



PSICHIATRIA E PSICOLOGIA FORENSE

Il trattamento del reo malato di mente nei servizi psichiatrici della Regione Puglia

Treatment of mentally ill offenders in the psychiatric wards in the Region of Puglia

*Felice Carabellese, Giovanna Punzi, Donatella La Tegola,
Maria Masiello, Ignazio Grattagliano, Francesco Margari*

KEY WORDS

*mentally ill • offender • social danger • psychiatric aid • psychiatric treatment
malato di mente • autore di reato • sociale pericolosità • servizi psichiatrici
• trattamento psichiatrico*

Abstract

Obiettivo della ricerca, effettuare una ricognizione sulle modalità di trattamento degli autori di reato con disturbi mentali da parte dei Centri di Salute Mentale della Regione Puglia dopo la Sentenza 253/03 della Corte Costituzionale.

Con i Dipartimenti di Salute Mentale pugliesi è stata approntata una scheda di rilevazione in grado di fornire informazioni in merito ad aree considerate significative: *socio-demografica* (sesso, scolarità, stato civile, condizione abitativa, condizione lavorativa, caratteristiche famiglia di origine), *clinica* (diagnosi, numero di ricoveri, durata della presa in carico, operatori coinvolti nel trattamento, modalità e tipo trattamento, frequenza dei contatti, familiarità psichiatrica) e *criminologica* (tipo di reato, modalità di invio al servizio, posizione giudiziaria, grado di giudizio, autorità inviante). Attraverso l'indagine, tuttora in corso, ci si propone di effettuare una ricognizione degli autori di reato affetti da disturbi mentali in carico ai servizi territoriali nel quinquennio 2003-2007. Questi i primi dati emersi.

Il 72% dei soggetti del campione è costituito da uomini, la maggior parte dei quali (51,8%) possiede il titolo di licenza media inferiore ed è celibe o nubile (63%). Gran parte dei pazienti vive con la famiglia di origine (55,6%), descritta nel 40% dei casi come "assente".

Circa il 44% del campione è affetto da disturbi dello spettro schizofrenico; il 75% del campione non presenta familiarità psichiatrica o antisociale.

In merito alle *modalità di trattamento* ricevuto, per il 47% del campione effettua solo controlli c/o presso il CSM; il *tipo di trattamento* seguito dal 98% dei pazienti è costituito dalla psicofarmacoterapia, nel 43% dei casi associata ad altro tipo di trattamento (riabilitazione, psicoterapia). In maniera, cioè, del tutto sovrapponibile a quanto viene garantito agli altri pazienti.

Particolarmente interessanti, infine, i primi dati relativi all'area criminologica. Il 69%





del campione è costituito da soggetti inputabili, il 70% dei quali condannati a pena definitiva. Nel 25% dei casi si tratta invece di soggetti in attesa di giudizio. L'Autorità inviante è costituita in circa la metà dei casi (49%) dal Tribunale di Sorveglianza, per il resto da altri Giudici – GIP, per lo più – o collegi giudicanti, con i quali i servizi psichiatrici coinvolti non hanno in seguito mantenuto rapporti costanti e duraturi nel tempo.

The objective of the research was to look at treatment methods for mentally ill offenders at the Centre for Mental Health for the region of Puglia after the passing of sentence 253/03 by the Constitutional Court.

Working with the Puglia Department of Mental Health, a revelation module, able to provide information considered to be significant, was construed. The areas taken into consideration as being important were: Social Demography (gender, education, marital status, living conditions, working conditions, family origins), Clinical (diagnosis, hospitalizations, length of stay, number of staff required for treatments, modality and type of treatment, medical contact frequency, psychiatric disorders) and Criminality (crime type, application methods, legal position, liability, prosecuting authority). The study, currently still in course, will provide a thorough report on the state of treatment applications for offenders with mental illness across the territory between 2003 and 2007.

Here below, however, are the preliminary findings.

72% of the sample group are male, the most part (51,8%) are of basic schooling and are not married (63%). A large portion of the patients live within the original family nucleus (55,6%) and are described as being 'absent' in 40% of the cases.

Around 44% suffer from disorders associated to schizophrenia; 75% do not show antisocial or psychiatric familiarity.

Regarding 'treatment methods', 47% has periodic check-ups at the CSM; for 97% of the sample group, treatment is applied through use of psycho-pharmaceuticals, 43% of these have an associated treatment such as rehabilitation or psychotherapy in such a way that overlaps what is guaranteed for other patients.

Particularly interesting is the preliminary data regarding the area of criminality. 69% of the sample are under accusation, 70% of these have received their final sentence. 25% of the cases instead are awaiting sentencing. The prosecuting authority in about half of the cases (49%) results as the Surveillance Court, the rest by other entities – GIP being the majority here – or by judiciary contemporaries with whom the local psychiatric services have not maintained any continual or long-term rapport.

Per corrispondenza:

Carabellese Felice, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense DIMIMP, Università degli Studi di Bari, p.zza G. Cesare 70124, Bari

e-mail: f.carabellese@criminologia.uniba.it

- FELICE CARABELLESE, *Professore Aggregato di Psicopatologia Forense, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense DI.M.I.M.P., Università degli Studi di Bari, p.zza G. Cesare 70124, Bari*
- GIOVANNA PUNZI, *Psichiatra in formazione, Sezione di Psichiatria, DSNP, Università degli Studi di Bari*
- DONATELLA LA TEGOLA, *Dottoranda di ricerca presso la Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense Di.M.I.M.P., Università degli Studi di Bari, p.zza G. Cesare 70124, Bari*
- MARIA MASIELLO, *Medico interno, Sezione di Psichiatria, DSNP, Università degli Studi di Bari*
- IGNAZIO GRATAGLIANO, *Ricercatore universitario, Psicologo, Psicoterapeuta e Specialista in Criminologia clinica, Sezione di Criminologia e Psichiatria forense, Di.M.I.M.P., Università degli Studi di Bari*
- FRANCESCO MARGARI, *Professore Aggregato di Psichiatria, Sezione di Psichiatria, DSNP, Università degli Studi di Bari*



Introduzione

Per malato di mente autore di reato intendiamo indicare una tipologia di paziente psichiatrico che, in quanto responsabile di un illecito, pur presentando le medesime esigenze di cura costituzionalmente garantite al pari degli altri pazienti, riceve un trattamento peculiare, perché condizionato dalle restrizioni che la posizione giudiziaria necessariamente impone. All'interno di questo gruppo di pazienti possiamo ritrovare diverse condizioni, che è possibile ricondurre schematicamente a due categorie: l'una comprende soggetti già affetti da patologia psichiatrica che sono in un secondo momento interessati da procedimenti giudiziari, l'altra da detenuti o ristretti a vario titolo che manifestano uno scompenso psichico durante l'applicazione della misura restrittiva ricevuta.

Come osservato (*Catanesi, Carabellese, Grattagliano, 2009*) il trattamento del malato di mente autore di reato differisce profondamente dagli altri in quanto diverso è l'invitante, l'Autorità Giudiziaria, diverso è il contesto in cui avrà luogo la cura e la finalità dell'eventuale progetto terapeutico-riabilitativo. Alla luce di tale considerazione, attraverso la presente indagine si intende verificare la reale ed effettiva applicazione delle opportunità di trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato presso i servizi territoriali della Regione Puglia.

La disposizione legislativa da cui origina il crescente interesse in materia è rappresentata dalla Sentenza 18/7/03 n. 253 della Corte Costituzionale. Come è noto la Sentenza ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p. nella parte in cui obbliga il prosciolto per vizio totale di mente al ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) laddove è invece possibile, per gli infermi con vizio parziale di mente, adottare una diversa misura di sicurezza. La sentenza è stata a breve seguita dalla n. 367 del 17-29/11/04, che ha esteso il principio anche alla fase cautelare (art. 206 c.p.).

Il dubbio di legittimità sollevato dalla Sentenza riguardava l'automatismo con cui la legge imponeva per il maggiorenne totalmente incapace e pericoloso l'applicazione del ricovero in OPG, escludendo rigidamente l'adozione di altre misure, più personalizzate, come previsto per il seminfermo di mente ed il minore non imputabile. La sentenza ha aperto dunque uno scenario nuovo, in cui la misura di sicurezza stabilita non "cade" sul paziente, ma è scelta per il paziente, sulla base delle sue caratteristiche, della sua pericolosità sociale, delle sue esigenze terapeutiche.

In concreto il testo indica l'opportunità di valutare in questi pazienti l'adozione di una misura di sicurezza più flessibile e non restrittiva, quale la libertà vigilata che, accompagnata da prescrizioni personalizzate circa l'attuazione, soddisfa l'effettiva necessità di controllo e contenimento della perico-

losità sociale, ma al tempo stesso consente l'attuazione di un programma terapeutico e riabilitativo nella cura e nella tutela della persona.

Nel gettare lo sguardo a realtà diverse dalle nostre, dove hanno da tempo avviato riflessioni analoghe, notiamo che nel Regno Unito, la molla costituita da frequenti e diffusi comportamenti violenti – specie fra i giovani (*Chitsabesan et coll.*, 2006) – di soggetti con problematiche mentali e/o di abuso di sostanze, stimola costantemente il potenziamento della prevenzione e del trattamento di questa particolare tipologia di pazienti, attraverso la promozione della salute mentale all'interno di contesti che tengano conto allo stesso tempo delle necessità di tutela sociale e di continuità delle cure da garantire. Ne è derivato quello che costituisce l'attuale impianto organizzativo trattamentale previsto in quel paese, che prevede la presenza di strutture ad esclusiva specializzazione forense distribuite sul territorio nazionale.

Tale impianto nasce da una riflessione iniziata circa trenta anni fa e concretizzata in due documenti ufficiali (Home Office and the Department of Health, 1975; Department of Health and the Home Office, 1992) che hanno sancito alcune linee fondamentali poi coerentemente perseguite con l'impiego di ingenti risorse finanziarie utilizzate per l'integrazione delle strutture forensi nel sistema sanitario nazionale.

I servizi sanitari forensi britannici sono articolati all'interno di unità con personale sanitario ad hoc. Sono stati creati tre presidi nazionali principali ad alta sicurezza, 24 strutture regionali a media sicurezza ed una rete territoriale di servizi a bassa sicurezza. Il livello di sicurezza delle strutture è tarato sulle condizioni psicopatologiche dei soggetti che assistono e quindi sul grado specifico di rischio che può essere gestito al loro interno. I pazienti che possono essere indirizzati a tali strutture provengono dai tribunali e dalle carceri. È previsto, inoltre, uno scorrimento da unità a minore livello di sicurezza, qualora non siano più idonee al management per l'aumentata pericolosità del paziente, e viceversa da unità a maggiore livello di sicurezza, laddove il soggetto trattato presenti dei progressi. La distribuzione territoriale di tali presidi favorisce il percorso del paziente verso una graduale riabilitazione e reinserimento nel contesto sociale di provenienza attraverso la concessione di permessi e l'avviamento di trattamenti ambulatoriali controllati.

Anche restringendo il conto alle sole strutture ad alta e media protezione, la disponibilità di posti letto (1/16.000 abitanti) è di gran lunga superiore rispetto all'Italia, laddove si considerino i soli OPG e gli standard di risorse finanziarie, di personale sanitario impiegato e di formalizzazione dei programmi trattamentali sono elevati.

Nel nostro paese il problema è stato a lungo ignorato, sia dal sistema sanitario – nulla è previsto a riguardo – sia dal legislatore – la 180/78, ad es., nulla dice in proposito – tanto che ad oggi, a fronte del prospettato superamento dell'OPG, poco o nulla è cambiato nella direzione di rispondere alle



richieste di tali pazienti in termini di strumenti concepiti specificatamente a tale scopo. Se è fuor di dubbio che l'OPG non rappresenti un contesto ideale per il trattamento del malato di mente autore di reato, e peraltro è in assoluta dissonanza con le modalità assistenziali della psichiatria pubblica, è pur vero che il personale in esso operante sembra il solo a possedere specifiche competenze in materia.

È evidente, infatti, che l'interazione con un paziente psichiatrico autore di reato, presuppone, oltre che di un ambiente idoneo, di conoscenze riguardanti il riconoscimento e la neutralizzazione di un rischio non ordinario, che non possono essere improvvisate. A tale proposito ricordiamo che in un'indagine nazionale (*Catanesi e coll.*, 2004) è emerso quanto gran parte degli psichiatri senta di essere non pienamente adeguata nella gestione dei comportamenti violenti dei pazienti ed al tempo stesso desiderosa di ricevere formazione dovendo comunque misurarsi con essi.

Da tempo è stato evidenziato (*Lamb e coll.*, 1999) come una delle priorità nel trattamento ambulatoriale di questo tipo di pazienti sia proprio quella di valutare tutti i cambiamenti nella condizione mentale che possono lasciare intravedere un aumento del rischio di recidiva criminale e di ridurne la minaccia potenziale, obiettivi che possono essere raggiunti, secondo l'Autore citato, solo in un contesto complesso ed altamente specializzato.

La riflessione su come articolare questo tipo di intervento suscita diversi interrogativi su quale figura sia effettivamente abilitata a farsi carico del percorso trattamentale del malato di mente autore di reato, ovvero se sia più indicato lo psichiatra curante che conosce il paziente o colui che, relazionando con il giudice, procede alla valutazione forense.

Ancora una volta la realtà anglosassone offre un confronto su questo tema (*Malik, Mohan, Fahy*, 2007), giungendo a delineare due tipologie di organizzazione dei servizi forensi: il modello integrato, in cui gli specialisti forensi lavorano all'interno dell'équipe psichiatrica del territorio e quello parallelo, nel quale i due team svolgono attività separate.

Non mancano le critiche al sistema adottato. È stato osservato (*Coid, Hickey, Yang*, 2007), infatti, come la distribuzione delle competenze in due circuiti differenziati non sembri determinare benefici sostanziali in termini di outcome clinici e criminologici nei pazienti seguiti dopo la dimissione da un'unità di sicurezza. Il dibattito a riguardo è vivace e da tempo alcuni (*Gunn*, 2000; *Mullen*, 2000) sottolineano la necessità di una maggiore integrazione fra psichiatria clinica e forense.

In Italia negli ultimi anni qualcosa si è mossa nel tentativo di colmare il vuoto lasciato dalla legge 180 a riguardo del trattamento del malato di mente autore di reato. Un ruolo fondamentale ha rivestito in questo senso il DLgs 230/99, che ha stabilito il trasferimento delle competenze sanitarie, prima demandate all'Amministrazione Penitenziaria, al Sistema Sanitario Nazionale



(SSN). Il DLgs ha previsto, infatti, il trasferimento immediato al SSN delle dipendenze patologiche e la disposizione di sperimentazioni regionali negli altri settori di intervento.

Nella stessa direzione ha operato la successiva legge 244/07, che ha sancito il trasferimento della sanità penitenziaria al SSN ed il DPCM del 1 Aprile 2008, che ha indicato modalità e termini di tale trasferimento. Il DPCM contiene in allegato le linee guida rispettivamente per l'intervento sanitario nelle carceri e per l'intervento finalizzato al superamento dell'OPG. Il progetto prevede nel breve termine da una parte la dimissione degli internati autori di reati minori compatibilmente con le condizioni cliniche a favore dell'immissione in strutture sanitarie del SSN nel loro territorio di provenienza, dall'altra un potenziamento dell'approccio riabilitativo nel trattamento di quanti rimangono in OPG. Il progetto contempla inoltre, nel medio tempo, l'istituzione all'interno delle carceri stesse di Centri Diagnostici Terapeutici Psichiatrici, almeno uno per ogni regione, in collaborazione con i servizi territoriali competenti, e nel lungo periodo la trasformazione degli OPG in chiave sanitaria.

L'orientamento attuale anche in Italia sembra dunque quello di assicurare contesti più vari ed articolati per l'esecuzione della misura di sicurezza psichiatrica e, più in generale, dell'autore di reato con disturbi mentali, nell'intento di garantire continuità assistenziale. Si tratta in altri termini di individuare percorsi di cura che tengano conto della fase acuta del disturbo e del trattamento riabilitativo, efficaci a tutelare la salute mentale anche dell'autore di reato al pari degli altri pazienti affetti da disturbi mentali e, al tempo stesso, salvaguardare le istanze di sicurezza sociale.

La nostra ricerca

L'obiettivo della presente ricerca, di cui presentiamo i dati preliminari, è quello di fotografare la situazione attuale dell'assistenza psichiatrica assicurata dai servizi territoriali ai malati di mente autori di reato nella nostra realtà regionale a qualche anno di distanza dalla citata Sentenza della Corte Costituzionale. In un periodo in cui i cambiamenti di cui si è detto sembrano aver coinvolto gli psichiatri. L'indagine svolta ha come specifico intento l'osservazione delle caratteristiche e delle modalità di trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato nei Centri di Salute Mentale della regione Puglia, alla luce delle normative attualmente vigenti.



Materiali e Metodi

Sono stati contattati preliminarmente i Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale pugliesi ai quali si è chiesta l'adesione all'indagine. A ciascuno di essi è stata presentata la scheda di raccolta dati da noi elaborata, esplicitando l'utilizzo dello strumento in ogni sua parte e chiedendo eventuali suggerimenti per agevolare la raccolta dei dati. La scheda è stata poi inoltrata dai Direttori di Dipartimento ai rispettivi Centri di Salute Mentale (CSM) con una lettera di accompagnamento in cui è stata proposta la libera adesione al progetto. Si è provveduto in seguito ad effettuare un incontro con tutti gli partecipanti all'indagine, raccogliendo eventuali dubbi o specifiche richieste in merito allo strumento di indagine individuato. Si è decisa, infine, una medesima modalità di raccolta dei dati.

La scheda elaborata contiene 20 item riguardanti tre ambiti di interesse: socio-demografico (sesso, scolarità, stato civile, condizione abitativa, condizione lavorativa, caratteristiche famiglia di origine); clinico (diagnosi, numero di ricoveri, durata presa in carico, operatori coinvolti nel trattamento, modalità e tipo trattamento, frequenza dei contatti, familiarità psichiatrica); criminologico (tipo di reato, modalità di invio al servizio, posizione giudiziaria, grado di giudizio, autorità inviante).

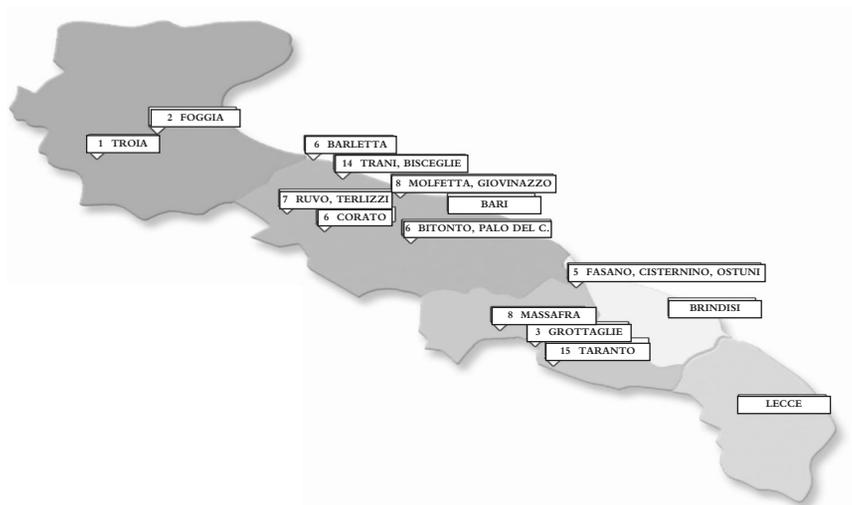
In seguito i CSM che hanno aderito allo studio hanno inviato le schede compilate in forma anonima. I dati riportati nelle schede sono stati rilevati dal personale attraverso l'esame delle cartelle cliniche ed altro materiale documentale. I pazienti reclutati nello studio sono malati di mente autori di reato in carico ai servizi territoriali nel quinquennio tra il 2003, anno della sentenza n. 253 della Corte Costituzionale, ed il 2007. L'indagine, iniziata nel 2008, è tuttora in corso.

Risultati

Dei 54 CSM pugliesi, cui vanno aggiunti 25 presidi territoriali (fonte: *Regione Puglia, Assessorato alle Politiche della Salute*), 12 CSM hanno aderito all'indagine (Figura n. 1), inviando un totale di 79 schede relative ad altrettanti pazienti psichiatrici autori di reato utenti dei servizi territoriali nel periodo suddetto.



Figura n. 1



Il campione totale è costituito da 73 (92%) uomini e 6 (8%) donne; l'età media del campione è di 41,7 anni (range 27-67).

La maggior parte (51,8%) dei soggetti esaminati possiede il titolo di licenza media inferiore; seguono coloro che hanno la licenza elementare (24%) e coloro che hanno conseguito la licenza media superiore (11,3%). Gli analfabeti rappresentano l'8,8% ed, infine, c'è un solo laureato (1,2%). Per il 2,5% dei pazienti non è stato possibile reperire alcun dato rispetto alla scolarità.

La maggioranza dei pazienti (63%) è celibe/nubile; il 20,2% è separato/divorziato, il 6,3% è vedovo, il 5% convive, il 3,7% è coniugato; non è stato rilevato alcun dato a riguardo per l'1,2% del campione.

Per quanto concerne il contesto abitativo di provenienza, gran parte dei pazienti vive con la famiglia di origine (55,6%). Il 16,2% del campione vive da solo, il 15,1% proviene da un struttura residenziale ed il 5% ha una famiglia acquisita. Non sono disponibili dati in merito al 3,7% del campione.

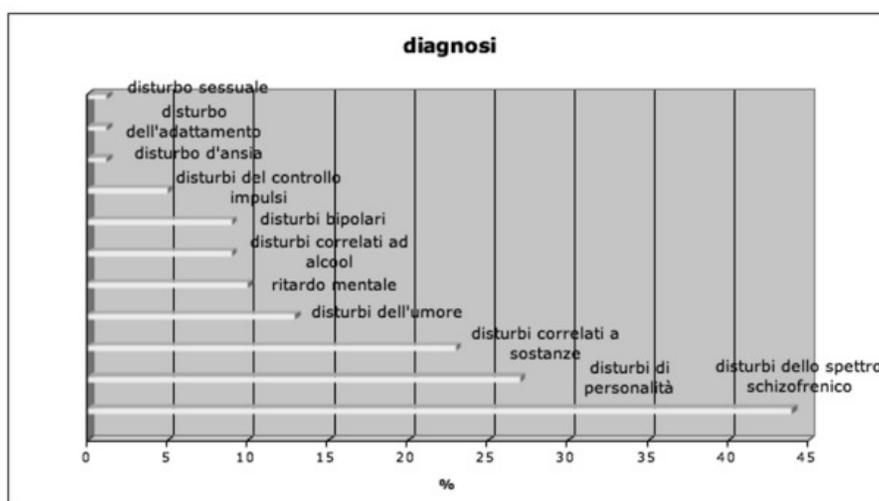
La famiglia d'origine è descritta come assente per il 40% dei pazienti, caotica per il 32%. Nel 16% del campione la famiglia risulta invischiata, mentre è rigida per il 5%. Nel 3% dei pazienti la famiglia è definita sia caotica che rigida, nell'1% sia assente che caotica. Il 3% dei dati risulta non rilevato.

La condizione lavorativa vede il 44% dei pazienti inabili/invalidi; il 32% disoccupati. L'8% del campione fa lavori saltuari, il 6% sono pensionati e il 5% sono occupati; il 3% dei pazienti hanno la duplice condizione di disoccupato ed inabile/invalido. Un paziente occupato è anche inabile/invalido.

L'esordio psicopatologico è in media collocato a 26,9 anni, per una durata media di malattia di 13,5 anni.

Le diagnosi rilevate (Figura n. 2) sono state riunite in gruppi categoriali secondo il DSM IV (APA 2000). Il 44% del campione è affetto da disturbi dello spettro schizofrenico, il 27% da disturbi di personalità, il 23% da disturbi correlati a sostanze. Segue il 13% dei pazienti con disturbi dell'umore, il 10% con ritardo mentale, il 9% con disturbi correlati ad alcool, il 9% con disturbi bipolari. Il 5% dei pazienti ha un disturbo del controllo degli impulsi, l'1,2% un disturbo d'ansia, l'1,2% un disturbo dell'adattamento, l'1,2% un disturbo sessuale. È opportuno precisare che spesso viene riportata per i pazienti più di una diagnosi.

Figura n. 2



Il 75% del campione non presenta alcuna familiarità psichiatrica o antisociale; per il 13% la familiarità psichiatrica è positiva; il 6% dei pazienti ha familiari con precedenti penali ed, infine, il 6% ha familiarità per entrambe le condizioni.

Nel 40% dei pazienti il numero di ricoveri è ≥ 3 . Il 27% del campione ha subito da 1 a 2 ricoveri; il 24% non è mai stato ricoverato e, infine, per il 7,5% non è riportato alcun dato in merito. La media dei ricoveri è di 1,7.

La durata della presa in carico è per il 63% dei pazienti superiore a 5 anni. Seguono i pazienti (15%) che sono stati seguiti per un periodo di tempo da 3 a 5 anni, quindi coloro (14%) che sono stati in cura per un intervallo da 1 a 3 anni. Il 4% del campione è stato seguito per 1 mese; il 3% per un periodo di tempo da 6 a 12 mesi e per il 3% non è stata rilevata alcuna notizia riguardante la durata della presa in carico.

Le figure professionali coinvolte sono diverse: prevale la presenza del per-

sonale medico (98%), quindi di quello infermieristico (78%) e degli assistenti sociali (77%). Nel 29% dei casi esaminati emerge anche la figura dello psicologo, del riabilitatore nel 6% e dell'educatore nel 4% dei casi. Nel 4% sono presenti altre figure non che non rientrano in queste categorie professionali.

La modalità di trattamento consiste in soli controlli c/o il CSM per il 47% del campione. Per il resto dei pazienti il trattamento è stato integrato: nel 27% dei casi con il ricovero in una struttura terapeutico-riabilitativa, nel 6% dei casi con visite cliniche c/o il Ser.T. Infine per il 13% del campione è stato previsto altro.

Il tipo di trattamento per il 98% del campione è costituito dalla psicofarmacoterapia. Nel 55% del campione essa rappresenta l'unico tipo di trattamento, mentre nel 43% è associata ad altro (riabilitazione, psicoterapia, etc.). L'1% dei pazienti effettua solo psicoterapia, e per un altro 1% non è stato rilevato alcun dato.

Il 31% dei pazienti ha effettuato un solo contatto al mese; il 25% meno di un contatto al mese; il 22% da 1 a 3 contatti al mese; il 20% da 1 a 3 alla settimana. In un solo paziente i contatti erano quotidiani. In un caso non è stato possibile risalire a questo dato.

Per quanto riguarda la tipologia di reati commessi dai soggetti del campione, il 37% ha commesso il reato di lesioni personali, il 20% quello di furto. Altri reati eseguiti sono: reati contro il patrimonio (10%), rapina (9%), spaccio di stupefacenti (9%), violenza sessuale (8%), omicidio (8%), reati contro la forza pubblica (8%), tentato omicidio (5%) e altro (molestie sessuali, estorsione, sequestro di persona, pedofilia: in totale 6%). In alcuni casi i reati sono compresenti.

La modalità di invio al servizio territoriale è rappresentata di seguito graficamente (Figura n. 3):

Figura n. 3



La posizione giudiziaria (Figura n. 4) distingue gli imputabili (69%) dai non imputabili (23%). Per l'8% del campione questo dato non era conosciuto dal servizio.

Il grado di giudizio (Figura n. 5) vede, tra i 55 pazienti imputabili, il 70% condannato a pena definitiva e il 25% in attesa di giudizio. Per il 5% il grado di giudizio non costituiva dato nella disponibilità del servizio.

Figura n. 4

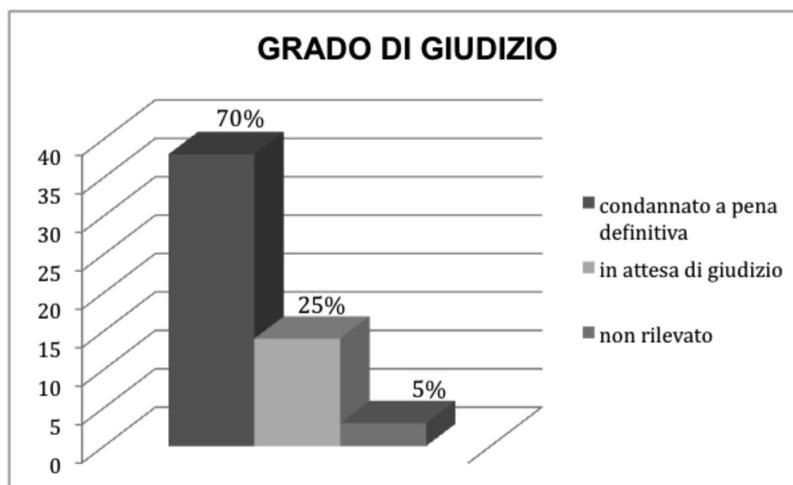
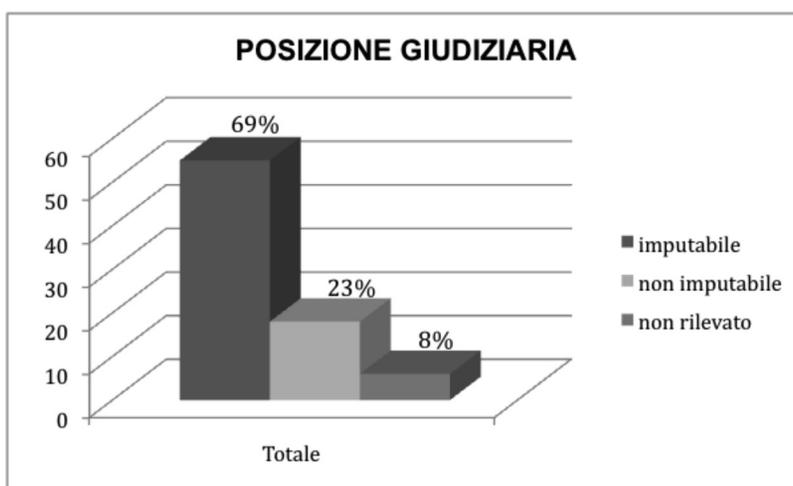


Figura n. 5



L'autorità inviante è rappresentata nel 49% dei casi dal Magistrato di Sorveglianza, per i restanti pazienti sono intervenuti differenti organismi giuridici.

Discussione e conclusioni

Intanto va ribadito che si tratta di dati assolutamente preliminari, con tutti i limiti che questo comporta. L'occasione, tuttavia, di presentare i primi risultati ottenuti dall'indagine ancora in corso, ci sembrava utile nel contribuire a suscitare eventuali spunti di riflessione sulla tematica affrontata, da approfondire ulteriormente. D'altra parte osservando la distribuzione delle sedi a cui attinge (Figura n. 1), il campione può essere ritenuto rappresentativo di realtà distribuite su tutto il territorio.

Un primo dato di interesse ai fini della nostra indagine è la varietà dell'Autorità inviante, costituita per il 49% dal Tribunale di Sorveglianza; per il restante da altri Giudici (per lo più GIP), nella prima fase del giudizio. Di conseguenza gli psichiatri dei servizi – fatto questo di cui, per esperienza peritale, gli psichiatri si dolgono – spesso non hanno un unico interlocutore o hanno un interlocutore che solo temporaneamente, per un tratto più o meno breve del percorso terapeutico dell'autore di reato con disturbi psichici che viene “affidato” loro, si occupa di lui. Ciò, naturalmente, può costituire un elemento di dispersione. Elemento che peraltro va in direzione opposta a tentativi avviati da tempo in altri Paesi di riportare tutte le competenze trattamentali di questa tipologia di pazienti alle dirette competenze di un'unica Corte. L'esperienza delle Mental Health Courts USA (*Lamberti, Weisman, 2004; Petrila e coll., 2003; Haimowitz, 2002*), che si avvalgono tra l'altro di esperti psichiatri, è paradigmatica in tal senso.

Si diceva degli autori di reato con disturbi mentali inviati dai Tribunali di Sorveglianza; si tratta, evidentemente, di “definitivi” o internati in OPG prosciolti per vizio di mente, con misura di sicurezza revocata. Quasi un terzo del campione esaminato è formato da pazienti recentemente dimessi da OPG o da Casa di Cura e Custodia, rispetto ai quali, peraltro, non emerge che ci siano indicazioni particolari indirizzate ai servizi psichiatrici da parte dell'Autorità inviante sul come (e se) debbano continuare ad assisterli. Il che probabilmente contribuisce a quella uniformità nei trattamenti dei servizi psichiatrici, anche per pazienti con questo tipo di caratteristiche, di cui si è già detto in precedenza.

Solo il 14% dei pazienti autori di reato in carico ai servizi beneficia, invece, della libertà vigilata. Si tratta, come è stato ricordato, di misura di sicurezza non detentiva alternativa all'OPG, che potenzialmente potrebbe prestarsi più di altre alla programmazione di un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato sulle esigenze assistenziali e di cura specifiche dell'infermo di mente con vizio parziale o totale di mente socialmente pericoloso (*Cara-bellese, Scapati, 2006*). Misura che invece sembra trovare ancora parziale applicazione nella realtà quotidiana dei servizi.

Del resto emerge con chiarezza la preponderanza, fra gli autori di reato trattati dai servizi psichiatrici, di detenuti che beneficiano di misure alternative al carcere: rappresentate dalla detenzione domiciliare o in struttura resi-

denziale (24%), seguiti da pazienti affidati in prova a Servizi Sociali (19%) e da un piccolo gruppo (5%) di pazienti in regime di semilibertà. Vale a dire di quegli autori di reato per i quali è ragionevole supporre che nulla abbia avuto a che fare con il reato – in termini di causalità – il disturbo mentale di cui sono portatori; che sono stati, cioè, giudicati pienamente imputabili; nei quali il disturbo può essere insorto durante la detenzione in carcere ovvero, se era già presente precedentemente, che può aver avuto una fase di recrudescenza durante la carcerazione appunto.

Pertanto le caratteristiche dei pazienti del nostro campione possono essere riassunte nei termini seguenti. Si tratta di pazienti di sesso maschile, di età media di 42 anni circa. Gran parte dei pazienti è single, ha una bassa scolarità, non ha un'occupazione stabile e spesso percepisce una pensione di inabilità/invalidità. Più della metà del campione vive abitualmente con la famiglia d'origine, che viene descritta di solito assente; parte dei pazienti risiede c/o una struttura residenziale.

L'immagine del malato di mente autore di reato che emerge dal nostro campione riflette, dunque, la stessa limitata capacità di integrazione sociale che contraddistingue la popolazione psichiatrica in generale. Anche il trattamento ricevuto dai pazienti appare sostanzialmente sovrapponibile a quello erogato dai servizi territoriali alla popolazione psichiatrica generale: metà dei pazienti effettua soltanto controlli ambulatoriali c/o il CSM, generalmente a cadenza mensile o bimestrale e la quasi totalità del campione segue una terapia psicofarmacologica, che nella metà circa dei casi è affiancata da un supporto psicoterapeutico e/o riabilitativo nella prospettiva di un approccio professionale d'équipe.

Interessanti risultano nella nostra indagine gli aspetti clinici del campione. Ben il 44% dei pazienti presenta un disturbo dello spettro schizofrenico, seguito da una più ridotta percentuale di disturbi di personalità (27%) e di disturbi correlati a sostanze (23%). Sembrerebbe dunque che i pazienti psicotici, per definizione più gravi, abbiano un più facile e 'privilegiato' accesso al trattamento nei servizi territoriali e siano perciò più spesso destinatari di quegli interventi giuridici alternativi che possano consentirne la realizzazione. Per certi versi in linea con questo dato, un recente studio condotto sulla popolazione detenuta in una Casa Circondariale (*Zoccali e coll.*, 2008), che ha evidenziato come nel contesto carcerario indagato i disturbi psichiatrici, ben rappresentati nel campione, erano in più della metà dei casi ascrivibili all'abuso di sostanze stupefacenti, mentre esiguo era il contributo dei disturbi psicotici, evidentemente trattati fuori dal carcere.

Vi sono inoltre due evidenze affiorate nel nostro campione: la maggioranza dei pazienti è pienamente imputabile ed è stata condannata a pena definitiva. Questo duplice elemento suggerisce come siano prevalentemente i pazienti che hanno concluso il proprio percorso giudiziario a riuscire a rientrare nel circuito sanitario pubblico. Questa ipotesi è confortata dal riscontro che i pazienti esaminati presentano alle spalle una lunga storia di malattia, la

cui durata calcolata è in media di 13,5 anni. La maggioranza dei pazienti è in carico al CSM da più di 5 anni e quasi la metà ha subito più di 3 ricoveri in ambiente psichiatrico.

In una parola, i malati di mente autori di reato sono in questo campione soprattutto pazienti cronici, già in trattamento, già conosciuti dai servizi territoriali, verso i quali naturalmente fanno ritorno una volta risolte o definite le loro vicende giudiziarie.

È verosimile per contro che la restante fetta dei pazienti, costituita dagli autori di reato con problemi psichici più gravi, fra di essi, evidentemente i non imputabili, sia in qualche modo esclusa da questo cammino di presa in carico del sistema sanitario territoriale, di riabilitazione e di restituzione al tessuto sociale di provenienza.

In sostanza i malati di mente autori di reato più gravi continuano a seguire il percorso separato costituito dall'OPG.

Del resto, la lontananza dell'OPG dal contesto di provenienza del paziente che ha messo in atto condotte-reato consiste prima di tutto in una distanza geografica non sempre trascurabile, che di fatto ostacola i contatti sia con i CSM, sia con i familiari dei pazienti. In secondo luogo esiste una distanza logistica, relativa all'organizzazione di entrambi i due contesti, quello sanitario in special modo e quello familiare, che dovrebbero essere preparati ad accogliere il paziente in alternativa al suo internamento in OPG ovvero una volta revocata la misura di sicurezza ma che al momento in cui ciò potrebbe anche prefigurarsi come eventualità possibile, non dispongono degli specifici strumenti per la gestione del rischio che questo comporta.

È stato fatto osservare (*Lamb e coll, 2007*) come l'ingresso nel circuito giudiziario rappresenti per molti pazienti l'occasione per ricevere un trattamento psichiatrico adeguato. In altri casi, tuttavia, l'ingresso nel circuito giudiziario può rappresentare una variabile che aggiunge complessità alla presa in carico del malato di mente.

L'esperienza americana suggerisce (*McNiel, Binder, 2007*) che l'esistenza di Corti specificatamente dedicate al malato di mente autore di reato (*Mental Health Courts*) possa di fatto contribuire alla riduzione delle recidive criminali e violente. Ma in Italia, a parte la figura del Magistrato di Sorveglianza cui compete la sorveglianza sull'esecuzione della pena e che ha familiarità con pazienti psichiatrici autori di reato, sul cui trattamento può intervenire avvalendosi anche del parere di esperti, per gli autori di reato malati di mente in fase di giudizio, al contrario, non è prevista un'Autorità Giudiziaria analoga, in grado di disporre provvedimenti tarati sulle esigenze peculiari – terapeutiche e non – della tipologia di pazienti presi in considerazione, seguendone nel tempo l'andamento. Con le inevitabili ripercussioni in termini di scarsa specificità trattamentale che i primi dati della nostra indagine evidenziano.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): *DSM IV – TR. Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Text Revision*, tr. it., Masson, Milano, 2002.
- CATANESI R., CARABELLESE F., GRATTAGLIANO I. (2009): “Cura e controllo. Come cambia la pericolosità sociale psichiatrica”, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 15, 64-67.
- CATANESI R., CARABELLESE F., VALERIO A., CANDELLI C. (2004): “Malattia mentale e comportamento violento: la percezione degli psichiatri italiani”, *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 23, 117-24.
- CARABELLESE F., SCAPATI F. (2006): “Il malato di mente giudiziario fra esigenze di cura e opportunità trattamentali”, in: FERRANNINI L., PELOSO P. (a cura di): *La salute mentale in carcere*. Centro Scientifico Ed., Torino, pp. 97-106.
- CHITSABESAN P., KROLL L., BAILEY S., KENNING C., SNEIDER S., MACDONALD W. THEODOSIOU L. (2006): “Mental health needs of young offenders in custody and in the community”, *The British Journal of Psychiatry*, 188, 534-40.
- COID J.W., HICKEY N., YANG M. (2007): “Comparison outcomes following after-care from forensic and general adult psychiatric services”, *The British Journal of Psychiatry*, 190, 509-14.
- GUNN J. (2000): “Future directions for treatment in forensic psychiatry”, *The British Journal of Psychiatry*, 176, 332-38.
- HAIMOWITZ S. (2002): “Law & Psychiatry: Can Mental Health Courts End the Criminalization of Persons With Mental Illness?”, *Psychiatry Services*, 53, 1226-1228.
- LAMB H.R., WEINBERGER L.E., GROSS B.H. (1999): “Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: a review”, *Psychiatric Services*, 50, 907-13.
- LAMB H.R., WEINBERGER L.E., MARSH J.S., GROSS B.H. (2007): “Treatment prospect for persons with severe mental illness in an Urban County Jail”, *Psychiatric Services*, 58, 782-86.
- LAMBERTI J.S., WEISMAN R.L. (2004): “Persons with severe mental disorders in the criminal justice system: challenges and opportunities”, *Psychiatric Quarterly*, 75, 151-64.
- MALIK N., MOHAN R., FAHY T. (2007): “Community Forensic Psychiatry”, *Psychiatry*, 6, 415-19.
- MCNIEL D.E., BINDER R.L. (2007): “Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence”, *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1395-403.
- MULLEN P. (2000): “Forensic mental health”, *The British Journal of Psychiatry*, 176, 307-11.
- PETRILA J., POYTHRESS N., MCGAHA A. et al (2001): “Preliminary observations from an evaluation of the Broward County Florida Mental Health Court”, *Court Review*, 37, 4, 14-22.
- ZOCCALI R., MUSCATELLI M.R.A., BRUNO A., CAMBRIA R., CAVALLAIO L., D'AMICO G., ISGRÒ S., ROMEOV., MEDURI M. (2008): “Mental disorders and request for psychiatric intervention in an Italian local jail”, *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 447-50.

Si ringrazia per la collaborazione offerta nella raccolta dei dati:

Audino Domenico (CSM Bisceglie-Trani),
 Battagliotti Aldo (CSM Bitonto-Palo del Colle),
 Bruno Giovanna (CSM Terlizzi-Ruvo),
 Bruno Michele (CSM Fasano),
 Buzzerio Rossella (CSM Molfetta-Giovinazzo),
 Del Curatolo Vincenzo (CSM Barletta),
 Nappi Gaetano (CSM Corato),
 Marino Clementina (DSM ASL FG),
 Matarazzo Rosanna (CSM Massafra).

