

PSICHIATRIA FORENSE

01

*Luigi Ferrannini
Paolo Peloso*

“**QUESTIONI ATTUALI
NEL RAPPORTO TRA
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
E CIRCUITO PENITENZIARIO:
COMPLESSITÀ DEI PROBLEMI
E IPOTESI DI INTERVENTO**”

RASSEGNA ITALIANA DI
CRIMINOLOGIA
anno I - n. I - 2007

• Premessa

160

• psichiatria forense •

Psichiatria di comunità e circuito penale intervengono su due gruppi distinti di bisogni e di soggetti, che tendono solo per una piccola misura a sovrapporsi.

Per molteplici ragioni – che traggono da un lato origine dalla nascita dell'ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) e dalla sua persistenza dopo il 1978 e dal fatto che la sanità penitenziaria abbia sempre costituito in Italia un mondo separato, e dall'altro da ragioni intrinseche all'evoluzione dei servizi psichiatrici del doporiforma (*Ferrannini e coll.*, 2003) – quest'area non è stata investita, se non molto recentemente, dal lavoro e dalla riflessione pratica e scientifica dei dipartimenti di salute mentale (DSM). Prima, per molti anni, il carcere è rimasto, come scrivono Dell'Acqua e coll. (1988), «il punto incontrollato del complesso percorso che definisce il circuito della domanda psichiatrica; in questo luogo separato e impenetrabile il malato scompariva, talora anche per venir inviato all'O.P.G., salvo poi a ricomparire con domande, problemi, necessità più acute e con un potere contrattuale ridotto al minimo tollerabile».

Nel corso degli anni '80, solo i Servizi più forti ed eticamente motivati, a partire proprio da Trieste (*AA. VV.*, 1998a, b), ragionano e intervengono organicamente sul problema dell'utenza incarcerata, o rimasta internata negli OPG; e in qualche altro caso la psichiatria comincia a partecipare, in un fecondo rapporto con altri soggetti, tra i quali la criminologia clinica, al dibattito civile sull'applicazione della legge Gozzini, l'umanizzazione della pena, la rottura dell'isolamento delle carceri, il miglioramento dell'assistenza sanitaria ai detenuti (*Ferrannini*, 1986). Dove, come in Liguria, la separazione dei SerT dal DSM era stata più tardiva, il DSM dava inizio a esperienze di interfaccia con il circuito carcerario, volte alla prosecuzione della presa in carico e alla costruzione di progetti terapeutici per i propri utenti tossicodipendenti.

Ulteriori occasioni di interfaccia si presentavano poi, a partire dalla seconda metà degli anni '90, in rapporto con la crescita di numero e di esperienza del circuito della residenzialità psichiatrica, pubblica e convenzionata, che offriva ai DSM i primi strumenti logistici ed operativi per essere individuati, via via più spesso, dalla Magistratura di Sorveglianza come interlocutori sufficientemente affidabili e sicuri coi quali costruire progetti di dimissione graduale dall'OPG.

A questa prima fase, fa seguito oggi una seconda, nella quale l'evoluzione complessivamente positiva di quelle esperienze impone il graduale impegno del DSM, in tutte le sue articolazioni cliniche, logistiche e organizzative, nella gestione, nella comunità, di percorsi non solo di fuoriuscita, ma talvolta – in rapporto in genere con una minore gravità del reato e un

vincolo più chiaro e stretto con una condizione di malattia che può essere affrontata e curata – di alternativa all'internamento in OPG. Parallelamente a questo movimento di restituzione di problemi, vicende, di soggettività e di storie personali da parte dell'OPG al circuito generale dell'assistenza psichiatrica – passaggio certo non privo di asperità, incomprensioni, a volte brusche accelerazioni e altrettanto incomprensibili fasi di rallentamento – andava in crisi in molti paesi europei ed extraeuropei, e in qualche misura cominciava a essere messa in discussione anche in Italia, l'idea che l'assistenza sanitaria all'interno delle carceri potesse rimanere, per standard qualitativi e soggetto erogatore, diversa e separata dal sistema sanitario complessivo.

Il D. Lgs. 230/99 veniva così a rappresentare il punto di arrivo di istanze, certo frammentarie e discontinue fino a quel momento, volte a stabilire una connessione etica, scientifica, logistica e clinica forte tra assistenza sanitaria dentro e fuori le mura del carcere. Di quella riconnessione, la psichiatria avrebbe dovuto rappresentare una delle aree fondamentali per la frequenza della malattia mentale nella popolazione detenuta in rapporto col, pur contenuto, maggior rischio di comportamenti reato nella popolazione affetta da patologia psichiatrica e la maggiore probabilità di essere identificati, ma anche con l'effetto psicotraumatico del reato, del processo e della situazione detentiva. E per gli strettissimi delicati e intricati rapporti tra salute mentale, assistenza complessiva e qualità della vita nella detenzione.

Si erano intanto sviluppate, nel corso e alla fine degli anni '90, altre esperienze che si aggiungevano a quella di Trieste. Al XLII Congresso della Società Italiana di Psichiatria svoltosi a Torino nel 2000 venivano così discussi i casi di Firenze Sollicciano, Torino Le Vallette e Genova Marassi (AA.VV., 2000), e la pubblicazione, l'anno successivo, dell'edizione italiana delle *Linee guida sull'assistenza psichiatrica delle carceri* dell'American Psychiatric Association (A.P.A., 2001) era accompagnata dall'illustrazione anche delle esperienze di Milano Opera e S. Vittore. Pur incontrando oggi, l'applicazione del D. Lgs. 230 insieme ad alcune di queste prime esperienze, una battuta d'arresto dalla quale auspichiamo che si possa al più presto ripartire, altri DSM si sono nel frattempo impegnati nell'assistenza psichiatrica alla popolazione carceraria: La Spezia, Pavia, Perugia, Savona, Taranto, tra gli altri.

Un'iniziativa recentemente assunta dalla Società Italiana di Psichiatria, in collaborazione con il DAP del Ministero della Giustizia, dovrebbe consentire di disporre di una fotografia fedele dell'assistenza psichiatrica in carcere – identità degli erogatori, modalità di erogazione e, in qualche misura, bisogni rilevati – come base, crediamo, conoscitiva indispensabile.

La presenza del DSM in carcere ha avuto, così, tra l'altro in questi casi la funzione di aumentare ulteriormente le occasioni di interfaccia con l'OPG, che non riguardano più solo il problema del coinvolgimento delle nostre

strutture, in particolare residenziali ma non solo, nei progetti di alternativa o dimissione di pazienti prosciolti, ma anche l'invio e il ritorno di soggetti detenuti in carcere, le cui problematiche di salute mentale possono essere state sottovalutate nel loro rilievo in riferimento al reato al momento del processo, o essere state ritenute ininfluenti sul reato stesso, o essere emerse successivamente.

L'individuazione del DSM da parte del circuito giudiziario come via d'uscita, o alternativa, credibile rispetto all'OPG, ma anche al carcere nel caso di soggetti affetti da malattia mentale non prosciolti, e insieme le tendenze in atto, in Italia ma anche in molti paesi stranieri, a far sì che il carcere non rimanga un buco nero nella rete complessiva dell'assistenza psichiatrica offerta dal DSM alla sua comunità di riferimento, contribuiscono a far sì che oggi, per il DSM, l'assistenza psichiatrica al paziente autore di reato rappresenti un nodo non ulteriormente eludibile. Ma, contestualmente, il bisogno di assistenza psichiatrica della popolazione internata e detenuta non si presenta – come avviene sempre quando la psichiatria si sforza di intercettare il bisogno di assistenza nelle comunità reali, nei luoghi concreti nei quali vivono, si ammalano, guariscono le persone – come un bisogno clinico “puro”, ma come una domanda carica di ambiguità, contaminazioni, sorprese. Su questi elementi, che cominciano fin d'ora a configurare come complesso ogni, pur ineludibile, progetto di avvicinamento del DSM alla popolazione della penitenti, vorremmo in particolare soffermarci in questa occasione.

1 • Il bisogno psichiatrico in carcere: l'intreccio dei problemi

Considerando l'interazione tra servizio psichiatrico e circuito penale, nel suo insieme, ci pare che le prospettive e le possibilità di cambiamento di fronte alle quali ci troviamo portino al pettine alcuni problemi che hanno però spesso radici antiche in equivoci mai sciolti e pienamente affrontati. Volendo sintetizzare, ci pare che la psichiatria possa essere chiamata in causa, nell'ambito del circuito giudiziario penale, per lo svolgimento di quattro funzioni:

1. innanzitutto, ed è la funzione indiscutibilmente più propria, per proseguire la presa in carico di soggetti affetti da una malattia mentale che, avvenga ciò in relazione o meno con essa, sono accusati di un reato, devono affrontare un processo e scontare un periodo di pena o una misura di sicurezza. Occorre considerare tra costoro certo i soggetti psicotici, ma non dimenticare neppure l'impatto difficile che possono avere con la rigidità fisica e ambientale delle regole del carcere soggetti affetti da impulsività, tendenza all'atto, oscillazioni dell'umore o condizioni

ansiose o fobiche, con particolare riguardo per la claustrofobia. O l'esplosione delle passioni, dell'instabilità nelle relazioni con se stessi o con il mondo, o il farsi insopportabile del vuoto interiore o la violenza della tendenza a dipendere, fino a debordare nella reiterazione apparentemente irrefrenabile di grandi o piccole illegalità, che l'ingresso in carcere spesso non interrompe ma elicit, fino al costruirsi di incomprensibili quanto ineludibili rapporti di ripetute e autodistruttive sfide nel caso del *borderline*;

2. in secondo luogo, per prendere in carico disturbi mentali, per lo più di carattere ansioso e depressivo, ma in alcuni casi anche psicotici, insorti in soggetti originariamente asintomatici, che in rapporto con il reato, il processo o la detenzione (o alcuni suoi aspetti particolari) hanno cominciato a manifestare una sintomatologia;
3. in terzo luogo, per svolgere quella funzione, evidentemente del tutto impropria, che abbiamo chiamato la funzione *superdisciplinare*, una funzione che certo fin da oggi, e soprattutto in futuro, per ragioni innanzitutto etiche la psichiatria deve sforzarsi di non svolgere, ma che risponde evidentemente a un bisogno, sintetizzabile nel concetto che non tutti i carcerati sono rassegnati e obbedienti, al quale il carcere dovrà cercare di trovare all'interno della propria cultura e dei propri modelli risposte che prescindano da una forzosa lettura psichiatrica della protesta e rimangano, ovviamente, all'interno della legalità;
4. in quarto luogo, per svolgere una funzione di cura in quelle situazioni che sono almeno dall'inizio dell'Ottocento, sotto il profilo epistemologico, continuamente in bilico tra la malattia e il crimine, alle quali Michel Foucault (1974-1975) propone giustamente, nell'effettuarne un'approfondita e interessantissima disamina, di riservare il termine di *mostruose*. Si tratta di una serie di problemi eterogenei, che possiamo riportare esemplificativamente a buona parte dei *sex offenders*, ad alcuni disturbi di personalità nei quali prevalgono i tratti antisociali e narcisistici, e agli omicidi privi di un movente oggettivamente, ma perfino soggettivamente, proporzionato, privi cioè persino di una comprensibilità attraverso le categorie altre del pensiero delirante e il, tutto sommato più tranquillizzante per tutti, rimando alle categorie scientifiche della malattia e dell'alienazione mentale. E privi, peraltro, molto più di quanto non lo siano le (altre?) malattie mentali, di un consenso intorno alla possibilità e agli strumenti della loro curabilità.

Il dibattito italiano ha, finora, comprensibilmente affrontato soprattutto i primi due punti; per i soggetti affetti da malattia mentale, sia essa pregressa o emersa dopo l'inizio della detenzione, è necessario infatti:

1. garantire standard di cura all'interno delle carceri e degli OPG analoghi a quelli offerti alla popolazione generale;
2. tenere conto, nel farlo, delle peculiarità proprie della situazione carceraria e delle particolari responsabilità che implica la presa in carico dei pazienti autori di reato: già oggi, del resto, in molti paesi il problema dell'incrocio tra psichiatria e reato è considerato un campo superspecialistico e molto investito, sia sotto il profilo delle risorse che nell'impegno nella ricerca e nel dibattito scientifico, dell'intervento psichiatrico, anziché essere la Cenerentola dei servizi com'è finora troppo spesso nel nostro;
3. prevedere quindi standard di personale, risorse, luoghi e metodologie idonei, e tener conto, in particolare nella realizzazione di aree psichiatriche intracarcerarie del numero complessivo dei detenuti, dell'esigenza che esse siano organizzate prevalentemente negli istituti di maggiori dimensioni, al fine di favorire il turn-over, non dimensionando le necessità solo sugli osservandi, attualmente trasferiti in OPG, ma tenendo conto invece della malattia mentale grave e del rischio suicidario che, rendendosi perciò meno immediatamente visibili, rimangono in carcere. Il lavoro in carcere ci ha reso consapevoli tra l'altro, infatti, del fatto che l'internamento in OPG non riguarda che una minima parte dei problemi di salute mentale presentati dagli autori di reato, o dai sospetti tali in custodia cautelare – che rappresentano una gran parte della popolazione carceraria – e che questi sono invece gestiti per la maggioranza nell'ambito del circuito penale ordinario.
4. prevedere percorsi, risorse e formazioni idonei per la presa in carico extracarceraria degli autori di reato, e intervenire sull'organizzazione e sulle pratiche dei servizi in modo tale da garantire l'offerta di una psichiatria che, senza per questo cessare di fare della democrazia e della tolleranza le caratteristiche centrali dei proprio trattamenti, sappia essere abbastanza "robusta" nella propria capacità di presa in carico e continuità dell'intervento da sostenere il peso delle responsabilità connesse alla presa in carico di questa tipologia di pazienti.

2 • Il primo problema: costruire un rapporto tra carcere e psichiatria di comunità

Desideriamo proseguire sottolineando alcune peculiarità del lavoro psichiatrico all'interno delle carceri, soffermandoci in particolare su sei punti.

1. La situazione carceraria rappresenta, ed è bene dirlo a chiare lettere nonostante l'ovvietà dell'affermazione per evitare scotomizzazioni, una condizione *non fisiologica* e dunque in sé ansiogena di vita, che promuove

ve o aggrava la malattia mentale e la tendenza all'uso di sostanze sedative o eccitanti a potenziale rischio di abuso e dipendenza, e ciò per la forzata promiscuità, la limitazione dei movimenti, la deprivazione affettiva e sessuale, l'eterodirezione in tutti gli aspetti anche più banali della vita quotidiana (dalla collocazione spaziale del proprio corpo, alla possibilità di comunicare, alla scelta di quanto e come alimentarsi ecc.). Tali fattori contribuiscono ampiamente a stati d'ansia e profonda insoddisfazione che si concretizzano in alterazioni del ritmo sonno-veglia, preferenza del "sonno" chimicamente indotto rispetto a una condizione di vita dolorosa e stressante, oltre che, è bene ricordarlo, a un incremento del tasso suicidario attribuibile al solo fattore della carcerazione, ampiamente documentato in letteratura (*Peloso, Puppo, 1994*).

2. Il carcere rappresenta, al contrario del territorio dove il coinvolgimento di "terzi" è un lavoro a volte faticoso, un'istituzione incombente sulla vita del detenuto ma anche sulle pratiche dei servizi: quello col paziente detenuto riesce difficilmente ad essere un dialogo, ma è sempre almeno un triangolo (ove non si consideri la frammentarietà del terzo interlocutore: Direzione, personale sanitario, personale trattamentale, Polizia penitenziaria), il che introduce elementi di complessità tutti da gestire.
3. La popolazione "a doppia diagnosi" tra disturbi di abuso e malattie mentali sembra rappresentare, pur non disponendo di dati epidemiologici rigorosi a suffragio di questa percezione, una quota limitata tanto nell'utenza seguita dal DSM che dal SERT sul territorio (salvo che non siano adottati criteri definitivi irragionevolmente estensivi); all'interno del carcere essa – e conseguentemente le necessità di integrazione degli assetti organizzativi, delle tecniche, dei trattamenti, dei progetti e delle risorse che la accompagna – aumenta considerevolmente. Per quanto riguarda il DSM, soprattutto per il fatto non certo trascurabile che la popolazione carceraria oggetto dei suoi interventi è in larga misura costituita da tossicodipendenti, talora contestualmente in terapia con agonisti degli oppiacei e (psico)farmaci attivi nella cura dell'astinenza. Per quanto riguarda il SERT, per la possibilità che situazioni di sofferenza psichica in autoterapia con sostanze d'abuso si slatentizzino per la sospensione, e/o per il fatto che il carcere costituisce un elemento favorente l'esordio o il peggioramento di condizioni di sofferenza psichica o complicante la loro gestione per la popolazione tossicodipendente quanto per la restante popolazione detenuta (*Ferrannini, Peloso, 2004*).
4. Quanto detto per la doppia diagnosi, vale anche per la patologia psichiatrica nei soggetti migranti, che viene all'interno del carcere incontrata con frequenza incomparabilmente maggiore rispetto a tutti gli altri luoghi di intervento del DSM. Nel carcere, dove un quarto circa delle richieste pervenute allo psichiatra riguarda nella nostra esperienza sog-

getti migranti, in grande maggioranza maghrebini e per il resto esteuropei, a differenza di quanto va sempre più accadendo altrove, le esperienze migratorie incontrate appartengono nella stragrande maggioranza ancora alla tipologia di esperienze non integrate nel tessuto sociale e produttivo: persone sole, caratterizzate da isolamento sociale, disoccupazione, precarietà abitativa, condizione di clandestinità. In molti casi si riscontrano, frammisti a problemi prima linguistici che culturali e alle drammatiche difficoltà della detenzione in un carcere sovraffollato, esasperati i problemi che da sempre caratterizzano il viaggio, il migrare: il sentirsi diversi e uguali al tempo stesso; la nostalgia per la terra, la famiglia; l'orgoglio ferito, il sentimento di colpa, la vergogna di sentirsi lontani; l'attaccamento alla lingua, le usanze, il credo religioso di origine, come disperati tentativi di affermazione della propria identità. Ma sono anche evidenti e ingigantiti dalla detenzione i problemi legati al fatto di essere migranti da una condizione di miseria a una di miseria che rischia di risultare peggiore, le stesse storie di progetti migratori complicatisi e ora sconfitti: le peripezie del viaggio, le speranze rapidamente frustrate, le difficoltà d'integrazione, la deriva, a volte consapevole altre meno, nell'illegalità, o il sentirsi ingiustamente accusati perché vittima di pregiudizi; poi il carcere, la povertà di prospettive e il desiderio o il terrore del rimpatrio, la vergogna di fronte alla famiglia. Il dolore per un padre che muore centinaia di chilometri lontano, per una madre che viene a sapere che si è in un carcere italiano e si dispera per non poter portare la consolazione di un abbraccio. I quadri psicopatologici, pur intrecciati a queste peculiarità, non differiscono per lo più, sotto il profilo qualitativo, da quelli osservati nella popolazione detenuta italiana, eccetto per una maggiore frequenza di quadri psicotici, doloroso strascico, verosimilmente, di una meno approfondita valutazione peritale e di una difesa meno attenta nel corso del processo (*Peloso, Ferrannini, 2003*).

5. Il carcere rappresenta non di rado l'imbuto dove tendono a confluire situazioni complesse di salute mentale (in questo senso sì, sostituendo il manicomio con evidenti rischi di transistituzionalismo), una sorta di "fondo del barile" in cui politiche del controllo e dell'esclusione tendono a identificarsi, e dove sono talora occultati, e pensiamo in modo particolare al DSM, bisogni più profondi e radicali di quelli sui quali si è per lo più abituati a lavorare e domande così assolute e urgenti da non trovare talora la voce per poter essere espresse. Una parte probabilmente importante, cioè, di quel bisogno inespresso di salute mentale, di quella condizione di povertà così radicale da non essere in grado di farsi sentire e accedere ai servizi che, come numerose ricerche nel campo dell'epidemiologia confermano, rappresenta oggi uno dei maggiori problemi per tutti i sistemi sanitari. Come accadeva all'epoca del manicomio, il

problema della psichiatria tende in questi casi a identificarsi con quello della gestione indifferenziata di pauperismo, devianza e marginalità e problemi di malattia mentale si presentano incrociati con tossicodipendenza, scarsità di opportunità sociali e talora anche assoluta miseria. E la capacità di rispondere, all'uscita dal carcere, a questi diritti minimi di inclusione rappresenta per il DSM, e per la rete complessiva dei servizi alla persona, uno dei punti di massima debolezza. Emergono infatti le difficoltà connesse all'assenza di residenza anagrafica e/o di possibilità di domicilio reale, e alla rigidità e precarietà delle risposte previste a bisogni primari (a seconda delle diverse strutture abbiamo riscontrato: numero chiuso senza possibilità di prenotazione e quindi rischio di esclusione per le strutture di primo livello, necessità comunque di colloqui a monte dell'accesso per quelle di secondo livello, limiti temporali nella possibilità di fruizione e conseguenti inevitabili peregrinazioni tra strutture, con possibilità continue di apertura di lacune assistenziali).

6. La fase dell'uscita da questa particolare istituzione e la progettualità ad essa connessa rappresentano un tema peculiare, in quanto le decisioni inerenti tempi, modalità e circostanze prescindono quasi totalmente da variabili di carattere clinico e dalla possibilità discrezionale del DSM.

A queste considerazioni, desideriamo far seguire alcune osservazioni relative al DPR 30 Giugno 2000 n. 230 "Regolamento Ordinamento Penitenziario", oggi vigente, in quanto alcuni articoli in particolare consentono di riflettere sulle potenzialità e le contraddizioni dell'intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e custodia. L'art. 17 sancisce il diritto generale alla difesa della salute ed all'assistenza sanitaria in carcere, con riferimento specifico alla salute mentale, in quanto prevede (comma 5) tra i vari specialisti la necessaria presenza dello psichiatra.

Resta tuttavia aperto il problema di definire la natura e le caratteristiche di questa assistenza; un approfondimento di tale discorso richiederebbe un'analisi complessiva delle questioni connesse al "diritto alla salute" che – anche in base agli artt. 2 e 32 della Costituzione – si articola come "diritto alla salute della persona", "diritto alla salute del cittadino italiano" e – per quanto qui ci interessa – "diritto alla salute *in carcere*", cioè – e giova ricordarlo – non solo dei detenuti ma anche degli operatori (Maisto, 2003). Questo diritto, per quanto attiene alle persone sottoposte a carcerazione, si modifica nei confini, nelle opportunità e nelle garanzie a seconda della cultura sociale (e, di conseguenza, giuridica) prevalente sulla pena nel momento storico dato. Gli scenari che è possibile ipotizzare sembrano allora i seguenti (Maisto, 2003):

1. il primo può riassumersi nella concezione "in carcere si deve stare peggio che fuori", fondato su una cultura punitiva, che oggi riappare nelle

- forme – peraltro non univoche – della “tolleranza zero” e nelle richieste di certezza della pena.
2. il secondo può riassumersi in quella opposta “in carcere si deve stare meglio che fuori” e quindi maggiori opportunità di cura, riabilitazione, sport, lavoro, e ogni altra attività utile per la rieducazione, il trattamento e il recupero sociale di chi ha commesso un reato, a fronte delle condizioni di privazione e marginalità che spesso caratterizzano la situazione di chi delinque. La pena assume così una funzione riparativa e rieducatrice, con il duplice rischio però di eccessi di “medicalizzazione” o “psicologizzazione”.
 3. il terzo orientamento – di tipo garantista – vede nella coercizione solo una funzione di privazione di alcune libertà, che non deve mettere in discussione i principi costituzionali garantiti indipendentemente dalla posizione giuridica: in carcere si deve stare, almeno sotto il profilo della garanzia della salute, “come fuori”;
 4. il quarto orientamento – di natura ideologico-massimalista – punta a utilizzare ogni situazione, e quindi anche i problemi sanitari tra quelli relativi a ogni possibile estensione delle opportunità (lavoro, affettività, sessualità, sindacalizzazione, ecc.), come grimaldello per depotenziare nel suo effetto punitivo e mettere in crisi l’istituzione penitenziaria nel suo ordinamento/funzionamento.

In questo quadro giova ricordare che la materia della sanità in carcere è disciplinata da quattro atti fondamentali e tuttora vigenti : la Costituzione Italiana (in particolare gli artt. 2, 3, 27, 32), la Legge Penitenziaria 354/75, il Decreto Legislativo 230/99, il Regolamento Penitenziario DPR 230/2000, il decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29/12/2001, G.U. 33 del 08 febbraio 2002 – suppl. ord. 26).

Nel DPR 230/2000, l’art. 20 riguarda direttamente gli infermi di mente e traccia alcune linee d’intervento: la ricerca di una sinergia tra rieducazione (per la pena) e cura / riabilitazione (per la malattia); il rapporto con il territorio e con i suoi servizi e opportunità; lo sforzo di trovare un punto di equilibrio tra esigenze di custodia ed esigenze di cura (si veda, ad esempio, il problema delle infrazioni disciplinari e della loro complessa interpretazione tra lettura istituzionale e lettura psicopatologica); la concessione di permessi; gli interventi su persone con problematiche specifiche, come i pazienti affetti da “doppia diagnosi”; l’avvio al lavoro che tuttora può ritornare – per il detenuto affetto da patologie psichiatriche – ad assumere la forma mortificante e svilita della “ergoterapia”, per citare solo le questioni più rilevanti. Da queste norme, come anche dalle disposizioni relative alla valutazione – al momento della carcerazione – del “rischio di condotte autolesive” (art. 23), scaturisce un ruolo forte delle discipline psicologiche

e psichiatriche nel determinare il destino carcerario concreto del detenuto, con il rischio di una deriva sanitaria e medicalizzata.

Il reiterato richiamo al “trattamento individualizzato” (art. 27, 28 e 29) e alla “osservazione della personalità” del detenuto, quasi che vi fossero tecniche obiettive in tal senso, sembrano infine riproporre una concezione arcaica delle discipline psichiatriche e psicologiche, e una difficoltà a tener conto degli elementi di falsificazione intrinseci a un contesto così specifico – come il carcere – se pensiamo alle distorsioni della psicopatologia e della clinica che l’osservazione in manicomio determinava. Nonché inchiodare ancora una volta il personale psicologico dipendente dal Ministero della Giustizia al ruolo pesantemente ambiguo tra l’essere operatori e sottoposti a disposizione del detenuto e operatori del controllo a disposizione della Magistratura, che Nivoli e coll. (2006) hanno ancora recentemente lamentato.

3 • Il ritorno del rimosso: l’OPG e la sua molteplicità di funzioni

L’impressione che ricaviamo vedendolo sia dal punto di vista del DSM che da quello del carcere, è che l’OPG – che rischia di costituire attualmente una sorta di retrobottega ignorato tanto della realtà rappresentata dal lavoro psichiatrico territoriale (quando riemergono al suo interno le tematiche della violenza, del pericolo o del reato in senso più generale), che di quella rappresentata dal carcere (quando la gestione del caso diventa “problematica” nel senso estensivo che approfondiremo) – costituisca oggi il punto di arrivo di un avviluppo confuso di richieste eterogenee, che ci sembra utile provare a sciogliere almeno per linee generali. In ordine alle funzioni, riteniamo fondamentale distinguere:

- *funzioni connesse all’osservazione di detenuti in situazioni problematiche;*
- *funzioni legate a un uso improprio dell’osservazione di situazioni come soluzione di riserva per situazioni ingestibili da parte del circuito carcerario ordinario, delle quali viene data una lettura psichiatrico forense;*
- *funzioni connesse al trattamento dei soggetti riconosciuti in tutto o in parte incapaci di intendere e di volere al momento del giudizio.*

A proposito della prima funzione, regolata all’art. 112 del già citato DPR 230/2000, sembrano emergere sempre più insistentemente orientamenti volti a restituirne, di massima, la responsabilità agli istituti carcerari, una posizione che, se da un lato appare un passo incoraggiante nella giusta direzione, dall’altro non può non apparire, in mancanza di seri investimenti e programmazione volti tra l’altro a facilitare l’accesso all’ospedale civile dal carcere quando necessario, destinato a ulteriormente aggravare i problemi di interfaccia col disturbo mentale che già stanno oberando le carceri e a

provocare quindi un ulteriore peggioramento delle condizioni di vita, di cura e di tutela dei detenuti affetti da malattia mentale.

L'utilizzo degli OPG per la cura dei detenuti affetti da malattia mentale introduce oggi, d'altra parte, una situazione di evidente ingiustizia rispetto a quelli affetti da altre condizioni patologiche, una sorta di vera e propria "anomalia" psichiatrica. Questi ultimi infatti hanno diritto, in caso di peggioramento, al trattamento in ospedale civile, in genere nella stessa città, come ogni altro cittadino, e addirittura all'accesso a un differimento pena per ragioni di salute ai sensi dell'art. 147 c.p. che parla di "grave infermità fisica", mentre il nostro paziente viene, nel momento in cui il suo stato di salute peggiora, inviato in OPG, lontano dal proprio domicilio e in una condizione di standard assistenziali sotto molti profili difformi rispetto alla generalità dei cittadini, ai sensi dell'art. 148 c.p. Perché quest'anomalia non si perpetui in caso di affidamento a aree del carcere a ciò attrezzate di parte delle funzioni di osservazione (e cura) in oggi svolte dall'OPG, occorre essere chiari sul fatto che, in totale analogia con quanto avviene per le altre discipline mediche, obiettivo di queste aree dovrebbe essere consentire l'osservazione e la cura, in condizioni di volontarietà, di condizioni cliniche di gravità media, in una situazione più civile rispetto a quella in oggi disponibile presso le infermerie carcerarie o nei reparti di osservazione degli OPG, ferma restando la necessità di ricorso al circuito psichiatrico extracarcerario per le situazioni più gravi e i trattamenti in regime di obbligatorietà.

Abbiamo, poi, accennato che non sempre la funzione di "osservazione" dell'OPG – ma a volte, abbiamo la sensazione, per esempio di fronte a gravi casi di disturbo antisociale di personalità, anche il proscioglimento e l'uso dell'OPG come misura di sicurezza – vengono usati in modo strettamente rispondente a quelle per le quali l'OPG è previsto, rispondendo così a quella che il tribunale e il carcere sembrano talvolta considerare una *funzione "superdisciplinare"* della psichiatria.

L'invio in OPG mantiene infatti, e di qui la parte più condivisibile delle resistenze spesso opposte dalle aziende sanitarie nel coinvolgersi in questa problematica, un duplice ed equivoco significato di provvedimento *sanitario*, assunto in alternativa all'invio nelle strutture sanitarie a disposizione della generalità della popolazione o all'attivazione di idonei servizi psichiatrici intracarcerari, per situazioni cliniche giunte a un livello di gravità non più gestibile nel carcere; e di provvedimento prevalentemente *disciplinare*, assunto in tutte quelle situazioni in cui la detenzione – luoghi, durata, modalità di messa in opera – non sono accettate dal detenuto che usa con varie modalità il proprio corpo per contrapporsi (ribellione attiva, atti autolesivi, sciopero della fame ecc.). Sono quelle situazioni nelle quali Foucault (1975) osservava a proposito del carcere che: "Senza dubbio la pena non è più centrata sul supplizio come tecnica per far soffrire, e ha preso come

oggetto principale la perdita di un bene o di un diritto, ma un castigo come i lavori forzati o perfino la prigione – pura privazione della libertà – non ha mai funzionato senza un certo supplemento di punizione che concerne proprio il corpo in se stesso: razionamento alimentare, privazione sessuale, percosse, celle di isolamento [...]. La pena ha difficoltà a dissociarsi da un supplemento di dolore fisico. Cosa sarebbe, un castigo incorporeo? Nei meccanismi moderni della giustizia penale, permane quindi un fondo *suppliziante*, un sottofondo non ancora completamente dominato, ma avvolto, in maniera sempre più ampia, da una penalità dell'incorporeo”.

La vicenda carceraria rimane dunque pur sempre nei fatti una vicenda di corpi, corpi ammaestrati, corpi incatenati, corpi rinchiusi, corpi spinti, corpi trattenuti, corpi che si tagliano e si affamano per diventare voce (spesso l'unica voce possibile), a volte anche corpi che picchiano e corpi picchiati; ma il carcere, almeno nelle sue pratiche “ufficiali”, sembra talora dimenticarlo e venire preso in scacco dall'assenza di strumenti operativi idonei alla situazione.

Occorrerebbe allora che il carcere si ponesse il problema di cosa fare quando gli interventi inerenti il tempo e le modalità della detenzione (i “rapporti” e le relative conseguenze sul sistema premiale e sull'eventuale inasprimento delle condizioni detentive) non funzionano più come deterrente. Che prendesse atto dell'esistenza di situazioni nelle quali o un incrollabile convincimento soggettivo di innocenza (che non può essere ovviamente assunto aprioristicamente come infondato, soprattutto nel caso di detenuti in attesa di giudizio), o un rifiuto in ogni caso della detenzione possono condurre il detenuto a spingere il conflitto oltre una contrapposizione disperata con l'istituzione, incurante delle sofferenze del corpo o delle conseguenze che questo può avere in termini astratti di premi e castigo. Quanto pericoloso sia non esplicitare questi problemi diventa evidente perché in assenza di soluzioni normate e di un dibattito esplicito in proposito, sono proprio queste le situazioni delle quali le istituzioni hanno negli anni rischiato di delegare la soluzione informale a piccoli gruppi di operatori più “volenterosi” e decisi a far funzionare comunque l'ingranaggio (le “squadrette” e vi si sente talora alludere), o al trasferimento lontano dai luoghi di residenza con significato di punizione, quello in sezioni “dure” del circuito carcerario della cui esistenza si sente vociferare, non sappiamo con quale fondamento, nella popolazione detenuta, o ancora – e sembrerebbero le eventualità meno pericolose – a una successione incessante di trasferimenti tra un carcere e l'altro (esistono, in proposito, detenuti particolarmente problematici che hanno alle spalle infinite migrazioni carcerarie). O alla delega, appunto, del problema della contenzione chimica o meccanica al sistema sanitario o dell'intero “trattamento” all'OPG.

È evidente come per la soluzione di questo equivoco passi la chiara defi-

nizione dell'OPG come struttura sanitaria all'interno del circuito della penalità, presupposto per una possibile assunzione di corresponsabilità da parte delle strutture del sistema sanitario; ma ci pare d'altronde che questo equivoco non possa essere risolto senza una riflessione teorica profonda sul senso, le caratteristiche, la cornice etica e politica della carcerazione. Perché l'osservazione in OPG recuperi un significato clinico, occorrerebbe quindi distinguere con chiarezza problemi che sono propriamente sanitari da altri che pertengono soprattutto alle contraddizioni intrinseche nella logica della detenzione; il nodo teorico, etico, normativo del carcere non dovrebbe più essere affrontato esclusivamente con riferimento al nodo della "gestibilità", ma di nuovo all'interno di un dibattito teorico di ampio respiro sulla sua funzione come strumento, forse provvisorio, di gestione della pena.

Un dibattito che parta quindi dalla consapevolezza che le regole non sono in ogni caso magicamente incorporate dal detenuto, e chiarisca se, quando ed entro quali garanzie il carattere incorporeo della pena possa venire temporaneamente sospeso, senza che con questo si scivoli nella tortura. Quanto il carcere sia lontano dall'affrontarlo appare evidente dalla lettura dell'art. 82 del già richiamato DPR 230/2000 relativo all'utilizzo dei mezzi di coercizione fisica in regime di detenzione, che rimanda ai criteri utilizzati nelle istituzioni ospedaliere pubbliche, criteri che paiono insufficienti in primo luogo perché non tutti gli atti di contenzione, anche temporanea o manuale, che si verificano nel circuito carcerario sono da ascrivere a esigenze di carattere sanitario e pertanto un riferimento alla disciplina di questi atti all'interno della tutela dell'ordine pubblico appare almeno altrettanto indispensabile. E in secondo luogo perché non sono più stati definiti in Italia dal 1909 criteri per la contenzione sanitaria, e solo adesso si sta cominciando a ragionare intorno ad essi in modo trasparente (*Catanesi e coll.*, 2006).

Ciò premesso, quindi, per quanto riguarda la funzione, propria e impropria, di osservazione, passiamo ad alcune considerazioni su quanto riguarda la funzione dell'OPG come luogo – non più certo automatico né esclusivo – di gestione per le misure di sicurezza detentive. Il DPR 230/2000 sottolinea, nella parte riguardante gli OPG (artt. 111, 112 e 113), l'esigenza di protocolli di collaborazione con i servizi pubblici, anche attraverso apposite convenzioni (notiamo, solo per inciso, la spiacevole svista costituita al comma 2 dal riferimento all' "ospedale psichiatrico civile" che nel 2000 appare davvero singolare, se non di cattivo auspicio).

Al di là dell'indubbia opportunità di questo richiamo, non possiamo non notare come con esso contrasti l'attuale collocazione e organizzazione interna degli OPG, che non agevola la comunicazione con i DSM di pertinenza per quanto riguarda gli internati, ma rende altrettanto problematica, nella nostra esperienza, quella con i sanitari invianti per quanto riguar-

da i detenuti in osservazione dalle carceri. Ci riferiamo, soprattutto, alla collocazione degli OPG, ma anche all'insufficiente attenzione che sovente dobbiamo rilevare a criteri di omogeneità geografica per quanto inerisce l'assegnazione tanto degli internati che dei detenuti inviati in osservazione.

Sul primo di questi problemi non è possibile evidentemente pensare a un intervento senza una ristrutturazione logistica e organizzativa che porti quanto meno al superamento dei grandi ospedali, analoghi per dimensioni e spesso caratteristiche organizzative interne ai manicomi, a favore di strutture di minori dimensioni. Riteniamo invece che il secondo potrebbe essere risolto con provvedimenti amministrativi ed una più chiara definizione degli obiettivi, estendendo alle altre regioni e rinforzando quanto in parte già avviene in via sperimentale per le regioni Emilia e Toscana, ad esempio, presso gli OPG di Reggio Emilia e Montelupo Fiorentino.

La storia degli Ospedali Psichiatrici nel nostro paese, alla quale riteniamo sempre utile far riferimento in questo contesto per analogia, ci insegna che un primo passo verso una migliore connessione con il territorio, prima che si pensasse a radicali iniziative di riforma, è stato rappresentato dall'importazione dalla Francia, dove era stato sperimentato ed è ancora vigente, del modello rappresentato dal settore psichiatrico. Perno di questa modalità organizzativa è la stretta corrispondenza tra un reparto dell'Ospedale Psichiatrico, un'area di provenienza degli internati, e i servizi ad essa afferenti. Ci pare che questa strada potrebbe aprire la possibilità per buone pratiche di assistenza, fondate sulla continuità terapeutica e, come auspica Andreoli (DAP, 2002) sul fatto che "il comportamento della follia che va a giudizio diventi un tema principale della psichiatria e della ricerca psichiatrica" attraverso il confronto costante tra il personale di un reparto dell'OPG, il personale sanitario delle carceri di una determinata area geografica e il personale del corrispondente DSM, e dalla possibilità per il DSM di organizzarsi per la gestione unitaria dei pazienti (internati o in osservazione) provenienti da quell'area come un problema organizzativo complessivo, della cui dimensione non è spesso possibile al momento neppure farsi un'idea.

E che potrebbe eventualmente aprire la possibilità, qualora soprattutto si ritornasse concretamente ad assumere operativamente i principi delineati dal D. Lgs. 230/99, per una responsabilizzazione e un coinvolgimento via via maggiore del DSM nella gestione del reparto di pertinenza, attraverso un'integrazione del personale, delle risorse e la progettazione in comune di percorsi riabilitativi che riguardino singoli ma anche piccoli gruppi omogenei di pazienti.

Da queste pratiche, da queste sperimentazioni, potrebbero spontaneamente scaturire, come già avvenne per la psichiatria del nostro paese, gli adeguamenti normativi e organizzativi dei quali emerge la necessità, e vengono, nelle diverse ipotesi, richiamate esigenze di formazione, distinzione tra fun-

zione di osservazione e trattamento, approntamento di soluzioni a gradiente diversificato di sicurezza e impegnoterapeutico-riabilitativo, maggiore distribuzione sul territorio e razionalizzazione complessiva. Questioni importanti che potranno trovare opportune risposte all'interno di un quadro delineatosi con sufficiente chiarezza in questi anni di riflessione ed esperienza, e centrato su alcuni punti dai quali parrebbe difficile, comunque, prescindere. Il fatto che né il reato né la diagnosi eguagliano le persone e i loro bisogni, che devono perciò caso per caso trovare la risposta più idonea. La necessità di una chiara distinzione tra bisogno di trattamenti specifici – che prestino, ad esempio, maggiore attenzione a problemi di sicurezza – e di luoghi specifici, che con i trattamenti non necessariamente coincidono. La necessità di stabilire una chiara separazione e reciproca autonomia di valutazione e di intervento tra responsabilità inerenti la custodia e inerenti la cura, e i soggetti titolari dell'una e dell'altra. E una progettazione logistica in grado di tenere nel debito conto la piena delegittimazione scientifica, culturale e politica che ha interessato il manicomio, inteso come luogo di concentrazione di esigenze securitarie e competenze specialistiche avulso e logisticamente e culturalmente lontano dalle comunità di appartenenza, del quale non è certo auspicabile che strutture che, in questo caso, potrebbero essere definiti nuovi “manicomi” possano prendere il posto (Piccione, 2003).

4 • Scoperchiare il vaso di Pandora: ulteriori problemi emergenti

Rimane, infine, da considerare il quarto problema, cioè la necessità che il carcere pone (e impone) alla psichiatria di assumersi responsabilità a fronte della mostruosità, in senso foucaultiano, nuova figura storica della follia come condizione indialogabile, pericolosa, imprevedibilmente e inevitabilmente recidivante, aliena, inguaribile, irriducibile a qualsiasi ordine del discorso, che si colloca oltre la malattia mentale. Un groviglio di condizioni eterogenee per le quali alternativamente il carcere o l'OPG hanno offerto in questi anni il vaso di Pandora in cui potessero essere nascoste, custodite, che ha messo sovente in difficoltà le esigenze di discriminazione della psichiatria forense (capace/parzialmente incapace/incapace; infermo/non infermo) ed è stato per lo più lambito, raramente affrontato dalla psichiatria clinica. Rientrano in questa definizione molteplici condizioni che appartengono in gran parte al margine, al confine, alle appendici della nosografia degli psichiatri, ma sono lontane dai luoghi, le metodologie d'intervento, i temi attualmente prevalenti del loro discorso.

Condizioni – a proposito delle quali rimandiamo in questa sede ad alcuni primi tentativi di riflessione maturati nel nostro gruppo di lavoro – per le quali gli strumenti ermeneutici, relazionali, biologici d'intervento, che ci

portano a pensare di fronte alla malattia mentale anche nella più clamorosa e distruttiva delle sue manifestazioni in termini di operatività, speranza, presa in carico, appaiono inutili, spuntati. Il gesto dell'uccidere, nella sua eterogeneità fenomenica straordinaria, che fa di ciascun atto, in qualche misura, una rottura assoluta e singolare, e la fatica a connettere spesso soggetto, vittima, movente, circostanze in una scena che ce lo renda comprensibile, e ne depotenzi l'effetto perturbante e il sentimento d'impotenza e insicurezza (*Ferro e coll.*, in stampa). Il raptus, con la sua muta apparente reciproca estraneità tra atto e soggetto, il suo disarmante silenzio rispetto alla mancanza di un'eventuale ragione, fosse anche delirante, nel passato e l'imprevedibilità del futuro. L'assassinio, consapevolmente compiuto, nel quale il movente ci lascia sgomenti nella sua assenza o nella constatazione dell'assoluta sproporzione e insufficienza e lo scenario ci stupisce nella sua assoluta banalità e normalità (*Guglielmi, Peloso, 2006; Peloso e coll.*, in stampa). Il Disturbo Antisociale di Personalità, questa condizione inevitabilmente in bilico tra lettura clinica e morale della propensione indifferente, inutile verso il male, una sfida dalla quale la psichiatria continua a farsi attrarre e che continua, contemporaneamente, a respingere (*Ferrannini, Peloso, 2000*). La scatola chiusa delle *monomanie* nelle quali la psichiatria è inciampata fin dal suo nascere, la tendenza irragionevole, indialogabile, istintiva al furto, all'incendio, la tendenza irrefrenabile al gioco, gravida di conseguenze anche drammatiche (*Peloso, 2005*) o le deviazioni dell'istinto sessuale nelle modalità delle sue manifestazioni, la violenza, la perversione sadica, o nell'oggetto, con il problema, oggi di grande allarme sociale, delle pedofilie (*Schinaia, 2002*).

Sono tutte realtà, certo al loro interno eterogenee, nelle quali la mente mette in scena le infinite possibilità del suo funzionamento, al di là della riduttiva dicotomia salute/malattia, o dell'ipotesi per la quale chi non è affetto da un disturbo mentale di asse primo, una nevrosi o una psicosi, passibile di diagnosi, classificazione, terapia, entra per ciò nella tranquillizzante definizione della "normalità" di mente, nella quale ogni atto dovrebbe avere una trama, un senso, una traducibilità in termini di responsabilità penale e punizione. Situazioni dalle quali la psichiatria si lascia tentare, incuriosire, sfidare ma alle quali continua ad accostarsi povera di ricerca, strumenti, proposte, e alternando incerta paradigmi interpretativi assoluti nelle loro pretese e nei fondamenti inconsistenti (la degenerazione) a fasi di distrazione e rifiuto del coinvolgimento (la "non competenza").

Scrive Senon (1998), ad esempio, per quanto concerne i reati sessuali che, nonostante i lavori criminologici ed epidemiologici concernenti i condannati per infrazioni sessuali siano poco numerosi e frammentari, emerge chiaramente come in Francia essi siano in costante aumento; essi sono ripartiti su un numero limitato di stabilimenti di pena, che nella maggior

parte dei casi sono dotati di un regime abbastanza liberale di detenzione per la loro scarsa pericolosità penitenziaria. Ma anche nel dibattito francese emergono le difficoltà della psichiatria clinica a prendere in carico questi soggetti, e Senon cita in proposito Horassius, il quale si chiede: “Dobbiamo lasciar credere che sappiamo curare bene sotto la costrizione dei delinquenti che non chiedono niente, e lasciar sperare che possiamo guarirli e prevenire le recidive?”. E poi osserva che lo psichiatra dispone di possibilità terapeutiche limitate ai casi dove la delinquenza sessuale può essere riportata a disturbi mentali sottostanti, perché non tutti i delinquente sessuali sono malati.

Il Regno Unito si è posto da tempo il problema di rispondere alle esigenze di sicurezza poste da soggetti responsabili di crimini sentiti come particolarmente efferati, o multirecidivanti, attraverso un grande investimento di risorse con finalità preventive, curative e di difesa sociale e una progressiva integrazione della struttura forense nel Sistema Sanitario. La strada scelta in quel contesto è stata quella di un'articolazione dei presidi sanitari forensi in strutture ad alta sicurezza (livello nazionale), a media sicurezza (livello regionale) ed a bassa sicurezza (rete territoriale). Tre Ospedali ad alta sicurezza, *Ashworth*, *Broadmoor* e *Rampton*, fanno parte integrante del NHS; ma quest'indirizzo è attualmente in fase di ridimensionamento, a seguito dell'espansione su base regionale delle *Medium secure psychiatric unit*, che al 31 dicembre 2005 erano 4 in Galles e 37 in Inghilterra, con una capienza media di 40 posti letto, gestite direttamente dal NHS (Carrà, 2006). La normativa contempla anche possibilità di ricovero in queste strutture per persone che non hanno commesso reati ma presentano significativi fattori di rischio su ordinanza del Giudice (rimandiamo, a questo proposito, alla proposta di Mental Health Bill del 2002, sulla quale si è aperta una ampia discussione che vede coinvolti politici, giuristi, tecnici ed associazioni dei familiari e degli utenti) o nelle forme del TSO o volontariamente (non sfugge l'evidente delicatezza di questa scelta normativa sotto il profilo etico in ordine ai diritti soggettivi alla libertà di persone che non si sono rese ree del compimento di nessun reato).

Lo stare in bilico sui confini della patologia strettamente intesa fa degli appartenenti a queste categorie, con eccezione del disturbo antisociale, già all'interno del carcere, soggetti di gestione particolarmente complessa, in ordine, per esempio, al rischio di suicidio.

Più complesso ancora, come vediamo anche all'estero, è sul piano etico, scientifico, clinico e organizzativo immaginare un coinvolgimento più forte della psichiatria nella gestione di queste situazioni. Ciò rappresenta infatti una responsabilità per la quale la psichiatria, che è già in forte difficoltà di fronte alle necessità di maggior impegno nella presa in carico del malato di mente autore di reato – che va delineandosi anche alla luce della sentenza

n. 253 del 18 Luglio 2003 della Corte Costituzionale e della tendenza giurisprudenziale e culturale di cui essa è il risultato (Pirfo, 2004), nonché delle ipotesi di riforma della normativa da più parti auspicate (Società italiane..., 2005) – dovrà attrezzarsi, contribuendo a individuare e mobilitare risorse sotto il profilo formativo e logistico, per esempio.

Nel farlo, dovrà tenere presente che un coinvolgimento del servizio psichiatrico nella gestione dell'autore di reato, sia egli affetto da malattia mentale nell'accezione restrittiva o per altre ragioni bisognoso della sua attenzione, implicherà la necessità di prese in carico robuste, affidabili, sicure, ma insieme anche quella di evitare uno stravolgimento delle metodologie e delle culture che in questi anni la psichiatria ha maturato. La consensualità e trasparenza dei trattamenti; il rispetto del paziente; la capacità di bilanciare l'esigenza di concentrare i problemi più complessi per focalizzare risorse di specializzazione e garanzie di sicurezza, con la capacità di fare, soprattutto nei casi complessi, della polarizzazione comunitaria e territoriale e del riferimento alla comunità locale, nella sua dimensione affettiva e tecnico-assistenziale, gli strumenti fondamentali dei processi di cura e della continuità terapeutica.

Dovrà essere attenta a non incoraggiare, con il suo impegno in questi campi, il ricorso al paradigma della malattia mentale come chiave generale di lettura per tutto quanto si presenta incomprensibile, incoerente, angosciante e a non a generare aspettative irrealistiche di prevenzione e soluzione dei problemi che si ribalterebbero immediatamente in delusione.

• Conclusioni

In Italia tutto questo problema è stato lungamente trascurato, e le strutture carcerarie si presentano sotto molteplici profili inadeguate a rispondere al bisogno di salute dei numerosi soggetti affetti da malattie mentali, anche gravi, in esse ristretti; altrettanto inadeguato appare spesso l'intervento di sostegno dei servizi – e assai opportuno ci è parso in questo senso l'efficace richiamo che abbiamo avvertito in un recente intervento dei colleghi Catanesi e Carabellese (2003) – allorché questi soggetti sono restituiti al territorio al momento della liberazione. Abbiamo inoltre osservato come non manchino nella stessa normativa rischi di discriminazione a danno dei soggetti affetti da malattia mentale rispetto ai malati di altre condizioni patologiche; e come gli ospedali psichiatrici giudiziari rappresentino strutture chiamate a rispondere a bisogni eterogenei, per le quali sarebbe auspicabile, in prima battuta, da una parte una restituzione al carcere di quella parte di problemi che oggi vi sono impropriamente delegati, attraverso la promozione nel carcere stesso della ripresa di un dibattito anche teorico sul suo

senso e la sua organizzazione, e dall'altra una stretta integrazione con i DSM che potrebbe, come primo momento, passare per un chiaro processo di settorializzazione, preludio a una messa in discussione della logica e dell'organizzazione di queste vetuste strutture. Parallelamente, i DSM dovranno inserire tra le proprie priorità quella di provvedere nelle forme e con gli investimenti che si renderanno necessari, al diritto alla cura e alla reintegrazione di coloro che in relazione alla propria condizione psicopatologica si sono resi protagonisti di atti violenti, e contribuire, facendo la propria parte, alla prevenzione di comportamenti violenti, o delle recidive degli stessi, quando riconoscono la malattia mentale come concausa attraverso interventi efficaci nelle situazioni a rischio e un costante livello di attenzione al problema.

Non dobbiamo, infine, dimenticare che una maggiore attenzione della psichiatria clinica al mondo penitenziario e l'assunzione, da parte sua, di più onerose responsabilità in quest'ambito impone, anche, un confronto più efficace con patologie finora meno presenti nel lavoro dei servizi, ma anche nella riflessione, nella ricerca, nella disponibilità di strumenti e metodologie: i disturbi di personalità del cluster B, le condizioni di doppia diagnosi, ma soprattutto i disturbi spesso all'origine di reati sessuali o altri fenomeni di discontrollo impulsivo e il confronto con le loro eventuali conseguenze. E un coinvolgimento in vicende umane di reato, processo, detenzione che, pur non potendo essere riportate al paradigma della malattia mentale come classicamente lo intendiamo, rappresentano situazioni di sofferenza inflitta e, spesso, poi patita di fronte alle quali la psichiatria non ha certo soluzioni miracolose da proporre ma non può, neppure, sottrarsi al dovere di fare quanto è nelle sue possibilità per agevolare, in condizioni di sicurezza, faticosi percorsi di reintegrazione personale e ricomposizione sociale.

Bibliografia

- AA. VV. (2000): Interventi al simposio "Carcere e Psichiatria" del XLII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria "Dal pregiudizio alla cittadinanza", Torino, 16-21 ottobre 2000, 575-590.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002): *Linee guida per la gestione dell'assistenza psichiatrica nelle carceri* (ed. it. a cura di M. Clerici, C. Mencacci, S. Scarone), Masson, Milano.
- CARRA' G. (2006): *La salute mentale nelle prigioni in Inghilterra e in Galles*, appendice in: SENON, cit., pp. 91-96.
- CATANESI R., CARABELLESE F. (2003): "Psichiatria e pericolosità sociale. Qualche riflessione alla luce dell'attuale trend legislativo", *Psichiatria in Puglia e Basilicata*, 9, 14, 33-49.

- CATANESI R., FERRANNINI L., PELOSO P.F. (a cura di) (2006): *La contenzione fisica in psichiatria*. Giuffrè, Milano.
- DELL'ACQUA G., MEZZINA R., COGLATI DEZZA M.G. (1988): *Servizi psichiatrici e nodi della sanzione*, in: A.A.VV.: *Il folle gesto*. Sapere 2000, Roma, pp. 257-268.
- DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA (2002): *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari*. Ministero della Giustizia, Roma.
- FERRANNINI L., PELOSO P.F. (2000): "Il comportamento violento in psichiatria e il Disturbo Antisociale di Personalità: problemi e prospettive nell'intervento del Dipartimento di Salute Mentale", *Rassegna Italiana di Criminologia*, 9, 3-4, 423-451.
- FERRANNINI L., PELOSO P.F., CECHINI M. (2003): *Les revenants: esperienze, progetti e criticità dell'intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e di custodia*, in: AA.VV.: *Carcere e territorio*. Giuffrè, Milano, 247-266.
- FERRANNINI L., PELOSO P.F., CECHINI M., STRATA P. (2004): *Salute mentale, abuso di sostanze e detenzione: profili e problematiche del trattamento*, in: AA.VV.: *Abuso di sostanze e condotte criminali*. Giuffrè, Milano, 453-465.
- FERRO A.M., PELOSO P.F., FERRANNINI L. (2007): "Alcune vicissitudini del sentimento del valore altrui, della colpa e della responsabilità a partire da Delitto e Castigo", *Psicoterapia e scienze umane*, 2, 171-190.
- FOUCAULT M. (2000): *Gli anormali. Corso al Collège de France, (1974-1975)*. Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT M. (1976): *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Einaudi, Torino.
- GUGLIELMI O., PELOSO P.F. (2006): "Siamo tutti Hyde? Lunaria mette in scena la faccia buia della luna (e di noi)", *Il vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane*, 14, 4, 35-52.
- MAISTO F. (2003): *Il diritto alla salute in carcere*, Relazione al Corso di Aggiornamento *Programmare ed organizzare le pratiche dei Servizi di Salute Mentale nella comunità*, Dipartimento di Salute Mentale ASL Caserta 2, 8 luglio 2003.
- NIVOLI G., LORETTU L., MILIA P., NIVOLI A., NIVOLI F. (2006): "Il colloquio con il detenuto: aspetti antropologici", *Nòs. Aggiornamenti in psichiatria*, 12, 1, 97-110 (98).
- PELOSO P. F. (2005): "Finché rimane un gioco... Considerazioni sul gioco d'azzardo patologico", *Il vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane*, 13, 2, 83-103.
- PELOSO P. F., FERRANNINI L. (2003): "Psichiatria transculturale e psichiatria della non-persona", *Fogli di Informazione*, 31, 198, luglio-settembre, 63-81.
- PELOSO P. F., FRANCESCHI I., GUGLIELMI O. (in corso di stampa): *Senza parole. Indicibilità dell'atto e rappresentazione mediatica nel delitto senza perché*, atti del Convegno "Etica della contenzione, criticità della cura", Monza, 22 settembre 2006.
- PELOSO P. F., PUPPO V. (1993): "Osservazioni sulla prevenzione del suicidio in carcere e sul rapporto tra cura e detenzione", *Giornale Italiano di Suicidologia*, 3 (Suppl.1), 181-186.
- PICCIONE R. (2003): "Gli ospedali psichiatrici giudiziari. La Ricerca del DAP e le soluzioni possibili", *Psichiatria di comunità*, 2, 176-180.
- PIRFO E. (2004): "La cura dei disturbi psichici in carcere come contributo al superamento degli OPG", *Psichiatria di comunità*, 3, 78-84.
- SCHINAIA C. (2001): *Pedofilia, pedofilie. La psicoanalisi e il mondo del pedofilo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- SENON J.-L. (1998): *La salute mentale in carcere. Psichiatria di collegamento in ambito penitenziario*, (ed. it. a cura di L. Ferrannini, P.F. Peloso). Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
- SOCIETÀ ITALIANA DI CRIMINOLOGIA, MEDICINA LEGALE E PSICHIATRIA (2005): "Commissione sui temi: imputabilità e pericolosità sociale", *Quaderni italiani di psichiatria*, 24, 1, 5-11.

