute in carcere*, consultabile su <http://www.altalex.com/index.php?idstr=105&idnot=5923>

Va comunque ricordato che, a distanza di pochi mesi dalla sua emanazione, i principi ispiratori della legge 180/1978 vennero integralmente trasferiti nella legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e di lì a poco determinarono effetti rivoluzionari non soltanto nella prassi dell'assistenza psichiatrica, ma anche nel complesso dei valori socio-culturali della società italiana.

La legge, cioè, non si limitava ad abolire l'ospedale psichiatrico come istituzione manicomiale, ma ha inteso dettare norme precise ed inequivocabili tese a rendere sempre più ardua l'istituzionalizzazione della malattia mentale e della stessa psichiatria.

Con la riforma si è, dunque, abbandonato un modello di intervento, sebbene non ne sia stato indicato uno alternativo, tanto che da tempo si lamenta l'applicazione della legge soltanto nella sua parte abolizionista, ma non ancora nella sua parte prescrittiva e positiva.

In realtà, la sua applicazione - secondo lo stesso Pavone - realizzata attraverso le scarse strutture disponibili, «non solo non è tutt'ora in grado di dare risposte terapeutiche efficaci alla malattia mentale, ma neppure di svolgere le funzioni di prevenzione previste»<sup>4</sup>.

Le critiche alla riforma del 1978 si riferiscono soprattutto alla mancata attuazione delle sezioni speciali degli ospedali, col risultato che molti malati vengono giudicati non pericolosi e vengono affidati esclusivamente alle cure delle loro famiglie, a volte con il rischio per l'integrità fisica delle persone, ovvero vengono giudicati ancora pericolosi e trattenuti in istituto anche laddove, con un minimo di assistenza terapeutica, non lo sarebbero più.

Dopo la legge 180 i già gravi problemi di gestione degli ospedali psichiatrici giudiziari hanno subito, quindi, una notevole accentuazione. Di ciò è testimone anche l'incremento negli anni delle presenze, dovuto al moltiplicarsi del numero di ammissioni per reati di lieve entità.

Infatti, quando era in vigore la vecchia legge del 1904, l'autorità di polizia preferiva ricorrere ad una gestione medico- psichiatrica di piccoli reati come risse, molestie ed altri di lieve entità, disponendo il ricovero in ospedale psichiatrico, anziché attivare l'azione penale.

Dopo la riforma ciò non è più possibile e anche per reati lievi scatta facilmente la denuncia alla Magistratura.

Ne deriva che gli O.P.G. hanno dovuto assumere su di loro uno dei ruoli prima svolti dal vecchio manicomio civile, ma - come sottolinea Pavone - «con una carica di violenza addizionale, per effetto del tipo di gestione essenzialmente carceraria e in evidente contrasto con qualsiasi finalità terapeutica»<sup>5</sup>.

Nessun mutamento, invece, ha modificato la struttura degli O.P.G.: l'organizzazione interna degli istituti e il regime di vita degli internati non hanno subito modifiche sostanziali. Il trattamento risulta ancora troppo simile a quello disposto in carcere per gli autori di reato capaci di intendere e di volere, per cui è difficile parlare di un trattamento terapeutico in senso proprio, giacché la parte custodiale di esso gioca senza dubbio un ruolo preponderante.

In conclusione, dopo la legge 180, la contraddizione interna all'O.P.G. fra l'essere in teoria un istituto terapeutico e nella pratica un istituto meramente carcerario, non solo non si è spenta ma, al contrario, si è esaltata con la presenza in O.P.G. di un numero molto alto di prosciolti, molti dei quali bisognosi di interventi socio-assistenziali, e di un numero non molto elevato, ma pur sempre critico, di detenuti sani e di elevata pericolosità.

## **1.2 Aspetti normativi dell'assistenza psichiatrica in carcere.**

---

<sup>4</sup> *Ibidem*

<sup>5</sup> *Ibidem*

**1.2.1 Corte di Cassazione: «La patologia psichiatrica va curata in carcere».** Il primo dato che vogliamo riportare in relazione alla posizione che il nostro Ordinamento prende a proposito della malattia mentale e del disagio psichico in carcere, è la giurisprudenza della Cassazione. Questa ha affermato che non è ammessa la concessione della detenzione domiciliare ai sensi dell'art. 47-ter della Legge 26 luglio 1975 n. 354 nei confronti di chi sia affetto esclusivamente da sofferenza psichica o anche da patologia psichiatrica che non determini altresì una grave infermità fisica (Cass. I, 15.04.2004, n. 25674, Rv. 228132, Petruolo, Italggiureweb).

Ancora, la Cassazione (ex plurimis Cass. I, 5.5.1992 n. 1050 Aquilino) esclude l'applicabilità dell'art. 147 n. 2 C.P. - rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena - a patologie psichiche, ammettendone l'utilizzo soltanto qualora si sia in presenza di infermità psichiche che incidano gravemente anche sull'infermità fisica (Cass. I, 15.5.1992 n. 1048, Vergola).

Ciò significa che il legislatore ha disposto che il carcere è il luogo dove la patologia psichiatrica deve essere curata: il carcere o l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Ciò avviene solo ed esclusivamente per la patologia psichiatrica e la differenza, in tal modo, da tutte le altre patologie.

La patologia psichiatrica resta così, nonostante la legge 180 e i cambiamenti che, abbiamo visto, negli anni si sono avuti nell'approccio alla malattia mentale, legata ad un percorso di istituzionalizzazione e di emarginazione dalla società.

Queste sentenze sono di importanza primaria, come abbiamo avuto modo di riscontrare attraverso un colloquio con il Magistrato di Sorveglianza che si occupa del carcere di Bologna, giudice Cosimo Rossi: è la giurisprudenza che sta alla base dell'atteggiamento/orientamento della Magistratura in quest'ambito; e quindi alla base del percorso che la persona con patologia psichiatrica in carcere si trova a dover percorrere.

**1.2.2 Il Progetto per la tutela della salute in ambito penitenziario.** Il decreto di riforma "Bindi" 230/1999, ha previsto, all'art. 5, «l'adozione di un apposito *Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario*, della durata di un triennio, ai fini della rimozione degli ostacoli ambientali ed organizzativi che caratterizzano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta». Tale Progetto è stato emanato con D.M. 21/4/2000.

Esso si apre con la denuncia esplicita della grave lacuna costituita dalla inesistenza di un sistema di rilevazione nazionale delle patologie in ambito penitenziario e fa riferimento, inoltre, alla allora condizione di sovraffollamento – attualmente aggravatasi - delle carceri e alla composizione anagrafica, fatta di tossicodipendenti, extracomunitari, sieropositivi e sofferenti (4000 circa, nel 2000) di turbe psichiche anche molto gravi.

Viene ricordato che le patologie infettive, psichiatriche e gastroenterologiche sono quelle più diffuse e in particolare malattie infettive come epatiti, tubercolosi e AIDS, che costringono l'Amministrazione Penitenziaria a un notevole impegno economico per l'acquisto dei farmaci.

Inoltre, il Progetto sottolinea che «è noto che il carcere, per molti aspetti, è causa di rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti, degli internati e dello stesso personale addetto alla sorveglianza e all'assistenza», e che «nella condizione di restrizione della libertà personale i problemi della quotidianità risultano determinanti per lo stato di salute, inteso come benessere psico-fisico di ciascuno e di tutti».

Pertanto, «il regime alimentare, gli ambienti malsani, la mancanza di movimento e di attività sociale, l'inedia, gli atti di violenza e di autolesionismo: sono le questioni cui con priorità deve essere rivolta l'attenzione e l'iniziativa dei servizi sanitari».

Il Progetto pone in evidenza «lo stato delle strutture edilizie con vecchi edifici impropriamente adattati a carceri e degradati dal tempo e dall'uso e con stabilimenti di più recente costruzione ma ugualmente inadatti e nocivi».

Dopo questa panoramica della condizione carceraria del detenuto-malato, il Progetto Obiettivo delinea i possibili rimedi a tale situazione demandando alle aziende sanitarie locali «modelli organizzativi atti ad assicurare il soddisfacimento della domanda di cura dei detenuti e degli internati» e la organizzazione di «percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni e la verifica dei risultati anche attraverso apposite linee guida».

Le malattie infettive, secondo il D.M. in esame, «assumono una particolare rilevanza nelle condizioni che si determinano nelle comunità penitenziarie in cui si verificano situazioni abitative, alimentari e comportamentali che ne facilitano la diffusione e la acquisizione delle infezioni».

In materia di tutela della salute mentale della popolazione carceraria, il Progetto sottolinea come «è ormai riconosciuta a livello internazionale l'esistenza di un disagio psichico maggiore e diffuso negli istituti penitenziari» e come «nel nostro Paese non esistono stime epidemiologiche attendibili, ma l'esperienza dei medici psichiatri che operano negli istituti da tempo evidenzia il problema, sollecitando più mirati interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali».

Occorre perciò pensare, si afferma del Progetto, ad una risposta in questo settore che «attraversi l'intero assetto sanitario del carcere, coinvolgendo tutte le professionalità a vario titolo chiamate a rispondere alle esigenze di cura e trattamento delle persone recluse (agenti di polizia penitenziaria, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri, psicologi, medici, psichiatri e neuropsichiatri) in un progetto di complessiva presa in carico e in stretto collegamento con gli assetti della salute mentale esterni, specifici delle varie realtà»; un collegamento «funzionale e organizzativo necessario affinché il carcere assuma una identità sanitaria in tale ambito non separata dal resto del territorio, con cui dovrà inevitabilmente articolarsi».

Inoltre, «sono assegnati agli istituti o servizi speciali per infermi e minorati psichici gli imputati ed i condannati, ai quali nel corso della misura sopravviene una infermità psichica che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario o in case di cura e custodia nonché, per l'esecuzione della pena, i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente».

Infine il Progetto, in tema di riabilitazione psico-fisica, sottolinea come «la riorganizzazione ed implementazione delle attività riabilitative (spesso assenti), richiedono uno specifico progetto elaborato d'intesa tra gli assessorati alla sanità delle regioni e i Provveditorati dell'Amministrazione Penitenziaria, per realizzare in ogni istituto penitenziario spazi attrezzati per lo svolgimento delle attività di riabilitazione».

In definitiva, come afferma Pavone, «dopo avere denunciato le pur condivisibili carenze del sistema sanitario carcerario ed il pregiudizio delle condizioni di salute del malato-detenuto, il D.M. non ne trae le necessarie conseguenze in linea con il riconoscimento del diritto dei detenuti e degli internati alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale come enunciato nell'art 1 del D. Lgs. 22/6/1999 n. 230»<sup>6</sup>.

Infatti, il Progetto ancora una volta limita «il ricovero in una unità operativa di degenza esterna al carcere ..alla.. cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti» e precisa che «le ragioni della sicurezza dell'Amministrazione penitenziaria evidenziano l'esigenza di limitare il ricorso al ricovero esterno ai soli casi necessari e l'impegno a qualificare in misura sempre maggiore la rete dei servizi diagnostici e terapeutici e dei presidi all'interno degli istituti penitenziari».

---

<sup>6</sup> *Ibidem*

Non vi è quindi spazio per un riconoscimento pieno del diritto alla salute del detenuto-malato nonostante si affermi che «in ogni caso, mai le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita dei detenuti» e benché «il trasferimento dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari al Servizio Sanitario Nazionale consente di superare una separatezza storica tra culture diverse che hanno una finalità comune: la salute delle persone, sempre ed in ogni caso, tenendo conto della specificità delle condizioni ambientali».

Non si può, quindi, non cogliere la discrepanza, come afferma Pavone, «tra affermazione del diritto alla salute del malato-detenuto, con la denuncia delle attuali condizioni sanitarie carcerarie, ed il limite costituito dalla possibilità di ricovero esterno unicamente per le malattie gravi o per gli stati acuti di malattia del detenuto, nonostante il riconoscimento che la stessa malattia possa essere stata causata ovvero aggravata dallo stesso stato di detenzione»<sup>7</sup>.

Nonostante, quindi, l'intervento del Legislatore, che con la L. 230/1999 aveva esteso il ricovero esterno al carcere, sia pure in regime di arresti domiciliari, per salvaguardare le esigenze di sicurezza della collettività, il Progetto non ha inteso trarre le dovute conseguenze individuando le condizioni obiettive e le patologie che necessitano, in tutta evidenza, un ricovero ospedaliero stante l'attuale carenza dei servizi sanitari carcerari.

Il diritto alla salute del detenuto-malato, quindi, è stato ancora una volta compresso e limitato dal Legislatore proprio da quella «separatezza storica tra culture ed esperienze diverse che hanno una finalità comune: la salute delle persone, sempre e in ogni caso, tenendo conto della specificità delle condizioni ambientali».

**1.2.3 La psichiatria nell'Ordinamento Penitenziario.** Le *Regole Minime per il Trattamento dei Detenuti* delle Nazioni Unite stabiliscono, all'art. 22, che «ogni stabilimento penitenziario deve disporre almeno dei servizi di un medico qualificato, che deve avere conoscenze psichiatriche. I servizi medici devono essere organizzati in stretto collegamento con l'amministrazione generale del servizio Sanitario della comunità e della nazione. Devono comprendere un Servizio Psichiatrico per la diagnosi e, dove occorra, per il trattamento dei casi di anormalità psichica». Tale normativa è stata poi assunta all'interno delle *Regole Penitenziarie Europee* (art. 21), approvate nel 1973 dal Consiglio dei Ministri del Consiglio d'Europa.

Nel nostro ordinamento, l'*Ordinamento Penitenziario*, all'art. 11, indica come necessaria per il funzionamento di ogni istituto, insieme al servizio medico e farmaceutico, la presenza di almeno uno specialista in psichiatria.

L'art. 80, inoltre, prevede la presenza dello psichiatra anche in qualità di “esperto” nella fase di osservazione e di trattamento, finalizzata al reinserimento.

L'art. 63 indica nei Centri di Osservazione Psichiatrica il luogo privilegiato per lo svolgimento di tale compito. Il Nuovo Regolamento d'Esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario, all'art. 17, dispone che «in ogni caso in cui le prestazioni di carattere psichiatrico non siano assicurate a mezzo dell'opera di specialisti in psichiatria di ruolo dell'Amministrazione Penitenziaria, la Direzione dell'Istituto si avvale di specialisti ai sensi del quarto comma dell'art. 80 della legge».

L'osservazione psichiatrica del detenuto è prevista dall'art. 112 del Nuovo regolamento d'Esecuzione: «L'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di Sorveglianza possono, per particolari motivi, disporre che l'accertamento sia svolto presso un ospedale psichiatrico giudiziario, una casa di cura e custodia o in un istituto o sezione per infermi o minorati psichici, ovvero presso un ospedale psichiatrico civile. Il soggetto non può comunque permanere in osservazione per un

---

<sup>7</sup> *Ibidem*

periodo superiore a trenta giorni». Al termine di questo periodo, se l'accertamento non ha avuto come risultato una grave infermità psichica, il detenuto viene riportato in carcere.

L'art. 113 del Regolamento prevede Convenzioni tra l'Amministrazione penitenziaria e i servizi psichiatrici pubblici «al fine di agevolare la cura delle infermità e il reinserimento sociale dei soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari», l'organizzazione di «strutture di accoglienza tenendo conto delle più avanzate acquisizioni terapeutiche anche attraverso protocolli di trattamento psichiatrico convenuti con altri servizi psichiatrici territoriali pubblici».

All'art. 20 il Nuovo Regolamento disciplina la vita negli istituti per «gli infermi e i seminfermi di mente: 1. Nei confronti dei detenuti e degli internati infermi o seminfermi di mente, salve le disposizioni di cui ai commi seguenti, 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.

2. 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'articolo 38, anche per esigenze connesse al trattamento terapeutico, accertate dal sanitario.

3. Nella concessione dei permessi di colloquio e nelle autorizzazioni alla corrispondenza telefonica si devono tenere in conto anche le esigenze di cui al comma 1.

4. 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.

5. 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.

6. Le disposizioni concernenti la formazione delle rappresentanze previste dagli articoli 9, 12, 20 e 27 della legge si applicano anche agli infermi o seminfermi di mente. Tuttavia, se fra i sorteggiati vi siano individui che, a giudizio del sanitario, per le loro condizioni psichiche non sono in grado di svolgere il compito, il magistrato di sorveglianza dispone la loro esclusione. Gli esclusi sono sostituiti da altri detenuti o internati nominati anch'essi per sorteggio.

7. Nei confronti degli infermi e dei seminfermi di mente le sanzioni disciplinari si applicano solo quando, a giudizio del sanitario, esista la sufficiente capacità naturale che consenta loro coscienza dell'infrazione commessa ed adeguata percezione della sanzione conseguente.

8. Gli infermi e seminfermi in permesso, in licenza o in regime di semilibertà ricevono, ove occorra, assistenza da parte dei servizi psichiatrici pubblici degli enti locali.

9. I detenuti e internati tossicodipendenti che presentino anche infermità mentali sono seguiti in collaborazione dal servizio per le tossicodipendenze e dal servizio psichiatrico...».

## CAPITOLO II

### LA PSICHIATRIA NEL CARCERE DI BOLOGNA

#### 2.1 L'assistenza psichiatrica nel territorio bolognese

In seguito ai grandi cambiamenti, anche culturali, apportati dalla legge Basaglia si è creata, a livello nazionale, una situazione disomogenea rispetto ai servizi per l'assistenza al disagio psichico. Ciò rappresenta, in questo caso, principalmente una fonte di problema, che non permette di trovare una linea comune di fronte a una questione così rilevante, socialmente ed individualmente, come la malattia mentale. Questa questione pare sia attualmente oggetto di studio e rinnovamento da parte della Società Italiana di Psichiatria.

Per quanto riguarda l'Emilia-Romagna, possiamo in generale dire che qui da anni sembra vi sia una consapevolezza abbastanza diffusa della responsabilità che i servizi territoriali hanno in materia di disagio psichico e malattia mentale, del fatto che questi vadano curati nel territorio e non in Ospedale e di conseguenza si sono sviluppati numerosi servizi di assistenza psichiatrica nel territorio in rete tra loro.

Nel 2005 la Regione Emilia-Romagna ha attivato il Sistema informativo regionale salute mentale (SISM) per monitorare l'attività assistenziale dei Dipartimenti di salute mentale di tutta la regione e per costituire una banca dati integrata: comprende l'attività dei Centri di salute mentale, dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, delle case di cura psichiatriche. Si tratta di una rilevazione incentrata sul paziente e sulle prestazioni erogate.

A Bologna città vi sono 5 centri salute mentale, 2 day hospital psichiatrici territoriali e una serie di strutture di degenza più o meno breve diffuse nel territorio del Comune, nonché le case di cura private.

Attualmente, sul sito internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/sism/index.htm> è possibile prendere visione dei dati su [quali siano stati gli](#) utenti e le attività dei Servizi di Salute mentale Adulti negli anni 2002 e 2003 e dei dati sul "Monitoraggio e rendicontazione dell'utenza ex Ospedali Psichiatrici ed Ospedali Psichiatrici Giudiziari" riferiti al 31.12.2003.

Nonostante questo interessamento al problema da parte del Governo locale negli ultimi anni, un dibattito tra gli operatori, su questo tema - al quale abbiamo assistito e partecipato proprio in merito a questa ricerca - ha evidenziato come si sia, anche in questa regione, molto lontani dal soddisfare i bisogni di cure psichiatriche che esistono nel territorio e che, negli anni, si modificano, cambiando caratteristiche e modi di esprimersi, senza che i servizi siano oggetto di cambiamenti corrispondenti..

Molte condotte autolesioniste, nonché minacce di suicidio, per esempio, sono sempre più spesso messe in atto, ricordano gli stessi psichiatri, come espressione di forte marginalità e di bisogni primari quali casa e lavoro. Gli operatori fanno notare quanto, seppur questi segnali siano frequenti e quasi all'ordine del giorno, manchino strumenti e risorse, nonché formazione specifica, per farvi fronte.

Del resto, si tratta purtroppo di un problema noto fin da quando la legge Basaglia, con la chiusura dei manicomi, non è stata fatta seguire da un'opportuna distribuzione di servizi territoriali che potessero affrontare il problema, finalmente non in maniera custodiale, ma con un'assistenza specifica.

In ogni Azienda Usl della regione (afferente al DSM) è presente almeno un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) per il ricovero ospedaliero. A Bologna, il SPDC competente per il carcere è quello dell'Ospedale S. Orsola Malpighi.

## 2.2 Il carcere di Bologna

Il carcere di Bologna è una struttura, costruita negli anni '80, che comprende la sezione giudiziaria, quella penale e quella femminile. Si tratta di un carcere ormai di grandi dimensioni che risente molto di quelle che sono le grandi criticità dell'istituzione carcere nel nostro paese: la grave carenza di risorse umane e finanziarie e il sovraffollamento.

Secondo i dati DAP, al 30.6.05 i detenuti nel carcere di Bologna erano 1.025, di cui 950 uomini e 75 donne. La tabella sottostante ci mostra la serie storica delle presenze in Istituto: come possiamo vedere, i numeri del carcere di Bologna rispecchiano appieno quelli di un incremento negli anni a livello nazionale. Si passa, infatti, dai 447 detenuti del 2001 ai 1.025 detenuti del 2005. Un aumento esponenziale al quale non sono corrisposte modifiche strutturali significative che possano o giustificare o, comunque, contenerlo; tant'è vero che la capienza regolamentare attuale è ancora di 481 persone.

TABELLA 1

Presenze nella c.c. di Bologna. Serie storica 2001-2005												
	CAPIENZA regolamentare			DETENUTI presenti			POSIZIONE GIURIDICA					
	D	U	Tot	D	U	Tot	Condannati			Imputati		
	D	U	Tot	D	U	Tot	D	U	Tot	D	U	Tot
<b>2001</b>	46	428	474	49	398	447	44	765	809	17	309	326
<b>2002</b>	60	423	483	70	852	922	43	406	449	27	446	473
<b>2003</b>	60	423	483	70	852	922	37	388	425	33	464	497
<b>2004</b>	59	423	482	75	886	961	42	458	500	33	428	461
<b>2005 (30.6.05)</b>	59	422	481	75	950	1.025	41	435	476	34	515	549

Elaborazione nostra su dati DAP

Il 54,6% di donne e il 45,8% degli uomini hanno una condanna definitiva e 549 persone su 1.025, il 53,6%, è in attesa di giudizio. Anche queste, sono cifre che rispecchiano la media sul territorio nazionale.

Per quanto riguarda la presenza femminile, la tendenza risulta essere quella di un 7,8-7,3% di presenza di detenute donne all'interno dell'istituto, nella sezione femminile. Una percentuale bassissima, seppur la più alta in una regione in cui non vi è neanche un istituto che sia esclusivamente femminile e in cui anche negli altri istituti con sezioni femminili, il numero di presenze risulta bassissimo (al 30.6.05 a Forlì erano presenti 30 donne, a Modena 35, a Piacenza 18 e a Reggio Emilia 16).

Quello di Bologna è il carcere di transito della regione e registra in media 3.500 ingressi l'anno. A questa caratteristica sono legate, naturalmente, molte delle problematiche presenti nell'istituto.

Nell'Istituto sono attivi un Polo d'Accoglienza per Nuovi Giunti, dall'ottobre 2004, e un Reparto di Osservazione Psichiatrica, dal luglio del 2005.

Per quanto riguarda la presenza di tossicodipendenti, come vediamo dalla tabella sottostante - dati DAP relativi al 31.12.2004 - su 886 detenuti presenti, il 24% di essi sono tossicodipendenti. Questa percentuale rispecchia quella nazionale ed è da considerarsi, per i noti problemi relativi alla certificazione o meno della tossicodipendenza, un valore da stimare come minimo.

Sappiamo dagli operatori che almeno un 50% di tossicodipendenti sono stranieri e vediamo che il 6,9% sono donne.

Il 32% dei detenuti tossicodipendenti sono in trattamento metadonico, ma dobbiamo tener presente del continuo turn-over di detenuti in un carcere come quello di Bologna: come, infatti, vedremo più avanti, i detenuti in trattamento metadonico risultano, in media, 70-80 ogni mese.

TABELLA 2

Detenuti tossicodipendenti e alcooldipendenti nella c.c. di Bologna al 31.12.2004												
	DETENUTI PRESENTI			DETENUTI TOSSICODIPENDENTI			N. DET. IN TRATTAMENTO METADONICO			DETENUTI ALCOOLDIPENDENTI		
	u	d	Tot	u	d	tot	u	d	tot	u	d	tot
<b>numero al 31.12.2004</b>	886	75	961	215	16	231	66	8	74	37	1	38

Fonte: DAP

### 2.3 Assistenza sanitaria

Nel 2001, in base al decreto legge 433 del 22 dicembre 2000, la Regione Emilia-Romagna è entrata a far parte della sperimentazione prevista dal decreto legislativo 230/99 "Riordino della medicina penitenziaria", per il passaggio delle competenze sanitarie dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, di cui accennavamo prima.

A seguito della nomina di Regione sperimentatrice, come si può leggere sul sito della Regione [http://www.saluter.it/wcm/saluter/dossier/assistenza\\_carceri.htm](http://www.saluter.it/wcm/saluter/dossier/assistenza_carceri.htm), l'Emilia-Romagna ha assunto le competenze in materia sanitaria nel processo di riordino della medicina penitenziaria sul proprio territorio, definendo nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale l'area "assistenza sanitaria nelle carceri", che - in accordo con l'Amministrazione Penitenziaria - ha il compito di elaborare programmi per il concreto trasferimento delle funzioni assistenziali. A tal fine è stata nominata una Commissione regionale paritetica composta da dirigenti delle Amministrazioni interessate (Regione e Amministrazione Penitenziaria), che ha predisposto, già nel 2001, il documento "Tutela e promozione della salute in ambito penitenziario", quale protocollo operativo per la definizione di appositi atti di intesa di carattere programmatico ed attuativo fra le singole Aziende sanitarie e gli Istituti penitenziari locali.

Nel novembre 2002 è stato sottoscritto, dall'Assessore alla Sanità e dal Provveditore Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria, l'"Accordo di collaborazione tra Regione Emilia-Romagna e Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria. Indirizzi transitori", che regola gli ambiti di intervento congiunto delle due Amministrazioni e fornisce indirizzi di programmazione alle Aziende USL e alle carceri del territorio regionale, in relazione ai seguenti temi: sistema informativo, spesa farmaceutica, spese laboratorio analisi, salute mentale.

**2.3.1 I fondi per l'assistenza sanitaria.** Secondo i dati ministeriali, i fondi destinati alla sanità penitenziaria, a livello nazionale, sono passati dai 97.093.895,71 euro del 2000 agli 83.870.000,00 del 2005.

Il Provveditorato regionale ci ha fornito i dati relativi ai fondi destinati dal Ministero della Giustizia alla Casa Circondariale di Bologna per l'assistenza sanitaria nell'arco di tempo che va dal 1997 al 2004. La tabella seguente ce ne mostra l'andamento e il relativo avanzo o disavanzo a fine anno.

Come possiamo vedere, dopo alcuni anni di diminuzione degli stanziamenti, il 2004 ha segnato un rialzo di fondi per la sanità in carcere.

**TABELLA 3**

<b>Fondi assegnati dal Ministero della Giustizia alla c.c. Bologna + sez. reclusione per l'assistenza sanitaria.</b>			
<b>Serie storica anni 1997-2004</b>			
<b>anno</b>	<b>Fondi assegnati</b>	<b>Fondi spesi</b>	<b>differenza</b>
1997	€ 1.032.914,00	€ 1.086.778,97	-€ 53.864,97
1998	€ 981.268,11	€ 981.280,11	-€ 12,00
1999	€ 1.090.485,83	€ 973.312,90	€ 117.172,93
2000	€ 854.736,17	€ 824.814,75	€ 29.921,41
2001	€ 962.873,98	€ 963.146,13	-€ 272,15
2002	€ 917.722,04	€ 917.722,04	€ 0,00
2003	€ 830.130,00	€ 715.830,20	€ 114.299,80
2004	€ 1.214.053,85	€ 1.110.060,00	€ 103.993,85

*Fonte: PRAP Emilia-Romagna*

La tabella che segue, invece, ci mostra l'andamento dei finanziamenti ripartiti per settore. Possiamo vedere che, nonostante l'aumento del numero dei detenuti negli anni (dai 447 detenuti del 2001 ai 1.025 detenuti del 2005, come dicevamo sopra) per la guardia medica non ci sono stati degli stanziamenti maggiori di fondi; il settore infermieristico, invece, ha subito notevoli sbalzi negli anni e un notevole rialzo nel 2004; per quanto riguarda i farmaci, i fondi sono drasticamente diminuiti di oltre la metà, da 266mila € a 108mila €. È da precisare, però, che, nonostante le Regioni siano investite - dal decreto legislativo 230/99 - della responsabilità di provvedere agli approvvigionamenti di farmaci, la Regione Emilia-Romagna solo nel 2004 ha cominciato la sua partecipazione a questa spesa, gestendo attualmente, a detta degli operatori, in modo soddisfacente l'approvvigionamento di farmaci (pur restando scoperto il problema, generalizzato, dei farmaci di fascia C, che non vengono forniti). Anche la specialistica registra un notevole calo di finanziamenti, da 171mila € a 136mila e qui non si registrano, invece, partecipazioni del Governo locale. Vediamo, d'altro canto, che la spesa per la voce "altro", in cui si comprendono apparecchiature, strumentazioni ecc..., è praticamente raddoppiata nel corso degli anni.

TABELLA 4

<b>Fondi assegnati alla c.c. Bologna + sez. reclusione per l'assistenza sanitaria per centro si costo.</b>					
<b>Serie storica 1997-2004</b>					
<b>anno</b>	<b>Guardia medica</b>	<b>Guardia infermieristica</b>	<b>Farmaci</b>	<b>Specialistica</b>	<b>Altro</b>
1997	€ 200.860,42	€ 368.623,18	€ 266.741,81	€ 171.849,11	€ 78.704,45
1998	€ 218.862,87	€ 408.001,38	€ 145.887,89	€ 189.236,01	€ 19.291,97
1999	€ 183.400,56	€ 280.740,29	€ 340.605,91	€ 148.455,54	€ 19.609,35
2000	€ 185.924,48	€ 281.985,47	€ 198.613,83	€ 103.797,51	€ 54.073,54
2001	€ 206.215,82	€ 422.752,94	€ 117.991,29	€ 161.576,31	€ 54.143,44
2002	€ 210.000,00	€ 350.000,00	€ 191.227,04	€ 153.995,00	€ 12.500,00
2003	€ 196.701,81	€ 291.290,28	€ 106.979,63	€ 118.710,12	€ 116.448,16
2004	€ 199.527,05	€ 522.696,19	€ 108.532,62	€ 136.726,09	€ 142.578,05

Fonte: PRAP Emilia-Romagna

Se andiamo, infine, a osservare, all'interno del settore della specialistica, quanto è stato messo a disposizione per la singola branca della psichiatria, troviamo un dato interessante: risulta che nel corso degli anni, circa un quarto della spesa dedicata alla specialistica per il carcere di Bologna, è stata destinata alla solo psichiatria. La tabella seguente ne mostra l'andamento:

TABELLA 5

<b>Fondi assegnati alla c.c. Bologna + sez. reclusione per la specialistica e la psichiatria</b>			
<b>Serie storica 1997-2004</b>			
<b>Anno</b>	<b>Psichiatria</b>	<b>Specialistica</b>	<b>Incidenza</b>
1997	€ 25.337,03	€ 171.849,11	14,74%
1998	€ 45.086,27	€ 189.236,01	23,83%
1999	€ 15.637,28	€ 148.455,54	10,53%
2000	€ 17.043,08	€ 103.797,51	16,42%
2001	€ 37.247,73	€ 161.576,31	23,05%
2002	€ 40.000,00	€ 153.995,00	25,97%
2003	€ 28.270,80	€ 118.710,12	23,81%
2004	€ 25.977,96	€ 136.726,09	19,00%
Totale	€ 234.600,15	€ 1.184.345,68	19,81%

Fonte: PRAP Emilia-Romagna

La psichiatria, come vedremo, è, con l'infettivologia, l'unica branca per la quale è prevista una Convenzione più ampia con la Regione, ma ciò non corrisponde, almeno in questo caso, a una

partecipazione della Regione e allo stanziamento di fondi: risulta, infatti che la Regione non contribuisca affatto a sostenere le spese e a migliorare i servizi offerti nell'ambito dell'assistenza psichiatrica nel carcere.

L'incidenza del 20% sul totale degli stanziamenti per la specialistica, però, mostra chiaramente quanto rilievo venga dato o quanta effettiva necessità ci sia (a seconda dei casi) di investire fondi per l'assistenza psichiatrica in carcere.

**2.3.2 Il personale sanitario nel carcere di Bologna.** Nel carcere di Bologna, operano attualmente 4 medici incaricati – tra cui un dirigente sanitario – che svolgono un servizio di 18 ore settimanali. Il servizio di guardia medica è attivo 36 ore al giorno ed è garantito da 8 medici SIAS.

Fino al 2004, le ore di guardia medica erano 30 al giorno. Dal 2004, in seguito alla presa in carico, da parte della Regione, di parte della spesa farmaceutica, l'amministrazione penitenziaria ha potuto indirizzare una quantità maggiore di fondi sulle ore di guardia medica, che sono diventate 36. Ciò si era reso necessario anche per l'apertura, nel novembre 2004, del polo Nuovi giunti, nel quale, fin dall'inizio, è stata assicurata la presenza di un medico ogni lunedì, mercoledì e venerdì.

In media 40 ore al giorno vengono svolte il lunedì, il mercoledì e il venerdì; 32 ore il martedì, il giovedì e il sabato; la domenica 24 ore; altre ore di scorta vengono lasciate per le emergenze. Solitamente, nei giorni dispari si svolgono le visite mediche di routine e in quelli pari i prelievi ematici.

Gli infermieri sono, in tutto, 24: 4 del DAP e 20 hanno un rapporto professionale libero con la ASL per il quale potrebbero fare un massimo di 40 ore al mese. Le ore che gli infermieri potrebbero coprire sono, complessivamente, 90 al giorno: sono passate da 82 a 90 da maggio 2005, con l'apertura del reparto di osservazione psichiatrica. Gli operatori però ci spiegano che, nonostante siano, sulla carta, 24, è come se fossero in realtà 10, poiché non tutti i turni riescono ad essere coperti - gli infermieri che potrebbero fare 40 ore lavorano alla ASL - e non riescono a trovare altro personale disponibile. Questo comporta gravi mancanze, come, per esempio, l'impossibilità di rispettare gli orari delle terapie che, invece di più volte al giorno, come da prescrizione, vengono somministrate una sola volta al giorno.

Le Convenzioni con la ASL permettono la presenza in Istituto, una volta la settimana di specialisti in: cardiologia, radiologia, pediatria - pagati a prestazione - e infettivologia (2 volte la settimana) - pagati a ore.

Sono presenti Convenzioni con specialisti in: dermatologia, odontoiatria, ginecologia, otorinolaringoiatria, ortopedia. Questi medici vengono pagati a parcella e lavorano in carcere da circa una decina d'anni. Al momento, manca il rinnovo della Convenzione con un neurologo, posizione che è rimasta scoperta per diversi mesi, ma che adesso la Direzione sanitaria sta provvedendo a coprire di nuovo. Diversi problemi, inoltre, ci sono stati per la Convenzione con il fisiatra: in mancanza di tecnici che possano occuparsi dei macchinari, anche la possibilità di avere un fisiatra viene meno.

Per quanto riguarda l'assistenza psicologica, le ore effettuate dagli psicologi nel periodo gennaio - giugno 2005 sono state: 625, per osservazione trattamentale e 521 al Servizio Nuovi Giunti. Nel 2004 le ore sono state: 1242 per osservazione trattamentale e 1053 al servizio Nuovi Giunti.

In Istituto è presente un reparto Infermeria per la degenza di 19 persone che però attualmente è adibito a cella, come ci spiega il Dirigente Sanitario: «a causa del sovraffollamento non riusciamo a usarlo come Infermeria».

Dal 1999, il SerT è interno all'istituto e, attualmente, gli operatori che vi lavorano sono: 2 medici, presenti tutti i giorni; 6 infermieri a rotazione che, due per volta, coprono i turni la mattina; 6

psicologi, 1 educatore e 1 assistente sociale. Costantemente sono presenti sia gli psicologi che l'assistente sociale.

La terapia metadonica è prassi nell'istituto da molti anni e, da quando il SerT interno ha iniziato la sua attività, viene prescritta non solo per i detenuti che erano già in carico a un SerT esterno, ma a tutti coloro che i medici ritengano opportuno.

In media, seguono la terapia con metadone 70-80 detenuti ogni mese.

**2.3.3 La cartella clinica informatizzata.** Come dicevamo nell'introduzione a questo lavoro, in Emilia Romagna - grazie all'Assessorato per le Politiche Sociali della Regione - è attivo dal 2001, ma a regime dall'aprile del 2004, un servizio di cartella clinica informatizzata. I vantaggi di tale iniziativa sono moltissimi, primo tra tutti un'ottimizzazione del lavoro quotidiano dei medici e degli operatori, che viene così supportato da tutta una vasta serie di dati completi sul paziente detenuto disponibili nell'immediato; inoltre, l'amministrazione stessa, per la prima volta in Italia, ha la possibilità di monitorare non solo il proprio lavoro, ma anche la qualità del lavoro stesso, in rapporto alla tipologia di detenuti e alle patologie presenti. Si tratta di tutta una serie di dati che - per quanto possa sembrare strano - l'Amministrazione non possiede. Grazie alla cartella clinica informatica, gli stessi medici e operatori risultano nel tempo sensibilizzati alla questione dell'informazione e della raccolta dei dati: i risultati stessi del lavoro informatico, costituiscono un evidente stimolo a una criticità e propositività nel proprio lavoro, che altrimenti - senza riscontri possibili - non sarebbe presente.

Un nodo problematico, però, è costituito dalla difficoltà di approccio che ancora molti operatori hanno con il nuovo sistema informatico: accade ancora spesso che alcune parti della cartella, di importanza preziosa ai fini delle rilevazioni e valutazioni, non vengano opportunamente compilate. Ciò rappresenta, naturalmente, un ostacolo al validissimo scopo della cartella clinica.

Attualmente, il servizio è presente in tutte le carceri dell'Emilia Romagna. Ma una scheda importantissima della cartella, quella sullo stato di salute dei detenuti, è stata già compilata in altre carceri italiane, per un totale di 105.000 schede sul territorio nazionale. È auspicabile che tale lavoro possa essere esportato in ogni Regione per la fondamentale necessità di uno strumento del genere nelle nostre carceri e i risultati positivi che può apportare. Alcune Regioni, per esempio la Lombardia, con il carcere di S. Vittore a Milano, lo stanno già facendo.

Non possiamo, però, non registrare che nel nostro lavoro di ricerca ci siamo imbattuti nelle enormi difficoltà che gli operatori hanno al cospetto di questo nuovo servizio. Ciò non solo per la novità e le esigenze di rinnovamento e informazione presso gli operatori di cui parlavamo sopra, che pur rappresenta un problema da affrontare; ma risulta che l'Amministrazione abbia avviato, grazie alla propositività del PRAP locale, un lavoro di notevole importanza, ma che non l'abbia accompagnato con la predisposizione delle risorse umane e finanziarie sufficienti per avviarlo al meglio e farlo sopravvivere. Ciò naturalmente costituisce non solo uno spreco di risorse ed energie iniziali, ma potrebbe anche rappresentare un tentativo mancato di dare una risposta soddisfacente al necessario bisogno di conoscenza, da parte dell'Amministrazione, del proprio lavoro.

Bologna è il carcere da cui è partito il progetto e il carcere nel quale è più riscontrabile l'andamento dello stesso: se, infatti, nel nostro lavoro, adesso, disponiamo di dati che per altre carceri non avremmo di certo, è pur vero che si tratta, come dicevamo prima, di dati solo in parte attendibili e il lavoro di monitoraggio risulta assolutamente da perfezionare. Basti pensare che la Direzione Sanitaria ci ha chiesto di considerare che durante l'anno c'è stato un periodo di ben due mesi nel quale i computer non hanno funzionato e durante il quale i medici e gli operatori non hanno compilato la cartella clinica informatizzata, ma hanno registrato a mano le informazioni. Informazioni che con difficoltà verranno recuperate e che, per esempio, non ci sono nei dati in

nostro possesso. La gravità di tutto ciò è evidente e fa del recupero dei dati e del monitoraggio una priorità assoluta a livello nazionale, per la quale possiamo prendere il caso del carcere di Bologna come caso esemplare.

## 2.4 L'assistenza psichiatrica. Il "repartino"

**2.4.1 Le modalità dell'assistenza psichiatrica e il "repartino".** Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica, esiste una Convenzione tra il carcere e la ASL da molti anni, diventata effettiva, però, solo con il passare del tempo e con l'inizio del monitoraggio attraverso la cartella clinica informatica di cui parlavamo.

Sono quattro gli psichiatri convenzionati, presenti in istituto dal lunedì al sabato.

Lo scorso maggio, con l'apertura del Reparto di Osservazione psichiatrica, il numero di ore è aumentato, grazie al finanziamento del Provveditorato Regionale, e dalle 180 ore mensili si è passati alle 240. In questo modo, è assicurata la presenza quotidiana nel cosiddetto "repartino".

TABELLA 6

Assistenza psichiatrica nel carcere di Bologna da maggio 2005			
	DAP	PRAP	totale
Ore mensili	180	60	240
Ore annuali	2.160	720	2.880

Fonte: Direzione sanitaria c.c. Bologna

Il "repartino" è stato istituito per accogliere detenuti in osservazione psichiatrica da tutti gli istituti della regione. Funziona, effettivamente, da luglio 2005 ed è stato, fino a oggi, completo. Al momento della nostra visita (14.11.05), invece, ospita, eccezionalmente, soltanto due persone. Il tempo di osservazione è massimo di trenta giorni, dopo il quale il detenuto viene mandato nuovamente nell'istituto di provenienza con una diagnosi e una terapia. Da luglio, in un solo caso un detenuto è stato mandato in OPG.

Un dato rilevante, secondo la Direzione Sanitaria, è la diminuzione di ricoveri in OPG che, prima dell'esistenza del repartino, erano in media 5-6 l'anno. Gli ultimi dati ci dicono che nel 2004 ci sono stati 7 ricoveri in OPG e 4 nel 2005.

Gli operatori affermano che il monitoraggio attraverso la cartella informatizzata e l'aumento del numero di ore per gli psichiatri in concomitanza all'apertura del repartino, hanno garantito la possibilità di seguire i pazienti in maniera più continua e strutturata e, di conseguenza, il minor ricorso al ricovero in OPG.

Il reparto di osservazione psichiatrica è una sezione con quattro celle singole e un "passeggio" al quale si può accedere, uno per volta, dalle 9,30 alle 11,30 e dalle 13,30 alle 15,30. Gli agenti, però, affermano che raramente i detenuti chiedono di andare all'aria, preferendo restare in cella a guardare la televisione e che, in ogni caso, non capita mai che più di un detenuto lo chieda.

La cella è liscia, con un tavolino e delle mensole in muratura, senza armadietto, che è nel corridoio della sezione. Il bagno è nella cella e ha la doccia. Due telecamere sorvegliano giorno e notte la

cella e il bagno. Le celle sono schermate e abbastanza scure, nel reparto non accedono volontari e non è frequente la presenza degli educatori. Oltre agli psichiatri la cui presenza è, come abbiamo detto, quotidiana, la sola altra presenza costante è quella del prete.

In questo reparto, nonostante le difficoltà derivanti dalla mancanza di personale, si cerca di assicurare la somministrazione della terapia più volte al giorno.

Il “repartino” può accogliere soltanto detenuti uomini.

Abbiamo raccolto l’opinione di uno degli psichiatri del carcere, la dottoressa Ludmila Mocanu, a proposito della presenza di questo reparto, la quale ci ha espresso l’utilità dell’osservazione psichiatrica fatta direttamente in Istituto e quindi la sua considerazione positiva rispetto all’istituzione e al funzionamento del “repartino”. Ci ha però spiegato che, secondo il parere suo e di altri medici, sarebbe opportuno accelerare il giro di detenuti nel reparto, facendo in modo che, quei detenuti per i quali la diagnosi sia chiara dopo anche solo 2-3 giorni, possano tornare in sezione con la terapia, lasciando il posto ad altre persone. Il reparto, infatti, come dicevamo, è molto piccolo e non è adatto a trattenere una persona per 30 giorni, non offrendo nient’altro che una televisione in una cella buia e un passeggio solitario. Se il tempo di permanenza si irrigidisce sui 30 giorni, ciò rischia di essere più uno svantaggio che un aiuto alla condizione del detenuto.

È interessante osservare che gli stessi psichiatri che lavorano in Istituto ci hanno riferito che, delle circa 16 persone che fino ad oggi sono state in osservazione psichiatrica, almeno 9 erano pazienti psichiatrici - di diversa entità - e 7, invece, esempi di strumentalizzazione della patologia.

Naturalmente, il campione potrebbe risultare non particolarmente esemplificativo, ma sono stati gli stessi psichiatri ad aggiungere che a loro questa sembra essere una percentuale che corrisponde alla loro esperienza con i malati psichiatrici in carcere.

**2.4.2 Le problematiche politiche legate al “repartino”.** Alla richiesta, da parte del Ministero, nel 2003, della presentazione di un progetto per il Reparto, il carcere ha presentato un progetto di 110.000,00 €. Il Ministero ha acconsentito, dopo una serie di modifiche al progetto iniziale, a stanziare 9.000,00 €.

Il progetto proposto dal carcere nel dicembre del 2003, prevedeva, inizialmente, un reparto di Osservazione sia per le donne che per gli uomini, con 2 celle per le donne e 9 per gli uomini e la previsione di tutta una serie di accorgimenti per rispettare la privacy di entrambi i sessi. Le celle erano pensate per due persone, ma almeno una cella per le donne ed una per gli uomini avrebbe dovuto essere imbottita; i cortili di passeggio, uno per le donne e uno per gli uomini avrebbero dovuto essere adiacenti alle relative sezioni ed era prevista anche la ristrutturazione di un cortile accogliente per i detenuti in isolamento. Una successiva revisione, da parte della stessa Direzione del carcere, di questo progetto, datata febbraio 2004, vede scomparire la previsione di celle per le donne e la riduzione delle celle a 9 in tutto, 5 delle quali “prese in prestito”, quando possibile, dalle celle di isolamento. I detenuti accolti nel reparto potevano essere massimo 12: i meno problematici in cella doppia (le 5 celle dell’isolamento) e 2 (prevedibilmente i più problematici) in cella singola; le restanti due celle erano previste come celle imbottite per gestire crisi e comportamenti più aggressivi. Questa previsione disponeva che ci fosse un ampio spazio per la socialità e che i passeggi venissero ristrutturati in modo che ogni cella avesse il suo e ciascuno potesse usufruirne, «anche per rendere più confortevole la detenzione durante i 30 giorni di osservazione in un’ottica di migliorare la realizzazione del diritto alla salute del detenuto».

Non possiamo, inoltre, non considerare, per capire il contesto in cui nasce e si esplica l’attività del “repartino”, un’ulteriore vicenda, che riguarda i rapporti tra il carcere di Bologna e la Regione. Il

Ministero ha richiesto al carcere di Bologna la costituzione di un Reparto di Osservazione psichiatrica - sulla scia della necessità di coprire il territorio nazionale con almeno un reparto del genere per regione - nel momento in cui, dopo un lavoro comune di alcuni anni, il carcere stava per concludere un progetto che da anni rifiniva con la Regione: si trattava di creare, nell'area in cui poi è nato il "repartino", un vero e proprio day-hospital per i pazienti psichiatrici, che la ASL avrebbe gestito attraverso consulenze. I pazienti individuati dai medici e dagli operatori, provenienti da ogni sezione dell'istituto, avrebbero trascorso la giornata in quel reparto, per poi tornare, la sera, nelle loro celle.

Riportiamo alcune parti del progetto: «Tale servizio di consulenza psichiatrica dovrà essere costituito dalle seguenti attività operative: 1. Attività di consulenza ordinaria, che sarà finalizzata alla osservazione, al trattamento e alla eventuale presa in carico intensiva di persone detenute che presentino disturbi mentali di diversa tipologia e intensità. Tale attività sarà realizzata da Dirigenti Medici Psichiatri e da Infermieri professionali del Dipartimento di Salute Mentale dal lunedì al venerdì, dalle ore 9,00 alle ore 15,00, presso appositi locali individuati all'interno della Casa Circondariale, con caratteristiche idonee allo svolgimento di una attività di tipo ambulatoriale, ma coerenti rispetto alle esigenze di sicurezza e di sorveglianza; tale attività sarà correlata, al di fuori dell'orario di presenza degli operatori DSM all'interno della Casa Circondariale, con un servizio di reperibilità di un Dirigente medico e/o di un Infermiere professionale del DSM; 2. Attività di accoglienza/osservazione, realizzata da Dirigenti Medici Psichiatri e da Infermieri Professionali del DSM, in stretto contatto con il servizio "Nuovi Giunti" all'interno della casa Circondariale. Tale attività assicurerà, se necessario, un approfondimento diagnostico psichiatrico sulle persone detenute per la prima volta o che rientrano in carcere dopo un lungo periodo, in collaborazione con gli operatori del servizio SerT e con gli operatori dell'area "trattamentale" (educatori, psicologi, etc...). Tale valutazione psichiatrica si dovrà realizzare in un arco di tempo di 3-7 giorni e sarà finalizzata soprattutto alla osservazione diagnostica approfondita delle persone detenute affette da disturbi mentali o da comorbidità tra disturbi mentali e disturbi da sostanza ("doppia diagnosi"). 3. Attività di day-hospital psichiatrico, realizzata da Dirigenti medici psichiatri e da Infermieri professionali del DSM dal lunedì al venerdì, dalle ore 9,00 alle ore 15,00, presso appositi locali individuati all'interno della casa Circondariale, con caratteristiche idonee allo svolgimento di una attività di tipo semiresidenziale, ma coerenti rispetto alle esigenze di sicurezza e di sorveglianza; tale attività D.H. prevede la possibilità di somministrare trattamenti farmacologici intensivi per via orale e parenterale, trattamenti psicoterapici individuali e di gruppo, interventi di counseling, educazione alla salute mentale e psicoeducazione; tale attività, pianificata per fornire una risposta alternativa al ricovero delle persone detenute in condizioni di alterazione psichica presso strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, sarà correlata alla rete di servizi e strutture del DSM, ed in particolare alle strutture dedicate al ricovero ospedaliero er pazienti acuti (SPDC)».

La richiesta del Ministero della Giustizia ha, naturalmente, soppiantato questo progetto e da quel momento la ASL risulta aver rifiutato qualsiasi tipo di collaborazione con il carcere riguardo il "repartino" e l'assistenza psichiatrica tutta.

Non solo, ma attualmente, nonostante non ci sia stata una ispezione, la ASL ha richiesto, in data 16.9.05 la chiusura di tale reparto, riportando quelle che erano state le parole dello stesso dirigente sanitario, dottor Paolillo, che aveva affermato che il reparto di osservazione, così come è stato aperto, non risponde a dei canoni di rispetto della dignità umana e del diritto a un'assistenza adeguata ai pazienti.

Ricevuta la richiesta di chiusura del "repartino" da parte della ASL, la Direzione del carcere, ha rimandato tale decisione al DAP e al PRAP.

## 2.5 Il Polo d'Accoglienza per i Nuovi Giunti

Dal novembre del 2004 è stato avviato un servizio di "accoglienza" per i nuovi giunti. Tale attivazione arriva abbastanza in ritardo rispetto alle disposizioni normative che risalgono al 1987 - circolare del 30 dicembre 1987 dell'allora Direttore Generale degli Istituti di prevenzione e Pena, Nicolò Amato, *Tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati*, istitutiva del servizio Nuovi Giunti - e avviene grazie all'avvicinarsi dell'apertura del "repartino". Il polo Nuovi giunti, infatti, è stato concepito dal legislatore come un indispensabile filtro alla luce di un riscontro di alti numeri di gesti di autolesionismo e tentativi di suicidio, nonché di suicidi riusciti, in carcere: dovrebbe quindi rappresentare un momento di passaggio, soprattutto per le persone alla prima detenzione, durante il quale un'attenzione prevalente venga data alla salute psicologica e psichica della persona, per escludere o meno che possa andare incontro a momenti di quel tipo. Ecco perché, aprire un reparto di osservazione psichiatrica senza un Polo Nuovi Giunti è un po' un controsenso e ciò ha costituito la spinta ad aprirlo nel carcere di Bologna. Come dicevamo sopra, si è disposto, fin dall'inizio, che un medico sia presente i giorni dispari della settimana ed è assicurata la presenza dello psicologo - presenza che per i nuovi giunti veniva garantita già da alcuni anni - così come quella dei mediatori socio-sanitari. Il Direttore sanitario ci spiega che vi si effettuano particolari analisi - per la TBC, per esempio - e prelievi al momento dell'ingresso e che la finalità principale che viene attribuita al Polo è la possibilità, per tutti coloro per i quali non viene convalidato l'arresto entro le 92 ore, di non entrare affatto nelle sezioni.

È il medico, o lo psicologo, che richiedono l'intervento dello psichiatra, se lo ritengono necessario.

## 2.6 Le visite specialistiche

Le visite mediche svolte nella ordinaria attività del carcere, che comprendono anche quelle del SerT e del Polo d'Accoglienza Nuovi Giunti, sono state - nel 2004 - 17.196 e - nel 2005 - 23.435. Come vediamo, a partire dall'apertura effettiva del Polo Nuovi Giunti, le visite sono considerevolmente aumentate.

Per quanto riguarda le visite specialistiche, dobbiamo precisare che i dati riportati in questa sezione difettano di completa attendibilità. La Direzione Sanitaria ci ha aiutato a districarci tra la discrepanza tra i dati disponibili in Istituto e i dati ricavati dalla cartella clinica informatizzata. Chiariremo, volta per volta, quali sono le probabili inesattezze, tenendo presente che un lavoro scientifico di ricerca, presso questo carcere, in questa materia, non è ancora possibile.

**2.6.1. Visite specialistiche esterne.** Le richieste di visite specialistiche esterne negli ultimi due anni, secondo i calcoli dalle cartelle cliniche informatizzate, sono 322 nel 2004 e di 527 nel 2005.

Le visite esterne effettuate sono state, invece, 531 nel 2004 e 330 nel 2005 (aggiornato al 10.10.2005), secondo i dati fornitici dalla Direzione Sanitaria del carcere.

I due dati non sono confrontabili e questo costituisce un limite invalicabile al nostro lavoro: il Direttore Sanitario ci assicura che non è possibile che nel 2004 ci siano state 322 richieste e 531 visite svolte. Questo dato deve essere causato dal fatto che «molti medici scrivono a mano le richieste», anche a causa del malfunzionamento dei computer, causando una perdita di dati enorme, e una grande confusione nelle informazioni.

Il dato perciò proveniente dalla cartella clinica informatizzata non è ancora attendibile, ed è da considerarsi come dato di partenza - un minimo al quale mancano numerose integrazioni - mentre le

cifre che ci vengono dal carcere sono basate su certificazioni e ricavate manualmente e - paradossalmente - il Direttore Sanitario ci dice che sono più certe.

Stando ai dati che abbiamo, che possiamo vedere nelle tabelle, le visite più richieste riguarderebbero la radiologia (107 richieste nei 2 anni), la neurologia (52 richieste nel solo 2005), la gastroenterologia (86 richieste nei 2 anni) e la cardiologia (75 richieste nei 2 anni).

**TABELLA 7**

<b>Visite specialistiche esterne richieste dalla c.c. Bologna per specialità medica e ordine di incidenza. Periodo: gennaio 2004 - ottobre 2005</b>			
<b>specialità medica</b>	<b>2004</b>	<b>specialità medica</b>	<b>Gennaio – ottobre 2005</b>
Radiologia	53	Radiologia	54
Gastroenterologia	36	Neurologia	52
Pneumotisiologia	33	cardiologia	51
Ortopedia	30	Gastroenterologia	51
Chirurgia	26	Ortopedia	43
cardiologia	24	Diabetologia	40
Otorinolaringoiatria	23	endocrinologia	37
Urologia	16	Pneumotisiologia	36
Diabetologia	12	Urologia	33
Angiologia	8	Chirurgia	32
endocrinologia	7	Angiologia	20
Chirurgia ortopedica	6	Odontostomatologia	17
Ginecologia	5	Neurochirurgia	13
Neurologia	5	Ginecologia	11
Oculistica	5	Fisiatria	6
anestesia	4	Dermatologia	4
Infettivologia	4	Oculistica	4
Ematologia	3	Allergologia	2
Neurochirurgia	3	Chirurgia maxillo-facciale	2
Odontostomatologia	2	Infettivologia	2
Dermatologia	1	Oncologia	1
Fisiatria	1	Otorinolaringoiatria	1
Nefrologia	1	anestesia	-
Allergologia	-	Chirurgia ortopedica	-
Chirurgia maxillo-facciale	-	Ematologia	-
Oncologia	-	Nefrologia	-
<b>Totale</b>	<b>322</b>	<b>Totale</b>	<b>527</b>

*Elaborazione nostra su dati PRAP - Cartella Clinica Informatizzata*

Le donne che avrebbero richiesto visite specialistiche sono 46 nel 2004, di cui 14 straniere e 62 nel 2005, di cui 31 straniere.

Gli uomini che hanno richiesto visite specialistiche esterne sono stati 276 nel 2004, di cui 103 stranieri e 465 nel 2005, di cui 122 stranieri.

Passando, invece, alle visite esterne effettivamente svolte, quelle più frequenti, negli anni 2004-2005, sono state: 233 visite di pronto soccorso, 60 di urologia, 59 di chirurgia, 58 di neurologia, 51 di ortopedia e 43 egds (esofago-gastro-duodeno-scopie). Le visite cardiologiche, nonostante le numerose richieste, sono state 17 nei 2 anni.

Da registrare l'altro numero di richieste e di visite neurologiche: se, infatti, la neurologia si differenzia dalla psichiatria, è nel senso di una visione molto più organicistica della malattia, legata all'organo del cervello e alla cura del sistema nervoso. Sarebbe importante andare a vedere - ma tale verifica non è al momento possibile - per quali soggetti e per quali disturbi sono state disposte ed eseguite tali visite e se queste stesse persone siano o meno state oggetto, precedentemente, di visite psichiatriche e/o di sostegno psicologico o di altro tipo.

**TABELLA 8**

**Visite specialistiche esterne eseguite dalla c.c. Bologna per specialità medica e ordine di incidenza. Periodo: gennaio 2004 - 30.10.2005**

specialità medica	numero visite	specialità medica	numero visite
ps	138	ps	95
egds (esofago-gastro-duodeno-scopia)	39	chirurgia	25
urologia	39	neurologia	22
neurologia	36	ortopedia	22
chirurgia	34	urologia	21
orl otorinolaringologo	32	radiologia	18
ortopedia	29	gastroenterologia	15
radiologia	29	orl	12
centroantidibetico	21	pneumotisiologia	11
pneumotisiologia	13	centroantidiabetico	10
rx arcate dentaria	13	dermatologia	9
eco fetali	12	diabetologia	9
oculistica	11	rx arcate dentaria	9
cardiologia	10	odontoiatria	8
colonscopia	9	cardiologia	7
ecodoppler	8	andrologia	6
angiologia	6	neurochirurgia	5
neurochirurgica	6	egds	4
scintigrafia	5	ginecologia	4
emg Elettromiografia	4	allergologia	2
reumatologia	3	colonscopia	2
allergologia	2	endocrinologia	2
biopsia	2	fiopatologia	2
day hospital	2	malattie inf.	2
dermatologia	2	amb. urgenze vasc.	1
endoscopia	2	fluorangiografia	1
fisiopatologia	2	o.r.l.	1
psichiatria	2	oculistica	1
tac rachide	2	oncologia	1
angiografia retinica	1	ottica fisiopatologica	1
ematologia	1	reumatologia	1
maxillo facciale	1	spermioγραμμα	1
medicina nucleare	1		
nefrologia	1		
oncologia	1		
ortopanoramica	1		
rettoscopia	1		
rm cerebrale	1		

rm spinale	1	
Tac maxillo-facciale	1	
tac orecchio	1	
tac polmonare	1	
tac torace	1	
valutazione età	1	
tac orecchio	1	
tac polmonare	1	
Visita centro iperbarico	1	
<b>totale</b>	<b>531</b>	<b>330</b>

*Elaborazione nostra su dati Direzione Sanitaria c.c. Bologna*

**2.6.2. Ricoveri esterni.** Per quanto riguarda i ricoveri esterni, nel 2004 sono state ricoverate 48 persone e nel 2005 soltanto 12.

L'Ospedale di riferimento per il carcere è il S. Orsola, dove una stanza è adibita ad accogliere detenuti nel reparto di Medicina d'Urgenza; ma, come accade solitamente, il carcere si avvale poi della disponibilità anche di altri Ospedali, come il Bellaria, laddove la continuità clinica o la mera disponibilità di posti, lo rendano possibile. Il numero molto basso di ricoveri è legato alla tendenza, da parte del carcere, a ricorrere ad essi solo in casi di estrema necessità. Non sappiamo qui, ma sarebbe interessante approfondirlo, se a ciò si aggiunga o meno un orientamento anche da parte della Magistratura di Sorveglianza: sappiamo, infatti, che può accadere, soprattutto alla luce dei molti detenuti con recidiva presenti, che la Magistratura adotti non poche precauzioni prima di concedere a un detenuto di uscire in qualsiasi modo dal carcere e che, insieme alla Direzione Sanitaria, disponga, invece, che il detenuto possa essere tranquillamente curato in carcere. Dobbiamo però qui ricordare quanto dicevamo prima: nel carcere di Bologna non c'è un Centro Clinico, ma soltanto una sezione Infermeria, per la degenza di 19 persone, che però attualmente non è in grado di funzionare a causa del grave sovraffollamento.

Sarebbe, inoltre, interessante andare a vedere i motivi del ricovero di queste 60 persone e i loro giorni di degenza; così come quante siano le richieste di ricovero rigettate.

**2.6.3 Visite specialistiche interne.** Anche per questa sezione dobbiamo tener conto della relativa attendibilità dei dati provenienti dalla cartella clinica informatizzata, per i motivi di cui sopra.

Anche qui, quindi, i dati riportati nella tabella che segue sono dati di partenza, da considerarsi come minimi e mancanti di tutta una serie di altre richieste registrate manualmente dai medici. Come si può vedere dalla tabella, le richieste di visite interne sarebbero state prevalentemente relative alla odontostomatologia (1429 nei 2 anni), alla psichiatria (836 nei due anni), e alla radiologia (865).

TABELLA 9

<b>Visite specialistiche interne richieste dalla c.c. Bologna per specialità medica e ordine di incidenza. Periodo: gennaio 2004 - ottobre 2005</b>				
<b>specialità medica</b>	<b>2004</b>		<b>specialità medica</b>	<b>Gennaio – ottobre 2005</b>
Odontostomatologia	602		Odontostomatologia	876
Psichiatria	404		Radiologia	554
Radiologia	311		Psichiatria	432
Dermatologia	191		Infettivologia	347
Sert	168		Dermatologia	330
Oculistica	158		Sert	316
Ortopedia	151		Ortopedia	311
Ginecologia	141		Oculistica	247
Infettivologia	94		Ginecologia	190
cardiologia	83		Otorinolaringoiatria	121
Otorinolaringoiatria	74		cardiologia	84
Ecografia	26		Urologia	23
Chirurgia	24		Ecografia	20
Urologia	16		Nefrologia	14
Neurologia	12		Gastroenterologia	13
Pneumotisiologia	8		Diabetologia	8
Gastroenterologia	3		Chirurgia	7
Angiologia	3		Pediatria	6
Allergologia	1		Neurologia	4
Oncologia	-		Ematologia	3
Neurochirurgia	-		Angiologia	2
Nefrologia	-		Chirurgia ortopedica	1
Fisiatria	-		Medicina interna	1
endocrinologia	-		Pneumotisiologia	-
Ematologia	-		Allergologia	-
Diabetologia	-		Oncologia	-
Chirurgia ortopedica	-		Neurochirurgia	-
Chirurgia maxillo-facciale	-		Fisiatria	-
anestesia	-		endocrinologia	-
			Chirurgia maxillo-facciale	-
			anestesia	-
<b>Totale</b>	<b>2470</b>		<b>totale</b>	<b>3901</b>

*Elaborazione nostra su dati PRAP - Cartella Clinica Informatizzata*

Le visite specialistiche interne effettuate sono state, nei due anni, prevalentemente odontoiatriche (2.720), psichiatriche (2.063), 1079 radiologie-ecografie e 746 visite dell'infettivologo.

**TABELLA 10**

<b>Visite specialistiche interne svolte nella c.c. Bologna per specialità medica e ordine di incidenza. Periodo gennaio 2004 - ottobre 2005</b>			
<b>specialità medica</b>	<b>numero visite</b>	<b>specialità medica</b>	<b>numero visite</b>
odontoiatriche	989	odontoiatriche	1731
radiologia+ecografie	590	psichiatriche	1674
infettivologo	481	radiologia+ecografie	489
psichiatriche	389	dermatologo	309
dermatologo	368	ortopedico	292
ortopedico	308	oculista	275
oculista	269	infettivologo	265
ginecologia	147	ginecologia	227
orl	135	orl	155
cardiologo	121	cardiologo	32
chirurgo	33	neurologo	14
pediatri	4	pediatri	6
neurologo	0	chirurgo	0
<b>totale</b>	<b>3.834</b>	<b>totale</b>	<b>5.469</b>

*Elaborazione nostra su dati Direzione sanitaria c.c. Bologna*

Come possiamo vedere, le visite chirurgiche svolte nel 2005 sono pari a zero: questo è accaduto perché, in mancanza di fondi per la strumentazione necessaria ad eventuali interventi chirurgici, i medici stessi preferiscono non recarsi in carcere a effettuare visite che non possono avere una corretta esecuzione e il detenuto deve essere quindi portato all'esterno sia per la visita che per un intervento, anche se piccolo.

**2.6.4 Visite psichiatriche.** Come abbiamo visto, la psichiatria e l'infettivologia sono le uniche branche della specialistica per le quali sia presente una Convenzione con la ASL secondo la quale i medici vengono pagati a prestazione e sono presenti con un numero maggiore di ore all'interno del carcere. Per entrambe, infatti, la cifra che risulta dalle tabella relativa alle richieste di visite specialistiche nel 2004-2005 (836 richieste per la psichiatria e 441 per l'infettivologia) è estremamente ridotta rispetto alle effettive visite svolte in entrambe le branche (rispettivamente 2.063 e 746). La richiesta iniziale, infatti, molto spesso prelude alla presa in carico dello psichiatra e/o dell'infettivologo del paziente detenuto e, in seguito, saranno diverse le visite che, senza richiesta, saranno effettuate allo stesso paziente.

Secondo questi dati, nel 2004 la percentuale di visite psichiatriche svolte sul totale delle visite specialistiche interne è stata del 10,15% e nel 2005 è diventata del 30,6%.

Per il solo 2005, i detenuti presi in carico dal servizio psichiatrico sono stati 425, cifra già alta che tendenzialmente aumenterà, in considerazione del fatto che le ore degli psichiatri, come abbiamo visto, sono aumentate in concomitanza con l'apertura del "repartino".

Da segnalare, inoltre, che il dato delle visite psichiatriche svolte nei due anni che abbiamo appena riportato, discorda, seppur non completamente, dallo stesso dato, desunto, però, dall'esame della cartella clinica informatizzata: secondo quest'ultima, infatti, le visite psichiatriche nei due anni sarebbero in totale 2.382.

Consideriamo questa fonte nella tabella seguente, poiché ci permette un'analisi nel dettaglio della tipologia di detenuti che sono stati presi in carico o, comunque, visitati dallo psichiatra.

**TABELLA 11**

<b>Visite psichiatriche effettuate nella c.c. Bologna per sesso e nazionalità. Periodo gennaio 2004- ottobre 2005</b>								
	<b>Donne</b>			<b>uomini</b>			<b>Non pervenuti</b>	<b>totale</b>
	Italiane	Straniere	Nazion. non pervenuta	Italiani	stranieri	Nazion. non pervenuta		
<b>2004</b>	187	94		716	292	40	5	<b>1.380</b>
<b>2005 (gennaio-ottobre)</b>	96	74	3	474	295	59	-	<b>1.002</b>
<b>totale</b>	283	168	3	1.190	587	99	5	<b>2.382</b>

*Nostra elaborazione su dail PRAP - Cartella Clinica Informatizzata*

Secondo questo altro dato, la percentuale di visite psichiatriche sul totale delle visite specialistiche interne sarebbe del 36% nel 2004 e del 18,32% nel 2005; prendiamo in esame anche questo dato, alla luce del fatto che la Direzione Sanitaria ci ha spiegato che si tratta di un dato minimo: anche per questo dato bisogna tener presente che nel 2005 (periodo gennaio-ottobre) non pochi problemi tecnici hanno causato l'impossibilità di registrare molti dati nella cartella clinica informatizzata.

Vediamo dalla tabella 11 che su 2.382 detenuti visti dallo psichiatra nei due anni, 454 sono state donne e 1.881 uomini.

Il primo dato che risulta evidente è che, rispetto al 7% di presenza femminile nell'istituto, quando si parla di visite psichiatriche si arriva al 19% di donne visitate. Lo sbalzo appare abbastanza deciso e in linea con i dati nazionali e con l'esperienza degli operatori. Questi, infatti, sono per lo più d'accordo nel sostenere che le donne risultano più frequentemente soggette a disturbi d'ansia e di depressione e che, quindi, più frequentemente, richiedono sostegno psicologico e psichiatrico e fanno uso di antidepressivi e antipsicotici. Quest'ultima osservazione sui farmaci non possiamo avvalorarla con cifre, poiché non è a nostra disposizione il dato sulla somministrazione di farmaci in relazione alla tipologia di detenuti, ma viene sostenuta non solo dal dato riportato in tabella, ma anche dalla fondamentale esperienza quotidiana degli operatori, che, come diremo anche dopo, hanno affermato che le donne fanno un uso maggiore di antidepressivi rispetto agli uomini - in particolare uno dei farmaci più usati nella sezione femminile è il Laroxil - i quali, al contrario, usano più frequentemente antipsicotici e sedativi.

Altro elemento importante è che, tra queste donne, molte sono straniere: su 454 donne, le straniere viste dagli psichiatri sono il 36%. La percentuale degli uomini stranieri è anch'essa il 31%. L'alto numero di stranieri visitati dallo psichiatra rispecchia ciò che gli operatori ci hanno detto in proposito: risulta, infatti, costantemente alto il numero di stranieri con problemi di disagio psichico e anche di tossicodipendenza. Gli operatori stessi affermano che in questi casi è ancora più difficile del solito riuscire a distinguere tra simulazione e disagio reale, in quanto non è possibile definire

una concreta linea di demarcazione, a maggior ragione in casi come questi, nei quali le difficoltà materiali, la forte emarginazione, anche linguistica, l'assenza di una rete di supporto familiare e affettivo all'esterno, fa sì che tali persone cadano molto più facilmente in problemi di depressione e disagio psichico.

## 2.7 Le patologie

Come dicevamo, il progetto della Cartella Clinica Informatizzata è stato avviato alcuni anni fa, ma è dall'aprile del 2004 che sono partite le rilevazioni vere e proprie. Il progetto nasce dall'iniziativa del Provveditorato dell'Emilia Romagna e la cartella è attualmente utilizzata in tutte le carceri della regione, ma alcuni Istituti di altre regioni, per esempio S. Vittore a Milano, stanno lentamente aderendo all'iniziativa.

Una delle schede che questa cartella clinica comprende, quella riguardante lo Stato di Salute del detenuto, è stata diffusa, come dicevamo, in molte carceri del territorio italiano; sono state raccolte 105.000 schede nel periodo tra aprile del 2004 e settembre del 2005. Tale lavoro rappresenta la panoramica più significativa alla quale attualmente possiamo riferirci in merito allo stato di salute dei detenuti in Italia. Dobbiamo tuttavia tenere presente la mancanza di una completa attendibilità di questi dati. Come dicevamo all'inizio, ci sono problemi di risorse umane e finanziarie non sufficienti a supportare adeguatamente questo importante progetto e, inoltre, la compilazione di ogni scheda della cartella clinica informatica dipende dalla volontarietà, operosità e sensibilità dei singoli operatori. Quanto più, quindi, essi si atterranno alla necessaria compilazione sistematica della cartella, tanto più l'amministrazione sarà in grado di offrire dati certi e aggiornati sulla situazione sanitaria dei pazienti-detenuti. Nonostante tale lacuna, attualmente quelli della cartella clinica informatica sono i dati più attendibili che l'Amministrazione penitenziaria possa offrire sul proprio lavoro.

Quella che segue è la classificazione, per incidenza di patologie, della popolazione detenuta in Emilia Romagna e nell'istituto di Bologna.

TABELLA 12

<b>Indici della Stato di Salute. Popolazione detenuta per incidenza di patologie nelle carceri dell'Emilia-Romagna e di Bologna.</b>					
<b>Dati raccolti dall'aprile 2004 al settembre 2005.</b>					
<b>Emilia-Romagna - totale schede 11.642</b>			<b>Bologna. Totale schede 2.244</b>		
	<b>numero di detenuti</b>	<b>%</b>		<b>numero di detenuti</b>	<b>%</b>
<b>Y) stato di tossicodipendenza</b>	3.035	260,69	<b>Y) stato di tossicodipendenza</b>	782	348,48
<b>S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche</b>	1.359	116,73	<b>W) Deficit della masticazione</b>	320	142,60
<b>M) Malattie epato-biliari</b>	1.317	113,12	<b>M) Malattie epato-biliari</b>	305	135,92
<b>O) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post- traumatica</b>	1.157	99,38	<b>O) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post- traumatica</b>	278	123,89
<b>W) Deficit della masticazione</b>	1.059	90,96	<b>Z) Malattie infettive (escluso malattia daHIV)</b>	200	89,13
<b>P) Malattie gastrointestinali</b>	826	70,95	<b>X) Piaghe da decubito o</b>	164	73,08

			<b>malattie Dermatologiche</b>		
<b>Z) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)</b>	778	66,83	<b>V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Otorinolaringoiatrica e/o Oculistica)</b>	156	69,52
<b>S1) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione che viene considerata a parte</b>	729	62,62	<b>P) Malattie gastrointestinali</b>	150	66,84
<b>I) Malattie respiratorie</b>	575	49,39	<b>S1) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione che viene considerata a parte</b>	132	58,82
<b>E) Ipertensione arteriosa</b>	497	42,69	<b>S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche</b>	107	47,68
<b>V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Otorinolaringoiatrica e/o Oculistica)</b>	490	42,09	<b>I) Malattie respiratorie</b>	104	46,35
<b>X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche</b>	460	39,51	<b>N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale</b>	79	35,20
<b>R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche</b>	446	38,31	<b>E) Ipertensione arteriosa</b>	76	33,87
<b>N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale</b>	360	30,92	<b>R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche</b>	68	30,30
<b>Z1) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC DI Atlanta)</b>	284	24,39	<b>Z1) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC DI Atlanta)</b>	64	28,52
<b>H) Diabete mellito</b>	246	21,13	<b>H) Diabete mellito</b>	41	18,27
<b>B) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemica.</b>	228	19,58	<b>G) Vasculopatie periferiche</b>	33	14,71
<b>G) Vasculopatie periferiche</b>	186	15,98	<b>B) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemica.</b>	30	13,37
<b>A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie</b>	166	14,26	<b>A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie</b>	24	10,70
<b>H1) Malattie endocrine</b>	153	13,14	<b>H1) Malattie endocrine</b>	16	7,13
<b>C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica.</b>	93	7,99	<b>C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica.</b>	13	5,79
<b>T) Deterioramento mentale</b>	84	7,22	<b>U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema emopoietico</b>	10	4,46
<b>F) Accidenti vascolari cerebrali</b>	70	6,01	<b>Q) Malnutrizione</b>	9	4,01
<b>Q) Malnutrizione</b>	61	5,24	<b>F) Accidenti vascolari cerebrali</b>	8	3,57

<b>U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema emopoietico</b>	56	4,81	<b>L) Neoplasie maligne</b>	8	3,57
<b>L) Neoplasie maligne</b>	49	4,21	<b>T) Deterioramento mentale</b>	7	3,12
<b>D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale.</b>	34	2,92	<b>J) Malattie Ginecologiche</b>	4	1,78
<b>J) Malattie Ginecologiche</b>	16	1,37	<b>D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale.</b>	3	1,34
<b>K) Malattie neonatali</b>	6	0,52	<b>K) Malattie neonatali</b>	0	0,00

*Nostra Elaborazione su dati PRAP - Cartella clinica Informatizzata*

Vediamo che lo stato di tossicodipendenza rappresenta, sia per l'Emilia Romagna che per Bologna, la patologia con la maggiore incidenza: 26% nella regione e 36,8% nel solo istituto bolognese. A seguire, per le carceri della regione c'è la depressione e le malattie ad essa correlate, con l'11,6%, mentre per il carcere di Bologna tale patologia si trova al decimo posto, con il 4,7%. I deficit della masticazione rappresentano un problema per il 14,2% dei detenuti a Bologna e per il 9% dei detenuti nella regione. Le malattie infettive si trovano, sia per il carcere di Bologna che per quelli di tutta la regione, solo dopo le malattie epato-biliari (rispettivamente il 13,5% e l'11,3%) e quelle osteoarticolari (12,3% e 9,9%): incidono sull'8,9% dei detenuti a Bologna e sul 6,7% dei detenuti nella regione.

In Emilia Romagna, l'incidenza delle patologie legate al disagio psichico - che sono quelle rappresentate dai gruppi S, S1 e T - è del 18,65%.

Nell'istituto di Bologna risulta, invece, essere del 10,95%. Abbiamo commentato questo dato con i responsabili del servizio della cartella clinica informatizzata, il dottor Orlando Saugulo e il dottor Vincenzo De Donatis e con il Direttore sanitario del carcere di Bologna, dottor Paolillo. Il dottor Paolillo è anche il segretario generale dell'AMAPI, la principale associazione dei medici penitenziari in Italia, la quale ha reso noti, alcuni mesi fa, proprio i dati sull'incidenza della patologie psichiatriche nelle carceri italiane, che sarebbe di circa il 20%. L'AMAPI ha evidenziato, quindi, l'urgente necessità di soffermare l'attenzione su questo dato preoccupante, lo stesso scopo che tale ricerca si prefigge. Il dottor Paolillo concorda con i responsabili del servizio di cartella clinica informatizzata nel ritenere che il dato del 10,95%, riferibile al carcere di Bologna, non possa essere attendibile al 100%. Secondo la sua esperienza quotidiana, e quella di numerosi altri operatori nello stesso carcere che abbiamo ascoltato, quella del 20% risulta essere una percentuale che risulta essere più vicina alla percezione che loro tutti hanno dell'incidenza delle patologie psichiatriche nel loro carcere. La mancata compilazione precisa e continuativa della cartella informatica e i continui problemi "tecnici" ai quali non riescono a far fronte - ricordiamo che, come dicevamo sopra, lo stesso dottor Paolillo ci ha precisato che per due mesi i computer non hanno funzionato e che in quel frangente i dati sono stati riportati a mano e in seguito non trascritti sulla cartella clinica informatizzata - sarebbero, quindi, i motivi di tale discrepanza. Anche questo, tuttavia, evidenzia qualcosa di importante: come, cioè, seppur in una dimensione molto attenta al problema che abbiamo esame, il lavoro quotidiano - che dipende molto dalla preparazione dei singoli operatori e dalla loro affidabilità - nel carcere di Bologna va assolutamente migliorato nel senso di un allargamento della partecipazione dei singoli operatori a quelli che la direzione si prefigge come obiettivi e come metodi del proprio lavoro.

La tabella sottostante mostra più da vicino l'incidenza delle patologie nelle donne, negli stranieri e negli italiani. Nelle categorie "stranieri" e "italiani" sono compresi, naturalmente, sia uomini che donne. Le schede raccolte, come vediamo, sono state 191 per le donne, 1.247 per gli stranieri e 981 per gli italiani. Anche nel dettaglio, la tossicodipendenza risulta, come prevedibile, la patologia a incidenza più alta: 27% per le donne, 31,5% per gli stranieri e 39% per gli italiani. Le donne presentano come altre patologie ad alta incidenza le malattie infettive (26%), le patologie psichiatriche (21,5%), i deficit della masticazione (20,4%), le malattie epato-biliari (19,3%). Anche qui per patologie psichiatriche intendiamo quelle rappresentate nei gruppi S, S1 e T, come ci hanno indicato gli stessi operatori.

Per la categoria degli stranieri le patologie a più alta incidenza, dopo la tossicodipendenza, sono: i deficit della masticazione (14,2%), le malattie osteo-articolari (10,1%); le patologie psichiatriche hanno il 7,1% di incidenza.

Per la categoria degli italiani le malattie epato-biliari hanno il 24% di incidenza, quelle osteo-articolari il 15,2% e quelle infettive il 14,7%. Le patologie psichiatriche incidono per il 15,3%.

Tra le tre categorie quella nella quale risulta l'incidenza più alta di patologie psichiatriche è quindi quella delle donne. Tale dato risponde al dato che riportavamo prima e alle considerazioni che gli operatori da anni fanno in merito: le donne, infatti, pare sarebbero, come dicevamo prima, maggiormente soggette a crisi di ansia e sintomi da depressione e da patologie psichiatriche. Sarebbe interessante approfondire questa ricerca e avere la possibilità di incrociare ulteriormente i dati e vedere, per esempio, quale sia l'incidenza di queste patologie sulla categoria degli uomini e nelle categorie degli italiani e degli stranieri andare a vedere le patologie e a seconda del sesso. In questo senso, questo dato di cui disponiamo, oltre a risultare molto degno di attenzione, fa sorgere ulteriori curiosità e interessi.

**TABELLA 13**

<b>Indice degli stati di salute. Stati patologici nel carcere di Bologna per categorie.</b>								
<b>Dati raccolti da aprile 2004 a settembre 2005</b>								
<b>Donne</b> totale schede: 191			<b>Stranieri</b> totale schede: 1.247			<b>Italiani</b> totale schede: 981		
	<b>Num.</b>	<b>%</b>		<b>Num.</b>	<b>%</b>		<b>Num.</b>	<b>%</b>
<b>Y) stato di tossicodipendenza</b>	52	27,25	<b>Y) stato di tossicodipendenza</b>	393	31,56	<b>Y) stato di tossicodipendenza</b>	382	38,94
<b>Z) Malattie infettive (escluso HIV)</b>	50	26,17	<b>W) Deficit della masticazione</b>	177	14,19	<b>M) Malattie epato-biliari</b>	236	24,05
<b>W) Deficit della masticazione</b>	39	20,41	<b>O) Malattie osteo-articol. – patol. di origine post-traumat.</b>	126	10,04	<b>O) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post-traumatica</b>	150	15,21
<b>M) Malattie epato-biliari</b>	37	19,37	<b>X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche</b>	85	6,81	<b>Z) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)</b>	144	14,67
<b>S) Depressione o altre manifestazioni psicopatol.</b>	20	10,47	<b>P) Malattie gastrointestinali</b>	69	5,53	<b>W) Deficit della masticazione</b>	141	14,37
<b>I) Malattie respiratorie</b>	19	9,94	<b>M) Malattie epato-biliari</b>	67	5,33	<b>V) Deficit sensoriali</b>	90	9,17
<b>X) Piaghe da decub./malattie dermatolog.</b>	19	9,94	<b>V) Deficit sensoriali</b>	65	5,21	<b>S1) Malattie mentali: eccetto la depressione</b>	88	8,97

<b>S1) Malattie mentali: eccetto la depressione</b>	19	99,48	<b>Z) Malattie infettive (escluso HIV)</b>	53	42,50	<b>P) Malattie gastrointestinali</b>	81	82,57
<b>P) Malattie gastrointestin.</b>	16	83,77	<b>I) Malattie respiratorie</b>	44	35,28	<b>X) Piaghe da decub/ malattie dermatol.</b>	77	78,49
<b>O) Malattie osteo-articol. – patol. origine post-traumat.</b>	16	83,77	<b>S1) Malattie mentali: eccetto la depressione</b>	44	35,28	<b>S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche</b>	65	66,26
<b>N) Malattie renali/apparato urogenitale</b>	14	73,30	<b>S) Depressione/ manifestaz. psicopatol.</b>	42	33,68	<b>I) Malattie respiratorie</b>	60	61,16
<b>E) Ipertensione arteriosa</b>	13	68,06	<b>N) Malattie renali /apparato urogen.</b>	37	29,67	<b>E) Ipertensione arteriosa</b>	55	56,07
<b>Z1) Malattia da HIV</b>	11	57,59	<b>R) Malattie del sistema nervoso centrale/Malattie Neurologiche</b>	27	21,65	<b>Z1) Malattia da HIV</b>	53	54,03
<b>V) Deficit sensoriali</b>	8	41,88	<b>E) Ipertensione arteriosa</b>	21	16,84	<b>N) Malattie renali/apparato urogen.</b>	42	42,81
<b>H1) Malattie endocrine</b>	7	36,65	<b>Z1) Malattia da HIV</b>	11	8,82	<b>R) Malattie del sistema nervoso centrale/Neurolog.</b>	41	41,79
<b>R) Malattie sist. Nerv. centrale/ Neurolog.</b>	7	36,65	<b>H) Diabete mellito</b>	10	8,02	<b>H) Diabete mellito</b>	31	31,60
<b>U) Anemia/Altre malattie del sistema emopoiet.</b>	3	15,71	<b>G) Vasculopatie periferiche</b>	8	6,42	<b>G) Vasculopatie periferiche</b>	25	25,48
<b>F) Accidenti vascol. cerebr.</b>	3	15,71	<b>B) Cardiopatia ischemica</b>	7	5,61	<b>B) Cardiopatia ischemica</b>	23	23,45
<b>B) Cardiopatia ischemica</b>	2	10,47	<b>A) Cardiopatia organica</b>	5	4,01	<b>A) Cardiopatia organica</b>	19	19,37
<b>C) Disturbi cardiolog. primit. del ritmo e della conduzione</b>	2	10,47	<b>T) Deterioramento mentale</b>	3	2,41	<b>H1) Malattie endocrine</b>	13	13,25
<b>J) Malattie Ginecologiche</b>	2	10,47	<b>C) Disturbi cardiolog. primit. del ritmo e della conduzione</b>	3	2,41	<b>C) Disturbi cardiolog. primitivi del ritmo e della conduzione</b>	10	10,19
<b>T) Deterioramento mentale</b>	2	10,47	<b>H1) Malattie endocrine</b>	3	2,41	<b>F) Accidenti vascolari cerebrali</b>	8	8,15
<b>A) Cardiopatia organica</b>	2	10,47	<b>U) Anemia/malattie e del sistema emopoietico</b>	2	1,60	<b>Q) Malnutrizione</b>	8	8,15
<b>H) Diabete mellito</b>	1	5,24	<b>L) Neoplasie maligne</b>	2	1,60	<b>U) Anemia o Altre malattie del sistema emopoietico</b>	8	8,15
<b>G) Vasculopatie periferiche</b>	1	5,24	<b>Q) Malnutrizione</b>	1	0,80	<b>L) Neoplasie maligne</b>	6	6,12
<b>D) Insufficienza cardiaca congest. da cause extracar.</b>	1	5,24	<b>J) Malattie Ginecologiche</b>	0	0,00	<b>T) Deterioramento mentale</b>	4	4,08
<b>L) Neoplasie maligne</b>	1	5,24	<b>F) Accidenti vascolari cerebrali</b>	0	0,00	<b>J) Malattie Ginecolog.</b>	4	4,08
<b>Q) Malnutrizione</b>	0	0,00	<b>K) Malattie neonatali</b>	0	0,00	<b>D) Insufficienza cardiaca congest. da cause extracar.</b>	3	3,06
<b>K) Malattie neonatali</b>	0	0,00	<b>D) Insufficienza cardiaca congest. da cause extracar.</b>	0	0,00	<b>K) Malattie neonatali</b>	0	0,00

Nostra elaborazione su dati PRAP - Cartella Clinica Informatizzata

Ma cosa significa avere una patologia psichiatrica? Soffrire spesso di depressione? Minacciare gesti autolesionisti? È interessante notare che gli operatori stessi hanno espresso molta preoccupazione sulle prassi vigenti. Hanno dichiarato che è necessaria una diversa e più approfondita formazione anche del personale di polizia penitenziaria, per quanto riguarda la salute mentale: spesso, infatti, le persone che vengono segnalate agli psichiatri sono quelle che si fanno sentire, quelle che urlano finché non gli si dà un farmaco, non quelle che stanno male. E questo è un dato di grande rilevanza, che viene da coloro che in carcere ci lavorano.

Anche per quanto riguarda gli OPG, gli operatori ci confermano questa tendenza: non vi arrivano, dicono, «patologie molto gravi, non malati di mente, ma pazienti che disturbano la vita nelle sezioni e a volte ne rimandano indietro 20 su 20».

Il carcere ha già enormi problemi a gestire i numeri del sovraffollamento e la grande carenza di risorse; spesso, davanti a casi umani problematici, si sceglie la via più breve, in mancanza della possibilità di praticare un'alternativa.

## **2.8 Tossicodipendenza e disagio psichico**

Esiste un legame tra tossicodipendenza e disagio psichico? La domanda è legittima non solo per le problematiche evidentemente sottostanti la tossicodipendenza, ma anche perché le due patologie si intrecciano spesso, confondendosi e, a volte, sommandosi, nella cosiddetta “comorbidità”, la “doppia diagnosi”. Gli operatori sono concordi nel dire che molti detenuti tossicodipendenti hanno problemi psichici e viceversa, ma quale è questa misura? E cosa fa il carcere per farvi fronte?

Abbiamo preso, a questo scopo, i dati delle persone, tra quelle certificate tossicodipendenti, che hanno una doppia diagnosi, che comprende, quindi, anche una patologia di tipo psichiatrico. Dalla tabella che segue risulta che delle 782 schede di persone tossicodipendenti nel carcere di Bologna (il periodo in considerazione è sempre aprile 2004 - settembre 2005) 96 hanno una doppia diagnosi, il 12,3%. Se consideriamo che questo grado di incidenza va a occupare il quarto posto, dopo patologie quali quelle epato-biliari, quelle infettive e quelle della mastocitosi, dobbiamo convenire che si tratta di un'incidenza molto elevata. È pur vero, come dicono gli operatori e come accennavamo sopra, che sia la tossicodipendenza che il disagio psichico non hanno sempre dei limiti e dei contorni ben definiti, sono simulabili e, paradossalmente, proprio per questo motivo, scarsamente considerate.

TABELLA 14

<b>Indice degli Stati di Salute.</b>		
<b>Stato di salute dei detenuti tossicodipendenti nella c.c. Bologna. dati raccolti da aprile 2004 a settembre 2005</b>		
<b>Y) stato di tossicodipendenza</b>	<b>782</b>	<b>1.000,0</b>
M) Malattie epato-biliari	216	276,21
Z) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)	156	199,49
W) Deficit della masticazione	113	144,50
O) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post-traumatica	60	76,73
S1) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione che viene considerata a parte	55	70,33
Z1) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC DI Atlanta)	50	63,94
X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche	39	49,87
S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche	37	47,31
I) Malattie respiratorie	33	42,20
P) Malattie gastrointestinali	28	35,81
V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Otorinolaringoiatrica e/o Oculistica)	25	31,97
R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche	18	23,02
N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale	17	21,74
G) Vasculopatie periferiche	12	15,35
Q) Malnutrizione	7	8,95
E) Ipertensione arteriosa	6	7,67
A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	5	6,39
H) Diabete mellito	4	5,12
T) Deterioramento mentale	4	5,12
U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema emopoietico	3	3,84
C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica.	3	3,84
B) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemica.	1	1,28
H1) Malattie endocrine	1	1,28
L) Neoplasie maligne	1	1,28
F) Accidenti vascolari cerebrali	0	0,00
D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale.	0	0,00
K) Malattie neonatali	0	0,00
J) Malattie Ginecologiche	0	0,00

Fonte: PRAP - Cartella Clinica Informatizzata

Il forte legame, la commistione tra le due patologie è ancora più evidente se andiamo ad invertire l'oggetto della ricerca, considerando quali patologie incidano sui detenuti con disturbi mentali.

La tabella che segue mostra la situazione specifica delle 239 persone classificate come aventi patologie psichiatriche, nello stesso periodo di tempo. Di queste, 82 sono anche certificate come tossicodipendenti - il 34,3%. Si tratta non solo di una percentuale di per sé molto alta, ma della patologia a più alta incidenza tra tutte, per i soggetti psichiatrici. Per semplificare potremmo dire che molti detenuti tossicodipendenti sono anche pazienti psichiatrici e che moltissimi pazienti psichiatrici sono anche tossicodipendenti.

TABELLA 15

<b>Indice degli Stati di salute.</b>		
<b>Stato di salute dei detenuti con patologie psichiatriche e disagio psichico nella c.c. Bologna.</b>		
<b>Dati raccolti da aprile 2004 a settembre 2005</b>		
<b>S1) Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione che viene considerata a parte</b>	<b>132</b>	<b>640,78</b>
<b>S) Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche</b>	<b>107</b>	<b>519,42</b>
Y) stato di tossicodipendenza	82	398,06
M) Malattie epato-biliari	44	213,59
W) Deficit della masticazione	40	194,17
O) Malattie osteo-articolari - patologie di origine post-traumatica	39	189,32
Z) Malattie infettive (escluso malattia da HIV)	35	169,90
P) Malattie gastrointestinali	33	160,19
V) Deficit sensoriali (malattie di pertinenza Otorinolaringoiatrica e/o Oculistica)	31	150,49
X) Piaghe da decubito o malattie Dermatologiche	19	92,23
I) Malattie respiratorie	17	82,52
N) Malattie renali e dell'apparato urogenitale	14	67,96
R) Malattie del sistema nervoso centrale - Malattie Neurologiche	12	58,25
E) Ipertensione arteriosa	11	53,40
Z1) Malattia da HIV (Secondo Classificazione CDC DI Atlanta)	9	43,69
B) Cardiopatia ischemica: IMA, angina pectoris e aritmie causate da ischemica.	8	38,83
H) Diabete mellito	7	33,98
A) Cardiopatia organica: valvulopatie, endo-mio-pericardite, aritmie secondarie a tali patologie	7	33,98
C) Disturbi primitivi del ritmo e della conduzione: aritmie in assenza di cardiopatia organica ed ischemica.	5	24,27
U) Anemia o Altre malattie a carico del sistema emopoietico	5	24,27
H1) Malattie endocrine	4	19,42
Q) Malnutrizione	3	14,56
T) Deterioramento mentale	3	14,56
G) Vasculopatie periferiche	3	14,56
F) Accidenti vascolari cerebrali	3	14,56
D) Insufficienza cardiaca congestizia da cause extracardiache: es. cuore polmonare cronico, insufficienza renale.	1	4,85
J) Malattie Ginecologiche	1	4,85
L) Neoplasie maligne	1	4,85
K) Malattie neonatali	0	0,00

Fonte: PRAP - Cartella Clinica Informatizzata

Si tratta di un tema molto complesso: proprio il fatto che circa il 40% delle persone definite “con problemi psichici” sia allo stesso tempo tossicodipendente ci può far dubitare sulla stessa diagnosi di patologia psichiatrica. Cioè, posto che una persona tossicodipendente ha, nel 90% dei casi, problematiche di ordine psicologico che hanno trovato una sorta di “sbocco” nella dipendenza, si può, per questo, definirli “patologie psichiatriche”? Cosa che, successivamente, comporta una cura e ... dei farmaci? O forse bisogna considerare che il carcere di per sé produce un disagio, che va a sommarsi alla condizione di tossicodipendenza e che tale disagio non può essere curato in carcere? Il tossicodipendente, all’impatto con il carcere, potrebbe, quindi, sentire crescere il proprio disagio, la propria sofferenza psicologica, senza che questo significhi che abbia una patologia psichiatrica. Non solo: dobbiamo considerare che non conosciamo il percorso di queste persone. Provengono infatti da un “fuori” dove molte di esse avevano un percorso di cura in atto, o comunque di presa in carico da parte dei servizi. Tale cura, tale presa in carico, viene immediatamente a mancare nel momento dell’ingresso in carcere e ripresa solo in un numero limitato di casi. L’astinenza e la non

certezza di un trattamento di cura rappresentano, senza dubbio, motivo di ulteriore disagio e sofferenza, non si può non tenerne conto. Per non parlare del fatto che la doppia diagnosi di per sé non rappresenta una garanzia di doppia cura, ma, molto spesso, un grande limite per l'ottenimento di benefici e misure alternative accessibili per i tossicodipendenti senza doppia diagnosi. Alla luce di queste considerazioni, ci sembra essenziale, quanto meno, porre queste domande per aprire un dibattito che riconsideri i parametri con i quali si diagnostica come paziente psichiatrico un tossicodipendente e le modalità di approccio e di cura di queste persone in un luogo come il carcere.

Abbiamo discusso a lungo con i responsabili del SerT interno a proposito di queste questioni. Gli operatori ci riferiscono che, in base alla loro esperienza solo un 10% delle persone che risultano avere patologie psichiatriche in carcere erano seguite precedentemente dai Centri di Igiene Mentale sul territorio. E per quanto riguarda i tossicodipendenti, invece, circa un 50% dei tossicodipendenti presenti in carcere - includendo sia italiani che stranieri - erano già in carico, o comunque conosciuti dai SerT territoriali.

Naturalmente la maggiore visibilità della patologia psichiatrica in carcere risente anche di un certo numero di episodi strumentali che i detenuti stessi mettono in atto come reazione al disagio causato dalla detenzione, soprattutto se tossicodipendenti, per bisogno di farmaci-droghe - lo vedremo nella sezione "farmaci" - di attenzioni, di distrazioni, di sfoghi.

## 2.9 Disagio mentale e autolesionismo

Gli episodi di autolesionismo, i tentati suicidi e i suicidi sono una tematica che è chiaramente molto legata al disagio mentale e alla patologia psichiatrica. Talmente legata che per anni si è posto attenzione a questo aspetto, quale sintomo di un grave problema, senza trovare tempo e modo per approfondire altrettanto la condizione di vita negli istituti di chi soffre dei disagi che poi portano a questi stessi gesti.

La tabella sottostante ci mostra quanti atti di autolesionismo - lesioni, tentativi di impiccamento e ingestione di corpi estranei - si sono avuti, negli ultimi due anni, nel carcere di Bologna.

**TABELLA 16**

<b>Atti di autolesionismo nella c.c. Bologna. Periodo 2004 - 2005</b>		
<b>Autolesionismi</b>	<b>Bologna 2004</b>	<b>Bologna 2005</b>
lesioni da taglio	116	117
tentativi di impiccamento	32	15
ingestioni corpi estranei (detesivo, lamette etc)	20	21
<b>totale</b>	<b>168</b>	<b>153</b>

*Fonte: Direzione Sanitaria c.c. Bologna*

Il totale, come vediamo, è di 168 nel 2004 e di 153 atti di autolesionismo nel 2005, prevalentemente lesioni da taglio e numerosi tentativi di impiccagione.

Dalla percezione degli operatori risulta che in questo carcere - a causa del grande sovraffollamento e dell'enorme turn-over di detenuti e quindi anche all'impossibilità di offrire a tutti un minimo di

“trattamento individualizzato” - i gesti di autolesionismo siano, più o meno, quotidiani e che non ci siano modi per evitarlo; è un qualcosa che fa parte della quotidiana realtà del carcere.

Approfondendo meglio la questione con gli operatori sanitari, medici e psichiatri del carcere di Bologna e di quelli della Regione Emilia Romagna, essi ci hanno espresso tutta la loro preoccupazione, i dubbi, le questioni che per loro sono tutte ancora aperte dei suicidi e degli atti di autolesionismo. In particolare ci hanno illustrato un'ulteriore contraddizione che ai loro occhi si presenta: alla luce del fatto che nella popolazione italiana il suicidio rappresenta l'ottava causa di morte, la terza addirittura per la popolazione tra i 15 e i 34 anni, per alcuni operatori questo rischio risulta essere più facilmente controllabile in carcere. Questo potrebbe avere anche una sua logica, dato che in carcere si presuppone che i comportamenti siano controllati 24 ore su 24 e che, comunque, siano limitati dalla detenzione stessa, mentre fuori di esso di molti di coloro che arrivano al suicidio non si conosce la sofferenza fino a quel momento. Molti altri operatori, però, esprimono tutta un'altra serie di dubbi a questo proposito e cioè: lo scompenso psicotico è davvero gestito meglio in carcere? È possibile prevedere il suicidio? Gli psichiatri del carcere possono constatare, seguendo il DSM4, che una persona abbia una tendenza suicidaria, per esempio un disturbo dell'umore, ma quando attuerà il suo proposito, in quale momento, come prevederlo? Gli operatori si sono trovati concordi nell'impossibilità di prevedere il momento dell'atto di autolesionismo e del suicidio.

E ancora, se nel caso di una persona che compie frequenti tentativi di suicidio nell'arco di sei mesi si può ipotizzare che questa persona arriverà ad un reale suicidio – o perché quella volta sbaglierà a calcolare bene il rischio o perché il livello di malessere è troppo alto e nessuno vi presta attenzione – nel caso, invece, del depresso grave ciò non è nemmeno ipotizzabile, poiché si tratta di una persona che spesso non manifesta affatto il suo malessere. E inoltre, posto che il comportamento sia palesemente suicidario, per quanto tempo il livello di attenzione dovrà essere alto?

E coloro che, in questo caso, effettuano la sorveglianza a vista, chi sono? Che risvolti ha, su di loro, questo tipo di lavoro e che preparazione hanno avuto per poterlo affrontare? Gli operatori sanitari fanno notare quanto troppo spesso venga soddisfatta solo l'esigenza burocratica della faccenda: i medici e gli agenti sono a posto se riescono a dimostrare di avere eseguito la sorveglianza a vista per il tempo che era stato loro indicato. Il fatto che poi il detenuto si sia effettivamente suicidato passa in secondo piano, così come l'effetto che questo avrà su coloro che lo stavano sorvegliando.

L'istituzione carcere non sembra poter sciogliere, in sé, questi dubbi e queste contraddizioni.

Torniamo qui, alla questione che probabilmente il nodo centrale sta proprio in una normativa che davanti alla sofferenza psichica propone la custodia anziché la cura. L'esempio degli immigrati senza casa, che gli stessi operatori riportano, che arrivano a tentare il suicidio per la disperazione, o quello di coloro i quali, perduto il lavoro, si trovano completamente soli e senza riferimenti, o il numero costantemente in crescita di tossicodipendenti - gran parte dei quali esprimono probabilmente in tal modo un disagio sociale o una sofferenza psichica: tutte queste situazioni, che appartengono al quotidiano della nostra società - esterna al carcere - vengono assolutamente sottovalutate fino al momento in cui, proprio attraverso la commissione del reato, possono essere riconosciute. Ma al riconoscimento non fa seguito una presa in carico, ma l'emarginazione in un luogo di custodia, il carcere.

## **2.10 La psichiatria e il Tribunale di Sorveglianza a Bologna**

Il modo in cui si dispiega l'assistenza sanitaria e psichiatrica in carcere dipende molto, naturalmente, anche dall'orientamento che sostiene il Tribunale di Sorveglianza di riferimento. In questo caso, abbiamo voluto rilevare quello che è l'atteggiamento nei confronti di tale questione dei Magistrati che si occupano delle persone detenute a Bologna. In particolare, il dottor Cosimo Rossi,

Magistrato a Bologna da cinque anni, ci ha spiegato come in questo arco di tempo sia totalmente cambiata la posizione della Sorveglianza: la prassi, infatti, precedentemente voleva – come del resto succede nella gran parte dei Tribunali di Sorveglianza – che il Tribunale demandasse al medico del carcere la valutazione sulla compatibilità dello stato di salute del detenuto con la detenzione. In tal modo, secondo i giudici, il rapporto con il sanitario veniva inquinato da questo necessario accertamento, che non poteva incentrarsi così esclusivamente sulla valutazione dello stato di salute: il medico cessava di essere medico, diventando custode. Da alcuni anni a questa parte, il Tribunale di Sorveglianza di Bologna fa ricorso, invece, alla perizia di un consulente esterno per poter valutare sulla compatibilità o meno con il regime carcerario e alla sempre più frequente collaborazione con le strutture ospedaliere esterne per la possibilità di diagnosi e di terapie.

In questo criterio ritenuto opportuno dai giudici si inserisce, come si può intuire, un dibattito tutto interno agli operatori sanitari: per molti che sposano la linea del Tribunale, molti altri ritengono che proprio tale atteggiamento sminuisca la ricca complessità del lavoro del medico penitenziario rispetto a quello che non può essere considerato *sic et simpliciter* uno stato di salute, ma che deve necessariamente inserirsi in una valutazione complessa e articolata della situazione della persona, che comprenda quindi anche il suo stato psicologico, la sua storia, le sue condizioni di vita in carcere e così via. Proprio quello quindi che il Magistrato ritiene possa inquinare il rapporto con il medico, alla luce del ruolo cruciale che questi riveste nella possibilità per il detenuto di uscire dal carcere.

Ci limitiamo qui a registrare queste due posizioni, senza darne giudizi di valore, essendo entrambe ragionevoli e attenendo al complesso tema del diritto alla cura e all'assistenza di chi è detenuto. Una soluzione intermedia è quella che attualmente la Direzione sanitaria del carcere di Bologna dichiara di praticare: «...posto che - afferma il dottor Paolillo - se è solo il medico del carcere a dover decidere sull'incompatibilità o meno del paziente detenuto viene certamente meno il rapporto di fiducia medico paziente, il perito - per ovviare alla sua non completa conoscenza della persona nel suo complesso - dovrebbe assolutamente partire, nella sua valutazione, proprio dal parere del medico del carcere».

Tale dibattito - pur non attenendo specificamente alla situazione dell'assistenza psichiatrica - è interessante da seguire proprio in quanto svela la difficoltà nel trattare il tema della salute in un luogo dove la persona, fondamentalmente, non è libera di curarsi come vuole. È interessante, inoltre perché conduce proprio laddove tale mancanza di libertà raggiunge l'apice: il caso in cui sia presente un disturbo o una patologia psichiatrica.

Come, infatti, ricordavamo prima, e come lo stesso giudice Rossi fa notare, in carcere la patologia psichiatrica è diversa dalle altre, perché deve per legge essere curata in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario, lasciando poco spazio discrezionale all'autorità giudiziaria per trovare altre possibili soluzioni di cura altrove. Il Magistrato può concedere che il malato venga curato fuori solo alla presenza di eventuali ripercussioni della patologia psichiatrica sul soma della persona. «Il legislatore, quindi - afferma il giudice Rossi - dispone che il carcere si arroghi il diritto-dovere di essere il luogo di cura della malattia psichiatrica. E questo succede solo per questa patologia».

## 2.11 I farmaci

La tabella sottostante ci mostra le quantità, per unità, di farmaci, acquistati e consumati nel 2005 nel carcere di Bologna, divisi per categoria. I farmaci del sistema nervoso risultano essere quelli, in assoluto, più acquistati e più consumati tra tutti: rappresentano il 49,21% dei farmaci acquistati e il 43,33% di quelli consumati.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Da considerare è che alcuni farmaci che rientrano nella categoria di quelli del sistema nervoso, non sono compresi in questa tabella e quindi nel conteggio totale, poiché sono a carico del SerT; sono, appunto i farmaci utilizzati nella

TABELLA 17

Acquisti e consumi di farmaci nella c.c. Bologna per ordine di incidenza. Periodo: gennaio-ottobre 2005					
acquisti 2005	quantità/unità	%	consumi 2005	quantità/unità	%
sistema nervoso	192.272	49,21	sistema nervoso	137.500	43,33
apparato gastrointestinale e metabolismo	55.123	14,11	sistema muscolo-scheletrico	42.543	13,41
sistema cardiovascolare	39.980	10,23	apparato gastrointestinale e metabolismo	37.733	11,89
antimicrobici generali per uso sistemico	38.086	9,75	antimicrobici generali per uso sistemico	34.829	10,98
sistema muscolo-scheletrico	31.660	8,10	sistema cardiovascolare	29.151	9,19
sangue ed organi emopoietici	12.252	3,13	organi di senso	9.276	2,92
preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	7.666	1,96	sangue ed organi emopoietici	8.488	2,67
sistema respiratorio	5.494	1,41	sistema respiratorio	8.384	2,64
sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	3.455	0,88	preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	4.168	1,31
dermatologici	1.819	0,46	sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	2.627	0,83
organi di senso	1.596	0,41	dermatologici	1.228	0,39
vari	623	0,16	farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	851	0,27
farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	599	0,15	vari	515	0,16
farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	65	0,016	farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	19	0,006
<b>totale</b>	<b>390.690</b>	<b>100</b>		<b>317.312</b>	<b>100</b>

Elaborazione nostra su dati PRAP- Cartella Clinica Informatizzata

Il divario tra le quantità di farmaci è assolutamente evidente e lascia poco spazio ai commenti. Si potrebbe facilmente pensare, a una prima occhiata, che si tratti dei farmaci di cui i detenuti hanno più bisogno, se non conoscessimo la realtà del carcere e se non avessimo già visto che le patologie più frequenti sono altre, rispetto a quelle psichiatriche. Per quanto la percentuale di detenuti con patologia psichiatrica sia alta e si aggiri dall'11% (dato in nostro possesso) al 20% (percezione degli operatori e dato AMAPI su scala nazionale), ciò non spiegherebbe, comunque, l'altissimo numero di farmaci del sistema nervoso di cui si è fatto uso nel 2005, considerando anche che i nostri dati si riferiscono al periodo da gennaio a ottobre del 2005 e che quindi mancherebbero più di due mesi di rilevazioni. Come mai così tanti farmaci per disagio psichico acquistati e consumati?

dependenza da alcool e da oppioidi e tutti quelli indicati nella griglia sottostante:

N07BBfarmaci utilizzati nella dipendenza da alcoolN07BB01DisulfiramN07BB02calcio carbimideN07BB03AcamprosatoN07BB04NaltrexoneN07BCfarmaci utilizzati nella dipendenza da oppioidiN07BC01buprenorfinaN07BC02Metadone

Si potrebbe obiettare che fanno parte dei farmaci “del sistema nervoso” anche farmaci che non sono psicotropi, bensì analgesici e anestetici, nonché neurologici. Andiamo allora a vedere meglio, dividendoli in sottocategorie, le quantità di farmaci del sistema nervoso consumati nel 2005. La tabella sottostante mostra che i farmaci neurologici rappresentano 8,82% del totale, mentre quelli psicotropi l’80%. Il restante 7,19% è costituito da anestetici, analgesici e da altri farmaci del sistema nervoso.

**TABELLA 18**

<b>Farmaci del sistema nervoso per tipologia. Consumi nella c.c. di Bologna da gennaio a ottobre 2005</b>										
	neurologici			anestet.	analges.	psicotropi			altri	tot
	antiepil.	antipark.	tot			Psicoanal.- antidepr.	antipsic.	totale		
<b>quant. per unità</b>	8.770	3.360	<b>12.130</b>	16	9.781	21.224	88.899	<b>110.123</b>	101	137.500
<b>%</b>	6,38	2,44	8,82	0,01	7,11	15,44	64,65	80,09	0,07	100

*Nostra elaborazione su dati PRAP - Cartella clinica Informatizzata*

Li abbiamo voluti dividere per maggiore chiarezza, ma la questione è molto complessa e riteniamo vadano comunque considerati come un tutt’uno; se è vero, infatti, che tra essi c’è anche la tachipirina, è pur vero che gli stessi medici sono pronti a dire che in un luogo quale il carcere può essere relativo anche l’uso di analgesici, alcuni dei quali - ve ne sono di molto “forti” - possono dare dipendenza e stordimento; gli stessi farmaci neurologici vengono, a volte, usati per patologie psichiatriche non neurologiche: la mera classificazione per indice ATC non spiega la complessità dell’uso che si fa del farmaco, a maggior ragione in un luogo come il carcere.

La dottoressa Mocanu, psichiatra del carcere di Bologna, ci ha spiegato meglio alcune dinamiche che avvengono all’interno solitamente: come succede anche altrove, sono i detenuti tossicodipendenti quelli che, con maggiore insistenza, chiedono farmaci, in particolare, benzodiazepine, minacciando gesti di autolesionismo e tentativi di suicidio pur di averle e «smettono soltanto quando gli si dà qualcosa». I medici del carcere, quindi, cercano, volta per volta, di contenere queste richieste e molte volte preferiscono e/o provano ad usare altri farmaci come alternativa alle benzodiazepine, come il Nozinan e lo Ziprexa: «questo perché - ci spiega la dottoressa - questi farmaci, pur essendo anch’essi dei neurolettici, hanno un effetto sedativo, ma non danno dipendenza, come invece fanno le benzodiazepine». I tossicodipendenti molte volte accettano questa variazione, mentre, al contrario, solo raramente accettano di prendere degli antidepressivi. Altre volte, invece, accettano di prendere dei veri e propri sedativi, come il Tavor, il Valium e il Lorans (che comunque sono derivati benzodiazepinici) e anche per avere questi, simulano vere e proprie crisi e minacciano di farsi male, «finché non li ottengono».

Gli antidepressivi più usati sono, come ci spiega la dottoressa, lo Zoloft e il Laroxil, quest’ultimo specialmente al femminile. A questo proposito la dottoressa ci conferma che le donne risultano soffrire molto più di depressione rispetto agli uomini: «sono più tranquille, ma più depresse, è più facile gestirle e rifiutare loro i tranquillanti, si convincono più facilmente a provare qualcosa di meno forte, a diminuire i dosaggi, ma prendono molti più antidepressivi. Gli uomini al contrario non solo non ne chiedono, ma addirittura li rifiutano».

Con i pazienti psicotici si usano, oltre al Nozinan e allo Ziprexa, anche il Serenase. A detta del medico con cui parliamo, però, gli psicotici veri e propri sono molto pochi, si parla di 3-4 ogni 100 detenuti.

Relativamente ai farmaci che la dottoressa ci ha indicato essere quelli più usati in carcere, vediamo, nella tabella sottostante, il dettaglio del consumo di ognuno di essi nel 2005 (periodo gennaio-ottobre):

**TABELLA 19**

<b>Consumo di alcuni farmaci psicotropi nella c.c. Bologna. periodo gennaio - ottobre 2005</b>											
	Nozinan	Ziprexa	Serenase	Tavor	Valium	Lorans	Zoloft	Laroxil	sub-totale	tot psicotropi	tot farmaci sist. nervoso
quantità in unità	12.180	899	796	15	1.085	46.045	4.500	445	<b>65.965</b>	<b>110.123</b>	<b>137.500</b>

*Elaborazione nostra su dati PRAP - Cartella Clinica Informatizzata*

Si tratta di tutti farmaci che appartengono alla categoria degli psicotropi. Nello specifico Nozinan, Ziprexa e Serenase sono psicolettici-antipsicotici; Tavor, Valium e Lorans, sono psicolettici ansiolitici; Zoloft e Laroxil sono psicoanalettici antidepressivi.

Effettivamente, il loro totale supera la metà del totale degli psicotropi consumati nel 2005, per l'esattezza equivale al 59,5%. E corrisponde addirittura al 48% di tutti i farmaci del sistema nervoso consumati nello stesso anno

In particolare, il Lorans risulta essere il farmaco in assoluto più usato tra tutti i farmaci del sistema nervoso. Vediamo, nella tabella seguente, la lista dei farmaci "del sistema nervoso" in ordine decrescente rispetto al consumo, facendo riferimento, questa volta, ai dati ufficiali PRAP; abbiamo evidenziato le caratteristiche dei primi 20, lasciando tutti i rimanenti in una più generica categoria "altri":

**TABELLA 20**

<b>Farmaci del sistema nervoso consumati nella c.c. Bologna per incidenza. Periodo: gennaio-ottobre 2005</b>				
<b>Denominazione farmaco</b>	<b>quantità/unità</b>	<b>categoria</b>	<b>informazioni aggiuntive</b>	<b>%</b>
LORANS	46.045	psicolettici ansiolitici	Benzodiazepina	33,48
NOZINAN	12.180	psicolettici antipsicotici		8,86
SEREUPIN	9.302	psicoanalettici/antidepressivi		6,76
SONGAR	8.980	psicolettici ipnotici-sedativi	der. benzodiaz.	6,53
CEMIRIT	7.290	analgesici	aspirina	5,30
VALEANS	6.648	psicolettici ansiolitici	Benzodiazepina	4,83
VATRAN	6.550	psicolettici ansiolitici	Benzodiazepina	4,76

DEPAKIN	5.760	antiepilettici		4,19
ZOLOFT	4.500	psicoanalettici/antidepressivi		3,27
CARBAMAZEPINA	4.350	antiepilettici		3,16
TRIPTIZOL	3.400	psicoanalettici/antidepressivi		2,47
AKINETON	3.360	antiparkinsoniani		2,44
ANAFRANIL	3.260	psicoanalettici/antidepressivi		2,37
MELLERIL	2.340	psicolettici antipsicotici	ritirato dal commercio	1,7
TACHIPIRINA	1.815	analgesici		1,32
RISPERDAL	1.801	psicolettici antipsicotici		1,31
PROZIN	1.280	psicolettici antipsicotici		0,93
GARDENALE	1.220	antiepilettici		0,89
TEGRETOL	1.130	antiepilettici		0,82
VALIUM	1.075	psicolettici ansiolitici	der. benzodiaz.	0,78
altri farmaci	5.214			9,13
totale farmaci del sistema nervoso	137500			100

*Elaborazione nostra su dati PRAP - Cartella Clinica Informatizzata*

Il dato in assoluto più significativo è che un solo farmaco, il Lorans, corrisponde al 33,48% dell'intero consumo di farmaci del sistema nervoso e al 14,51% di tutti i farmaci usati durante l'anno. Il secondo dato significativo è che il Lorans è una benzodiazepina: ha quindi, principalmente effetto sedativo – sui disturbi d'ansia e da sonno - ed è prevalentemente somministrato - come possiamo supporre ragionevolmente per esperienza e per le testimonianze citate - ai detenuti tossicodipendenti.

Si tratta di un dato molto importante, anche perché si vede chiaramente dalla tabella che il consumo degli altri farmaci è rappresentato da quantità di entità nettamente diversa rispetto al Lorans. Vediamo, inoltre, dalla tabella, che nei 20 farmaci più usati ci sono altre 4 benzodiazepine oltre il Lorans. Le loro percentuali, sommate, danno il 50,38% del totale dei farmaci del sistema nervoso e il 21,8% del totale dei farmaci consumati nell'anno. È una percentuale altissima che legittima a parlare di vera e propria farmacodipendenza delle persone tossicodipendenti in carcere.

Altro elemento che viene alla luce è che uno dei 20 farmaci più usati è stato ritirato dal commercio mondiale nel giugno 2005<sup>9</sup>. Abbiamo verificato, con il Direttore Sanitario dell'Istituto, che questo farmaco è stato immediatamente ritirato dalla farmacia del carcere e restituito alla casa farmaceutica.

<sup>9</sup> \*\*\*\*\*La tioridazina è un principio attivo autorizzata per il trattamento di seconda linea in pazienti adulti da schizofrenia ed è presente nelle seguenti specialità medicinali: Melleril, Tioridazina Italfarmaco, Tioridazina Novo Argentia. La tioridazina prolunga l'intervallo QT con un meccanismo dose-dipendente. Casi di prolungamento dell'intervallo QT, di aritmie cardiache e di morte improvvisa sono stati riportati in pazienti schizofrenici trattati con tioridazina. Le pubblicazioni scientifiche disponibili, che hanno preso in esame la relazione tra il prolungamento dell'intervallo QT e la morte improvvisa in pazienti in trattamento con tioridazina, hanno evidenziato che questi effetti sono molto più comuni con l'uso di tioridazina rispetto a dosi equivalenti di altri antipsicotici. Il profilo rischio/beneficio della tioridazina non soddisfa più gli attuali requisiti clinici e regolatori richiesti, pertanto Novartis ha deciso di ritirare volontariamente Melleril® in tutto il mondo entro il 30 Giugno 2005. L' Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) in accordo con il titolare dell'AIC, sulla base di queste nuove evidenze, ha deciso di divulgare una Dear Doctor Letter rivolta ai medici per assicurare una corretta sospensione dal farmaco ed un eventuale passaggio a terapie antipsicotiche alternative, per i pazienti che sono attualmente in trattamento con Melleril®. In Italia sono registrate anche Tioridazina Italfarmaco e Tiotidazina Nova Argentia a tutt'oggi non commercializzate.

## **CONCLUSIONI: OSSERVAZIONI E PROPOSTE**

### **Assoluta necessità di dati attendibili**

Sintetizzando i risultati che emergono da questa ricerca, il primo necessario ostacolo che ci sembra fondamentale superare per poi poter parlare con cognizione di causa di un argomento così rilevante e complesso quale quello che abbiamo trattato, è la disponibilità di dati: risulta, infatti, troppo grave la carenza di dati in materia e quindi di monitoraggio e conoscenza del fenomeno. Ne abbiamo parlato a lungo nel corso di questa ricerca: l'Amministrazione penitenziaria – grazie alla collaborazione della Regione Emilia Romagna - ha avviato un progetto importante, la Cartella Clinica Informatizzata, senza dare a questo progetto gli strumenti per poter avviarsi e sopravvivere. Ciò non solo comporta un grave dispendio di fondi ed energie al momento iniziale, ma anche una insoddisfacente risposta al bisogno e alla necessità dell'Amministrazione di monitorare il proprio lavoro, per poter adattarlo e modificarlo al meglio secondo le esigenze di detenuti e operatori.

Abbiamo avuto a disposizione, grazie alla Cartella Clinica Informatizzata, dati all'avanguardia nel sistema di monitoraggio adesso esistente presso l'Amministrazione, ma ancora troppo confusi e poco attendibili. Inoltre, si tratta di dati non confrontabili con altre realtà sul territorio nazionale.

L'Amministrazione dovrebbe, prima di tutto, dotarsi di strumenti di monitoraggio efficaci ed efficienti e far in modo che tali strumenti vengano utilizzati, attraverso un'opportuna formazione di tutti gli operatori penitenziari.

Il disagio psichico e le patologie psichiatriche sono un problema molto rilevante all'interno della complessa struttura del carcere. Analizzarli e studiarli per cercare alternative e soluzioni possibili non è attuabile senza un adeguato sistema di monitoraggio del fenomeno.

### **Riconsiderazione dell'utilità del “repartino”: ricerca di alternative e integrazione dei servizi**

A proposito dell'apertura, dal maggio 2005, del reparto di Osservazione Psichiatrica all'interno della Casa circondariale di Bologna, abbiamo visto quanto discutibile sia l'effettiva utilità di un reparto costituito da quattro celle singole senza aree per la socialità e senza alcun altro sfogo. Gli operatori con i quali abbiamo discusso di questo e la stessa Direzione sanitaria, sono concordi nel ritenere la struttura di questo reparto, così com'è attualmente, lesiva del senso di dignità della persona e non utile ai fini terapeutici.

Abbiamo parlato del progetto mancato di creare, a carico della USL, un servizio di Day-Hospital per i pazienti psichiatrici e ne abbiamo riportato ampi stralci: si trattava, infatti, di una proposta, seppur migliorabile, di vera e propria alternativa al mero stato di detenzione dei detenuti con problemi di disagio psichico. Ma, soprattutto, di una proposta che, seppur non in grado di sradicare il profondo legame tra il carcere e la “malattia mentale”, proponeva un'azione integrata dei servizi: il DSM territoriale sarebbe entrato in carcere e lì avrebbe portato anche la rete di servizi sul territorio della quale costituisce il centro. Abbiamo visto, durante questa rapida panoramica, quanto questo sia un nodo cruciale rispetto ai compiti che il carcere dovrebbe avere e a quelli che effettivamente è chiamato a coprire.

Gli operatori, come abbiamo spiegato, ci hanno parlato della loro totale distanza da quello che nel territorio succede a proposito di salute mentale: non hanno rapporti con i servizi sul territorio e non conoscono la storia delle persone con disagio psichico che si trovano a incontrare in carcere. Ci riferiscono che, in base alla loro esperienza, solo un 10% delle persone che risultano avere patologie

psichiatriche in carcere erano seguite precedentemente dai Centri di Igiene Mentale sul territorio e che questa rappresenta comunque una loro percezione che non trova riscontri di nessun tipo.

Nonostante i collegamenti tra SerT interno e SerT territoriali siano più efficaci, anche i detenuti tossicodipendenti risentono molto della mancanza di integrazione tra i servizi: dal momento in cui un tossicodipendente entra in carcere e gli viene attribuita una doppia diagnosi, nessuno è in grado di sapere se prima aveva o meno un collegamento con un CIM sul territorio o con qualche altra struttura per il sostegno psicologico o psichiatrico. Se prima seguiva una qualche terapia, una qualche psicoterapia o altro, nessuno è in grado di stabilirlo con un adeguato grado di certezza, né tanto meno, quindi, di darvi un minimo di continuità.

La causa principale di ciò va ricercata nel mancato passaggio - avviatosi e mai concluso - delle competenze in materia di salute in carcere dal Ministero della Giustizia a quello della Salute. Tale passaggio risulterebbe necessario perché i servizi possano prendere in carico i pazienti in quanto malati e proporre loro un percorso di cura e seguirlo, indipendentemente dal fatto che la persona sia o meno in carcere. Le aziende sanitarie dovrebbero poter sviluppare strategie di intervento in carcere su tutti i fronti della prevenzione, della salute mentale, della tossicodipendenza, delle medicine specialistiche e così via, così come nel territorio dove il carcere si trova situato. La persistenza di questi due regni separati di malattia, uno a carico del Ministero di Giustizia, l'altro a carico del Sistema sanitario regionale, è qualcosa che rappresenta un grande limite in materia di diritto alla salute delle persone detenute.

La persona che in carcere ha disturbi psichiatrici dovrebbe poter vedere anche gli operatori del Servizio di Salute Mentale del territorio, non solo psichiatri e operatori penitenziari. Se prendiamo come esempio il diffusissimo uso di farmaci psicotropi che abbiamo riscontrato, in questo caso l'intervento dello psichiatra e della psichiatria in carcere - l'intervento che sono chiamati a dare - è un intervento sul sintomo, e un intervento su un oggetto non è un intervento su una storia, su una persona. È un intervento senza passato e senza futuro, non c'è quindi la condizione per costruire una possibilità di alternativa e di prospettiva. Il servizio di salute mentale dovrebbe tenere i contatti con l'esterno, con una madre, con una compagna, con una sorella, con un figlio, con gli amici; dovrebbe poter creare la possibilità di mantenere un contatto con una cooperativa sociale - che forse offrirebbe una qualche possibilità - e tutto ciò costituirebbe la presa in carico, una possibile "cura", che renderebbe certamente diverso, forse meno complicato, anche il percorso del dopo carcere.

Attualmente, invece, il carcere diventa il luogo in cui la persona con disagio psichico perde continuità di rapporti con il territorio, le cure e i percorsi che stava facendo; il luogo che viene sovraccaricato della responsabilità di far fronte, con le poche risorse a disposizione e le antiche modalità, a un disagio che non è più soltanto psichico e individuale, ma diventa sociale.

### **I dati sui farmaci: la psichiatrizzazione della tossicodipendenza**

Abbiamo visto che anche nel carcere di Bologna i tossicodipendenti rappresentano una parte consistente della popolazione carceraria e abbiamo riportato le osservazioni degli psichiatri sulla nota insistenza dei detenuti tossicodipendenti nella richiesta di farmaci.

Osservazioni che hanno trovato riscontro nell'analisi dei dati sui consumi di farmaci nell'ultimo anno in questo carcere: abbiamo visto che il Lorans è la benzodiazepina più diffusa e che da solo rappresenta il 33,48% dell'intero consumo di farmaci del sistema nervoso e il 14,51% di tutti i farmaci usati durante l'anno. Abbiamo visto come, tra i venti farmaci più usati nel corso dell'anno, ben cinque sono benzodiazepine e da soli costituiscono il 50,38% di tutti i farmaci del sistema nervoso e il 21,8% dell'intero consumo annuale di farmaci nel carcere.

Si tratta di cifre allarmanti che, ripetiamo, trovano corrispondenza nelle testimonianze e nelle esperienze degli operatori e che ci pongono di fronte a un evidente fenomeno di farmacodipendenza, tipica dell'ambiente carcerario. La prigione, che già di per sé causa numerosi disturbi postumi nel detenuto tornato alla vita libera, “fabbrica” così dei tossicodipendenti da farmaci.

Ma cosa suggeriamo di fare a uno psichiatra che si trova di fronte un detenuto che minaccia di uccidersi se non gli si danno delle benzodiazepine? Questa è la domanda che ci dobbiamo porre.

Forse il problema sta nella presenza stessa di quel detenuto in carcere.

### **Disagio psichico o disagio sociale?**

La domanda che ci ponevamo all'inizio del nostro lavoro, infatti, circa quanto sia “psichico” il diffuso disagio in carcere e quanto, invece, “sociale”, ha avuto alcune interessanti risposte.

I numeri e gli operatori ci dicono che l'aumento delle patologie psichiatriche degli ultimi anni è legato indissolubilmente a due fattori: sovraffollamento e disagio sociale.

L'aumento vertiginoso (da 447 del 2001 a 1.025 del 2005), in pochi anni, del numero delle persone accolte in un carcere che è già di per sé un carcere di transito - con tutti i problemi che questo comporta - fa sì che la prospettiva indicata dal legislatore come il “trattamento individualizzato” sia impraticabile. Non solo non ci sono lavoro, formazione professionale, corsi di istruzione e attività ricreative sufficienti a soddisfare le esigenze di un numero tanto elevato di persone, ma non è possibile neanche un lavoro, da parte degli operatori, di accompagnamento alla persona durante la detenzione. Non è possibile dedicare l'attenzione minima al singolo, alle sue problematiche e ai suoi bisogni. Senza parlare delle condizioni fisiche di disagio, dal punto di vista igienico e materiale, che in un carcere sovraffollato si è costretti a subire.

In quest'ottica, anche un servizio come quello per i Nuovi Giunti, cosa può fare se il resto rimane quello che è attualmente? Se gli operatori diagnosticano, danno delle indicazioni, ma quelle indicazioni poi non possono trovare le modalità di attuazione? Se lo psichiatra trova che una persona deve essere impegnata, deve fare qualcosa, avere delle prospettive e non si è in grado né di dargli né prospettive, né il lavoro?

E inoltre, lo psichiatra opera così, come gli altri operatori, in un clima di costante emergenza: come può un rapporto terapeutico che è di tamponamento e gestione dell'emergenza, essere sostanzialmente “terapeutico”?

Oltre a ciò, gli operatori ci riferiscono di una serie di altre problematiche che né il territorio, né tantomeno il carcere sono in grado di affrontare: il numero crescente di giovani stranieri che commettono atti di autolesionismo è legato a forme di emarginazione che vanno sicuramente al di là del disagio mentale, che sono espressione di una mancanza di reti sociali, affettive e lavorative che fanno parte e costituiscono la vita di ciascuno di noi. L'altissimo numero di benzodiazepine usate lo scorso anno in carcere e l'alto numero di persone con doppia diagnosi ci fanno pensare, più che a un problema mentale dei tossicodipendenti, a un problema del carcere nell'affrontare un qualcosa che “penale” non è, quale la tossicodipendenza.

La realtà, invece, è fatta di un continuo rimando e confino all'ambito psichiatrico di tutta una serie di patologie mediche e che hanno a che fare con il sociale.

E il carcere risponde come può: attraverso l'aumento delle visite psichiatriche, come abbiamo visto, attraverso l'apertura di reparti di osservazione che funzionano solo sulla carta, attraverso l'enorme acquisto e consumo di farmaci psicotropi.

È la psichiatrizzazione della pena, l'unica risposta che il carcere è in grado di dare in una situazione in cui gravano su di esso problemi medici, psicologici, sociali e così via. Ed è questa stessa risposta che il carcere dà a chiudere ogni via per possibili alternative: un circolo vizioso che può essere spezzato soltanto rompendo il meccanismo di autosufficienza proprio del carcere.

### **Istituzionalizzazione della patologia psichiatrica**

Il percorso iniziato con la chiusura dei manicomi dalla legge Basaglia trova la quadratura del suo cerchio nelle sentenze della Cassazione di cui abbiamo parlato nella prima parte di questo lavoro: quella mentale è l'unica patologia per la quale non sono previste alcune delle misure alternative alla detenzione, a meno che non ci siano dei riflessi negativi sul soma della persona; in caso contrario, il detenuto con patologia psichiatrica deve essere curato in carcere o in Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Ma spostare una persona in osservazione psichiatrica o in OPG, non costituisce un percorso di salute mentale, e i dati che abbiamo visto ce lo hanno confermato. Rappresenta, invece, un compito burocratico che il carcere deve adempiere, se mai un'operazione di alleggerimento dello stesso, una rinnovata stigmatizzazione, una nuova istituzionalizzazione.

Si tratta, naturalmente, del primo nodo da sciogliere, quello più grande, quello legato anche alla percezione che si ha della patologia psichiatrica, ai pregiudizi che, nonostante la rivoluzione culturale della legge Basaglia, sono radicati nella società rispetto a questa materia.

## INDICE DELLE TABELLE

TABELLA 1 - Presenze nella c.c. di Bologna. Serie storica 2001-2005	14
TABELLA 2 - Detenuti tossicodipendenti e alcooldipendenti nella c.c. di Bologna al 31.12.2004	15
TABELLA 3 - Fondi assegnati dal Ministero della Giustizia alla c.c. Bologna + sez. reclusione per l'assistenza sanitaria. Serie storica anni 1997-2004	16
TABELLA 4 - Fondi assegnati alla c.c. Bologna + sez. reclusione per l'assistenza sanitaria per centro si costo. Serie storica 1997-2004	17
TABELLA 5 Fondi assegnati alla c.c. Bologna + sez. reclusione per la specialistica e la psichiatria Serie storica 1997-2004	17
TABELLA 6 - Assistenza psichiatrica nel carcere di Bologna da maggio 2005	20
TABELLA 7 - Visite specialistiche esterne richieste dalla c.c. Bologna per specialità e ordine di incidenza. Periodo: gennaio 2004 - ottobre 2005	24
TABELLA 8 - Visite specialistiche esterne eseguite dalla c.c. Bologna per specialità e ordine di incidenza. Periodo: gennaio 2004 - 30.10.2005	25
TABELLA 9 - Visite specialistiche interne richieste dalla c.c. Bologna per specialità e ordine di incidenza. Periodo: gennaio 2004 - ottobre 2005	27
TABELLA 10 - Visite specialistiche interne svolte nella c.c. Bologna per specialità e ordine di incidenza. Periodo gennaio 2004 - ottobre 2005	28
TABELLA 11 - Visite psichiatriche effettuate nella c.c. Bologna per sesso e nazionalità. Periodo gennaio 2004- ottobre 2005	29
TABELLA 12 - Indici della Stato di Salute. Popolazione detenuta per incidenza di patologie nelle carceri dell'Emilia-Romagna e di Bologna. Dati raccolti dall'aprile 2004 al settembre 2005.	30
TABELLA 13 - Indice degli stati di salute. Stati patologici nel carcere di Bologna per categorie. Dati raccolti da aprile 2004 a ottobre 2005	33
TABELLA 14 - Indice degli Stati di Salute. Stato di salute dei detenuti tossicodipendenti nella c.c. Bologna. dati raccolti da aprile 2004 a settembre 2005	36
TABELLA 15 - Indice degli Stati di salute. Stato di salute dei detenuti con patologie psichiatriche e disagio psichico nella c.c. Bologna. Dati raccolti da aprile 2004 a settembre 2005	37
TABELLA 16 - Atti di autolesionismo nella c.c. Bologna. Periodo 2004 – 2005	38
TABELLA 17 - Acquisti e consumi di farmaci nella c.c. Bologna per ordine di incidenza. Periodo: gennaio-ottobre 2005	41

<b>TABELLA 18</b> - Farmaci del sistema nervoso per tipologia. Consumi nella c.c. di Bologna da gennaio a ottobre 2005	42
<b>TABELLA 19</b> - Consumo di alcuni farmaci psicotropi nella c.c. Bologna. periodo gennaio - ottobre 2005	43
<b>TABELLA 20</b> - Farmaci del sistema nervoso consumati nella c.c. Bologna per incidenza. Periodo: gennaio-ottobre 2005	44