



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

**Rapporto sulla visita regionale tematica in Sardegna
(23-27 Giugno 2019)**

In ottemperanza al proprio mandato di cui all'articolo 7 del d.l. 23 dicembre 2013 n. 146, convertito nella Legge 21 febbraio 2014 n. 10, modificato dall'articolo 1 comma 317 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 e in ottemperanza altresì delle previsioni di cui agli articoli 17-23 del Protocollo opzionale Onu alla Convenzione contro la tortura (Opcat), ratificato dall'Italia con legge 195/2012, il Garante nazionale ha effettuato, dal 23 al 27 giugno 2019, una visita regionale in Sardegna.

La visita ha avuto un carattere prevalentemente *tematico* poiché non ha riguardato tutto il territorio – peraltro oggetto di visita regionale nel novembre 2017 – né tutte le aree di analisi proprie del Garante nazionale. Infatti, si è concentrata in particolare sulla tutela della salute mentale, con visite a *Servizi psichiatrici di diagnosi e cura* di alcuni Ospedali civili e alla Residenza per le misure di sicurezza (Rems) di Capoterra. All'area penale è stata riservata soltanto una visita alla Casa di reclusione di Oristano-Massama e all'area delle Forze di Polizia una visita alle strutture della Compagnia dei Carabinieri di Cagliari. Queste ultime due visite hanno avuto la caratteristica di *follow up*, trattandosi di strutture già visitate in passato.

Le strutture visitate sono state, quindi, le seguenti:

- Rems di Capoterra
- Servizio psichiatrico di diagnosi e cura 1 dell'Ospedale "SS. Trinità" di Cagliari (Spdc 1)
- Servizio psichiatrico di diagnosi e cura 2 dell'Ospedale "SS. Trinità" di Cagliari (Spdc 2)
- Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'Ospedale "San Francesco" di Nuoro
- Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'Ospedale "San Martino" di Oristano
- Casa di reclusione "Salvatore Soro" di Oristano-Massama
- Compagnia dei Carabinieri di Cagliari

La delegazione era composta da: Daniela de Robert ed Emilia Rossi, del Collegio del Garante, da Carmela D'Alessandro, Gilda Losito e Giovanni Suriano dell'Ufficio del Garante e da Antonella Calcaterra e Michele Miravalle in qualità di esperti del Garante.

Il Garante ringrazia l'Amministrazione penitenziaria per il supporto logistico e per la collaborazione alla realizzazione del programma preventivato.

Nel corso della visita il Garante nazionale ha effettuato alcuni incontri operativi e istituzionali. In particolare:

- con il direttore dell'Ufficio interdistrettuale dell'esecuzione penale esterna (Uiepe) di Cagliari, Domenico Arena, nell'ambito della definizione di un Protocollo di intesa volto a valorizzare le iniziative di reinserimento e la formazione del personale;
- con il responsabile del Dipartimento di Salute mentale della Azienda sociosanitaria locale (Assl) di Cagliari, Alessandro Coni, sulla situazione delle strutture psichiatriche, della riabilitazione e delle comunità a bassa intensità e sulle esigenze di formazione del personale di Polizia municipale coinvolta nei Trattamenti sanitari obbligatori (Tso).

Inoltre, è stata illustrato il progetto volto a creare una struttura residenziale ad “altissima intensità terapeutica” da 16 posti (due moduli da 8), con lo specifico obiettivo di accogliere pazienti provenienti dalla Rems. La decisione, tuttavia, è subordinata all’individuazione di risorse economiche nell’ambito degli 11 milioni di euro che la Regione Sardegna spende per la residenzialità psichiatrica. Si tratta di una legittima scelta politica-amministrativa, su cui tuttavia occorre svolgere approfondimenti, affinché non si trasformi, nei fatti, nella attivazione di una seconda Rems, di cui, stando il quadro attuale, la Sardegna non sembra avere bisogno.

Il Garante nazionale chiede di essere informato sugli sviluppi di tale progetto.

1. AMBITO DEI SERVIZI PSICHIATRICI

1.1. I Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc)

1.1.1. Premessa

La delegazione ha visitato quattro Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc): due dell’Ospedale “SS. Trinità” di Cagliari (Spdc 1 e Spdc 2), uno dell’Ospedale “San Francesco” di Nuoro e uno dell’Ospedale “San Martino” di Oristano.

In generale, è stata rilevata una scarsissima, se non nulla, conoscenza del Garante nazionale e del suo mandato nell’ambito della salute. Tuttavia, ciò non ha comportato particolari criticità a effettuare le visite, tranne in un caso, riconducibile in particolare a una persona dello staff medico: la criticità è stata comunque superata, con l’intervento di altri membri dello staff e del responsabile del Dipartimento per la salute mentale. La visita è proseguita, anche se in un clima di scarsa collaborazione¹.

Il Garante nazionale non può tuttavia esimersi dal segnalare il caso per la rilevanza che esso assume nel corretto esercizio dei compiti e dei poteri tra soggetti istituzionali che devono essere visti in un univoco contesto cooperativo, pur con ruoli differenti.

Dalla visita sono emerse alcune criticità di ordine generale che si riportano qui di seguito.

- *Carenza di figure socio-assistenziali*

Nelle diverse strutture è stata segnalata una grave mancanza di operatori dell’area sociale (educatori e assistenti sociali): figure del tutto mancanti negli Spdc di Cagliari e di Nuoro, mentre in quello di Oristano era presente un educatore e l’assistente sociale operava su chiamata. Tale mancanza è difficilmente giustificabile in aziende sanitarie come quelle visitate e comporta una duplice ricaduta. La prima è l’impossibilità di una effettiva “presa in carico sociale” del paziente e, quindi, della necessaria agevolazione dei contatti sia con la famiglia e con i servizi territoriali esterni, sia con il giudice tutelare, con i tutori, i curatori e gli amministratori di sostegno. La seconda è l’inevitabile conseguente aggravio di lavoro sulle figure sanitarie presenti.

- *Carenza nel sistema di registrazione*

La mancanza o la cattiva gestione dei registri relativi, in particolare, ai Trattamenti sanitari obbligatori (Tso) e alla contenzione è un problema rilevato trasversalmente nei diversi Servizi. Del tutto assenti, infatti, i registri dei Tso nel Spdc dell’Ospedale di Nuoro e nel Spdc 2 di Cagliari; mentre quelli delle contenzioni sono

¹ Al suo arrivo nella struttura, infatti, la delegazione è stata sostanzialmente respinta dalla psichiatra Gloria Piras. La criticità è stata superata con l’intervento di un altro medico del Servizio, la psichiatra Luciana Scamonati, che ha fornito le informazioni e la documentazione richieste, rendendo possibile anche la visita alla struttura. Al termine della visita nei due Spdc dell’Ospedale, il Garante nazionale è stato raggiunto dal responsabile del Dipartimento di salute mentale della Azienda sociosanitaria locale di Cagliari, Alessandro Coni, che si è scusato per l’inconveniente. Con lui sono state approfondite alcune criticità dei servizi di salute mentale del territorio.

risultati compilati in maniera sommaria, spesso privi degli orari di de-contenzione, dell'indicazione della modalità di contenzione e dei dati relativi ai parametri vitali che periodicamente il personale infermieristico è tenuto a rilevare. Inoltre, dalla comparazione tra "Registro delle ordinanze" e cartellina della raccolta delle ordinanze, la delegazione rileva che la documentazione presente agli atti nel Spdc 2 di Cagliari non ha corrispondenza: in un caso², il numero delle ordinanze era superiore agli ingressi registrati in reparto.

- *Carenza di spazi aperti per le persone ricoverate*

Le condizioni materiali dei servizi sono in generale buone. Tuttavia, negli Spdc visitati la logica sanitaria e ospedaliera tende a pervadere anche l'assetto e l'organizzazione dello spazio fisico, riproponendo l'architettura propria degli ospedali: luoghi separati, con spazi aperti assenti o residuali. Ciò anche per coloro, come è il caso prevalente per gli ospiti dei Servizi, che per condizioni fisiche non avrebbero controindicazioni alla permanenza all'aria aperta per talune ore e per condizioni psichiche ne potrebbero trarre sicuro vantaggio.

Come il Garante nazionale ha scritto nella Relazione al Parlamento 2019 «[...] la mancanza di spazi alternativi alla stanza o ai corridoi dove ospiti e visitatori esterni al reparto possono trascorrere momenti della giornata diversi dai momenti riservati alla cura, come quello per i pasti, quello per le visite, quello per lo svago, rendono la giornata dell'ospite o del paziente senza soluzione di continuità tra tempo interno e tempo esterno alla struttura. Nei luoghi privi di *dehors* gli ospiti con disturbi psichiatrici, pur avendo autonomia nel movimento, sono gestiti come i pazienti costretti a stare a letto a causa di malattie fisiche»³. In quasi tutti i servizi visitati, i pazienti non avevano accesso a uno spazio aperto, o perché del tutto mancante o perché in stato di abbandono o degrado. Le uniche eccezioni erano il Spdc 1 di Cagliari e quello di Oristano. In quest'ultimo, il cortile era ben tenuto, pulito, attrezzato e la coltivazione di piante era parte di un progetto terapeutico-lavorativo per i pazienti. Quello del Spdc 1 di Cagliari è stato invece trovato in condizioni di scarsa manutenzione, del tutto privo di un riparo dal sole o dalla pioggia e infestato da zanzare. L'area esterna del Spdc 2 di Cagliari, pur esistente, non può essere considerata come effettivo spazio esterno essendo del tutto inaccessibile: dall'esame delle condizioni, inoltre, è risultato evidente lo stato di abbandono e anche in questo caso la presenza infestante di zanzare.

- *Rapporto con il Pronto Soccorso*

Diversi Spdc hanno lamentato una difficoltà a collaborare con i relativi Pronto soccorso a causa della facilità con cui vengono classificati come persone con problemi psichiatrici, e quindi inviati al Spdc, pazienti con problematiche diverse, di tipo comportamentale o di dipendenza con la doppia conseguenza di sovraccaricare in maniera impropria il Servizio psichiatrico e di non offrire risposte idonee ai pazienti.

- *Doppia convalida*

Il Garante nazionale ha rilevato in diversi Spdc la consuetudine di alcuni Centri di salute mentale di convalidare il trattamento sanitario obbligatorio tramite il parere di due psichiatri *appartenenti all'interno dello stesso servizio*. Per esempio, nel Spdc 1 di Cagliari, in sette casi la convalida è stata effettuata dal medesimo Centro di salute mentale. Ciò avviene anche nei casi dei Tso di reparto, come rilevato nel Spdc 2 di Cagliari. Tale *modus operandi* suscita nel Garante perplessità in merito: a) all'obiettività delle verifiche che il medico deve fare prima di attivare un trattamento sanitario obbligatorio, ovvero l'esistenza di altri tipi di intervento che eviterebbero il trattamento obbligatorio; b) all'impegno, ove gli interventi alternativi non sussistano, di ottenere il consenso del paziente. La normativa che disciplina il Tso – nello specifico, la legge 23 dicembre 197, n. 833, al comma 3 articolo 33 e al comma 4 articolo 34 – prevede la proposta e la convalida

² Caso di [...]

³ Garante nazionale, *Relazione al Parlamento 2019*, p. 87:

http://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/it/pub_rel_par.page

del trattamento sanitario obbligatorio da parte due medici a tutela del paziente: un doppio parere proveniente da medici appartenenti a una stessa struttura appare ben poco in grado di garantire una valutazione obiettiva e mutualmente indipendente.

1.1.2. Condizioni materiali e qualità della vita

Buone in generale le condizioni materiali: i reparti hanno un massimo di 16 posti, come previsto dalla normativa⁴, nella prospettiva del superamento del 'grande internamento' proprio delle strutture manicomiali abolite dalla legge n. 180 del 1979. Tuttavia, in taluni casi vengono aggiunti dei posti 'volanti', come avviene nel Spdc dell'Ospedale di Oristano, secondo quanto riferito dagli stessi operatori, e in quello di Nuoro dove in caso si aggiunge un letto nelle stanze da due.

Gli spazi di ricovero sono apparsi ben tenuti, in taluni casi con gli arredi nuovi. Nessuno dei Servizi visitati è collocato in un'area residuale dell'Ospedale, come si tendeva a fare – e come tuttora verificato dal Garante nazionale in Servizi di altre realtà territoriali – con l'effetto di tenere i pazienti psichiatrici in zone separate e marginali.

Le stanze sono complessivamente decorose, ampie, luminose e dotate di bagno. Nel Spdc 1 dell'Ospedale di Cagliari le finestre sono in plexiglass antilesivo, con una chiusura di sicurezza che consente un adeguato passaggio di aria e di luce. Diversa la situazione a Nuoro dove le finestre sono sigillate e prive di maniglie. Tale misura è stata adottata a seguito del suicidio di un paziente, avvenuto una settimana prima della visita del Garante nazionale, il 19 giugno. Oltre alla chiusura delle finestre sono stati anche rimossi i soffioni delle docce.

Nel Spdc di Oristano le docce sono dotate di flessibile lungo che facilmente può essere usato in maniera impropria. Il fatto che talvolta il flessibile venga tolto proprio per evitare rischio di autolesionismo – come spiegato dal personale del reparto – non fa che confermare l'inadeguatezza di tale accessorio.

Diverse le condizioni dei locali comuni, in genere poco attrezzati. Nel Spdc 1 di Cagliari l'area comune divide la parte maschile da quella femminile e dà accesso al giardino – pur nelle condizioni di manutenzione sopra riportate – è attrezzato solo con un divano, qualche sedia e tavolino. Nel Spdc 2 – sempre a Cagliari – il corridoio dove affacciano le stanze dei pazienti è interrotto da un salone comune, con una piccola biblioteca, alcuni tavoli, un calciobalilla e sedute dove incontrare i familiari, mentre è del tutto inaccessibile, come già detto, la semi-abbandonata area verde. Una sala comune per incontrare i parenti e vedere la televisione è l'unico spazio ulteriore oltre alle camere di degenza nel Spdc di Nuoro, reso più accogliente dalle decorazioni colorate (rosso nei pavimenti, giallo e bianco sulle pareti) che limitano la percezione dell'ambiente ospedaliero. Mancano tuttavia un locale per fumatori e, come già detto, un'area all'aperto, costringendo i pazienti a permanere al chiuso per l'intera giornata. Nel caso di Oristano l'area del cortile, con panche e aiuole curate, costituisce un ambiente pulito e utilizzato dai pazienti sia per stare all'aperto in un luogo che non ha nulla delle caratteristiche di un ambiente ospedaliero, sia per svolgere attività manuale di giardinaggio.

1. Il Garante nazionale ricorda l'importanza della disponibilità di spazi all'aperto per gli ospiti di una struttura dove ci si prende cura delle persone in particolare sottolinea che «I *dehors* dove si svolgono attività psico-socio-riabilitative contribuiscono [...] a instaurare all'interno della struttura un clima terapeutico, accogliente, dove ci si prende cura delle persone, ma soprattutto un clima di protezione capace di proiettare 'fuori' la persona, e di lasciarle la libertà, secondo il grado di autonomia, di

⁴ Dpr 1° novembre 1999 n. 274, Approvazione del Progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000", p. 14, capoverso 2: «Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene un numero non superiore a 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni».

partecipare veramente alla vita del mondo esterno»⁵. Raccomanda pertanto che nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura siano sempre previsti per le persone ospitate spazi esterni attrezzati e curati.

2. Il Garante nazionale raccomanda inoltre di attrezzare opportunamente gli spazi comuni interni in modo che essi possano costituire dei ‘luoghi’ ove trascorrere positivamente parte della giornata, impegnati in qualche attività anche ludica e ove poter anche accogliere in ambiente confortevole le persone care in visita.

1.1.3. Altre specifiche osservazioni sulla quotidianità

La visita nel Spdc dell'Ospedale di Nuoro ha coinciso con una fase molto particolare per il servizio: nelle settimane precedenti, infatti, un uomo di 50 anni, ricoverato in reparto da alcuni giorni, si era tolto la vita impiccandosi a un rubinetto del bagno dei disabili, accanto all'infermeria⁶. L'uomo aveva già posto in essere tentativi di suicidio, aveva un quadro clinico e socio-familiare complicato e il rischio autolesivo era ben chiaro ai medici del reparto e agli operatori sanitari, che infatti avevano ricevuto disposizioni di controllare a vista il paziente. Nonostante ciò, la morte è avvenuta in pieno giorno: il paziente è uscito dalla propria camera, ha attraversato il corridoio e si è chiuso nel bagno, uccidendosi. Vani i tentativi di rianimazione.

L'episodio ha umanamente scosso il personale e gli altri pazienti e ha portato a un irrigidimento delle regole di vita del reparto: sono stati rimossi i soffioni di tutte le docce che vengono conservati dagli infermieri e consegnati ai pazienti solo su richiesta («ripetute richieste» – hanno lamentato alcuni ospiti); sono state rimosse le maniglie dalle finestre; sono stati ritirati cavi e i carica-batterie; è stato vietato conservare bottigliette o tubi di saponi, dentifrici o saponette; tutti gli oggetti che arrivano dall'esterno, portati da amici e parenti, vengono ispezionati e da essi vengono rimosse cinghie, lacci, cinture. Pur comprendendo la reazione al gravissimo episodio, tali misure di sicurezza e di controllo rischiano, complessivamente, di generare un clima estremamente contenitivo che, associato all'inattività, risulta in contrasto con le finalità terapeutiche e di accoglienza del Servizio. Il Garante nazionale ritiene che sia necessario verificare l'attualità di tali disposizioni, affinché restino nell'ambito di una fase transitoria ed emergenziale.

5

Inoltre, a prescindere da tali nuove disposizioni, il reparto appare piuttosto chiuso. Anche le più banali azioni quotidiane, come prendersi un caffè, sono precluse, poiché si può uscire dal reparto solo se accompagnati e solo se autorizzati dal medico di turno. È invece assolutamente vietato uscire dall'ospedale. Sintomatico di tale approccio è il fatto che il distributore di acqua e caffè sia esterno al reparto, relegando alla buona volontà del personale in servizio la possibilità di acquistare generi di conforto.

I servizi dell'Ospedale di Cagliari nell'ultimo decennio hanno subito numerosi cambiamenti. Oggi si trovano al piano terra, in due edifici separati dal blocco ospedaliero principale. Fino al 2008 il Spdc era unico e con gestione «a porte aperte». Oggi sono due (il Spdc 1 con 15 posti più uno per day hospital e il Spdc 2 con 12 posti, poiché il territorio di competenza è meno ampio) ed entrambi hanno una porta d'accesso allarmata; all'ingresso del Spdc 2, inoltre, c'è una guardia privata, non armata, «una figura neutrale, che dà tranquillità ai pazienti e al personale» – secondo quanto dichiarato dallo psichiatra – che viene coinvolta all'interno solo in casi di estrema necessità per situazioni di difficile gestione. La stessa guardia giurata può essere chiamata anche dal Spdc 1 che non dispone di un'anticamera vigilata all'ingresso e il cui accesso è, infatti, chiuso.

Il Garante nazionale chiede chiarimenti sull'effettiva funzione di tale figura, sul numero medio di richieste del suo intervento negli ultimi tre mesi, sui motivi di tali richieste e su cosa abbia concretamente caratterizzato la sua conseguente azione.

⁵ Garante nazionale, *Relazione al Parlamento 2019*, p. 88-89 (sito web. V. nota 3).

⁶ Il fatto è avvenuto il 19 giugno 2019.

1.1.4. Tipologia dei ricoveri

Nel Spdc 1 dell’Ospedale di Cagliari, nel solo mese di dicembre 2018 i ricoveri sono stati 36, di cui cinque consistenti in Tso. Due di questi però non figuravano nel “Registro delle ordinanze”. Uno di questi, è il caso A.P.⁷, paziente deceduto nel Spdc a fine 2018 dopo sette giorni di contenzione e di denunciati maltrattamenti. La Procura della Repubblica ha aperto un’indagine nella quale il Garante nazionale si è costituito come persona offesa, in base all’articolo 90 c.p.p.

Al momento della visita erano ricoverate 13 persone: nove donne, di cui due in Tso, e quattro uomini, di cui uno in Tso. Nel mese di maggio 2019 risultano 39 ricoveri di cui quattro in Tso.

Nel Spdc 2, dal 1° gennaio al 26 giugno 2019 i Tso sono stati 13, uno dei quali era in corso durante la visita del Garante.

In ambedue gli Spdc dell’Ospedale di Cagliari il Garante ha rilevato un’anomalia riguardante la doppia convalida medica prevista per legge: nel Spdc 1, in sette casi il medico proponente il Tso e il medico convalidante appartenevano allo stesso Centro di salute mentale, in particolare quello di Quartu Sant’Elena e il Csm Ovest; nel Spdc 2, nei cosiddetti «Tso di reparto», cioè quei di trattamenti riguardanti persone già ricoverato presso il Spdc, la doppia convalida viene data da medici dello stesso reparto, deludendo così la *ratio* della norma. Questo aspetto – relativo alla effettiva indipendenza dei due pareri medici previsti dalla norma – è stato precedentemente considerato tra i fattori critici rilevati dalla complessiva analisi del ricorso a Tso in taluni degli Ospedali visitati⁸.

Inoltre, era assente la comunicazione da parte del giudice tutelare della convalida del Tso. Essa, infatti, viene trasmessa all’autorità sanitaria esclusivamente in caso di diniego, caso molto raro e che occorre solo per «vizi formali». Dai documenti in possesso al reparto, non è dunque possibile visionare il provvedimento di convalida del giudice.

Nel Spdc dell’Ospedale di Nuoro, i Tso sono stati 37 e 230 i ricoveri volontari nel 2018 (il 13,81% del totale dei ricoveri) e 18 su 102 ricoveri nel 2019 (il 17,31%). Delle sette persone ricoverate al momento della visita, nessuno era in Tso. Non esiste un “Registro dei Tso” e dunque risulta difficile ricostruire i vari passaggi della procedura, nonché rinvenire i singoli provvedimenti di convalida, che sono conservati nelle cartelle cliniche personali. La pratica dei Tso risulta, tuttavia, diffusa nel territorio di competenza ed è, peraltro, contraddistinta, anche in questo caso, dalla non effettiva indipendenza dei medici che formulano la proposta e la convalida: la prima viene fatta da un medico del Servizio e la convalida, in genere, dal direttore del Servizio stesso. Le motivazioni riportate a tale proposito dal personale sanitario risiedono fondamentalmente in ragioni pratiche, ovvero dalla mancanza di disponibilità di altri medici.

Nel Spdc dell’Ospedale di Oristano i Tso effettuati nel 2019 sono stati 20, di cui quattro prorogati una volta, cinque due volte e uno tre volte, mentre in un caso è stato attivato un nuovo Tso per scadenza dei termini di proroga. Il giorno della visita i pazienti ricoverati erano 13, di cui uno in Tso. In un caso, la delegazione rileva che il paziente è stato ricoverato in Tso con due proroghe seguite da due giorni di Tsv e poi di nuovo un Tso⁹. Il Garante nazionale esprime riserve su tale procedura.

1.1.5. Contenzione biomeccanica e relative procedure

In tutti i Servizi visitati è stata praticata, nel corso dell’anno, la contenzione biomeccanica su alcuni pazienti. Tuttavia, come già segnalato in precedenza, in quasi tutti i Servizi manca il “Registro delle contenzioni”. Nel

⁷ Si tratta del signor [...], deceduto il 23 dicembre del 2018 all’interno del Spdc 1. È stato ritrovato con graffi sul corpo e sul volto e gli abiti bagnati.

⁸ Cfr. paragrafo 1.1.1. di questo Rapporto.

⁹ [...]

Spdc 1 dell'Ospedale di Cagliari è disponibile una cartella che contiene delle schede di contenzione (19 nel periodo compreso tra novembre 2018 e giugno 2019); nel Spdc 2 dello stesso Ospedale, il Registro è incompleto, passando dalle annotazioni del 2016 a quelle del 2019. Nel Servizio dell'Ospedale di Nuoro non è stato istituito il "Registro delle contenzioni" e non ci sono neppure delle schede a parte: le annotazioni sono riportate soltanto nella cartella clinica; quanto al Spdc dell'Ospedale di Oristano il Registro è presente, ma è compilato in maniera incompleta: non sono riportati con la dovuta sistematicità gli orari di controllo per verificare lo stato di salute del paziente. Il Garante nazionale ritiene non accettabile la situazione complessivamente verificata. Proprio la particolarità del ricorso alla contenzione, il suo non essere configurabile come trattamento terapeutico – come del resto affermato dalla Corte di Cassazione¹⁰ – e il suo necessario inquadramento all'interno dei limiti fissati per ogni forma di restrizione della libertà personale di cui all'articolo 13 della Costituzione richiedono massima possibilità di trasparenza circa gli interventi eseguiti, chiarezza nelle fasi della sua attuazione e nel suo costante scrutinio, indicazione della sua durata nonché delle azioni messe in atto per determinare assistenza e accudimento positivo della persona a essa sottoposta. Da qui, la necessità di una registrazione precisa di ogni istanza di applicazione della contenzione con chiara individuazione delle persone responsabili in ciascun momento della sua esecuzione, nonché la necessità di riportare tutti questi elementi in un unico strumento disponibile per il monitoraggio complessivo da parte di Organi a esso deputati. La riscontrata assenza di Registro certamente non si concilia con tali parametri ed è produttiva di possibili abusi o di improprie denunce di abusi. Pertanto,

3. Il Garante nazionale raccomanda la compilazione precisa, sistematica e accurata dei Registri della contenzione in modo che siano riportate tutte le contenzioni effettuate nell'anno con i nominativi dei pazienti, la data, l'ora di inizio e di fine della contenzione e gli orari in cui il paziente viene sottoposto a controllo sanitario. Il Garante ricorda che i Registri, oltre a garantire la trasparenza delle attività svolte, sono anche strumenti fondamentali a tutela del personale nel caso di riscontri di carattere amministrativo o penale.

In mancanza di un Registro, nel Spdc 1 dell'Ospedale di Cagliari il Garante ha visionato le "schede" di contenzione: 19 da novembre 2018 al 26 giugno 2019. Da tale analisi si rileva che la contenzione è praticata normalmente con l'applicazione di quattro fasce (denominati "nastri") agli arti, apposti sopra uno strato di cotone. Secondo quanto riferito dal personale infermieristico, e fatto visionare alla delegazione, il Servizio non dispone di pettorine per la contenzione toracica, tuttavia tale affermazione è stata smentita dal personale del Spdc 2 del medesimo Ospedale che ha spiegato alla delegazione in visita che quando hanno avuto la necessità di fare ricorso alla fascia toracica si sono rivolti al Spdc 1 che ne era dotato. Quanto alle motivazioni delle contenzioni operate risultano riferite ad atteggiamenti di aggressività, auto o etero diretti, anche soltanto «minacciati». Tuttavia, l'attenzione della delegazione si è rivolta a quelle schede che come motivazione della contenzione stessa riportavano «stato confusionale con rischio di caduta».

In generale la rilevazione dei parametri vitali della persona contenuta non segue una logica di regolarità di intervalli, e, in alcuni casi si protrae per più di tre ore soprattutto nelle ore notturne¹¹.

Nel caso di M.A.¹², è stato fatto ricorso all'intervento di due guardie giurate per l'applicazione delle fasce di contenzione: nella motivazione è riportato «etero-aggressività minacciata, stato confusionale con rischio di cadute, stato di eccitamento confuso, se contrastato entra nelle camere e nei letti altrui».

¹⁰ Sentenza Corte di Cassazione, Sezione V, del 20 giugno 2018 n. 50497.

¹¹ Esempio di registrazione monitoraggio parametri vitali: [...] inizio contenzione il 31.12.2019 ore 16.15; 23.00. 1.1.2019 00.28, 6.20, 7.30, 10.30, 13.30, 16.30, 20.40 ora nella quale viene scontenuto. Da rilevare che nelle disposizioni di contenzione previste dalla scheda il monitoraggio dei parametri vitali il controllo è previsto ogni 3 ore. Nel mese di novembre 2018 per la paziente [...], la scheda non contiene alcuna rilevazione di parametri vitali.

¹² [...]

La delegazione ha inoltre notato che un paziente aveva le caviglie fasciate con una garza e un altro aveva dei segni rossi all'altezza dei polsi e delle caviglie.

Nel Spdc 2 del medesimo Ospedale, secondo quanto riferito, la media di contenzioni è di meno di dieci all'anno; nel 2019 sono state cinque fino al mese di giugno. Si svolgono nella stanza di degenza e prevedono la legatura di mani e piedi (non della fascia toracica, anche se, vengono rinvenute segnalazioni in cartella clinica in cui si dispone proprio alla contenzione toracica). I parametri vitali sono, secondo quanto dichiarato, rilevati ogni ora vengono e nei casi in cui la contenzione duri più di un'ora si provvede con una terapia anticoagulante e con l'idratazione del paziente.

La contenzione – viene riferito, in mancanza di un riscontro sui Registri – si pratica nella stanza ove è ricoverato il paziente; le contenzioni si effettuano bloccando le caviglie e/o i polsi al letto nel breve periodo in cui si manifesta la crisi acuta; durante la contenzione gli infermieri provvedono alla periodica rilevazione di tutti i parametri, alla sua idratazione; se necessario, vengono utilizzati i pannoloni e nel caso duri più ore si provvede anche alla somministrazione di terapia anticoagulante. In un caso¹³, la contenzione è cominciata alle ore 17.45, con l'ausilio della guardia giurata per applicare le fasce di contenzione agli arti e al torace, e solo alle ore 19, quando c'è stato un primo tentativo, fallito, di interromperla è stata fatta richiesta di Tso. La contenzione è stata quindi interrotta alle ore 8 del mattino successivo e il Tso tre giorni dopo.

Nel Spdc dell'Ospedale di Nuoro, oltre a non esserci un "Registro delle contenzioni" non vi sono neanche delle linee guida. Secondo quanto riferito viene praticata con le quattro fasce degli arti, più quella pettorale. Sono stati presi in esame due casi di contenzione protratta per oltre due giorni.

Nel primo caso, il signor P.C.¹⁴ è stato sottoposto a contenzione il 26 maggio 2019 alle 20,15, scontenuto il giorno successivo alle 9.00 per essere nuovamente sottoposto a contenzione dalle 17.50 dello stesso giorno fino al 4 giugno alle ore 8.10. La contenzione è stata interrotta da scontenzioni limitate, per quanto è stato possibile rilevare, ai momenti di monitoraggio.

Nel secondo caso, il signor A.C.¹⁵ è entrato nel Spdc in ricovero volontario alle 15.40 del 19 giugno ed è stato sottoposto a contenzione lo stesso giorno alle 16.30, con la sola fascia toracica; alle 22.00 è stata praticata una contenzione "parziale" fino alle 00,35; contenzione che è ripresa alle 1,50 a scopo preventivo rispetto al rischio di cadute dal letto («si muove in modo afinalistico»): sono state applicate la fascia toracica calamitata, una fascia all'arto superiore destro e una all'arto inferiore sinistro. La contenzione, salvo il momento dell'igiene personale alle 7,35, è proseguita nella giornata del 20 giugno: alle 19,30 è integrale, poi parziale alle 20.30, e nuovamente integrale un quarto d'ora dopo, alle 20,45. Il paziente viene scontenuto alle 8,00 del 21 giugno. Colpisce, in quest'ultimo caso, l'alternanza delle diverse forme di applicazione delle fasce di contenzione e la loro successione in tempi molto stretti: una modalità che pare rimandare a pratiche di contenzione avulse da ogni sostegno terapeutico dialogico e finalizzate esclusivamente alla prevenzione da rischi per l'incolumità fisica.

Nel corso della visita la delegazione ha rilevato che in un letto erano predisposte le fasce di contenzione. Inoltre, dall'analisi della documentazione disponibile è emerso un picco di contenzioni nelle ore notturne.

Il Garante nazionale esprime preoccupazione per la possibile correlazione tra l'insufficienza di personale e il ricorso a forme, più o meno prolungate, di contenzione meccanica o farmacologica. Come già scritto in precedenti Rapporti ad altri Spdc del territorio nazionale, il Garante nazionale ritiene importante sottolineare che il ricorso alla contenzione quale forma suppletiva di difficoltà di applicazione del personale è inaccettabile. Rammenta nuovamente che la contenzione non può essere mai proposta come atto medico

¹³ [...]

¹⁴ [...]

¹⁵ [...], presente al momento della visita.

trattamentale, ricordando quanto affermato dalla Corte di Cassazione, con sentenza del giugno 2018¹⁶: «l'uso della contenzione meccanica non rientra in nessuna delle categorie sopra indicate (*atto medico*¹⁷), trattandosi di un presidio restrittivo della libertà personale che non ha né una finalità curativa né produce materialmente l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente – anzi, secondo la letteratura scientifica, può concretamente provocare, se non utilizzato con le dovute cautele, lesioni anche gravi all'organismo»¹⁸. Pertanto,

4. il Garante nazionale raccomanda all'Amministrazione sanitaria territorialmente competente di:

- **dotare ogni Spdc di adeguate risorse di personale a integrazione e completamento delle piante organiche, ove risultino incomplete, al fine di garantire efficienza del servizio e l'effettivo turn over del personale nel rispetto delle diverse professionalità;**
- **vigilare affinché in nessuna situazione le contenzioni di tipo meccanico o farmacologico possano essere utilizzate come trattamenti terapeutici e impiegate al di fuori di un eccezionale stato di necessità, riassumibile entro i margini della limitatezza nelle occasioni, nei tempi e nei modi¹⁹, né tantomeno che possano costituire un improprio surrogato per risolvere l'inadeguatezza numerica di personale.**

Nel Spdc dell'Ospedale di Oristano, nel corso della visita, la delegazione ha rilevato che nelle stanze di degenza n. 2, 4, 5 e 7 alle barre dei letti erano predisposte le fasce di contenzione.

Anche in questa struttura non esiste un vero e proprio "Registro per le contenzioni", ma esse vengono annotate su schede. La delegazione rileva che le schede mensili non sono compilate con cura riguardo l'inizio e la fine della contenzione. Le contenzioni vengono applicate generalmente da tre operatori. La delegazione rileva, inoltre che le contenzioni avvengono prevalentemente di notte. La delegazione ha rilevato inoltre che alcune contenzioni vengono applicate al paziente con la motivazione «per rilassare il paziente»²⁰.

9

Per il caso di G.S.²¹, la contenzione è stata praticata quasi quotidianamente, sia con la fascia addominale che quella pettorale. Si tratta, viene spiegato alla delegazione, di un caso psichiatrico con interferenze di tipo autistico, con intensi comportamenti autolesionistici (il paziente sbatte la testa al muro fino a farsi sanguinare, tanto che era arrivato con una ferita aperta sul capo). Dall'analisi delle schede del paziente la delegazione ha rilevato che la contenzione ai quattro arti del 17 giugno.2019 è iniziata alle ore 20.00 e l'unico monitoraggio registrato è tra le 19.45 e le 9.45 del giorno seguente. Ciò significa che il paziente non è stato monitorato per quasi 24 ore.

2. AMBITO PENALE

2.1. Casa di reclusione "Salvatore Soro" di Oristano-Massama

¹⁶ Sentenza Corte di Cassazione, Sezione V, del 20 giugno 2018, n. 50497.

¹⁷ Secondo gli imputati, nel caso in esame da parte della Suprema Corte la contenzione sarebbe: «un atto medico che risponde a una finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica del paziente, [...] pratica [che] non andrebbe intesa come strumento a sé stante separato dalla cura, essendo funzionale alla cura del paziente psichiatrico» (Sentenza cit. p. 44).

¹⁸ Sentenza Cassazione, Sezione V, del 20 giugno 2018, n. 50497.

¹⁹ Articolo 54 c.p.

²⁰ Caso di [...]

²¹ [...]

2.1.1 Contesto della visita e cooperazione con la dirigenza

La visita alla Casa di reclusione “Salvatore Soro” di Massama-Oristano è stata programmata come *follow-up* a seguito di quella condotta nell’ambito della visita regionale del novembre 2017. Di particolare considerazione sono stati individuati: i profili inerenti la disciplina dell’isolamento e la qualità della vita nella sezione destinata all’esecuzione di tale sanzione disciplinare; la situazione delle persone detenute nel circuito di “Alta sicurezza” – che rappresenta la componente essenziale della popolazione detenuta nell’Istituto di Oristano²²; l’eventuale superamento della criticità determinata dalla mancanza di una direzione costantemente applicata all’Istituto; l’eventuale istituzione di una sezione ex articolo 32 del Regolamento di esecuzione²³; l’introduzione di sistemi di comunicazione e di regolamentazione dei colloqui visivi idonei a superare o almeno a contenere i disagi derivanti dalla distanza dei familiari delle persone detenute, per lo più residenti fuori dell’isola.

La visita si è articolata in due fasi successive: nel pomeriggio del 25 e nella mattina del 26, destinata in particolare, al colloquio di *debriefing* con il Direttore e alla visita della sezione del circuito di “Alta sicurezza 3” (AS3). Una successiva breve visita è stata compiuta dal Presidente del Garante nazionale il giorno 8 novembre 2019, in occasione della sua partecipazione a un Convegno che in tale data si è tenuto a Oristano.

Il primo accesso della delegazione, intorno alle 17.00 del 25 giugno, si è rivelato particolarmente difficile per l’atteggiamento ostativo e non collaborativo del personale di Polizia penitenziaria presente all’ingresso e dello stesso Comandante, che hanno manifestato di non conoscere l’istituzione del Garante, la sua composizione, i suoi poteri e le sue funzioni, nonostante si trattasse della terza visita in tale Istituto dopo quelle del 2 aprile 2016 e del novembre 2017. Tale atteggiamento desta stupore e disappunto: stupore perché è impensabile che il personale che è stato coinvolto nella discussione al momento dell’accesso – che ha incluso un Ispettore di lunga presenza nell’Istituto e lo stesso Comandante – non conoscesse la possibilità di accesso non annunciato del Garante nazionale; disappunto perché, qualora tale non conoscenza rispondesse a verità, sarebbe indicativa di carenze di minima formazione del personale, oltre che di mancata capacità di riconoscimento di ruoli istituzionali.

Superato l’incidente istituzionale (solo con l’intervento delle più alte autorità dell’Amministrazione penitenziaria), la delegazione ha incontrato una buona cooperazione da parte di tutto il personale. L’accesso successivo, nella mattina del 26 giugno, si è svolto, prevedibilmente, senza alcuna difficoltà e anzi, con accoglienza. Il Direttore, assente nel pomeriggio del 25 giugno, ha incontrato la delegazione nella mattina successiva rendendosi disponibile a un aperto confronto sulle questioni di maggior rilievo critico.

Nessun problema si è posto in occasione della visita del Presidente del Garante nazionale nel novembre successivo: visita che, al contrario, è stata caratterizzata da grande cooperazione e cordialità.

2.1.2. La sezione di isolamento

Il dato di novità rispetto alla situazione riscontrata nelle visite precedenti è l’utilizzo della sezione di isolamento per ragioni estranee e diverse dall’esecuzione della sanzione disciplinare dell’esclusione dalle attività comuni o per l’applicazione del regime di isolamento diurno.

Delle quattro persone collocate nella sezione al momento della visita, due, incontrate dalla delegazione, non erano sottoposte ad alcun provvedimento determinante l’isolamento: una, C.T.²⁴, aveva scelto di trattenersi in tale sezione dopo l’esecuzione della sanzione disciplinare per ragioni di incompatibilità con altre persone

²² Alla data del 19 giugno 2019 su 261 persone presenti nell’Istituto, 128 appartenevano al circuito AS3 (oltre a una ammessa all’articolo 20 o.p. e una alla semilibertà), 32 a quello AS1, una persona a quello AS2.

²³ Dpr 230 del 2000.

²⁴ [...]

del suo circuito, l'altra, V.T.²⁵, giunta il 29 marzo dall'Istituto di Saluzzo, voleva rimanere in una stanza di pernottamento singola, anche in ragione di sue problematiche di natura psichica. In entrambi i casi, la disciplina di vita detentiva prevedeva la mancanza di attività in comune e il passeggio all'area aperta da soli. A tale proposito, il Garante nazionale ribadisce il proprio disappunto per i cortili della sezione di isolamento, dei veri e propri 'cubicoli' di quattro metri per due, privi di tettoie per ripararsi dal sole o dalla pioggia: quasi delle celle senza soffitto. Inoltre, dalle stanze delle persone non sottoposte a isolamento era stato rimosso l'apparecchio televisivo, originariamente installato, come misura dissuasiva della permanenza volontaria in tale sezione determinata dalla volontà di disporre di una stanza singola.

Il Garante nazionale, rilevando la criticità dell'uso promiscuo di sezioni destinate a collocazioni specifiche e, in particolare, all'isolamento, esprime il proprio dissenso verso l'applicazione impropria di misure restrittive dell'ordinaria vita detentiva e dell'accesso alle attività trattamentali, oltre che verso l'adozione di provvedimenti di natura meramente vessatoria connessi, peraltro, a ragioni esclusivamente di natura organizzativa interna, quale la privazione dell'apparecchio televisivo. Pertanto,

- 1. raccomanda alla Direzione dell'Istituto di Oristano di revocare l'ordine di servizio con il quale è stata disposta la rimozione dell'apparecchio televisivo dalle stanze della sezione isolamento e di provvedere a dare adeguata collocazione alle persone che manifestano problematiche di adattamento alla convivenza con altri, eventualmente con la loro collocazione in camere detentive destinate alle finalità previste dall'articolo 32 del Dpr 230 del 2000, mantenendo in ogni caso per esse il pieno accesso a tutte le attività comuni e trattamentali.**

Anche in occasione della visita successivamente condotta dal Presidente del Garante nazionale l'8 novembre 2019, quattro persone erano ristrette nella sezione d'isolamento e, anche in tale caso, presentavano profili diversi non sempre giustificanti tale allocazione. Infatti, una persona era in tale sezione poiché stava scontando la misura dell'isolamento ex articolo 72 c.p.; quanto alle altre, una era temporaneamente presente nell'Istituto per essere presente a un processo in corso e – a quanto riferito – aveva problemi con altri detenuti tali da scongiurarne la collocazione in una normale sezione, una aveva una posizione processuale che ne scongiurava la permanenza con gli altri²⁶ e, per tale motivo, anche il suo tempo all'aria aperta si svolgeva negli inaccettabili cubicoli e non nel cortile normale come invece avveniva per gli altri; una infine era una persona classificata come "Alta sicurezza 2" ed era collocata in questa sezione d'isolamento poiché l'Istituto di Oristano non ospitava in generale detenuti con tale classificazione. Proprio per la specificità della collocazione di quest'ultima persona – che aveva concluso un precedente periodo d'isolamento ex articolo 72 c.p. – particolare attenzione è stata riservata alla valutazione delle complessive condizioni della sua detenzione. Condizioni che saranno riportate nel seguente paragrafo.

2.1.3. Situazione detentiva di una persona specifica.

Nel periodo della prima visita (fine luglio 2019) il signor C.B.²⁷ era collocato nella sezione isolamento in esecuzione della misura dell'isolamento diurno ai sensi dell'articolo 72 c.p. In tale occasione la delegazione in visita ha riscontrato l'adozione nei suoi confronti di misure di controllo di particolare rigore, incidenti sulla regolarità della vita detentiva: la perquisizione quotidiana personale e della stanza, la chiusura della porta blindata dalle 18.00 fino alle 7.00, fortemente limitante il passaggio dell'aria, il continuo spostamento in altra camera di pernottamento, attuato peraltro con frequenza non prestabilita, la mancanza di comunicazione formale dei provvedimenti dispositivi di tali misure, comunicate a voce o applicate senza alcuna informazione, la mancata consegna del Regolamento interno e della Carta dei diritti della persona detenuta.

²⁵ [...]

²⁶ Collaboratore di giustizia.

²⁷ [...]

Nel colloquio con la delegazione, la persona detenuta ha lamentato inoltre il continuo disordine dei propri appunti realizzato dal personale nel corso delle perquisizioni nonché l'impossibilità di utilizzare un computer: tutto ciò determinava l'impossibilità di mantenere la propria attività di scrittura e studio.

Le misure restrittive adottate sono state riscontrate tutte negli ordini di servizio emanati dal Direttore dell'istituto dal momento dell'accesso di C. B. nell'Istituto, messi a completa conoscenza del Garante nazionale in visita, tutti motivati dalle particolari ragioni di sicurezza dettate dalla valutazione di «spiccata pericolosità» attribuita a tale persona.

Il Garante nazionale, pur considerando le ragioni di particolare sicurezza che interessano alcune persone detenute, rileva che alcune misure di controllo, come il periodico spostamento di stanza di pernottamento, alcune modalità di applicazione di queste, come il quotidiano disordine operato tra gli effetti personali della persona detenuta e la mancata informazione degli ordini dispositivi di misure ulteriormente restrittive, non abbiano concreto fondamento nelle particolari esigenze cautelari cui sono formalmente indirizzate, ma rischino di rappresentare, invece, mere manifestazioni di un rigore vessatorio.

In occasione della successiva visita del Garante nazionale all'Istituto di Oristano (8 novembre), il Garante nazionale ha riscontrato che la situazione di C.B. era modificata, con l'interruzione delle modalità sopra descritte. Essendo ormai concluso il periodo di isolamento ex articolo 72 c.p., la persona detenuta era ristretta in tale sezione soltanto perché unica persona nell'Istituto classificata come "Alta sicurezza 2". Come già detto, tale circuito non è presente nella Casa di reclusione di Oristano: pertanto la sua permanenza in tale Istituto nelle condizioni di isolamento 'di fatto' non trova giustificazione.

Il Garante nazionale ricorda che considerazioni relative alla sicurezza della persona e alla rilevanza mediatica del suo caso non possono giustificare la riduzione della sua possibilità di realizzare una minima interazione con altri e tantomeno l'applicazione di regole restrittive che in linea generale sono adottate solo come provvedimento di natura disciplinare e per periodi di tempo molto limitati.

- 2. Il Garante nazionale raccomanda all'Amministrazione penitenziaria di individuare una diversa sistemazione detentiva del signor C.B. coerente con la sua classificazione e al tempo in grado di consentirgli di continuare la propria attività di scrittura e studio. Raccomanda inoltre, di favorire la sua comunicazione con il figlio molto piccolo, residente in un Paese Oltreoceano, attraverso la previsione di colloqui via skype.**

2.1.4 I circuiti: condizioni materiali e qualità della vita detentiva

Il Garante nazionale preliminarmente apprezza la positiva attivazione della Direzione dell'Istituto di Oristano a rimuovere alcune criticità di ordine strutturale rese oggetto di specifiche raccomandazioni di questa Autorità di garanzia nei Rapporti relativi alle precedenti visite.

Tuttavia, a distanza di due anni dall'ultima visita, deve rilevare la permanenza di altre criticità di natura strutturale, della carenza delle offerte formative e trattamentali, dell'assenza di una Direzione stabilmente ed esclusivamente applicata all'Istituto, della restrittività dell'Amministrazione nella considerazione delle esigenze di trasferimento, anche soltanto temporaneo, connesse a ragioni di salute o all'avvicinamento ai familiari per i colloqui²⁸. Ciò nel contesto delle difficoltà intrinseche alla distanza geografica delle persone detenute rispetto ai riferimenti familiari e affettivi.

Sotto il profilo strutturale, infatti, si è rilevata nuovamente la carenza dell'impianto di riscaldamento, pur soggetto a continui lavori di manutenzione, come riferito dal Comandante, che determina, tra l'altro, la scarsità di erogazione dell'acqua calda in particolare su tutto il terzo piano della struttura. Per altro verso, si

²⁸ Cfr Garante nazionale, Rapporto sulla visita alla Casa di Reclusione di Oristano-Massama "Salvatore Soro" del 3-10 novembre 2017. <http://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/a07ba80b39651913e45c78c94b6b53cf.pdf>

è constatata la carenza di frigoriferi nelle sezioni, motivata in ragione della carenza di fondi sufficienti per provvedere alla fornitura.

Di particolare rilievo è, infine, la criticità segnalata e constatata nella sala disposta per le videoconferenze, priva di impianto per l'aria condizionata e di finestre: considerati i tempi lunghi di permanenza in tale ambiente delle persone detenute e anche del personale di Polizia, determinati dalle incombenze processuali, la carenza di aria, naturale o forzata, determina condizioni di insalubrità e invivibilità incompatibili con l'utilizzo cui il locale è predisposto.

3. Il Garante nazionale raccomanda la predisposizione di impianti di areazione nella sala per le videoconferenze, idonei ad assicurare quantomeno il passaggio di aria forzata e adeguata climatizzazione del locale.

Sul piano della qualità della vita detentiva, i profili più problematici sono rappresentati dall'organizzazione ancora insufficiente dei colloqui con i familiari, visivi e telefonici, dalla carenza di attività trattamentali e lavorative, dalla permanente mancanza di strumenti di studio quale il computer.

Quanto ai colloqui, si rileva con apprezzamento l'accoglimento da parte della Direzione della raccomandazione formulata con il Rapporto 2 aprile 2016²⁹ e la conseguente disposizione di un colloquio con orario prolungato, dalle 9.00 alle 18.00.

Persiste, tuttavia, ancora, per quanto attiene i colloqui visivi, il limite del numero di tre familiari ammessi al colloquio, segnalato in particolare da persone detenute con quattro figli.

4. Il Garante nazionale ribadisce la raccomandazione già formulata con il Rapporto del 2 aprile 2016³⁰ e, richiamando il disposto dell'ultima parte dell'articolo 37 comma 10 del Dpr 230 del 2000, raccomanda che la Direzione dell'Istituto di Oristano-Massama e tutti gli Istituti di pena della Sardegna attuino la deroga prevista nel Regolamento di esecuzione ammettendo la partecipazione di più persone al colloquio quando si tratti di familiari diretti e, in particolare, in occasione dei colloqui con orario prolungato.

Persistono, altresì, le già rilevate problematiche nei colloqui telefonici con i familiari e, in particolare, con quelli residenti all'estero che dispongono esclusivamente di un'utenza telefonica mobile per i quali non è ammesso il contatto telefonico. La criticità, connessa a esigenza di documentazione del contratto telefonico, sostanzialmente insuperabili per la maggior parte dei residenti in Paesi esteri di talune aree geografiche, potrebbe essere superata con un approccio meno formalistico da parte dell'Amministrazione e con l'introduzione della videochiamata via Internet, secondo quanto disposto dalla Circolare Dap n. 0366755 del 2 novembre 2015. Al momento della visita, secondo quanto riferito alla delegazione, era prossima l'attivazione del sistema di videochiamata della piattaforma Skype, comunque limitata alla sola popolazione detenuta di media sicurezza, come disposto dalla citata circolare.

Oltre a richiedere informazione sul completamento della procedura di attivazione,

5. il Garante nazionale, rilevando che il problema dei colloqui telefonici con i familiari investe la prevalenza della popolazione detenuta nell'istituto di Oristano e, quindi, in massima parte le persone appartenenti ai circuiti dell'Alta sicurezza, ribadisce la raccomandazione³¹ al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, anche alla luce degli esiti della sperimentazione avviata dal 2015, di estendere l'accesso a tale forma di comunicazione anche alle persone detenute nelle sezioni

²⁹ Idem, Raccomandazione n. 13, p. 12.

³⁰ Idem, Raccomandazione n. 14, p. 12.

³¹ Garante nazionale, *Rapporto sulla visita regionale in Sardegna dal 3 al 10 novembre 2017*, raccomandazione n. 17, p. 15 (per la consultazione nel sito v. nota 3)

di alta sicurezza, pur con le modalità di sorveglianza e i limiti ritenuti necessari e, in ogni caso, di predisporre una regolamentazione omogenea dei contatti telefonici attraverso utenze mobili che ne consenta concretamente l'accesso, senza l'ostacolo di allegazioni documentali oggettivamente inesigibili.

In occasione della visita effettuata nel novembre 2019, successiva a quella alla base del presente Rapporto, il Garante nazionale è stato informato dell'inserimento di alcune persone detenute all'interno della Scuola di specializzazione in beni archeologici e di alte nei percorsi universitari degli Atenei di Sassari e di Cagliari. Il Garante nazionale valuta positivamente tale investimento nei percorsi culturali e di istruzione superiore. In particolare, la sedimentata esperienza dell'Istituto in attività archeologiche è stata più volte riconosciuta come elemento qualificante alcuni interventi trattamentali rivolti al circuito della "Media sicurezza": l'accordo dell'Istituto con il Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo (Mibact), con le Università, con il Comune di Cabras va in tale direzione e deve essere sostenuto a tutti i livelli istituzionali, anche per le sue potenzialità dal punto di vista occupazionale.

Simmetricamente, però, la carenza di offerta trattamentale e di esclusione da attività riservate al circuito di "Media sicurezza" (come i corsi di teatro) è stata segnalata unanimemente dalla popolazione detenuta nelle sezioni di "Alta sicurezza". A questa si aggiunge la persistente carenza, per le persone detenute in questo circuito, di accesso ai computer personali, attesi da oltre tre anni, determinata, secondo quanto riferito, dall'indisponibilità di un tecnico informatico che operi le schermature di sicurezza necessarie.

Ancora più forte la segnalazione e la doglianza per la mancanza di attività lavorative e la conseguente riduzione delle ore di lavoro per ogni persona detenuta. Secondo quanto riferito, tale criticità, oggettivamente riconosciuta dalla Direzione dell'Istituto, consegue all'operato aumento delle mercedi a fronte del mantenimento del fondo ad esse destinato.

La percezione complessiva della vita detentiva all'interno delle sezioni di "Alta sicurezza" si sintetizza nell'espressione del senso di abbandono, formulata dalla popolazione detenuta: abbandono rispetto al coinvolgimento in attività comuni e in percorsi di formazione e abbandono da parte delle Istituzioni, di cui è lamentata l'assenza o la scarsa disponibilità al colloquio diretto.

L'impossibilità di avere colloqui con il Direttore, da questi riconosciuta, è connessa alla permanente situazione di mancanza di una Direzione esclusiva e stabile, già portata all'attenzione del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria³², rimasta tuttavia priva di soluzione.

6. Il Garante nazionale, richiamando la Raccomandazione n. 1, formulata nel rapporto 18 dicembre 2018³³, e rilevando l'estrema criticità che ha investito la Direzione degli Istituti in tutto il territorio della Sardegna, segnala la rilevanza fondamentale della stabilità del governo degli Istituti penitenziari, a tutela, tra l'altro, della qualità della vita detentiva, del diritto alla certezza e alla conoscenza delle regole di disciplina interna, dell'equilibrio all'interno dell'intera comunità dell'Istituto, della serenità del personale, di Polizia e degli altri settori, nelle attività lavorative. Raccomanda, pertanto, di nuovo, al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria di provvedere tempestivamente a dotare ogni Istituto della Sardegna di un proprio Direttore.

La persistente mancanza di un "Servizio di assistenza integrato" (Sai) destinato alle persone detenute nei circuiti di "Alta sicurezza", in tutto il territorio della Sardegna e, per altro verso, il problema della distanza dai familiari sono all'origine delle numerose richieste di trasferimento, anche temporaneo, provenienti dalla popolazione detenuta in regime AS1 e AS3 che ne lamenta la ricorrente reiezione.

³² Idem.

³³ Idem, Raccomandazione n. 1, p. 4.

Un caso particolare, oggetto di reclamo inviato al Garante nazionale, ha riguardato il signor M.T.³⁴ per il trattamento della cui patologia è stato interessato il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria sin dal 10 maggio 2019 e che, dopo un reiterato e continuo scambio di richieste di delucidazioni e informazioni, non era ancora risolto alla data della visita del Presidente del Garante nazionale (8 novembre 2019). La stessa disposizione del magistrato di sorveglianza di trattamento in detenzione domiciliare speciale per motivi sanitari giaceva inapplicata e si era in attesa di una nuova definizione che favorisse il ricovero. Il Garante nazionale chiede di essere informato sugli esiti della procedura avviata.

Un problema similmente riferibile alla particolarità della detenzione in questo Istituto riguarda la difficoltà al mantenimento delle proprie pratiche religiose per coloro che non sono di religione cattolica. Un esempio è quello di A.G.³⁵, persona detenuta di fede ebraica, che nell'Istituto di Oristano non ha possibilità di usufruire dell'alimentazione Kasher né a praticare il rito dello Shabat: opportunità essenziali che potrebbero essergli assicurate in altri Istituti ove sono presenti comunità ebraiche, dotati di luoghi e di programmi rispettosi di tale fede.

Infine, la difficoltà di mantenimento di relazioni in un luogo distante dai propri affetti, si riflette sulle frequenti richieste di trasferimento, spesso per ridurre la difficoltà di visita a parenti ormai anziani: indipendentemente da valutazioni circa l'accoglimento di tali richieste, colpisce la frequente doglianza sulla mancata risposta – quantunque negativa – da parte dell'Amministrazione centrale, a molti mesi di distanza dalla formulazione della richiesta. Questa prassi, riscontrata in passato e meno frequente negli anni più recenti, sembra essere tornata di nuovo e costituire un elemento di criticità che il Garante nazionale segnala con disappunto. Il Garante nazionale chiede chiarimenti in merito e l'indicazione dei tempi medi di risposta nonché del termine massimo entro cui la risposta deve essere data. Considerati i precedenti elementi di difficoltà riscontrati,

7. il Garante nazionale, rilevando che le peculiarità della collocazione delle persone detenute in alta sicurezza in Istituti della Sardegna, rischia frequentemente di determinare la compressione di diritti fondamentali quali quello alla salute, al mantenimento delle relazioni affettive, all'accesso a piani trattamentali individualizzati, all'espressione della propria pratica religiosa, raccomanda al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria la considerazione soggettiva delle persone assegnate a Istituti della Sardegna in funzione della collocazione più consona ai singoli percorsi riabilitativi e la valutazione delle richieste di trasferimento, anche temporaneo, in termini tali da non pregiudicare i diritti fondamentali della persona in favore di esigenze di sicurezza altrimenti perseguibili.

15

2.2. La Residenza per le misure di sicurezza (Rems) di Capoterra

Anche la visita alla Rems era di *follow up*, a seguito del precedente monitoraggio effettuato a novembre 2017, nel corso del quale erano emerse alcune criticità.

La delegazione è stata accolta con spirito di collaborazione e apertura al dialogo da parte dei responsabili e ha avuto accesso a tutta la documentazione richiesta. Si ringraziano il direttore Riccardo Currelli e la psichiatra Lorena Lai. Va rilevato, tuttavia, quale elemento di criticità la presenza continua nel corso della visita delle Guardie particolari giurate (Gpg), che a più riprese sono state invitate a non accompagnare e seguire la delegazione.

³⁴ [...]

³⁵ [...]

Il giorno della visita erano presenti 16 pazienti, tutti di sesso maschile, corrispondente alla capienza massima della struttura: 12 erano in misura di sicurezza definitiva e 4 in misura di sicurezza provvisoria. Risultavano altresì in lista d'attesa 7 persone, tra le quali una donna.

Dalla sua apertura (27 luglio 2015), nella Rems sarda sono transitate 44 persone (42 uomini e 2 donne), le dimissioni sono state 29. Solo una persona è tornata a casa (a seguito della revoca della misura di sicurezza), le altre hanno proseguito il loro percorso, nelle forme della licenza finale d'esperimento (Lfe) (6) o della libertà vigilata (18), presso Comunità del territorio; due persone sono andate in un Istituto penitenziario e due sono state assegnate ad altre misure di sicurezza (Colonia agricola e Casa lavoro). Si registrano inoltre quattro rientri in Rems, tre dei quali a seguito del fallimento della misura di sicurezza (due in libertà vigilata e una in Lfe) e una dopo un periodo di misura di sicurezza detentiva presso una Colonia agricola. Da rilevare anche il fatto che quattro persone, delle 16 presenti il giorno della visita, erano nella struttura fin dalla sua apertura nel 2015, tre dal 2016 e altre quattro dal 2017.

Nella struttura inoltre ci sono stati tre decessi³⁶, uno dei quali registrato come suicidio (caso di G.T.³⁷), mentre la morte di I.P.³⁸ a seguito di un episodio di autolesionismo consistente nell'aver battuto fortemente la testa contro il muro non è stato registrato come suicidio essendo ancora aperta l'indagine della Procura.

Alcuni elementi di rilievo, evidenziati nella precedente visita, sono ormai divenuti, a parere del Garante nazionale, criticità strutturali. Per questo il Garante nazionale ritiene che su di esse occorra intervenire in via prioritaria: a) la connotazione custodialistica della struttura; b) l'esiguità del personale socio-sanitario; c) l'assenza di attività riabilitative strutturate; d) le misure disciplinari adottate e attuate, seppur senza procedura formalizzata.

2.2.1. Condizioni materiali

Le condizioni strutturali della Rems di Capoterra non sono cambiate rispetto all'ultima visita del Garante nazionale, nel novembre 2017: al Rapporto relativo a tale visita si rimanda per una descrizione dettagliata degli spazi.

Si conferma, come già detto, la sua connotazione come luogo prevalentemente custodialistico, con una prerogativa sanitaria piuttosto marginale: un modello di struttura che complessivamente si allontana dalle disposizioni della normativa istitutiva delle Rems. Infatti, gli elementi di natura contenitiva rilevati nella precedente visita sono rimasti immutati: la recinzione, la sorveglianza all'entrata della Rems da parte di guardie giurate e la prevalenza di personale di vigilanza all'interno del reparto. Questo personale svolge interventi anche di carattere riabilitativo (vedi *infra*).

Inoltre, a seguito del suicidio di un paziente nel 2018 (la morte è avvenuta in Ospedale, dopo alcuni giorni di coma, ma il soffocamento con un sacchetto di plastica è avvenuto nella Rems, all'interno della camera del paziente, durante il riposo pomeridiano) e a un altro decesso a seguito di un episodio di autolesionismo (vedi nota n. 37) avvenuto nello stesso anno, sono state apportate alcune modifiche materiali: il posizionamento di ulteriori grate ai balconi, l'abbassamento dei letti, la rimozione di alcuni arredi che potevano essere utilizzati da "ganci" per tentativi di impiccagione.

8. Il Garante nazionale, pur considerando le esigenze di tutela dell'incolumità delle persone internate, non può non ribadire le perplessità già espresse con il Rapporto del 10.12.2018 e rilevare l'inadeguatezza di accorgimenti contenitivi rispetto alle finalità terapeutiche proprie della Rems.

³⁶ Si tratta di: [...], morto il 10.12.2015; [...], morto il 2.11.2018 (suicidio); [...], morto il 1.7.2018.

³⁷ [...], deceduto il 2.7.2018 nel reparto di rianimazione dell'Ospedale "Giuseppe Brotzu" di Cagliari, a seguito di soffocamento con gas e utilizzo di una busta di plastica.

³⁸ [...]

Raccomanda pertanto alla Direzione della Rems di rivalutarne l'effettiva funzione e di condividere i presidi di sicurezza con la Direzione sanitaria.

2.2.2. Qualità della vita e disciplina interna

La situazione complessiva si è presentata sostanzialmente invariata rispetto a quanto osservato nel corso della visita del novembre 2017, salvo l'accentuazione di pratiche e presenze a chiara finalità contenitiva e di sorveglianza. Invariata la mancanza di un Regolamento interno e della previsione specifica dei comportamenti sanzionabili e delle relative sanzioni.

Assenza di attività riabilitative strutturate

L'esiguità della presenza del personale socio-sanitario assegnato alla struttura per curare gli aspetti socio-riabilitativi e trattamentali dei pazienti e la carenza di attività riabilitative strutturate impattano fortemente sulla concretezza del piano trattamento terapeutico individuale (Ptri) e sulla positività del rientro nella società del paziente. È da rilevare che le attività terapeutico-riabilitative, pur essendo previste sia sotto l'aspetto clinico (colloqui psicologici e psichiatrici sia di gruppo che individuali) sia sotto l'aspetto dei programmi riabilitativi e di socializzazione³⁹, escluse le uscite in gruppo autorizzate dall'Autorità giudiziaria⁴⁰, sembrerebbero occasionali e senza una scadenza prestabilita. In particolare, le attività ricreative, formative, sportive e di riabilitazione non seguono una calendarizzazione chiara e rilevabile da un programma esposto in bacheca. Durante la giornata della visita era in programma una gita in bicicletta che coinvolgeva quattro o cinque ospiti. Le altre persone non sembravano avere alcuna attività da svolgere: alcuni si aggiravano in corridoio fumando o sentendo musica con le cuffie, altri aspettavano davanti alla porta in attesa di chiedere a un operatore di comprare qualche genere nel bar posto all'interno dell'edificio, ma esternamente alla Rems. Non sono previste attività scolastiche, formative e lavorative.

Il Garante ritiene, soprattutto nei posti dove sono residenti persone con disturbi psichiatrici, che sia opportuno rendere esplicita la programmazione dell'attività interne in considerazione del fatto che questa può favorire l'orientamento nel tempo e nello spazio della persona che si trova in un luogo di privazione della libertà, soprattutto se la sua permanenza è prevista per un periodo di tempo lungo. La Rems, infatti, è un luogo dove la vita quotidiana viene scandita prevalentemente dalle attività interne all'organizzazione. La programmazione, la sua esplicitazione nonché la sua condivisione con i pazienti favoriscono non solo la responsabilizzazione del paziente ma coadiuvano la terapia, riducendo in tal modo il rischio del senso di alienazione e spersonalizzazione che le istituzioni totali genera in chi ci vive.

Inoltre, il trattamento sanitario in Rems non può prescindere dall'affrontare le questioni legate all'esclusione sociale dei pazienti ricoverati. Per farlo occorre una piena collaborazione tra tutte le Istituzioni coinvolte, a cominciare dalla Magistratura a cui spetta il compito di concedere permessi e licenze per effettuare attività al di fuori dalla struttura. Dalla sua apertura fino al mese di giugno 2019 (47 mesi) sono state concesse 774 autorizzazioni a uscire dalla Rems. Di queste, ben 583 erano finalizzate a effettuare prestazioni sanitarie presso strutture del territorio. Le restanti 191 licenze sono state utilizzate per effettuare visite ai parenti, per fare acquisti di abbigliamento o per partecipare ad attività organizzate dalla stessa Rems, come le gite culturali, le gite in bicicletta o altro o, ancora, per sbrigare pratiche burocratiche. I pazienti sono sempre accompagnati da un operatore. Solo in due casi – uno dei quali ha riguardato un paziente ormai dimesso – l'Autorità giudiziaria ha previsto l'accompagnamento dei familiari. Secondo quanto riferito alla delegazione

³⁹ Cfr. la nota "Attività Rems Capoterra" del 2.7.2019 a firma del Direttore sanitario della Rems, Riccardo Curreli.

⁴⁰ In merito alla collaborazione con l'Autorità giudiziaria è da rilevare che la Rems di Capoterra - Asl n. 6 di Sanluri-Dsmd (Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze) ha stipulato nel 2015 un Protocollo d'intesa tra Tribunale di Sorveglianza di Cagliari e l'Ufficio di Esecuzione penale esterna di Cagliari al fine di: promuovere azioni di sensibilizzazione nei confronti della comunità locale rispetto al sostegno e al reinserimento delle persone sottoposte a misure di sicurezza; accompagnare i cittadini sottoposti a misure di sicurezza in un percorso di recupero e cura presso la Rems.

del Garante nazionale, le concessioni di licenze sono andate aumentando nel corso degli anni: nel quarto anno di vita della Rems un solo magistrato di sorveglianza ne ha concesse 75. Tuttavia, l'isolamento della Rems rispetto al territorio esterno è apparso ancora evidente.

Gestione della disciplina

Come già rilevato nella precedente visita, nella struttura sono applicate alcune misure disciplinari denominate di «isolamento» e di «confinamento». Il direttore ha tenuto a precisare che non si tratta di sanzioni, bensì di modalità di gestione dei casi di crisi acuta delle persone internate che, secondo la sua valutazione, sono per lo più soggetti sofferenti di sociopatie più che di patologie psichiatriche. Tali misure sono applicate, secondo quanto riferito, soltanto nei casi estremi di effettiva impossibilità di gestione della situazione critica e, in ogni caso, la loro applicazione costituisce sempre oggetto di riflessione e di discussione con il paziente. L'evento e la relativa modalità di gestione sono inclusi nella relazione trasmessa al magistrato di sorveglianza ai fini del giudizio di riesame della pericolosità. Il direttore ha precisato, inoltre, che i termini «isolamento» e «confinamento» non sono corretti e non sono utilizzati nella struttura. Nondimeno, nel corso della visita il personale sanitario e quello di vigilanza usavano normalmente tali termini, così come erano utilizzati in atti scritti dal direttore stesso⁴¹, seppure riferiti al 2016. Il Garante nazionale stigmatizza tale terminologia del tutto inadeguata al contesto. Auspica che essa appartenga al passato della Rems e non sia più attualmente in uso.

Indipendentemente dalle loro rispettive denominazioni, le modalità di applicazione delle misure adottate per la gestione dei cosiddetti "casi critici" sono pertanto due: la prima consiste nell'obbligo per il paziente di permanere nella stanza di degenza per un tempo stabilito a discrezione del direttore e sotto il controllo di un operatore della vigilanza posto davanti alla porta aperta della camera (modalità riferita, come già detto con la denominazione di «isolamento»), e la limitazione del movimento all'interno della Rems entro limiti appositamente segnati sul pavimento (fino all'anticamera o fino a un piccolo tratto di corridoio: si tratta della modalità riferita come «confinamento»). Nel corso della visita sono stati rilevati segni sul pavimento che definivano il limite spaziale da non valicare. Entrambe le misure espongono chi le subisce all'identificazione da parte degli altri ospiti della struttura, essendo immediatamente visibili.

A mo' di esempio, la delegazione ha esaminato il caso del signor A.F.⁴², internato provvisorio, autore di sei violente aggressioni a guardie giurate e trasferito successivamente alla Casa circondariale di Cagliari-Uta, ha avuto una settimana di 'punizione', rimanendo relegato entro il confine tra la sua stanza e una parte del corridoio.

Nessuna di tali pratiche, come già rilevato, è definita in un atto regolamentare che ne comprenda i presupposti, i termini temporali e le modalità applicative. Il Garante esprime perplessità sulla valenza educativa e riabilitativa della regola stessa che sembrerebbe avere un valore meramente contenitivo e punitivo.

Non essendo previsto un Registro relativo a tali pratiche, risulta difficoltoso a posteriori avere informazioni sulla durata, i motivi, la frequenza e sui soggetti destinatari di tale provvedimento. Inoltre, come rilevato dall'osservazione di un altro caso specifico⁴³, non c'è piena corrispondenza tra gli atti che dispongono le misure del cosiddetto «isolamento» o del cosiddetto «confinamento» con le annotazioni riportate nel Diario clinico: qui si rinviene, talvolta, l'applicazione di una di tali misure in assenza del relativo atto di disposizione.

⁴¹ È il caso per esempio delle disposizioni del direttore del 25 febbraio 2016 nei confronti di [...]; del 15 marzo e 4 aprile del 2016 nei confronti di [...]; del 3 aprile e del 3 e 10 giugno 2016 nei confronti di [...]; del 28 gennaio, 3, 4, 5, 9, 15 febbraio, 1, 4, 26 aprile, 13 maggio, 16 giugno, 15 luglio 2016.

⁴² [...]

⁴³ [...], vedi *infra*.

L'esame del Diario clinico di due persone che hanno dato luogo a eventi critici di particolare drammaticità, ha evidenziato l'avvenuta reiterazione nei loro confronti di tali misure e la prossimità temporale di queste con gli atti autolesionistici.

9. Il Garante nazionale, nel ribadire le ragioni di perplessità già espresse nel precedente Rapporto, raccomanda che le eventuali previsioni di comportamenti gestiti con l'adozione di misure restrittive rispetto all'ordinario andamento della vita interna e l'applicazione di tali misure siano tassativamente previsti e codificati nel Regolamento interno di cui raccomanda nuovamente l'adozione alla Direzione della Rems.

10. Raccomanda, inoltre, che qualsiasi regola, organizzativa o di condotta, venga esplicitata e comunicata al paziente, in un'ottica di trasparenza e di attribuzione di senso e contenuto alla regola stessa.

11. Raccomanda altresì alla Direzione di curarne e assicurarne la precisa documentazione, istituendo un apposito Registro e riportando, in ogni caso, ogni atto dispositivo nel diario clinico.

Tali raccomandazioni si presentano tanto più stringenti in considerazione del fatto che, come riferito, l'evento critico e la relativa sanzione vengono riportati nella Relazione al magistrato di sorveglianza finalizzata al riesame della pericolosità. Oltre a segnalare come tale prassi rischi di minare il rapporto fiduciario tra paziente e operatore sanitario, la discrezionalità nella valutazione degli eventi critici e nell'applicazione di misure restrittive o di contenimento, risulta del tutto incongrua rispetto alla rilevanza che viene conferita a tali accadimenti nel rapporto di comunicazione con l'autorità giudiziaria.

Riguardo alla criticità illustrata dal direttore della Rems secondo cui l'utenza inviata alla struttura ha prevalentemente problematiche di tipo sociale rispetto a quelle di tipo psichiatrico,

12. il Garante raccomanda le Autorità competenti che l'invio presso le Rems venga fatto secondo un'opportuna valutazione nel rispetto dei precetti contenuti nella normativa istitutiva, che prevede l'uso delle Rems come *extrema ratio*, e che si eviti di utilizzare questa tipologia di strutture come serbatoio contenitivo di devianza di tipo sociale più che di tipo psichiatrico.

A tal proposito il Garante sollecita una maggiore collaborazione tra Rems di Capoterra, servizi sociali territoriali e Autorità giudiziaria al fine di prevenire inserimenti inopportuni che affaticherebbero il sistema delle misure di sicurezza incrementando sconsigliatamente le liste di attesa dei pazienti che devono essere ricoverati in Rems. Una più intensa collaborazione con i servizi sociali territoriali, ciascuno per la propria competenza –sanitaria e sociale- assicurerebbe, inoltre, una gradualità del rientro nel proprio ambiente familiare che al momento non sembrerebbe garantita.

Pianta organica e vigilanza privata

La pianta organica è rimasta invariata rispetto alla scorsa visita: 11 infermieri, un tecnico della riabilitazione psichiatrica, sei operatori socio-sanitari, tutti dipendenti di cooperative e società consortili; la psicologa e la collaboratrice amministrativa sono invece dipendenti dell'Azienda sanitaria, ma con contratti a tempo determinato. Gli unici con contratti a tempo indeterminato sono i medici psichiatri (tre, tra cui il direttore sanitario) e l'assistente sociale. Il turn-over, soprattutto tra il personale esterno dipendente della cooperativa è elevato, ma in linea con altre strutture di riabilitazione psichiatrica.

Rimane aperta la questione della vigilanza privata, unica categoria professionale il cui impegno è stato incrementato (da tre a quattro persone per turno, di ore sulle 24 ore, seppur con decisione 'transitoria'). Ciò significa un rapporto vigilante/paziente di 1 a 4. Al di là dei numeri, che, a detta del direttore, se ci fossero disponibilità finanziarie, «andrebbero ulteriormente incrementati», colpisce il loro ruolo cruciale nella quotidianità. All'osservatore esterno appaiono come le persone più presenti e maggiormente coinvolte

anche sul piano relazionale. Visto l'alto *turn over* che caratterizza il personale sanitario, le guardie giurate risultano infatti quelle con la maggior esperienza e dunque più approfondita conoscenza delle 'dinamiche' della Rems. Il loro ruolo va ben oltre il mero 'controllo'. È frequente trovarle impegnate in attività ludiche con i pazienti o dialogare con loro durante i pasti o ancora, comprare gelati e merende al bar poco distante dalla porta d'ingresso della Rems. A dispetto della grande scritta «Vigilanza» sull'uniforme, ci si trova dunque di fronte a persone che svolgono mansioni varie e diverse. Si tratta di una scelta organizzativa che necessiterebbe certamente di essere inserita in un quadro normativo e regolamentare di respiro nazionale, oggi assente.

La giustificazione data dalla Direzione su tale massiccia presenza di vigilantes è legata alla tipologia dei pazienti che entrano in Rems. In molti casi si tratterebbe di persone con marcati disturbi antisociali e nessuna patologia psichiatrica. Insomma, persone nei confronti delle quali la Rems non può svolgere alcun ruolo sanitario/terapeutico, ma deve limitarsi a un ruolo di mero controllo, non dissimile a quello che potrebbe svolgere un Istituto penitenziario. A prescindere dalla veridicità di tali affermazioni, è tuttavia utile ribadire che lo spirito (e la lettera) della legge n. 81 del 2014 è di configurare le Rems quale struttura a esclusiva gestione sanitaria, dove le forme di controllo sono limitate all'area perimetrale. Pertanto,

13.il Garante nazionale raccomanda che Il ruolo di figure diverse da quelle sanitarie all'interno della Rems sia formalizzato in maniera chiara e trasparente, per esempio con un Regolamento interno; la loro attività, soprattutto nel caso di uso della forza nei confronti di pazienti ricoverati sia puntualmente "rendicontata" in registri accessibili anche ad Autorità esterne, con forme di verbalizzazione che diano conto dei motivi dell'intervento, delle persone coinvolte e della loro modalità attuativa; la presenza di figure diverse da quelle sanitarie all'interno della Rems sia subordinata a percorsi di formazione obbligatori, che chiariscano alle guardie giurate il quadro normativo di riferimento e i limiti della loro attività, anche a loro tutela.

20

Trattamenti sanitari obbligatori (Tso)

Nell'adozione di Tso si sono riscontrati almeno tre profili di criticità di cui due attinenti, nuovamente, alla carenza di strumenti di trasparenza: la mancanza di un Registro in cui siano annotati i trattamenti sanitari obbligatori adottati, l'omissione dell'annotazione del Tso praticato nel Diario clinico del paziente⁴⁴, l'appartenenza alla Rems del medico proponente e del medico convalidante.

In un caso oggetto di specifica osservazione e analisi da parte della delegazione del Garante nazionale⁴⁵, per esempio, il Tso era stato proposto dal medico interno alla Rems e convalidato dal direttore sanitario, non assicurando così l'indipendenza delle due figure.

Riguardo al ricovero nella struttura di una persona, L.C.⁴⁶, anch'essa oggetto di analisi da parte della delegazione e segnalata già a seguito della precedente visita, il Garante nazionale ha riscontrato un miglioramento della sua complessiva posizione: si tratta, infatti, di una persona internata non appartenente per residenza alla Regione sarda, bensì all'Umbria – Regione che, come è noto, non ha voluto dotarsi di una Rems – e che conseguentemente non aveva trovato una effettiva presa in carico da parte del supporto socio-sanitario territoriale sardo. La situazione è invece ora in via di risoluzione, in quanto L.C. ha chiesto e ottenuto la residenza a Capoterra presso la Rems, rendendo possibile attivare percorsi di reinserimento nel territorio. Nello stesso giorno della visita, infatti, si è svolta una riunione dei responsabili della Rems con il Dipartimento per la salute mentale proprio per esaminare il caso.

⁴⁴ Caso di [...], vedi *infra*.

⁴⁵ Vedi nota precedente.

⁴⁶ [...]

2.2.3. Altri casi analizzati

Al fine di comprendere meglio il funzionamento della Rems di Capoterra, gli elementi di positività dei percorsi avviati e le criticità riscontrate, il Garante nazionale ritiene utile riportare in questo Rapporto alcuni elementi relativi a due casi analizzati dalla delegazione in occasione della visita. Essi propongono alcuni di quei profili di perplessità in merito alle dinamiche di disciplina interna, alla completezza delle registrazioni e della documentazione e all'adozione dei trattamenti sanitari obbligatori, di cui si è trattato nei paragrafi precedenti.

Caso 1: G.T.⁴⁷

Sul caso di questo paziente il Garante nazionale è già intervenuto nel suo Rapporto relativo alla precedente visita nel novembre 2017⁴⁸. Il paziente è deceduto in data 1° luglio 2018, a seguito di auto-soffocamento. Dall'esame del diario clinico è emerso che il paziente era stato sottoposto, nel tempo, a molteplici disposizioni di «isolamento» o di «confinamento», per tempi e modalità applicative estremamente vari. L'ultima di tali applicazioni, in particolare quella del «confinamento», era stata applicata circa due mesi prima del decesso e si era protratta per 13 giorni: dal 27 aprile 2018 al 10 maggio 2018. Dalla raccolta delle «vecchie disposizioni», peraltro spesso lacunose, sono risultati 18 provvedimenti di «confinamento» o «isolamento» assunti nei suoi confronti nel 2016 (fino al 27 settembre)⁴⁹. Dal 27 settembre fino al 27 aprile 2018 (data del nuovo «confinamento» di tredici giorni) non risultano altre disposizioni di misure contenitive. Tuttavia, dal

⁴⁷ Giovanni Tolu, vedi *infra*.

⁴⁸ Garante nazionale, *Rapporto sulla visita in Sardegna dal 3 al 10 novembre 2017*, p. 44. Si riporta, qui di seguito quanto allora segnalato: «[...] Successivamente alla visita, il Garante nazionale ha preso atto che in data 1° luglio 2018 una persona internata definitivamente, G.T. si è tolta la vita, tramite soffocamento con gas e utilizzo di una busta di plastica. Ovviamente è lungi dall'opinione del Garante trovare dirette responsabilità in tali drammatici eventi. Tuttavia, non può non rilevarsi che l'episodio è avvenuto nel pieno del pomeriggio (ore 16.47) nel contesto di una struttura molto limitata in dimensione numero e con la presenza di personale di vigilanza all'interno. Il Garante nazionale chiede di sapere quali procedure siano state successivamente messe in atto, sia per i dovuti accertamenti dell'episodio, sia per ristabilire la tranquillità in una comunità vulnerabile toccata da un simile evento. Risulterebbe inoltre al Garante nazionale che in data 3 novembre sia deceduta in ospedale una persona internata, I.P., a seguito di un episodio di autolesionismo consistente nell'aver battuto fortemente la testa contro la porta [si tratta del secondo caso considerato nel presente Rapporto, n.d.r.]. La persona aveva già nel 2012 manifestato volontà autolesiva lanciandosi da un'altezza di circa due metri ed era stata successivamente ricoverata in ospedale. Di tale decesso non risulta tuttavia notizia negli atti accessibili negli applicativi informativi.

Il Garante nazionale chiede di ricevere informazioni esaustive su tale episodio e, qualora confermato, sulle misure messe in atto conseguentemente. Raccomanda inoltre di essere in via ordinaria notificato nei casi di episodi di autolesionismo che comportino ricoveri ospedalieri e, ancor più, in caso di suicidi o morte naturale. (Per la consultazione sul sito v. nota 3).

⁴⁹ Nel dettaglio:

- 28-29 gennaio 2016
- 3-4 febbraio 2016
- 5-6 febbraio 2016 (isolamento con uscita dalla stanza per 40 minuti al giorno)
- 9- 11 febbraio 2016 (isolamento con 60 minuti al giorno, la mattina e la sera, di uscita dalla camera e una passeggiata)
- 15 febbraio 2016: non è stata reperita la disposizione di cessazione e il primo provvedimento successivo di cessazione è del 15 marzo. A meno di altre lacune documentali si deve pensare che la misura si sia protratta per un mese (60 minuti di uscita al mattino e alla sera ma con pasti in camera, più confinamento)
- 1° aprile 2016: isolamento con presenza costante di almeno una guardia della vigilanza, uscita di 30 minuti al pomeriggio con accompagnamento della vigilanza, pasti in stanza.
- 4 aprile 2016: idem
- 21 aprile 2016: confinamento con controllo costante
- 26 aprile 2016. Isolamento dalle 20.00 alle 8.00, confinamento dalle 8.00 alle 20.00, con presenza costante della vigilanza
- 13 maggio 2016: isolamento per tutto il giorno, salvo mezz'ora di uscita al mattino e un'ora complessiva, anche frazionabile in due parti, nel pomeriggio
- 10 giugno 2016: isolamento con 3 ore di uscita
- 15 luglio 2016: isolamento
- 24 agosto 2016: controllo a vista h 24
- 27 settembre 2016: isolamento.

diario clinico risulta che l'11 aprile 2017 il paziente era stato immobilizzato sulla sedia, gli è stata somministrata una iniezione ed era stato sottoposto al «confinamento».

Il paziente inoltre aveva in passato compiuto diversi atti autolesionistici che, peraltro, si incrociano con l'applicazione delle varie misure disciplinari cui è stato sottoposto: dall'ingestione di pile (il 19.3.2015, il 24.9.2015 e il 7.01.2016) e di detersivo (il 7.5.2016), a un calcio sferrato contro muro che gli ha procurato 30 giorni di doccia gessata.

Caso 2: I.P.⁵⁰

Il paziente è deceduto in data 2 novembre 2018. Il Garante nazionale ha intrapreso una separata interlocuzione con il direttore sanitario della Rems di Capoterra nell'immediatezza dell'evento. In occasione della visita oggetto di questo Rapporto la delegazione ha esaminato il Fascicolo sanitario. In esso risulta la comunicazione del 5 aprile 2017 con la quale si prospettano alcune contestazioni sul suo comportamento e l'adozione di «misure restrittive» [sic!]. Il paziente è stato sottoposto due volte a un Tso: una prima volta nella Rems, il 14 ottobre 2016 e una seconda, il 21 novembre 2016 nel Spdc di Cagliari, dal quale è rientrato nella Rems. Il primo Tso, proposto dal medico interno alla Rems e convalidato dal direttore sanitario, non risulta annotato nel Diario clinico. Il 16 ottobre 2017, il paziente ha compiuto il primo atto di autolesionismo, gettandosi dal muretto di recinzione della struttura e riportando escoriazioni e fratture lombari. Il 24 ottobre 2018 è stato ritrovato ai piedi del muretto senza lesioni: sottoposto a monitoraggio il 26 ottobre. Il 27 ottobre 2018 ha compiuto un atto di grave autolesionismo, sbattendo volontariamente la testa contro un muro mentre veniva accompagnato al bagno dal personale di vigilanza. È stato quindi condotto in ospedale, dove è deceduto.

- 14. Il Garante, rilevando il presentarsi di episodi nefasti e di simile connotazione in un arco di tempo molto ristretto, raccomanda che venga sviluppato all'interno della équipe multidisciplinare che segue il percorso e la presa in carico delle persone ospitate un dibattito sull'efficacia delle misure di prevenzione adottate, non soltanto di tipo materiale⁵¹, ma soprattutto di tipo relazionale e di osservazione.**

22

2.2.4. Contenzione

Secondo quanto riferito dal direttore, nella Rems la contenzione fisica non è più praticata, tanto che non hanno neanche le fascette. Per tale motivo, non esiste un Protocollo applicativo. Tuttavia, ha riferito che, soprattutto nei primi due anni, quando erano presenti persone con «agiti aggressivi», ci sono state una quarantina di situazioni che hanno richiesto atti di contenzione. Ciò era dovuto al fatto – secondo quanto da lui riportato – che nel passaggio dall'Ospedale psichiatrico giudiziario (Opg) alla Rems c'è stata una «ubriacatura di libertà» che ha comportato gravi problemi di gestione di alcuni pazienti.

Il Garante nazionale rileva che la mancanza di un Protocollo sulla contenzione, di fatto applicata in un numero consistente di casi – seppure, secondo quanto riferito, circoscritti alla fase iniziale dell'apertura della Rems – rappresenta una criticità.

- 15. Il Garante nazionale, nel ricordare che la contenzione meccanica non è atto terapeutico, raccomanda che qualora a essa venga fatto ricorso, essa rappresenti realmente una misura estrema applicata solo in caso di necessità da valutarsi in base a criteri rigorosi. Raccomanda altresì, che qualora in taluni casi, limitati in numero e in durata, si faccia ricorso a essa, i presidi medici utilizzati siano adeguati a omologazioni riconosciute e aggiornate e che per essa si tengano dedicati Registri, con specificazione dell'orario di inizio e fine, oltre che dei controlli.**

⁵⁰[...]

⁵¹ A seguito dell'ultimo episodio sono state rafforzate le grate ai balconi e si è posta un'accentuata attenzione a rimuovere quegli potenzialmente funzionanti come 'ganci' per impiccagione.

Ricorda, inoltre, che particolare attenzione deve essere rivolta non solo alla cosiddetta «contenzione fisica», ma anche a quella farmacologica – chiamata in ambito internazionale *chemical restraint* – e a quella di tipo ambientale, consistente nella collocazione della persona in fase di acuzie in ambiente privo di qualsivoglia suppellettile, spesso anche di qualsivoglia stimolazione visiva di colori. Su questi aspetti rinvia alla propria Relazioni al Parlamento del 2019.

3. AMBITO DELLE FORZE DI POLIZIA

3.1. Compagnia dei Carabinieri di Cagliari

Nei primi sei mesi del 2019, nelle camere di sicurezza della Compagnia dei Carabinieri di Cagliari è transitato un numero complessivamente limitato di persone: 25 persone in totale, tra cui una sola donna.

La visita di cui al presente Rapporto si può configurare come *follow up*. Secondo quanto riferito, infatti, a seguito della precedente visita del Garante (effettuata a novembre 2017) e delle osservazioni e raccomandazioni contenute nel relativo Rapporto⁵², due delle quattro stanze allora utilizzate sono state chiuse e rese inagibili, lasciando funzionanti solo la stanza n. 2 e n. 4, dotate – a seguito, appunto, della specifica Raccomandazione formulata – di un citofono per eventuali richieste di aiuto. Molte delle altre criticità rilevate, tuttavia, permangono: le camere, che misurano 2,00 x 1,90 metri, sono al piano interrato, prive di accesso della luce naturale e di un’apertura che consenta il ricambio dell’aria. La luce pertanto è solo quella artificiale che o rimane accesa sempre o lascia le persone al buio totale. Una situazione assolutamente non accettabile. I letti sono fissi e, nel giorno della visita della delegazione, erano dotati di un materasso sporco.

1. Il Garante nazionale rinnova la raccomandazione di effettuare con urgenza una ristrutturazione delle camere di sicurezze in uso per metterle a norma secondo gli standard internazionalmente definiti, garantendo il passaggio della luce naturale e dell’aria.

I Registri nella stazione dei Carabinieri di Cagliari sono risultati tenuti regolarmente e complessivamente in modo corretto⁵³.

Il Garante nazionale rileva tuttavia che i dati relativi alle camere di sicurezza della Regione Sardegna che il Comando della Legione Carabinieri della Regione ha fornito, in spirito di collaborazione, richiedono di essere aggiornati poiché almeno due delle Compagnie riportavano informazioni che alla verifica dei fatti non sono risultate corrispondenti con la realtà: la Compagnia di Cagliari ha, come detto sopra, solo due camere agibili e non cinque, come riportato; la stessa Compagnia di Cagliari ha riferito al Garante che le due camere di sicurezza della Compagnia di Quartu Sant’Elena sono inagibili da mesi.

Nel presentare questo Rapporto, il Garante nazionale ricorda che ogni visita rappresenta intrinsecamente un elemento di collaborazione con le Istituzioni e ringrazia le Amministrazioni coinvolte. Il Rapporto rimarrà riservato per trenta giorni per dare tempo alle Amministrazioni di rispondere, quindi verrà pubblicato sul sito del Garante nazionale.

Roma, 13 gennaio 2020

Mauro Palma

⁵² Garante nazionale, *Rapporto sulla visita in Sardegna dal 3 al 10 novembre 2017*, p. 49 (per la consultazione sul sito, v. nota 3).

⁵³ In generale però non viene compilata la voce «fruito pasto». Rispetto alla somministrazione dei pasti viene segnato solo se la persona lo rifiuta.