

## **Convegno: La complessità del sistema penitenziario: disagio psichico nelle criticità del sistema**

Venezia Mestre, 19 dicembre 2018

### **MAURO PALMA**

*Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale*

#### **Relazione: “La doppia istituzionalizzazione”**

Buongiorno a tutti.

Cercherò di essere poco nelle premesse, perché il tempo è abbastanza ristretto.

Ovviamente ringrazio dell'invito e pongo subito un'attenzione: che il Garante nazionale è il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà e quindi di tutta una serie di diverse forme di privazione della libertà (il carcere è una di queste). A volte queste forme di privazione della libertà hanno delle zone di sovrapposizione: si parlava prima di TSO, di TSO che provengono dall'ambiente carcerario, e via dicendo. Ma in questo periodo in cui un po' si tende, da un lato, a un certo funzionalismo, di pensare che ci siano risoluzioni molto facili a problemi che, come viene detto nel titolo e nella relazione iniziale, sono problemi complessi, e in cui si danno rappresentazioni anche della realtà carceraria a volte un pochino impressionistiche. Io sono molto favorevole a dei rapporti analitici delle situazioni e molto poco favorevole invece ai rapporti che vengono inviati in forma piuttosto impressionistica, diciamo, e ho deciso di ritornare un attimo ai fondamenti in questo mio intervento, quindi ritorno ai fondamenti con l'intento di ricostruire la mappa dei diritti delle persone detenute all'interno della quale poi si colloca il diritto alla salute.

La mappa ho cercato di esaminarla attraverso tre modalità di analisi diversa. La prima è quella delle fonti. Abbiamo delle fonti che derivano da fonti internazionali, abbiamo delle fonti che derivano dalla nostra Carta Costituzionale e, aggiungo, abbiamo delle fonti anche che derivano dallo stesso Ordinamento Penitenziario, fonti che vanno considerate congiuntamente. Va tenuto presente che l'Ordinamento Penitenziario, se da un lato interviene nell'impianto dei diritti per esigenze di sicurezza, di converso però stabilisce in capo ai soggetti detenuti dei veri e propri diritti spettanti in virtù dell'art. 27 più volte citato. Questo articolo, come sappiamo, stabilisce un limite negativo, ciò che non può essere, ma stabilisce anche l'articolo positivo a cui tendere, e giustamente la Dottoressa Gallinaro citava prima la 313/90: vorrei ricordare che l'estensore è stato Ettore Gallo, nobile figura e anche territorialmente ben nota nel tessuto vicentino. Però vorrei anche ricordare che già nel '74 la Corte Costituzionale aveva stabilito il principio di un diritto al trattamento. Il fatto che quella sentenza è del '74 per me è molto importante, perché siamo all'anno prima dell'ordinamento penitenziario. Quindi, dicevo, la prima questione rispetto ai diritti è fonti internazionali, Carta Costituzionale e diritti che discendono anche dall'ordinamento penitenziario.

## Convegno: La complessità del sistema penitenziario: disagio psichico nelle criticità del sistema

Venezia Mestre, 19 dicembre 2018

La seconda classificazione che vorrei fare è quella dei destinatari. Ci sono dei diritti che attengono al cittadino, e questi possono avere anche delle forme di compressione nel loro esercizio all'interno di un'istituzione chiusa in generale e ci sono quelle che, invece, attengono alla persona in quanto tale e, come tali, sono totalmente incompressibili. Qui però viene fuori anche una questione di come si rendono esigibili quei diritti, e quindi viene fuori il fatto che l'enunciazione del diritto non è sufficiente, ma che si richiede l'azione proattiva da parte dello Stato, e quindi gli organi di garanzia, oltre che essere organi di vigilanza, sono anche organi di protezione soprattutto rispetto a categorie di soggetti che hanno un'intrinseca vulnerabilità. Già questa seconda classificazione ci individua un compito specifico rispetto alle vulnerabilità. Guardate che sto parlando di vulnerabilità generali proprio della privazione della libertà, prima ancora di parlare della questione strettamente detentiva.

Ci sono poi, lo dicevo già prima, quei diritti che discendono specificatamente dalla condizione detentiva che è quella della garanzia di un trattamento finalizzato alla rieducazione.

Allora, se mi permettete, tanto per essere di sintesi e rapido, alcuni li chiamo i diritti *uti persona*, alcuni li chiamo *uti civis* e i terzi diritti *uti captivus*. In qualche modo queste tre categorie vorrei che fossero ben chiare a chi è promotore dei diritti: i diritti *uti persona* non si toccano, i diritti *uti civis* vanno visti come possono essere agiti in un contesto in cui il *civis* è in qualche modo contenuto dalla situazione specifica, i diritti *uti captivus* hanno quell'elemento negativo, che non possono essere comprese certe cose, ma hanno l'elemento in positivo che gli aggiungono alcune cose.

La terza classificazione è quella del contenuto di questi diritti. Allora di che categorie di diritti stiamo parlando? Sono diritti relativi all'integrità fisica, diritti relativi al benessere psichico complessivo, diritti relativi alla tutela dei rapporti familiari e sociali e diritti relativi all'integrità morale e culturale o quella che noi chiamiamo la dignità complessiva di ogni persona.

Per le prime due categorie, quelle dell'integrità fisica e del benessere psichico, il problema della salute, mi si colloca come problema del diritto alla salute, che comunque è affiancato da quello della tutela della dignità e quello della tutela dell'integrità. Quindi mi si colloca tra due paletti a cui chi ha l'esercizio di assicurare la tutela di tale diritto deve guardare, che sono quello da un lato dell'art. 3 della Convenzione Europea per i Diritti Umani o anche l'art. 2 della nostra Costituzione, e, da un altro lato, l'art. 13 sempre della nostra Costituzione. Qui passatemi il termine che per troppi anni noi non abbiamo dato concretezza a ciò che l'art. 13 della nostra Costituzione prevedeva, che è l'unico articolo che mi dà un'indicazione penale specifica: "È proibita ogni violenza..." e noi a quello abbiamo tergiversato per anni fino a giungere a delle soluzioni che, per quanto io, per esempio, come Garante

## **Convegno: La complessità del sistema penitenziario: disagio psichico nelle criticità del sistema**

Venezia Mestre, 19 dicembre 2018

nazionale, abbia difeso, perché comunque erano un passo in avanti, contengono dei livelli di ambiguità anche lessicali che in qualche modo fanno rigirare nella tomba il buon Bobbio che diceva sempre che il linguaggio delle norme dovrebbe essere in qualche modo autoevidente e chiaro, lì l'autoevidenza è sfumata nei termini polisemici che tutti interpretano.

Arrivo al diritto alla salute. Le norme ce lo consegnano in un duplice aspetto: come diritto di un individuo e come interesse della collettività, sono tutti due gli aspetti che dobbiamo tenere presenti. Di questa duplice qualificazione abbiamo notato negli anni come, da un lato la Corte di Cassazione, da un altro lato la Corte Costituzionale, hanno recepito l'integrità fisica come un diritto direttamente azionabile e quindi come un diritto soggettivo dell'individuo, mentre invece l'altro aspetto, quello dell'interesse complessivo dell'assistenza, fa parte di quei diritti sociali complessivi che inseriti nelle Costituzioni del Novecento all'interno degli schemi dei diritti individuali non hanno però trovato poi strumenti di azionabilità, che sono stati affidati a quello che complessivamente viene definito lo stato sociale: un patto che in qualche modo risente dell'influenza della decisione politica e delle priorità politiche che vengono definite. Ecco perché è chiaro che le dinamiche del ciclo economico e le dinamiche anche della sensibilità sociale finiscono per avere incidenza su questa parte di azionabilità dell'assistenza complessiva e che molto spesso, e nel periodo attuale fortemente, lascia in secondo piano alcune categorie meno rappresentate e socialmente meno difese da reti forti. Anche qui ritorna il discorso della costituzione di reti forti di tutte le figure di garanzia: dalla garanzia della Magistratura di Sorveglianza alla garanzia dei Garanti che possono costituire quella rete forte perché tale sistema non risenta fortemente della convinzione di ancillarità che un sistema di welfare può attribuire a particolari settori.

Parto da queste premesse aggiungendo a questi due aspetti del diritto alla salute anche quello dell'autodeterminazione sanitaria, che non può essere trascurato e che nelle istituzioni totali viene molto spesso meno, autodeterminazione che può essere in qualche modo contenuta soltanto da quel limite dell'incidenza sul diritto degli altri, ma che non può essere contenuta dalle situazioni ambientali in cui si realizza, mentre invece molto spesso il sovraffollamento, le condizioni carcerarie, la disattenzione all'ambiente, mi incidono sulla possibilità di autodeterminazione sanitaria, anche laddove il disagio psichico o la difficoltà psichica è in gioco, perché molto spesso poi viene affrontata in alcuni termini per problemi complessivi di gestione dell'istituzione in quanto tale. Partendo da questo io, per limitare il mio intervento, vorrei citare i parametri che in ambito europeo da tempo abbiamo tenuto e teniamo rispetto alla questione della tutela della salute, e poi fare un'osservazione finale sul presente.

## Convegno: La complessità del sistema penitenziario: disagio psichico nelle criticità del sistema

Venezia Mestre, 19 dicembre 2018

I parametri noi li abbiamo da tempo.. dico “noi” perché chi mi conosce sa che essendo stato per quindici anni negli organi di controllo europeo e avendo definito questi standard insieme, me ne sento un pochettino anche parte. Il primo punto è quello della effettività dell’accesso al medico, che riguarda sia il momento dell’entrata in carcere e riguarda quella cosa che sentivo dire prima rispetto alla visita di ingresso e all’accertamento della situazione di ingresso, questione che, tra l’altro, era stata inserita con richiesta specifica del garante nazionale e poi a quel punto la Commissione l’aveva ampliata, chiedendo anche la questione fotografica, e poi è stata invece tolta in sede di passaggio finale, e quando qualcosa viene tolto a me i sospetti nascono, un conto è se non ci fosse stata per niente dall’inizio, un conto è che viene tolta.

Qui c’è un problema che è quello che troppo spesso io rilevo non viene rispettato in molti istituti: quando ci sono delle lesioni vanno riportate in maniera specifica quelle riscontrate, va riportata la causa addotta dal soggetto e va riportato il livello di compatibilità esistente, a parere del medico, tra la causa addotta e le lesioni riscontrate. Questo un tempo, quando eravamo un po’ meno informatizzati, io tendo all’informatizzazione, però quando eravamo un po’ meno informatizzati c’era il registro 99 come elemento per riportare tutto questo, e adesso mi trovo istituti che in base all’informatizzazione non hanno la possibilità di darmi un elenco complessivo, e io dovrei andare a vedere su tutti i files la parte relativa alle lesioni riscontrate. Questa è un’opacità che va rimossa e sulla quale come Garante nazionale sarò molto chiaro, perché l’informatizzazione non può andare a scapito della trasparenza.

A questo proposito vorrei dire, ma l’ho già detto al Dottor Basentini che, in quelle linee programmatiche tirate fuori ultimamente ritengo totalmente inaccettabile che venga proposto che l’udienza di convalida sia fatta in videoconferenza. Non vorrei andare a risollevare l’*habeas corpus*, però quella è l’unica occasione in cui il soggetto è visto dopo il suo fermo, il suo arresto, da parte del Magistrato, anche se devo dire chiaramente - il caso Cucchi insegna - a volte non è che il Giudice abbia tanti occhi per vedere all’udienza di convalida, ma se gli togliamo anche la possibilità di vedere andiamo veramente indietro. Questa è la prima area, l’area di accessibilità.

La seconda area è l’uguaglianza delle cure, che va interpretata secondo un parametro che trovo fin troppo ovvio da ridire: che non esiste maggiore disuguaglianza che quella di essere uguale rispetto a soggetti diversi. Quindi l’uguaglianza non va interpretata come uguaglianza in sé a soggetti strutturalmente diversi, ma va modulata rispetto alle esigenze dei soggetti diversi. Mi sembra fin troppo ovvio riaffermarlo, però purtroppo va riaffermato.

Il terzo parametro è quello del consenso del paziente della riservatezza: passiamo da situazioni in cui è palesemente violata a situazioni in cui in nome della riservatezza c’è la non comunicazione. Mi spiego che cosa intendo. Io sono molto favorevole

## Convegno: La complessità del sistema penitenziario: disagio psichico nelle criticità del sistema

Venezia Mestre, 19 dicembre 2018

all'adozione di cartelle cliniche digitalizzate e molto favorevole perché nei trasferimenti può essere utile. Però i protocolli di comunicazione devono essere tali da permettere la trasmissione, perché se viene trasferito il signor X dalla regione A alla regione B la cartella clinica digitalizzata deve in qualche modo comunicare. Tanto per fare nomi e cognomi, trovo che sia ottima la cartella clinica digitalizzata della Regione Emilia, salvo il fatto che non comunica con nessun'altra regione e che volontariamente non comunica con nessun'altra regione per timore di elementi di non riservatezza. Quindi la riservatezza mi diventa un meccanismo giocato in negativo, perché allora a quel punto era meglio il camminatore col fascicolo, che rischiava di diventarmi anche un po' più rapido.

Il quarto e quinto parametro è quello più dolente, quello dell'assistenza sanitaria preventiva. Troppo spesso noi troviamo una assistenza sanitaria che io chiamo "on call", a chiamata in un certo senso. Guardate, non è solo concettualmente il fatto che, a mio parere, non ci sia, per esempio, presa in carico psichiatrico di un servizio se tutte le volte lo psichiatra è diverso, anche se è assicurato che tre volte alla settimana ci vada, però mi cambia, perché quella per me non è una presa in carico del soggetto. Ma è anche per il fatto che la funzione sanitaria e la tutela della salute non avviene soltanto come tutela in risposta di patologie già espresse o di bisogni già espressi, ma avviene come elemento preventivo di bisogni inespressi ancora o di situazioni che possono degenerare. E' un cambio di paradigma, perché in prima ipotesi è un *ex post* di situazioni già verificate, e devo dire che poi negli istituti molto spesso con difficoltà in maniera disomogenea avviene, nel senso che il soggetto già ha una situazione e quindi c'è l'intervento medico. Ma quello che manca è l'educazione al ben-essere, e lo metto proprio distante il "ben" dall'"essere", cioè una abitudine di educazione al rapporto con il proprio equilibrio psicofisico che in un ambiente ristretto è di per sé malato, in un ambiente ristretto soprattutto laddove la funzione medica potrebbe teoricamente assicurarti anche delle ipotesi di libertà per cui stando peggio potrebbe essere che in qualche modo guadagno ipotesi di libertà. Allora lì va recuperava una funzione preventiva del diritto alla salute, che avviene prima, che avviene sul piano dell'educazione e sul piano della prevenzione. Questo riguarda quello che viene chiamato come elemento secondario di questo, che è l'attenzione alla vulnerabilità, la capacità di individuare le vulnerabilità specifiche.

Degli ultimi due elementi uno non lo tocco nemmeno, è la competenza professionale, ovviamente, che ci deve essere, l'altro è l'effettiva indipendenza professionale. Qui io trovo molto in transizione il nostro sistema, nel senso che molta parte del personale sanitario che ha forte competenza medica pregressa, venendo magari da lunga tradizione in carcere, forse ha una percezione minore della totale indipendenza che deve avere il medico per prolungata abitudine a essere stato parte dell'Amministrazione Penitenziaria. Penso che ci sia una situazione di transizione che



## Convegno: La complessità del sistema penitenziario: disagio psichico nelle criticità del sistema

Venezia Mestre, 19 dicembre 2018

vada in qualche modo da sé, si andrà migliorando. Teniamo presente che in questa direzione va la richiesta messa in una legge delega, proprio noi avevamo richiesto quel parametro, del fatto che il medico non faccia più parte del Consiglio di Disciplina degli istituti, e la norma lo ha recepito in questo senso, perché si ristabilisce la correttezza della relazione medico/paziente pur avendo la potestà di interrompere un secondo dopo che la decisione è stata assunta l'eventuale decisione presa, per esempio, relativa all'isolamento. Anche qui io mi rivolgo un attimo ai medici: non mi piace leggere, anche in situazioni recentissime, quindi dopo che la norma è entrata in vigore, il fatto di dire: "E quindi la persona è idonea all'esecuzione della misura di esclusione dalle attività"; scusate l'anglismo, il medico non deve dare un *fit for isolation*, deve dare l'*unfit for isolation*, mi deve dire: "Non c'è controindicazione al proseguimento". Può sembrare linguistico, ma è un pochetto culturale. Voi sapete che noi abbiamo anche altri settori, come dicevo prima, di controllo, per esempio anche per i voli di rimpatrio non mi piace il *fit to fly*, che viene dato come dire "questo può essere rimpatriato", il problema è la funzione preventiva. Questi parametri erano alla base, sono stati alla base delle discussioni degli stati generali, poi delle varie proposte, il documento finale degli stati generali, eccetera, però avevano a che fare con un modello di detenzione che va ritrovato e ricondiviso. Il modello di detenzione che va ritrovato anche come modello organizzativo, e che va ricondiviso, si basa sostanzialmente sul quinto dei principi fondamentali delle regole penitenziarie europee che dice che la vita in carcere deve essere il più simile possibile alla realtà positiva della vita esterna, quindi non un mondo separato, perché altrimenti tutto diventa separato: diventa separata la modalità con cui viene tutelata la salute, diventa separata la modalità con cui viene tutelato il diritto all'istruzione e via dicendo. Il secondo principio che va tenuto presente è quello che il soggetto detenuto, il soggetto in carcere, non cessa di essere un soggetto in quanto tale responsabile delle proprie azioni, responsabile della propria giornata, non è un oggetto del nostro trattamento che magari per il suo bene abbiamo definito, pensato, progettato. Ridare soggettività e responsabilità all'interno di un modello che è il più simile possibile, come dicevo prima, agli aspetti della vita esterna sono dei prerequisiti perché quell'azione di tutela della salute e quell'azione preventiva ed educativa che la tutela della salute deve avere inerente in sé possa essere pienamente agita. Parallelamente a questo, e devo dire come appendice a questo, io vorrei mettere in guardia – e con questo chiudo – rispetto a una tendenza che oggi vedo molto, molto accentuata: mentre, da un lato, si è impropriamente, e vorrei dire anacronisticamente, mantenuta questa distinzione tra malattia fisica e disagio mentale, con questa assurda distinzione tra 147 e 148, in qualche modo non riconoscendo l'unitarietà della persona, contemporaneamente assistiamo a una tendenza rispetto alla quale vorrei mettere in guardia: la psichiatrizzazione di tutta una serie di elementi che, invece, attengono alla

## **Convegno: La complessità del sistema penitenziario: disagio psichico nelle criticità del sistema**

Venezia Mestre, 19 dicembre 2018

disfunzione del sistema complessivo. Troppo spesso io non nego la difficoltà in carcere, non nego che siamo ancora in un periodo di transizione post Legge 81 e via dicendo, fermo restando che è stata una conquista di civiltà, non nego questo, però, attenzione, questa tendenza a far diventare problema psichiatrico qualunque problema che attiene invece alla difficoltà della quotidianità, alla difficoltà del modello relazionale, alla difficoltà di considerare l'altra persona come effettivo soggetto, è un qualcosa che non va minimamente assecondato. Io attenuo molto, non posso leggere in un rapporto che mi arriva a Strasburgo, ahimè con le migliori intenzioni, che oggi il carcere ha il 60% di gente che ha malattia psichiatrica: manco per sogno. Oggi il carcere ha delle determinate disfunzioni per cui ci possono essere anche delle reazioni comportamentali singolari, momentanee, eccetera, che forse possono essere rimosse pena un sistema funzionante. Quindi su questo vi lascio.