

**S.I.M.S.PE.**

**SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA E SANITÀ  
PENITENZIARIA**

**AGORÀ PENITENZIARIA 2020  
XXI CONGRESSO NAZIONALE SIMSPE**

*ROMA, 1-3 OTTOBRE 2020 WEB CONFERENCE*

**“IL DSM NELLA GESTIONE DEL  
PAZIENTE DETENUTO”**

**CAROLA CELOZZI**

**RITA BASSETTO – BARBARA DI GIANNATALE**

# SALUTE

Dalla definizione dell' Organizzazione Mondiale della Sanità:

stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia (WHO, 1946).

Soggetto

Dopo analisi del «paradosso» salute, attualmente si preferisce definire quale:

**condizione di equilibrio** (dinamico, dunque sempre nuovo, continuamente da costruire) tra il soggetto e l'ambiente (umano, fisico, biologico, sociale) che lo circonda.

Ambiente

The diagram illustrates the concept of health as a dynamic equilibrium between the individual and their environment. It features two main components: 'Soggetto' (Subject) on the left and 'Ambiente' (Environment) on the right. Above 'Soggetto' is a blue box containing the WHO's 1946 definition of health. Above 'Ambiente' is a blue box explaining that health is now defined as a 'condition of equilibrium' that is dynamic and continuously constructed. At the bottom right, a dark grey oval labeled 'SALUTE' is connected by a thin line to the 'Ambiente' section, indicating that health is the result of the interaction between the subject and the environment.

SALUTE

# RISCHI PER LA COLLETTIVITÀ

L'inadeguatezza dei sistemi di cura (e riabilitazione) in ambito penitenziario determina:

- 1.AUMENTO DELLA RECIDIVA** (i soggetti non trattati, incattiviti dalla cattività, spesso DISPERATI, tendono a essere isolati nei contesti naturali e a reiterare di comportamenti antisociali)
- 1.AUMENTO DELLE PATOLOGIE NELLA POPOLAZIONE GENERALE** (detenuti con patologie infettive non curate aumentano la diffusione delle patologie medesime)
- 1.AUMENTO DEGLI ONERI.** economici e sociali, per la gestione di pazienti con disturbo mentale ex detenuti

L'OMS sostiene il carattere intrinsecamente patogeno del carcere, sottolineando che “l'ambiente della prigione è, per sua natura, normalmente nocivo alla protezione o al mantenimento della salute mentale di coloro che entrano in carcere e ivi sono detenuti”:

l'isolamento e la mancanza di contatto con l'esterno, lo shock della detenzione, l'interruzione dello scorrere consueto della temporalità, possono favorire la comparsa o l'aggravarsi di un disagio psichico preesistente e non necessariamente diagnosticato o segnalato: si pensi a molti migranti, sfuggiti a qualsiasi circuito di valutazione e, a maggior ragione, di cura.

Pertanto, appaiono talora imprevedibili gli effetti di alcune modifiche costrittive della quotidianità su particolari assetti di personalità.

Certamente non ogni disarticolazione emotiva si traduce in disturbo strutturato ma con altrettanta sicurezza quella disarticolazione colloca la persona in un'area di rischio

## **CARCERE COME LUOGO «CENTRALE» DI CONCENTRAZIONE MA ANCHE DI VISIONE DEI PROBLEMI IN TEMA DI SALUTE MENTALE**

La chiusura degli OPG si è ottenuta trasferendo *ex abrupto*, dall'OPG al carcere, un terzo dei pazienti che venivano prima inseriti negli "Ospedali Psichiatrici Giudiziari": rei folli ex art. 148 cp, minorati psichici e detenuti sottoposti a osservazione psichiatrica.

Gli istituti di pena sono diventati, di fatto, i luoghi centrali per la discussione sul tema mentre gli operatori penitenziari, sanitari e non, si sono ritrovati a costituire, loro malgrado, il nucleo fondante di una sperimentazione sul campo. I tempi di attesa delle Rems, le "osservazioni a fini diagnostici", le patologie sopravvenienti durante la detenzione producono una concentrazione di condizioni critiche da gestire a circuito chiuso.

## Alta percentuale di disturbi psichici

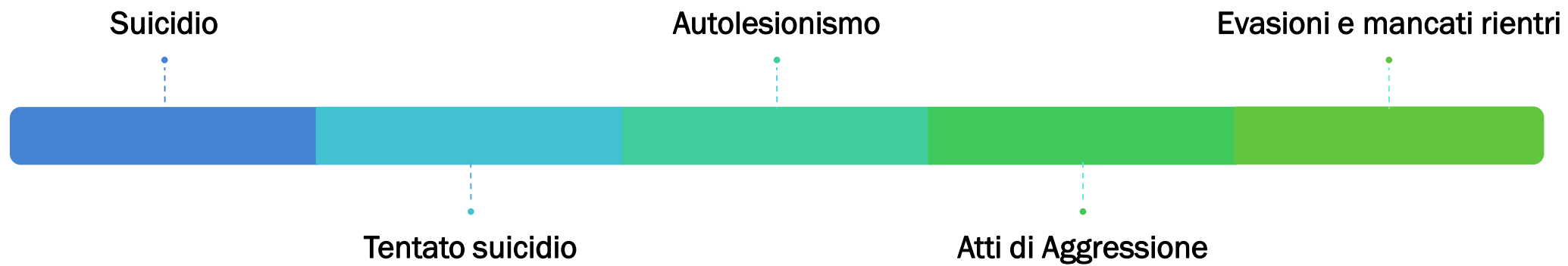
Nella popolazione generale, ad esempio, i disturbi psicotici si riscontrano nell'1% delle persone, mentre in carcere la percentuale sale al 4%. Per ciò che riguarda la **depressione**: nei detenuti la prevalenza si attesta intorno al 10% contro il 2-4% della popolazione generale. Inoltre più della metà dei reclusi, il 65%, è affetto da un **disturbo della personalità**, una percentuale dalle 6 alle 13 volte superiore rispetto a quella che si riscontra normalmente (5-10%). I **disturbi da sostanze stupefacenti**, poi, tra i detenuti hanno una frequenza 12 volte maggiore rispetto a quella della popolazione generale (48% contro 4%). L'isolamento e la mancanza di contatti verso l'esterno possono favorire la comparsa o l'aggravarsi delle malattie mentali, finendo per alimentare il "circolo vizioso della sofferenza psichica".

## LE ARTICOLAZIONI PSICHIATRICHE: SOLUZIONE O PROBLEMA

Le Articolazione per la tutela della salute mentale in carcere sono Sezioni destinate all'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000, all'accoglienza dei detenuti con infermità psichica sopravvenuta nel corso della detenzione di cui all'articolo 148 codice penale, e dei detenuti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente di cui all'art.111 comma 5 e 7 del DPR230/2000.

Le articolazioni sono sezioni psichiatriche dove vengono collocati i soggetti con disagio mentale, condannati o in custodia cautelare. I soggetti destinati a tali sezioni sono gli imputati, i condannati o gli autori di reato la cui condizione psichica è da determinare (osservandi) oppure i condannati a cui è sopravvenuta un'infermità psichica nel corso dell'esecuzione di una condanna, o ancora che si trovano in condizione di minorazione psichica. Si tratta cioè delle categorie di soggetti che, pur avendo problematiche di natura psichiatrica, non sono, o non sono ancora, sottoposti a misura di sicurezza

Tuttavia: mancanza di criteri organizzativi chiari di riferimento, mancata attuazione negli istituti previsti determinano confusione e rischi negli invii e nella gestione



**EVENTI CRITICI**



# CONTESTI GIURISPRUDENZIALI

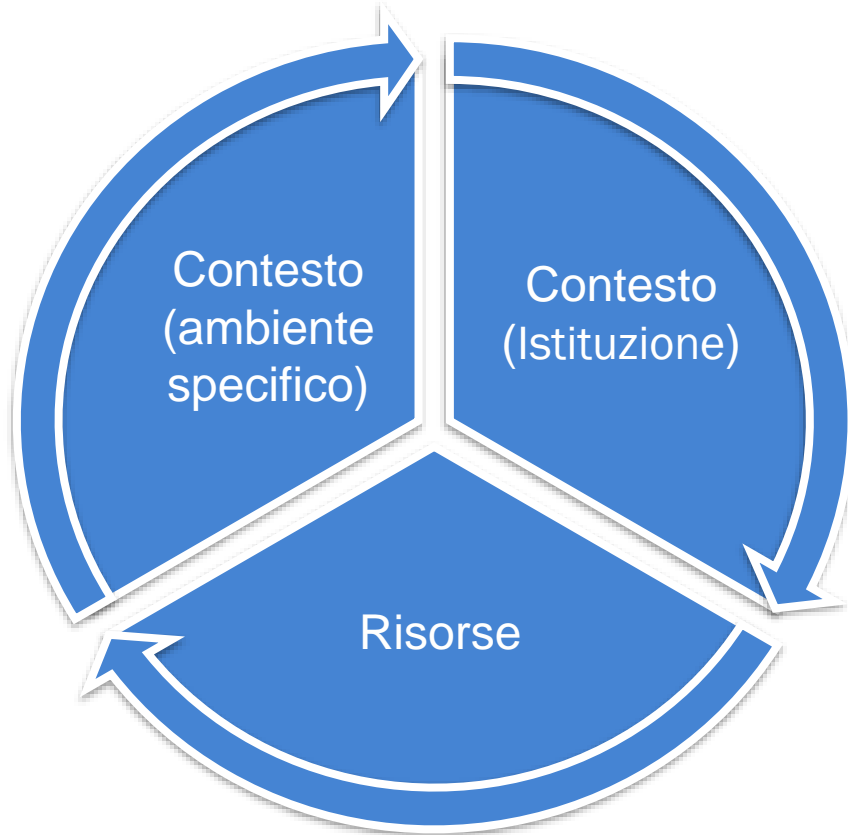
- Legge '81 /2014
- Sentenza 99/2019 della Corte Costituzionale, relativa all'infermità psichica grave sopravvenuta nel corso della detenzione. In particolare, la Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 47-ter, comma 1-ter, stabilendo che se durante la carcerazione si manifesta una grave infermità psichiatrica, il giudice potrà disporre che il detenuto venga curato fuori dal carcere e quindi potrà concedergli, anche quando la pena residua è superiore a quattro anni o sia di carattere ostativo, la misura alternativa della detenzione domiciliare "umanitaria", o "in deroga", così come già accade per le infermità fisiche

Pertanto, è opportuno sottolineare che, anche alla luce della più recente giurisprudenza di legittimità, la detenzione domiciliare “umanitaria” offre al giudice una possibilità da attivare quando le condizioni lo consentano, sulla base, tuttavia, di una complessiva valutazione a cui non può rimanere estraneo «il giudizio di pericolosità ostativa a trattamenti extra-murari, opportunamente rinnovato e aggiornato in parallelo alla evoluzione della condizione sanitaria e personale del detenuto» (Corte di cassazione, sezione prima penale, sentenza 28 novembre 2018-4 marzo 2019, n. 9410).”

# NON SOLO CLINICA

Garantire la salute mentale non significa solo realizzare un'assistenza psichiatrica adeguata in termini di cura e di intervento precoce ma, secondo un'ottica di più ampio respiro, “assicurare ai detenuti il soddisfacimento dei bisogni di base e il rispetto dei diritti umani fondamentali. Si tratta di immaginare un ambiente sufficientemente “sano” cioè sufficientemente adeguato a mantenere la salute mentale delle persone e a non aggravare lo stato di chi già soffre di disturbi. Oltre ai requisiti strutturali dei locali di detenzione (ampiezza sufficiente, illuminazione con luce naturale e artificiale, aerazione, riscaldamento, dotazione di servizi igienici riservati, decenti, razionali e puliti), si raccomanda l'attenzione agli aspetti psicologici e relazionali (come la possibilità per i detenuti di mantenere rapporti anche intimi con persone significative, il rispetto della privacy, l'offerta di attività per impegnare il tempo: in una ricerca citata dalla OMS, le priorità individuate dai detenuti riguardavano “la possibilità di instaurare una relazione di fiducia col personale sanitario”, la “continuità nella presa in carico”, “una chiara e dettagliata informazione sulla natura della loro malattia e sugli effetti collaterali dei farmaci”, “l'essere coinvolti nella pianificazione della cura”. In pratica gli elementi - base della relazione di cura. Inoltre, i detenuti segnalano l'importanza di un supporto tempestivo in momenti di particolare difficoltà (ad esempio la possibilità di parlare con qualcuno, un professionista, ma anche una persona “pari”, per evitare il precipitare della crisi).(... Comitato Nazionale di Bioetica)

# DA PRESTAZIONI E PROGRAMMI TERAPEUTICI AD AZIONI DI SISTEMA



## AMBIENTE E ATTIVITÀ SIGNIFICATIVE

L'organizzazione di un ambiente adeguato, quindi non patogeno, sul piano concreto e relazionale dipende, evidentemente, dall'amministrazione penitenziaria. Tuttavia, dopo il passaggio della sanità al Servizio Sanitario Nazionale (DPCM 2008), anche le autorità sanitarie dovrebbero occuparsi, almeno attraverso azioni di stimolo e sensibilizzazione delle altre istituzioni, di aspetti di "sistema" nuclearmente correlati al benessere psicofisico, pena il fallimento di iniziative più strettamente cliniche. La prevenzione ed il superamento di ostacoli socioambientali alla realizzazione di progetti di salute mentale efficaci è sempre un compito che va distribuito tra i vari attori coinvolti in base alle rispettive competenze e facoltà decisionali. Parliamo, appunto, di condizioni ambientali soprattutto in termini di organizzazione contestuale.

# TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ADULTI IN AMBITO PENITENZIARIO

(DCA 00563 2017)

## CONTESTO

**PREVENZIONE E PROMOZIONE DEL BENESSERE MENTALE:** la relazione tra individuo e ambiente determina il grado di salute-malattia di ogni persona. Agire con strategie appropriate, desumibili dalle evidenze scientifiche e dalle buone prassi operative, contribuisce a **modificare quelle relazioni ambientali che abbiano assunto valenze patogene e non evolutive**. Il **lavoro di rete** dei servizi per la Salute Mentale che operano in ambito penitenziario è pertanto essenziale e non delegabile.

## INDIVIDUO

**PRESA IN CARICO, PRECOCE, APPROPRIATA E ORIENTATA AD OBIETTIVI**, dei singoli individui che manifestino disagio psichico.

**L'ACCESSIBILITÀ** al servizio, l'attenzione alla diagnosi e cura precoce, la **PERSONALIZZAZIONE** del trattamento, l'appropriatezza, la **MULTIDISCIPLINARIETÀ**, la riabilitazione, il reinserimento sociale e la valutazione degli esiti clinici sono pertanto gli elementi essenziali del trattamento individuale.

La strategia prioritaria per tali finalità si basa sulla **competenza professionale**, in cui la visione del trattamento sia condivisa dagli operatori sanitari e sia da essi gestibile attraverso strumenti e metodologie professionali adeguati.

## OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE:

### 1. PREVENZIONE E PROMOZIONE DEL BENESSERE MENTALE

Obiettivi specifici	Azioni
Promozione del <b>LAVORO DI RETE</b> , intra ed extra murario, con coinvolgimento delle Istituzioni, degli Enti ed Organismi territoriali, nonché delle famiglie dei detenuti	Implementare la cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale, in modo che gli obiettivi trattamentali propri dell'amministrazione penitenziaria si possano coniugare con quelli della tutela e della promozione della salute mentale, attraverso gli interventi più adeguati, sia a tutela della salute della persona, sia a tutela della sicurezza sociale (riunioni intersistemiche, protocolli operativi locali, ecc)
<b>ATTIVITÀ SIGNIFICATIVE</b> , che assumano valenza riabilitativa per la collettività	Concorrere alla programmazione del piano annuale di istituto per l'offerta trattamentale
<b>PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI DI VIOLENZA</b> ambientale	Attivare fra i detenuti sottoposti a provvedimento penale, la nascita e lo sviluppo di gruppi di auto mutuo aiuto
<b>LOTTA ALLO STIGMA</b>	Curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti, ivi compreso il personale penitenziario, secondo moduli che tengano conto delle specificità del contesto in cui si opera

## OBIETTIVI DEL PIANO REGIONALE:

### 2. MIGLIORAMENTO, CURA DEI QUADRI CLINICI PATOLOGICI

Obiettivi specifici	Azioni
<b>PREVENZIONE DEL RISCHIO AUTO-ETEROLESIVO E SUICIDARIO</b>	Definire ed applicare Protocollo locale Programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio, come: Gruppi di peer supporter, Gruppi di supporto per i detenuti di nuovo ingresso, Gruppi focali a tema
<b>Individuazione PRECOCE DEI PAZIENTI CON DISTURBI PSICHICI GRAVI, CON SUCCESSIVA PRESA IN CARICO INTEGRATA E MULTIDISCIPLINARE, anche in connessione con gli SPDC</b>	Attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle condizioni di rischio. Attivare interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, stati mentali a rischio con particolare attenzione ai soggetti minorenni
<b>Definizione ed attuazione dei PERCORSI CLINICI in relazione ai bisogni dei soggetti in carico</b>	Attivare la cura e riabilitazione, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno dell'istituto di pena che all'esterno, nel caso di pazienti che fruiscono di misure trattamentali all'esterno ovvero in esecuzione penale esterna. Collegamento con il CSM di residenza
<b>Promozione della SALUTE FISICA del paziente con disturbo psichico</b>	Collegamento con il servizio di Medicina di Base e Specialistica in ambito penitenziario per azioni di prevenzione e cura dedicate



# **L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE: ALLA RICERCA DEL DSM**

Tra le difficoltà di attuazione di interventi efficaci, spicca la non uniforme tipologia di organizzazione dei servizi per la salute mentale: frequente risulta essere la mancata programmazione degli interventi e non rara la mancata integrazione con i DSM e con l'intera rete dei servizi sociosanitari. La psichiatria in carcere è ancora troppo spesso un settore isolato che mantiene molte delle caratteristiche della precedente gestione del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Ad es, il personale presenta una multiformità della tipologia dei contratti di lavoro, in gran parte derivanti dalla precedente gestione. Si tratta, spesso, di contratti libero-professionali con isolamento delle figure specialistiche impossibilitate a costruire interventi programmati ed integrati

# INIZIATIVE AUSPICABILI PER OGNI DSM COLLEGATO AD UN'ISTITUZIONE PENITENZIARIA

- POTENZIAMENTO delle RISORSE per l'assistenza carceraria e territoriale
- INTENSIFICAZIONE dei contatti con la Magistratura (attraverso iniziative asl ma anche delle singole équipes: osiamo e scriviamo...)
- PROMOZIONE delle iniziative di formazione congiunta con l'AP
- COLLABORAZIONE stretta e continuativa con l'Istituzione Penitenziaria

Ciò significa o dovrebbe significare anche supportare i servizi territoriali nella realizzazione di programmi di cura e riabilitazione di pazienti con misure non detentive o in dimissione dalle REMS. Talora, peraltro, si tratta di persone necessitanti di essere vincolate a controlli e a iniziative di vigilanza assolutamente non ascrivibili ai servizi sanitari. Si pone, infatti, in tutta evidenza, il carico di responsabilità e di impegno, per i DSM, correlato alla gestione sul territorio — dai Centri di Salute Mentale ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, alla residenzialità di varia intensità — di pazienti particolarmente complessi sotto il profilo della sicurezza. La responsabilità degli psichiatri dovrebbe restare soprattutto una responsabilità di cura, e non tramutarsi in una responsabilità di custodia. Aggiungeremmo che la presa in carico dei servizi per la salute mentale deve essere riservata a patologie psichiatriche accertate secondo criteri scientificamente sostenibili.

## E POI ARRIVÒ IL COVID

- la necessità di sottoporre a quarantena tutti i nuovi giunti; ciò ha creato una situazione di sovraffollamento nelle sezioni di accettazione dei vari istituti e difficoltà nei trasferimenti;
- la mancanza di attività di gruppo con correlato venir meno di spazi di condivisione;
- la limitazione negli scambi affettivi con la famiglia (colloqui ridotti o colloqui con i divisori senza contatto fisico).

- la riduzione di contatti anche con il mondo del volontariato e la riduzione degli spazi e dei contatti anche all'interno del contesto carcerario.

Tutti i suddetti elementi hanno aumentato il disagio psichico e la possibilità di eventi critici.

## Confronto eventi critici per e durante la pandemia COVID-19

### Nella CC Civitavecchia

EVENTI CRITICI	Anno 2019	Pre-Pandemia	Lockdown	post-lockdown	Periodo di emergenza sanitaria e post-emergenza (Lockdown + post-lockdown)
		DAL 1 gen. AL 10 mar. 2020	DAL 11 mar. AL 3 giu. 2020	DAL 4 giu. AL 22 set. 2020	
Atti autolesionistici	36	7	15	14	29
Tentativi di suicidio	6	0	0	1	1
Atti di aggressione verso altri detenuti	4	1	0	2	2
Accumulo farmaci	0	0	0	0	0
Danneggiamento beni amm.ne	1	0	0	7	7
Sciopero fame e/o sete	34	4	12	15	27
Incendio	0	0	0	1	1
Ingestione di oggetti non consentiti	0	0	0	5	5
Atti di aggressione verso Operatori	4	0	0	4	4
Protesta collettiva	6	0	4	4	8
<b>Totali</b>	<b>91</b>	<b>12</b>	<b>31</b>	<b>53</b>	<b>84</b>

## INIZIATIVE DSM, AREA SANITARIA E AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

Nei nostri istituti abbiamo creato momenti formativi, rivolti sia ai detenuti che al personale, sull'emergenza sanitaria, con lo scopo di sostenere, anche attraverso un'informazione adeguata, persone con particolari vissuti di "incastro" rispetto all'esposizione al rischio sanitario nonché di accogliere e intercettare eventuali disagi più specifici e incutere nella popolazione detenuta il vissuto di non essere i soli a percepire il timore di una perdita di controllo situazionale in quanto la nazione intera, nell'attraversare il lockdown, condivideva la stessa percezione

L'isolamento sanitario in alcuni detenuti (prima detenzione), paradossalmente, ha avuto un effetto positivo dovuto alla possibilità, che noi abbiamo sfruttato in molti casi, di avere contatti continui e quotidiani con tutti gli operatori, nel caso di altri detenuti (estradatai o trasferiti da altri istituti) l'isolamento, invece, è stato percepito come un'ulteriore chiusura e quindi come una sorta di afflizione aggiuntiva



Le reazioni psicologiche e comportamentali dei detenuti e di tutti coloro altrimenti privati della libertà personale possono differire da quelle delle persone libere che hanno la possibilità di osservare le distanze di sicurezza. Occorre quindi considerare di offrire sostegno emotivo e psicologico, favorire la corretta informazione sulle precauzioni da adottare e sull'andamento del virus e garantire un continuo contatto con le famiglie e i parenti.

DPCM 17 marzo 2020 art.123

# MISURE SPECIFICHE DA ADOTTARE\*

1. 1) Favorire i percorsi di trattamento esterno per tutti i detenuti che possono fruire di detenzione domiciliare

- Trattamento ambulatoriale presso CSM territoriali

Soggetti con adeguata rete e supporto familiare o sociale e con quadro clinico stabilizzato. I trattamenti terapeutici, condivisi con il servizio territoriale di competenza, potranno prevedere anche counseling e monitoraggio telefonico e/o in video chiamata. Dovranno essere limitati i trattamenti ambulatoriali che necessiterebbero di frequente ed intensiva assistenza domiciliare, non compatibile con le attuali restrizioni

- Trattamento residenziale presso strutture terapeutiche

Per i soggetti con quadri clinici per i quali sarebbe appropriato un trattamento residenziale, deve essere effettuata in accordo con il CSM di riferimento territoriale una tempestiva Valutazione Multidimensionale (équipe UVM) per inserimento in strutture, previa garanzia di negatività COVID 19, accertata con tampone subito prima della uscita dall'Istituto Penitenziario

\*C.Celozzi, A. Di Stefano «Note e riflessioni per Regione in periodo COVID»)

2) Potenziare i percorsi di sostegno e/o trattamento specialistico interno per tutti i detenuti che non accedono a misure alternative alla detenzione.

La preoccupazione e lo sviluppo/aggravamento di stati ansioso-depressivi si manifestano in tutta la popolazione in concomitanza di emergenze, quale la pandemia in corso. Il rischio in tale direzione è ancora più elevato per i soggetti detenuti, con l'attuale divieto di incontri diretti con familiari e con il timore di possibili casi di infezione interna. In tale condizione è necessario prevedere:

Interventi di cura, rassicurazione e conforto da svolgere in presenza pur se a "distanza di sicurezza", soprattutto con i soggetti più fragili: i pazienti con disturbi psichiatrici maggiori, quelli affetti da disturbi psichici minori ma con componente ansiosa importante, i nuovi giunti con difficoltà di adattamento

L'informazione puntuale e ricorrente sui comportamenti più appropriati da tenere per contrastare la diffusione del Covid-19, in collaborazione con i medici interni anche di continuità assistenziale; a tal fine può essere utilizzata anche la mediazione ,entro le singole sezioni, di detenuti "formati" nel sostegno empatico alla persona in condizioni di fragilità (peer supporter)

Intensificazione dei monitoraggi clinici per i soggetti con disturbo mentale ma anche attivazione di una "allerta" clinica, in collaborazione con tutte le aree istituzionali penitenziarie, sanitarie e non, su soggetti precedentemente non segnalati e/o non in carico

# Il modello “carcerario” per la salute mentale

- Equipe multidisciplinare e trattamento integrato (psichiatra e psicofarmaci da soli non significano "assistenza psichiatrica", soprattutto in carcere ) tra le aree sanitarie e penitenziarie
- la visita a "domicilio": l'operatore della salute mentale in sezione
- progetti mirati: es.corsi per Peer supporter
- Invii “ragionati” in SPDC, Articolazioni, strutture residenziali (“suggeriti” al Magistrato, non strutturati in forma peritale)

## L'équipe interna

### Deve essere parte del DSM

l'équipe psichiatrica operante in carcere deve appartenere strutturalmente al DSM ed articolarsi funzionalmente con le altre équipe sanitarie operanti nell'istituto di garanzia di reale appartenenza etica, scientifica e culturale al contesto dell'assistenza psichiatrica

**Deve avere Risorse**

**Deve poter contare su PDTA penitenziari integrati da misure anticovid**

**Importante**

**Appartenere ad un DSM “attivo” che si ponga a  
garanzia di:**

**Organizzazione ed attuazione in continuità  
assistenziale di PDTA**

**Condivisi**

# QUALE DSM FUORI E DENTRO LE MURA DI CARCERI E REMS

Un DSM efficace, efficiente e responsabile è dotato di: risorse sufficienti, adeguata formazione del personale, abilità nei processi relativi alla continuità assistenziale, organizzazione in una prospettiva di centralità della cura secondo specifici PDTA ed Accordi generali e, soprattutto, locali con la Magistratura e con l'Amministrazione penitenziaria

Un DSM forte deve essere correttamente percepito e utilizzato dalle altre istituzioni: Magistratura, Amministrazione penitenziaria, Altre aree sanitarie, Servizi sociali del territorio

In pratica

un DSM va immaginato come un principio d'ordine riconosciuto e uno stimolo costante per azioni, interventi, procedure di automonitoraggio e collaborazione con altre istituzioni

## Difficoltà di proporre prospettive “da DSM”

- difficoltà di reclutamento dei professionisti per le attività intracarcerarie a causa del contatto con il "carcerario" vissuto come potenzialmente pericoloso: pericoli posti dal detenuto e aspetti medicolegali importanti
- difficoltà ad erogare interventi ad alta integrazione sociosanitaria nelle azioni di continuità assistenziale (ad es la mancanza di luoghi e di collocazioni per pz autori di reato nonché carenza di contatti con gli uffici UEPE)
- difficoltà di comunicazione interistituzionale
- pressioni culturali e ambientali sul ruolo normalizzatore degli specialisti della salute mentale (all'esterno ma, a maggior ragione, in CARCERE)
- non conoscenza da parte delle altre istituzioni delle possibilità e dei limiti dell'agire psicologico-psichiatrico

Non si può accettare che l'attenzione per la salute mentale sia stimolata e motivata dall'intento di ricondurre la psichiatria a branca di controllo della violenza e di riassociare indelebilmente il portatore di disturbo psichico ai comportamenti violenti. Non dimentichiamo che la violenza attiene al nostro tempo, a fattori culturali ed economici dilaganti nella società occidentale, alla diffusione dell'utilizzo di sostanze che favoriscono il discontrollo comportamentale al di là della problematica psicologica di base. I comportamenti violenti Non sono riconducibili sic et simpliciter ad un disturbo psichico. E gli specialisti della salute mentale devono rifiutarsi di piegarsi a logiche di facile "normalizzazione" del comportamento disturbante.

Il disturbo psichico disturba principalmente la persona che ne è affetta e i suoi familiari. Altri disturbatori non sono di competenza psichiatrica o lo sono per aspetti secondari che richiedono particolari forme di collaborazione.



**PROGETTO INSIEME  
UN BOARD SCIENTIFICO PER RIFLETTERE, COLLEGARE OPERATORI,  
DIVULGARE INFORMAZIONI, FARE CULTURA**

Alla luce di tutte le complesse problematiche evidenziate e dei cambiamenti normativi e culturali cui stiamo assistendo, si pone in tutta evidenza la necessità di mettere in rete, in modo capillare, gli operatori coinvolti in prima linea nella gestione degli autori di reato e le varie realtà organizzative che, spesso, si muovono senza confronti esterni, senza collegamenti, ricevendo notizie casuali in merito a decisioni assunte da tavoli o comitati nazionali e/o regionali . Costretti ad adattarsi, senza una cornice teorico-operativa di riferimento riconosciuto, ai nuovi mandati istituzionali, ai nuovi assetti organizzativi, alle crescenti pressioni ambientali.

Occorre scongiurare il rischio di avviare lotte e contenziosi tra le varie agenzie di cura e assistenza poste in conflitto da esigenze, cliniche e di sicurezza, talora contraddittorie: Carcere contro territorio, remi contro carcere, territorio contro il resto del mondo.

# IL PROGETTO INSIEME: UN RIFERIMENTO PER TUTTI I DSM

Sintesi delle finalità: Coordinare, in modo sempre più radicato nella realtà attuale, linee di pensiero, movimenti culturali, schemi istituzionali e quadri normativi è ancora l'ambizioso obiettivo di un gruppo di lavoro diversificato, aperto a nuovi stimoli, costituito da soggetti attivi e non da pensatori mestieranti, i quali continuano a credere che il Progetto Insieme possa costituire un valido supporto ed un significativo riferimento per quanti sono coinvolti nelle questioni trattate. Anche attraverso un lavoro di raccolta e di divulgazione di informazioni utili ad affrontare in maniera consapevole ed adeguata il tema discusso.

Sempre nella prospettiva di attribuire un'accettabile definizione ai sistemi di cura, tenendo a bada paure, deleghe e mandati impropri per difendere il diritto al benessere psicofisico di pazienti e operatori.