

Care, imprisonment and rehabilitation. The treatment of the inmates suffering for mental illnesses

Cura, custodia e riabilitazione. Il trattamento del detenuto con problematiche psichiche

Luigi Ferrannini | Gianfranco Nuvoli

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: L. Ferrannini & G. Nuvoli (2023). Care, imprisonment and rehabilitation. The treatment of the inmates suffering for mental illnesses. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVII, 2, 132-140.
<https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p132>

Corresponding Author: Luigi Ferrannini
email luigi.ferrannini@gmail.com

Copyright: © 2023 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

© The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Received: 18.03.2023

Accepted: 31.05.2023

Published: 30.06.2023

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-022023-p132](https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p132)

Abstract

Detection of people with severe mental illness has become more frequent in the last few decades, along with the amount of elder inmates. Authors discuss some reasons behind this International trend and issues about management of mental patients in prison. Last, authors propose ethic approaches for an adequate treatment of inmates suffering for mental illnesses

Keywords: violent behavior, psychopathology of the offender, elderly offender, relationship between treatment and punishment.

Riassunto

Il rilevamento di persone con gravi malattie mentali è diventato più frequente negli ultimi decenni, insieme alla quantità di detenuti anziani. Gli autori discutono alcune ragioni alla base di questa tendenza internazionale e le questioni relative alla gestione dei pazienti mentali in carcere. Infine, gli autori propongono approcci etici per un trattamento adeguato dei detenuti affetti da malattie mentali.

Parole chiave: comportamenti violenti, psicopatologia del reo, anziano autore di reato, rapporto tra cura e pena.

Care, imprisonment and rehabilitation. The treatment of the inmates suffering for mental illnesses

“In realtà, una società merita la qualifica di “civile” se sviluppa gli anticorpi contro la cultura dello scarto; se riconosce il valore intangibile della vita umana; se la solidarietà è fattivamente praticata e salvaguardata come fondamento della convivenza”.
Papa Francesco

Introduzione

Il rapporto tra lo stato di detenzione e la salute mentale della persona ristretta ha da sempre attirato l'attenzione di criminologi, medici, sanitari, politici per le evidenti implicazioni. L'attenzione alla problematica non nasce adesso, anche se è certamente cresciuta la riflessione sulle implicazioni giuridiche, deontologiche, sanitarie e criminologiche (Greco e Maniglio, 2007; Comitato Nazionale di Bioetica, 2013)

La maggiore attenzione al problema osservata negli ultimi decenni può essere messa in relazione a diversi fattori, di cui il principale sembra essere rappresentato dal progressivo aumento del numero di persone, sofferenti per problematiche psicopatologiche, private della libertà. Il fenomeno è di tale evidenza e proporzioni da imporsi immediatamente all'attenzione di politici e addetti ai lavori: si tratta di un incremento osservabile diffusamente nel mondo, certamente non limitato all'Italia, che probabilmente rappresenta l'esito dell'interazione di complessa multifattorialità. In carcere si trovano abitualmente diverse categorie di pazienti, con esigenze di cura analoghe alle persone non sottoposte a restrizioni. A ciò si deve aggiungere la privazione della libertà come specifico elemento afflittivo, in grado di scatenare reazioni psicopatologicamente connotate (Comitato Nazionale di Bioetica, 2019).

Caratteristiche cliniche ed epidemiologiche della psicopatologia carceraria

I quadri sindromici osservabili nella popolazione detenuta non hanno, di per sé caratteristiche fenomenologiche differenziali rispetto alla popolazione generale e coprono l'intero spettro delle condizioni di sofferenza mentale descritte nella moderna nosografia psichiatrica. Si osserva tuttavia come i tassi di incidenza e prevalenza dei vari disturbi psichiatrici nella popolazione detenuta presentino valori abnormemente alti, se confrontati con la popolazione generale, indicando, come intuibile, che la perdita della libertà rappresenti importante fattore autonomo

etiologicamente connotato, ma anche che la popolazione detenuta nel suo complesso presenti una peculiare fragilità psichica. (Voller e Di Fiandra, 2015).

Sulla fragilità o predisposizione psicopatologica della popolazione detenuta ed i suoi complessi legami con il compimento dei reati si ritornerà più avanti, osservando come le sindromi psichiatriche più frequentemente riscontrabili tra i detenuti siano rappresentate dai disturbi dell'umore e di personalità, dalle manifestazioni della psicopatologia reattiva, della politossicodipendenza, del basso livello intellettuale (Catanesi, Carabellese, Guarino, 2007).

In maniera particolare, negli ultimi anni si è osservato una drammatica crescita percentuale della popolazione ristretta affetta da disturbi psicotici, che impone riflessioni importanti, non tanto e non solo sugli aspetti giudiziari e criminologici, ma anche sull'accessibilità ed efficacia dei percorsi di cura psichiatrici.

Infatti, per complesse ragioni che verranno discusse di seguito, la maggiore probabilità che un paziente psichiatrico vada incontro a periodi di carcerazione appare come trend omogeneo a livello mondiale.

L'aumento dei comportamenti violenti nelle società del benessere: quali cause?

Diversi fattori sono stati considerati per spiegare il fenomeno, tra cui la possibilità che la maggiore attenzione e l'aumento della capacità diagnostica nei vari ambiti sanitari possa rappresentare un fattore confondente, che potrebbe provocare non un reale aumento dei casi psichiatrici, ma semplicemente una maggiore capacità di intercettarli.

Escludendo quindi il possibile significato confondente del miglioramento delle capacità diagnostiche nel campo dei disturbi psicopatologici, i fattori importanti richiamati sono sostanzialmente tre (Swanson, Holzer, Ganju, Jono, 1990; Swanson, 2014; Appelbaum, 2006; Volavka e Swanson, 2010; Fazel, Smith, Chang, Geddes, 2018):

- 1) Aumento della diffusione nell'uso delle sostanze stupefacenti, che nel mondo occidentale ha mostrato negli ultimi decenni significative modificazioni. In tutto il mondo occidentale è in netto abbassamento l'età di inizio nell'uso di sostanze, sono privilegiate le sostanze stimolanti (quindi più facilmente in relazione con estroffessione di comportamenti aggressivi), sono regolarmente introdotte nuove sostanze non tabellate perché ancora sconosciute, sono utilizzate abbondan-

temente sostanze non illecite immesse in commercio per finalità diverse dall'uso umano, ma assunte in quanto idonee a provocare effetti psicotropi ben conosciuti dagli utilizzatori.

- 2) Un caso a parte riguarda l'uso di cannabis, che ha mostrato nei più recenti sequestri operati dalle Forze dell'Ordine un significativo incremento della percentuale di cannabidiolo contenuto, che ne fa una sostanza d'abuso sostanzialmente diversa da quella introdotta, sempre illegalmente, negli anni '60. La relazione tra utilizzo di cannabis e l'insorgenza di disturbi psicotici (non sempre regredibili con l'interruzione dell'abuso) appare fenomeno epidemiologicamente inoppugnabile, che riguarda probabilmente una particolare coorte di soggetti predisposti tra i giovani utilizzatori.
- 3) Fenomeni di deistituzionalizzazione, con scarsa adeguatezza dei programmi e delle possibilità di trattamento di pazienti gravi, riduzione delle risorse in ambito sanitario, con minore capacità di intercettare i casi problematici e difficoltà ad erogare i complessi interventi di cura che costituiscono "di per sé" anche fattore preventivo per i comportamenti gravi direttamente legati alla patologia mentale.

La presenza di pazienti psichiatrici in carcere, soprattutto quando responsabili di gravi reati contro la persona, ciclicamente riporta all'attenzione giornalistica e della popolazione generale il dibattito sulla pericolosità della patologia mentale (Nivoli, Loretto, Milia, Nivoli, Nivoli, 2010; Volavka, 2013; Latalova, Kamaradova, Prasko, 2014).

A tal proposito si può osservare che, se appare evidente come i pazienti psichiatrici, nel loro complesso, siano assai più frequentemente vittime piuttosto che autori di comportamenti-reato, appare utile chiedersi, senza alcun preconcetto ideologico, cosa ci sia di vero nell'attribuzione di pericolosità ai pazienti affetti da grave patologia mentale (Donan, Doyle, Violone, 2000; Fazel, Grann, Carlstrom, Lichtestain, Langstrom, 2009; Pulaj et al, 2008; Filov, 2019; Elbogen e Johnson, 2009).

Si osserva ancora come sia escludibile una relazione di causalità diretta tra comportamenti reati e patologia mentale, per cui la malattia psichica può essere riconosciuta come fattore di rischio che si somma insieme ad altri per generare l'evento reato.

Si può osservare, infatti, che i fattori di rischio riconosciuti per la genesi di manifestazioni aggressive nei soggetti affetti da patologia psichiatrica siano sostanzialmente sovrapponibili a quelli più genericamente conosciuti in ambito criminologici (personalità antisociale, genere maschile, giovane età, basso livello socioculturale ed intellettuale, precedenti comportamenti violenti, abuso di sostanze), mentre un'analisi più approfondita delle principali sindromi psichiatriche può consentire di individuare fasi di maggiore rischio da valutare, sempre, nel singolo caso (Veltri et al., 2019). La mancata offerta di adeguati percorsi di cura, il rifiuto o l'interruzione degli stessi ri-

sultano elementi riconosciuti di rischio per lo scompenso psicopatologico ed indirettamente di possibile comportamento rilevante ai fini criminologici.

Manca di solito una adeguata valutazione dei fenomeni extraclinici, culturali, economici e personologici, dalla cui interazione con i vari fattori di rischio (tra cui una malattia psichiatrica) possono generarsi anche situazioni particolari.

I comportamenti violenti e la psichiatria: dentro o fuori?

Gli psichiatri discutono da tempo sul ruolo di prevenzione e trattamento criminologico affidata al loro operato, di solito rifuggendo tali incombenze. La posizione dei professionisti della salute mentale può grossolanamente identificare due concezioni diverse: una posizione definibile come "purista", che limita il compito del professionista esclusivamente alla cura e che non accetta interferenze o distorsioni di sorta (considerando apertamente antiterapeutico, quindi scientificamente e deontologicamente scorretta, l'acquisizione di compiti estranei alla cura del paziente) e una seconda posizione, che potremmo definire "pragmatica", che ritiene i comportamenti-reato facenti parte della fenomenologia del disturbo psichiatrico, quindi come tali da contrastare nel primario interesse della persona sofferente la cui interazione con la società, di per sé difficile, va salvaguardata nel modo migliore e più completo possibile, anche prevenendo comportamenti a danni di altre persone e/o enti e istituzioni.

Ma, nell'ipotesi di privilegiare questa seconda posizione, dobbiamo chiederci se esistono davvero e quali sono gli strumenti clinici che il professionista nel campo della salute mentale può impiegare per tutelare pazienti e società e delle prove di efficacia in questo senso?

Volendo approfondire si può suddividere la patologia psichiatrica in tre grandi gruppi: 1) disturbi tipo psicotico o sindrome bipolare per i quali la cura è, se efficace, prevenzione di comportamenti alterati e quindi, sempre indirettamente, di atti-reato; 2) disturbi psichiatrici che richiedono fondamentalmente interventi psicoterapici (quindi che presuppongono libertà di scelta ed autodeterminazione per l'avvio dei trattamenti e condizioni di setting compatibili con i presupposti e lo svolgimento degli incontri; 3) disturbi psichiatrici per i quali non esistono attualmente evidenze di efficaci trattamenti clinici (es. personalità antisociale). Particolare rilievo hanno ricevuto i Disturbi di Personalità sui quali l'attenzione dei clinici ha portato a riflessioni importanti (Volavka, Czibor, Citrome, Van Dom, 2014; Fazel, Zettreqvist, Larsson, 2014; Garrido, 2002; Harris, Rice, Cormier, 1994).

Tralasciando il vivace dibattito corrente sulla natura e classificazione di questi peculiari quadri morbosi, si osserva che rappresentano la diagnosi più frequentemente riscontrata in ambito penitenziario e che, proprio per questo, vengono chiesti interventi efficaci ai sanitari per prevenirne i peculiari comportamenti e le connesse conseguenze.

A tale proposito, facendo riferimento alle Linee Guida internazionali, si osserva che il trattamento di tali disturbi preveda prolungati interventi psicoterapici, inapplicabili in contesto carcerario, supportati da spontanea richiesta e da una forte motivazione. Non potendo utilizzare il principale intervento clinico di provata efficacia, spesso si ricorre al trattamento psicofarmacologico sul qual è doveroso ricordare che non esistono protocolli validati ma “buone pratiche”, quando possibili, e che in Italia nessun farmaco sia registrato ed abbia prove di efficacia nello specifico trattamento dei Disturbi di Personalità. Terapia sintomatica, quindi, molto “artigianale”, esperienziale, sganciata da protocolli validati.

Se per i disturbi del cluster A e C e per il Disturbo Borderline, anche se empiricamente, la prassi prescrittiva può trovare qualche sostegno nell’analogia sintomatologica con altri quadri sindromici, per la personalità antisociale il trattamento è tassativamente psicoterapico e richiede consapevolezza e motivazione spesso carenti nelle persone affette da questo profilo personologico (Lagrotteria et al., 2019).

Se la prevenzione delle condizioni psicopatologiche acute (anche per il possibile significato criminogenetico) deve essere l’obiettivo principale dei trattamenti di cura, l’evidenza dell’insufficienza degli stessi e l’aumento della popolazione carceraria sofferente per disturbi mentali non può non far riflettere sulle condizioni di cura e, prima ancora, di vita, di questi soggetti all’interno degli istituti di pena (Romano e Ravagnani, 2010; Ravagnani e Romano, 2019).

La relazione con il paziente ristretto può essere soggetta alle distorsioni collegate ai vantaggi giudiziari o esistenziali all’interno dell’istituto (es. migliore collocazione, cambio di camera, ecc.) tuttavia l’utilizzo strumentale delle risorse sanitarie, in realtà, non è specificatamente ascrivibile alla situazione carceraria, essendo un rischio conosciuto e ben presente in altri settori clinici (es. riconoscimento dell’invalidità Civile, inidoneità al lavoro, premi assicurativi, ecc.), ma trova in ambito intramurario particolare frequenza e delicatezza.

A ciò spesso conseguono atteggiamenti di eccessiva distanza, diffidenza e ipercritica nei confronti del paziente detenuto che, oltre ad essere deontologicamente scorretti, non consentono di valutare con la dovuta serenità istanze e richieste.

Da ciò consegue che nell’utilizzo o nell’erogazione di trattamenti sanitari va sempre e solo tenuto in considerazione il beneficio del singolo e non dell’istituzione; analogamente interventi sanitari irresponsabilmente oblativi e/o riparativi sono da vietare. L’attività psicologica e psichiatrica deve cercare di evitare questi due erronei ed opposti comportamenti clinici, attraverso la professionalità di operatori formati e procedure cliniche con spazi di riflessione e discussione indispensabili alla valutazione critica e condivisa nei gruppi di lavoro delle decisioni della pratica clinica (Bruni, 2013; Clerici et al, 2006; Poneti, 2018).

Per quanto riguarda il rischio di suicidio non è mai ec-

cessivo il richiamo al fatto che la prevenzione dei comportamenti anticonservativi (purtroppo ancora così frequenti e diffusi) rappresenti il compito primario dell’attività in ambito psichiatrico sulle persone in condizioni di restrizione della libertà.

Abuso di sostanze, isolamento in cella, abuso/misuso di farmaci, pregressi atti anticonservativi sono fattori riconosciuti di rischio; la maggiore conoscenza della problematica chiaramente accresciuta negli ultimi anni, tuttavia, non ha ancora consentito di ottenere soddisfacenti risultati in campo preventivo, nonostante l’ampiezza degli sforzi compiuti. Appare opportuno ribadire che la prevenzione suicidaria si realizzi con un complesso di interventi di cui, la parte sanitaria, rappresenta solo una parte, spesso neanche così fondamentale e decisiva, nel realizzarne l’efficacia. Non appare condivisibile affrontare tale problematica come se fosse confinata all’intervento sanitario, richiamando la necessità di interventi complessivi sulla condizione generale della popolazione detenuta.

Un problema nel problema: il paradosso dei detenuti anziani

Lanziano detenuto tra cura e pena: aspetti terapeutici e trattamentali

Il significativo incremento avvenuto negli ultimi anni dei reati messi in atto dalla popolazione anziana, con la conseguente attivazione degli iter giudiziari, spesso con la carcerazione del reo, ha comportato una delicata e complessa questione inerente il problema se cura e pena possono essere obiettivi perseguiti sinergicamente oppure vanno fortemente distinti nelle modalità di selezione delle persone e nelle pratiche riabilitative ed assistenziali utilizzate. Questo può avvenire solo dopo aver individuato gli obiettivi prioritari, cioè quali interventi e per quali risultati attesi, perché non si può curare e punire allo stesso tempo e con gli stessi interventi, ma il raggiungimento di obiettivi così differenti tra loro (la punizione vs il supporto al cambiamento ed alla promozione della salute) vanno messi in campo in modo sinergico: la pena riguarda gli aspetti ambientali e gestionali anche in termini di libertà personale ed autodeterminazione, mentre la cura prevede una iniziale valutazione sulla persona (struttura di personalità, eventuali patologie pregresse, disponibilità ed adesione ai trattamenti riabilitativi), non identificabile con quella effettuata a livello peritale nel corso del processo, tendenzialmente centrata sul reato (tipologia, modalità, caratteristiche del contesto e della vittima se si tratta di reato contro la persona, giustificazioni addotte dal reo) e parte fondamentale della valutazione giudiziaria e quindi dal livello/tipologia della pena.

Questa complessità dimostra come i due obiettivi non possono essere perseguiti parallelamente, ma deve sempre prevalere quello terapeutico-riabilitativo per un cambiamento dei vissuti e dei comportamenti del reo, al fine di consentire un nuovo equilibrio psico-comportamentale e la riduzione del rischio di recidiva.

In questo scenario si pongono necessariamente alcune domande alle quali non vi sono risposte facili né scontate: tra i due obbiettivi è possibile costruire una sinergia o sono sempre in contrapposizione? L'obbiettivo prioritario dell'intervento socio-sanitario-riabilitativo come si intreccia con quello giudiziario, nel senso che è possibile curare e punire allo stesso tempo? E questo "doppio obbiettivo" si declina per tutto l'arco temporale dell'intervento oppure ha tempistiche differenti?

Quesiti non facili, che non hanno risposte scontate e generalizzate, ma vanno collegate alla storia della singola persona, dal reato all'adesione al trattamento riabilitativo psico-sociale.

La complessità dei problemi in campo richiede - come già evidenziato in precedenza - una riflessione approfondita al fenomeno dell'aumento delle pene detentive applicate alle persone anziane

Detenuti presenti al 31 dicembre distinti per classi di età'
Anni 2005 - 2021

Anno	Da 18 a 20 anni	Da 21 a 24 anni	Da 25 a 29 anni	Da 30 a 34 anni	Da 35 a 39 anni	Da 40 a 44 anni	Da 45 a 49 anni	Da 50 a 59 anni	Da 60 a 69 anni	70 e oltre	Non rilevato	Totale
2005	1.370	4.920	9.482	11.205	10.506	8.017	5.671	6.154	1.786	350	62	59.523
2006	1.168	3.249	5.969	6.815	6.564	5.264	3.922	4.297	1.397	291	69	39.005
2007	1.584	4.550	8.052	8.567	7.981	6.366	4.589	5.065	1.557	308	74	48.693
2008	1.537	5.434	9.517	10.165	9.553	7.973	5.524	6.126	1.857	380	61	58.127
2009	1.494	5.817	10.445	11.477	10.599	8.907	6.355	6.986	2.203	463	45	64.791
2010	1.302	5.788	10.580	11.981	10.977	9.573	7.011	7.713	2.489	517	30	67.961
2011	1.158	5.525	9.945	11.506	10.837	9.516	7.035	8.116	2.668	571	20	66.897
2012	1.058	4.984	9.300	10.842	10.691	9.557	7.431	8.367	2.849	587	35	65.701
2013	910	4.371	8.578	10.200	9.970	9.157	7.319	8.472	2.943	597	19	62.536
2014	710	3.390	6.872	8.194	8.473	7.884	6.558	7.995	2.946	594	7	53.623
2015	721	3.106	6.621	7.677	8.113	7.618	6.585	8.009	3.057	642	15	52.164
2016	851	3.267	6.989	7.979	8.292	7.844	6.914	8.492	3.287	715	23	54.653
2017	866	3.409	7.224	8.267	8.652	8.094	7.310	9.298	3.700	776	12	57.608
2018	925	3.550	7.283	8.469	8.855	8.255	7.639	9.962	3.824	881	12	59.655
2019	871	3.506	7.110	8.615	8.702	8.511	7.729	10.504	4.230	986	5	60.769
2020	584	2.993	5.920	7.493	7.757	7.492	6.984	9.504	3.779	851	7	53.364
2021	523	2.739	5.799	7.494	7.779	7.558	7.085	9.991	4.165	993	8	54.134

Fonte: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento - Sezione Statistica

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio del Capo del Dipartimento – Sezione Statistica – 2021
FIGURA 1

Le cause, infatti, sono molteplici:

- a) l'invecchiamento demografico; b) i cambiamenti nella dimensione psicologica e sociale degli anziani in una società frammentata e spesso stigmatizzante; c) una inappropriata risposta alle modificazioni sociali; d) le patologie psicogeriatriche hanno sempre più frequentemente un esordio precoce; e) il rischio per gli anziani di un isolamento psicosociale (la cd "cultura dello scarto", come l'ha definita Papa Francesco); f) la ca-

renza di alternative al carcere, a fronte di reati penalmente perseguibili.

Occorre peraltro interrogarsi sulla tipologia dei reati: i più frequenti sono i reati per difesa, per conflitti e rabbia accumulata, per abbandono, per legami affettivi forti, ma ritroviamo anche detenuti con lunghe carriere criminali, per reati di stampo mafioso, per reati particolarmente efferati, per reati finanziari/amministrativi. (Figura 2)

Tipologia di reato	Classe di età			Totale
	70-74	75-79	80 ed oltre	
ASSOCIAZIONE DI STAMPO MAFIOSO (416BIS)	115	52	25	192
LEGGE DROGA	111	20	7	138
LEGGE ARMI	106	46	21	173
ORDINE PUBBLICO	37	7	5	49
CONTRO IL PATRIMONIO	182	61	25	268
PROSTITUZIONE	2	3	-	5
CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	26	8	5	39
INCOLUMITA' PUBBLICA	25	3	9	37
FEDE PUBBLICA	54	20	6	80
MORALITA' PUBBLICA	2	1	2	5
CONTRO LA FAMIGLIA	11	6	3	20
CONTRO LA PERSONA	223	122	50	395
CONTRO LA PERSONALITA' DELLO STATO	4	-	1	5
CONTRO L'AMMINISTRAZIONE DELLA GIUSTIZIA	36	16	12	64
ECONOMIA PUBBLICA	33	7	6	46
CONTRAVVENZIONI	29	13	6	48
LEGGE STRANIERI	1	2	-	3
CONTRO IL SENTIM.TO E LA PIETA' DEI DEFUNTI	34	10	9	53
ALTRI REATI	32	7	1	40

Fonte: Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – giugno 2017

FIGURA 2

Questi dati rendono conto della complessità delle problematiche in campo: a) le frequenti comorbidità; b) la difficoltà nella scelta dell'approccio terapeutico psico-comportamentale; c) il nodo del rapporto tra assistenza e controllo; d) la strutturazione di servizi socio-sanitari-riabilitativi in grado di lavorare su questa duplicità che spesso diventa contrapposizione; e) la scelta dei luoghi di cura (carcere, casa, strutture riabilitative per autori di reato o per problematiche psicologico-psichiatriche); f) gli obiettivi dei trattamenti sanitari o riabilitativi rispetto ai comportamenti reato; g) la declinazione tra la presa in carico e chi la coordina (sistema sanitario o giudiziario).

Senza dimenticare il possibile (e sempre più frequente)

scenario del fine vita e del morire in carcere, per patologie organiche o per la messa in atto di comportamenti autolesivi.

Di fatto ci troviamo di fronte a problematiche che possono avere una doppia interpretazione, non sempre convergente ma che anzi apre spesso a scelte di intervento contrapposte.

La pena infatti si declina come obiettivo trattamentale in relazione al reato commesso in funzione del recupero sociale che richiede un intervento personalizzato: cura dei possibili disturbi psichiatrici presenti da tempo o con esordio nella terza età (disturbi dell'umore, disturbi di personalità, disturbi psicotici, disturbi cognitivi che possono

evolvere verso un quadro di demenza). Intervento personalizzato vuol dire costruire una relazione di fiducia, empatica, supportiva, di ascolto ma anche accogliere e gestire vissuti, emozioni, sentimenti, paure: solitudine, abbandono, circonvallazione, una vita senza futuro.

Ma il carcere può essere la risposta giusta?

Quando non sia obbligatoria per il nostro ordinamento giuridico, non dobbiamo sottovalutare che la “punizione” induce sentimenti e reazioni differenti, a seconda della storia biopsicosociale del soggetto: senso di vergogna, bisogno di vendetta che innesca recidive di comportamenti reato, isolamento sociale, vissuti di paura (per il dentro ma anche per il fuori) che attaccano la speranza di nuove prospettive, terminato il periodo della pena.

In questo senso, anche nuove forme di pena, attraverso il superamento della reclusione penitenziaria come le cd Misure di Sicurezza, possono rappresentare un nuovo equilibrio tra cura e pena: MdS ai domiciliari, in residenzialità territoriale, in forme di Co-Housing, in strutture di accoglienza per anziani (RSA ma non solo: comunità alloggio, alloggi protetti, assistenza domiciliare integrato, ...).

Tuttavia, una corretta presa in carico deve sempre basarsi sulla dimensione multidisciplinare, su di una attenta osservazione diagnostica e sulla ricostruzione della storia del paziente e dei suoi eventi di vita (ad es. traumi precoci, abbandono, istituzionalizzazione, ...), sulla costruzione di un trattamento terapeutico-riabilitativo personalizzato (“medicina personalizzata”), con una specificità di interventi per progetti particolari ed il necessario raccordo con servizi ed operatori territoriali e, se necessario, anche ospedalieri.

Questo approccio richiede vari strumenti/tecniche di intervento: colloquio psichiatrico, colloquio psicologico, raccolta anamnestica, valutazione psicometrica, esami clinici, osservazione ed analisi del comportamento, elaborazione e discussione in équipe delle varie osservazioni compiute, informazione al paziente ed ai suoi famigliari e suo consenso, scelta del trattamento terapeutico integrato, monitoraggio dei risultati.

E gli operatori?

Anche su questo aspetto si aprono problemi la cui gestione è complessa ed a volte apre contrapposizioni negative. Alcuni problemi restano ancora aperti: a) tra operatori sanitari e penitenziari: come si intrecciano le differenze di ruolo e di competenze? b) quale “alleanza terapeutica”? c) quale formazione? d) quali vissuti ed emozioni? e) si può parlare di lavoro d’équipe? f) quale rapporto c’è tra sicurezza e qualità del lavoro?

Lo stesso Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, nella sua relazione al Parlamento nel giugno 2021, a fronte anche del periodo pandemico, sottolinea la complessità delle problematiche: “Non è possibile considerare le criticità del mondo detentivo senza considerare le difficoltà che oggi affrontano coloro che sono in più diretto contatto con le persone ristrette. A tutti

gli operatori penitenziari va il riconoscimento del Garante Nazionale, ma in particolare a coloro che direttamente hanno garantito la continuità della presenza istituzionale nel periodo delle chiusure esterne, della difficoltà vissuta dalle persone ristrette, private necessariamente del supporto della presenza delle persone care e del contributo vitale di coloro che gestiscono attività e progetti in carcere. Un riferimento è doveroso verso coloro che responsabili di interventi rieducativi - ormai definiti come funzionari giuridico- pedagogici - sono troppo spesso dimenticati nella rappresentazione di chi opera negli istituti penitenziari e devono essere destinatari di maggiore attenzione anche sul piano normativo. Agli operatori di Polizia penitenziaria il Garante Nazionale vuole dichiarare oggi la propria vicinanza e la profonda considerazione del loro lavoro: proprio tale considerazione lo ha portato e lo porta a richiedere fermezza verso quei pochi che con il non rispetto della propria divisa rischiano di gettare un’ombra su un Corpo che merita invece la stima della collettività”.

Ed allora, che fare?

Alla luce delle esperienze di questi anni, in continuità con le osservazioni già espresse in precedenti contributi (Ferrannini, 2009; Nuvoli, Rocca, Dijk, Ferrannini, 2018), proponiamo come “take home message” le seguenti azioni:

- a) organizzare servizi di presa in carico e cura nelle istituzioni penitenziarie;
- b) utilizzare tutti gli strumenti per una scarcerazione precoce;
- c) avere servizi di presa in carico e di cura nel territorio, per sostenere gli anziani dimessi con intervento socio-sanitari finalizzati alla qualità della vita, alla partecipazione sociale, al recupero della dignità;
- d) lavorare per fare in modo che l’anziano si fidi delle istituzioni di cura e supporto;
- e) favorire la ricostruzione dei rapporti parentali e sociali, per consentire una positiva inclusione sociale;
- f) coniugare il lavoro sui luoghi di cura con quello sulla cura dei luoghi;
- g) sviluppo di paradigmi scientifici in grado di passare dall’astrazione alla complessità, accettando il rischio di incertezza, ma con i vantaggi di essere “sul/nel campo” reale e di non contrapporre alle persone “malate di rischio” operatori “malati di certezze”;
- h) la centralità della responsabilità individuale e collettiva ovvero del ritorno del rimosso, che è essenzialmente dimensione etica;
- i) il superamento della confusione e della/delle ambiguità, segnali di crisi culturale, prima ancora che economica e sociale.

“I servizi insicuri hanno il fiato corto e sono incapaci di attivare quei processi di ri-significazione e di senso - nella prospettiva della “recovery”-, che richiedono pratiche connesse e coraggiose. Per non rifiutare le immagini, ed i problemi sottostanti che non vorremmo vedere, è possibile solo attivare complessi processi di svelamento ed analisi dei meccanismi che sono alla base dei comportamenti, sviluppando interventi precoci sui fattori di rischio (individuali, gruppali e socio-

culturali) che riducano l'incidenza di fenomeni che sono comunque espressione di sofferenza e di isolamento” (Nuvoli et al., 2018).

Organizzazione, formazioni e limiti dell'intervento psichiatrico in ambito intramurario

Vari aspetti problematici connotano il lavoro psichiatrico a favore della popolazione detenuta. Certamente è un problema la formazione, altrettanto l'organizzazione dei servizi di cura, il rapporto tra enti diversi e con finalità diverse, la sicurezza degli operatori.

Il mondo psichiatrico ha adeguate modalità organizzative e dispone di strumenti ed esperienza sufficienti per gli autori di reato? Sono necessari specifici percorsi formativi? ovviamente sì, non è pensabile che il buonsenso sia la linea guida con cui operare su problemi di particolare complessità.

Altro punto importante: disturbi mentali e abuso di sostanze si manifestano spesso nella stessa persona con strettissime correlazioni eziologiche e cliniche. Ha senso la separazione degli interventi o non sarebbe auspicabile formare operatori in grado di gestire il corteo sintomatologico in toto? Nei rapporti con le altre istituzioni, che vivono la sanità come ospite o ultima arrivata, si osserva che il fatto di intervenire con provvedimenti di cura a favore della popolazione detenuta crei il malaugurato fraintendimento di considerare i sanitari schierati con i detenuti contro direzioni e polizia penitenziaria. È un equivoco infantile ma purtroppo presente: i sanitari non sono schierati con / contro niente o nessuno, fanno il loro lavoro e svolgono il loro compito che consiste nell'assistere e nel curare le persone al meglio delle proprie possibilità senza subordinare la cura a finalità diverse. Se la presenza della sanità penitenziaria viene vissuta negativamente, come estranea alle logiche di controllo della popolazione detenuta e non utilizzabile o manipolabile a questo scopo, è indispensabile ribadire l'indipendenza della professione medica anche (verrebbe da dire particolarmente) in ambito carcerario. Logiche diverse da quelle specifiche di cura da parte del personale sanitario sono da proscrivere in quanto deontologicamente in contrasto con i fondamenti della professione medica.

Altrettanto importante ricollocare in rete, non all'interno ma soprattutto all'esterno, il lavoro psichiatrico intramurario con solidissimi rapporti di collaborazione in quanto:

- 1) ricoverare in ospedale un paziente detenuto è molto più difficile di un paziente di analoga gravità non ristretto;
- 2) i servizi territoriali evitano la presa in carico o la realizzano con motivazioni tiepide e molto lentamente;
- 3) manca la regia e la cultura che aiutino a superare difficoltà, diffidenze, ostilità dei singoli operatori;
- 4) la definizione dei livelli di responsabilità dei singoli percorsi meritano più attente riflessioni.

Conclusioni

Per concludere, in questo quadro sono necessari ed urgenti alcuni interventi che possano innovare il quadro degli interventi e delle funzioni degli operatori di vario tipo e della istituzione carceraria.

Per il livello delle funzioni tecniche, ci sembra necessario la definizione di un quadro omogeneo di intervento – a fronte dell'attuale crescente disomogeneità a livello delle istituzioni carcerarie e delle Regioni – attraverso la emanazione di Linee Guida da parte dei Ministeri competenti (Ministero della Giustizia e Ministero della Salute e delle loro specifiche articolazioni in questo campo ed anche della Conferenza Stato-Regioni per l'applicazione delle norme per il superamento delle disuguaglianze inter ed intra regionali), in accordo con le Società Scientifiche del settore, quali la Società di Medicina Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, la Società Italiana di Psichiatria, la Società Italiana di Psichiatria Forense, per quello psichiatrico e la Società di Psicologia Giuridica e l'Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, solo per citare quelle più coinvolte in questo campo. Si tratta di attivare un lavoro per delineare Percorsi Assistenziali Individualizzati (PAI) e Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA), necessariamente correlati non solo alla eventuale patologia presente ma anche alla storia della persona e dei fattori che hanno portato alla messa in atto di un comportamento reato.

Questo anche per superare le citate differenze di applicazione a livello regionale, ma anche delle singole strutture penitenziarie, e costruire un quadro di maggiore equità in un settore in cui si intrecciano diritti primari dei cittadini e loro limitazione causata dagli eventi reato.

Ed infine, attivare percorsi di sensibilizzazione e formazione degli operatori penitenziari per prevedere/prevenire sintomi psicologico-psichiatrici in detenuti già valutati affetti da quadri psicopatologici, ma anche in quelli che manifestano questi sintomi dopo la carcerazione. Questi percorsi devono tener conto necessariamente del nuovo quadro epidemiologico dei disturbi psichiatrici (il fattore età dall'incremento della messa in atto di comportamenti reato di vario tipo sia nei giovani che negli anziani), dei fattori psico-sociali, ambientali e degli stili e condizioni di vita, degli autori di reato di differenti etnie ed appartenenze religiose, con una attenzione alla complessità biopsicosociale che caratterizza sempre di più le storie e le vite delle persone detenute. E questo in una società sempre più frammentata, non coesa, discriminante, stigmatizzante, “basso contenuto umano” come ha definito queste condizioni la World Bank in un documento del 1993, anche per sottolineare l'importanza di una particolare attenzione al “capitale umano” e non solo al “capitale economico”, soprattutto in questa fase storica.

In sintesi, si tratta di lavorare per una rinnovata attenzione allo sviluppo di una società giusta e democratica, anche quando si occupa di autori di reati, ma pur sempre persone, da assistere e riabilitare per un ritorno alla inclusione ed all'appartenenza alla società.

Riferimenti bibliografici

- Appelbaum, P.S. (2006). Violence and mental disorders: data and public policy. *Am J Psychiatry*, 163, 1319-1321
- Bruni, A. (Ed.). (2013). *Psicologi "dietro le sbarre". Appunti di psicologia penitenziaria*. Macerata: Simple.
- Catanesi, R., Carabellese, F., & Guarino, D. (2007). Analisi del comportamento violento in una popolazione di pazienti psichiatrici in Puglia e Basilicata. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 64-79.
- Clerici, M., Bertolotti Ricotti, P., D'Uso, N., Marasco, M., Candotti, S., & Scarone, S. (2006). Un servizio di consulenza psichiatrica in carcere. Quali bisogni? Quali risposte? *Noos*, 1, 35-58.
- Comitato Nazionale di Bioetica. (2013). *La salute "dentro le mura"*. Roma: Author
- Comitato Nazionale di Bioetica. (2019). *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere*. Roma: Author.
- Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. *Statistiche*. Estratto da <http://giustizia.it>
- Donan, M., & Doyle, Violone, M. (2000). Risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of psychopathy checklis. *Br J Psychiatry*; 177, 303-311.
- Elbogen, B., & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorders. *Arch gen Psychiatry*, 66, 152-166.
- Fazel, S., Smith, E.N., Chang, Z., & Geddes, J.R. (2018). Risk factors for interpersonale violence: an umbrella review of meta-analyses. *J Psychiatry*, 213, 609-614.
- Fazel, S., Grann, M., Carlstrom, E., Lichtestain, P., & Langstrom, N. (2009). Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a National color study of 13806 patients. *J Clin Psychiatry*, 70 (3), 362-369.
- Fazel, S., Zettreqvist, J., & Larsson, H. (2014). Antipsychotics, mood stabilizers and risk of violent crime. *Lancet*, 384, 1206-1214.
- Ferrannini, L. (2009). L'anziano violento: dimensioni socio-culturali e cliniche. *Psicogeriatría*, II, 19-26.
- Filov, I. (2019). Antisocial personality traits as a risk factor of violence Between individuals with mental disorders. *Open Access Maced J Med Sci*, 7, 657-662.
- Garrido, F. (2002). El tratamiento del psicopata. *Psicothema*, 14, 181-189.
- Greco, O., Maniglio, R., (2007) *Malattia Mentale e Criminalità*. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 111-132.
- Harris, G., Rice, M., & Cormier, C. (1994). Psychopaths: is the therapeutic community therapeutic? *Therapeutic Communities*, 15, 183-229.
- Lagrotteria, B., Nicolò, A., Paoletti, G., Bianchini, V., Bilotta, E., Fedele, C., Silveri, L., Feroni, B. & Marconi, M. (2019). L'impulsività e il comportamento violento: l'impiego della terapia dialettica comportamentale in ambito forense. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIII, n. speciale/19, 77-84.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a sistematic review. *Neuropsychiatr. Dis Treat*, 10, 1925-1939.
- Nivoli, G.C., Loretto, L., Milia, P., Nivoli, A.M.A., & Nivoli, F.L. (2010). *Vittimologia e psichiatria*. Milano: Centro Scientifico.
- Nuvoli, G., Rocca, G., Dijk, B. & Ferrannini, L. (2018). L'anziano autore di reato: aspetti epidemiologici e psicopatologici. *Psicogeriatría*, 2, 69-82.
- Poneti, K. (2018). Salute mentale in carcere: l'incerto destino dei rei folli. In F. Corleone, (Ed.), *Mai più manicomi* (p. 85). Firenze: Fondazione Michelucci.
- Pulay, A.J., Dawson, D.A., Hasin, D.S., Goldstein, R.S., Ruan, W., Pickering, R.P. et al. (2008). Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: result from the Nationa epidemiologic survey on alcohol and realted conditions. *J Clin Psychiatry*, 69 (1), 12-22.
- Ravagnani, L., & Romano, C.A. (2019). P4hr: i diritti umani entrano nel trattamento penitenziario. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIII, 3, 217-223.
- Romano, C.A., & Ravagnani, L. (2010). Sistema carcerario e trattamenti inumani o degradanti. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 111-143.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E. III, Ganju, V.K., & Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp. Community Psychiatry*, 41 (7), 761-770.
- Swanson, J.W. (2014). Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach. In J. Monahan, & H.J. Steadman (Eds.), *Violence annd mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago.
- Veltri, A., Lombardi, V., Donatelli, A.M., Montanelli, C., Mundo, F., Restuccia, G., Bui, A., Cerboneschi, A., Lazznerini, F., & Sbrana, A. (2019). Funzioni cognitive frontali e livelli di impulsività: risultati preliminari in un campione di pazienti psichiatrici autori di reato. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIII, n. speciale, 69-76,
- Volavka, J., Czibor, P., Citrome, L., & Van Dom, R.A. (2014). Effectiveness of antipsychotic drugs against hostility in patients with schizophrenia in the Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness (CATIE) study. *CNS Spectr*, 19, 466
- Volavka, J., & Swanson, J., (2010). Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *JAMA*, 304, 563-564
- Volavka, J., (2013). Violence in Schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatra Danub* 25 (1), 24-33.
- Voller, F., & Di Fiandra, T., (ed.). (2015). *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, Collana dei Documenti ARS Toscana, n. 83.