

LA COAZIONE BENIGNA AL SERVIZIO DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA

GEMMA BRANDI* - MARIO IANNUCCI**

SOMMARIO: Il principio di coazione benigna. – La contenzione del portatore di sofferenza psichica. – Malattia mentale reclusa. – La evoluzione dell'internamento giudiziario (Legge 9, 17 febbraio 2012).

Abstract – *Gli Autori declinano il concetto di coazione benigna all'interno delle istituzioni sanitaria e penitenziaria, fondando il loro ragionamento sulle pratiche di salute mentale territoriale e sulla indicativa prevalenza di disturbi psichiatrici tra i detenuti nelle carceri italiane – desunta dall'unica ricerca psicopatologica standardizzata svolta su autorizzazione del DAP, che ebbe per oggetto, tra il 2001 e il 2002, i nuovi giunti nella Casa Circondariale di Firenze Sollicciano nell'arco di sei mesi – passando attraverso due temi attuali e scottanti: la evoluzione dell'internamento giudiziario in corso e la contenzione fisica del portatore di sofferenza psichica.*

Legenda:

ASO	Accertamento Sanitario Obbligatorio.		zione di Misure di Sicurezza Detentive.
CCC	Casa di Cura e Custodia.	REMS-ND	Residenze per la Esecuzione di Misure di Sicurezza Non Detentive.
DSM	Dipartimento di Salute Mentale.	SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Text Revision.	SRP	Struttura Residenziale Psichiatrica.
OPG	Ospedale Psichiatrico Giudiziario.	SSR	Servizio Sanitario Regionale.
OSS	Operatori Socio Sanitari.	TS	Tentativo di Suicidio.
REMS-D	Residenze per la Esecu-	TSO	Trattamento Sanitario Obbligatorio.

* Responsabile Salute Mentale Adulti Firenze 1-4 e Istituti di Pena Firenze. Fondatore della rivista "Il reo e il folle".

** Responsabile della Residenza Le Querce. Presidente della Società Italiana di Psichiatria Penitenziaria.

Il principio di coazione benigna [1].

I concetti stessi di coazione, coercizione, costrizione, obbligo, imposizione, sono di per sé arroganti e molesti. Figurarsi le loro pratiche! Sparlarne è facile come bere un bicchier d'acqua. Essi si collocano, nella percezione affettiva che li cattura, agli antipodi rispetto a temi quali la libera scelta, il garbo, la moderazione, perfino la democrazia... Occorre, in ogni caso, non cedere di buon grado alla lusinga dei luoghi comuni. In altre epoche, giocando con la endiadi *colpa e trauma* [2], la rivista *Il reo e il folle* individuò una *colpa traumatica* e un *sensu di colpa improprio* [3]. Più tardi fu la volta della endiadi *amicizia e ostilità*, che permise di imbattersi da una parte nel valore della *ostilità amica*, della franchezza scomoda, dall'altra nel rischio di ogni *amicizia ostile*, dall'apprezzamento ipocrita al facile opportunismo [4]. Anche la *coazione* non meritava di essere liquidata in quattro e quattr'otto. Ecco perché parlarne, senza arrestarsi di fronte al suo profilo maligno, intuendone e dimostrandone anzi la benignità potenziale.

Quando la coazione è benigna? Tutte le volte che punta a trattenere la caduta libera di qualcuno privo di bussola, immerso in una sorta di disorientamento esistenziale, incapace di sottrarsi alla perdita di sé. Tutte le volte che contribuisce a difendere un soggetto debole, da aggressioni vuoi pure inconsapevoli auto e/o eterolesive. Tutte le volte che si configura come disposizione di alleggerimento della coazione stessa.

È in questa prospettiva che un accertamento o un trattamento sanitario obbligatorio non vanno a detrimento della cura; che ben monitorate misure alternative alla pena diventano lo strumento per restituire il reo a una smarrita competenza sociale; che disposizioni dell'autorità giudiziaria a tutela del minore conteso da genitori separati evitano che sia fatta strage della sua individualità; che una accusa portata con fermezza e benevolenza insieme può non ferire, bensì educare.

Se dunque il modo di somministrare un giudizio, ma ancora di più una pena, incide profondamente sul carattere benigno del vissuto di quel giudizio, di quella pena, la organizzazione della risposta può rendere quest'ultima praticabile o impraticabile. Non si poteva trattare brutalmente la pazzia che trovava albergo nelle prigioni del '600. E allora, per difendere il diritto alla cura dei rei folli, nacque la psichiatria e furono costruiti i manicomi ottocenteschi. A distanza di un paio di secoli dal varo ufficiale della psichiatria ci si rese conto che non si poteva trattare semplicisticamente un problema complesso come la malattia mentale e l'Ospedale Psi-

chiatrico apparve degno di destituzione. Né risulta opportuno occuparsi di sofferenza psichica in maniera occasionale e complicata, come oggi talora accade, con una salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza separata da quella dell'adulto, con la cura delle dipendenze nettamente divisa dalla cura del disagio mentale, con l'attenzione all'handicap che vaga priva di referenza sanitaria certa, con la perdita di interesse psicologico clinico per la evoluzione cognitiva dell'anziano, con lo scontro tra biologia e psicologia, dove è la seconda a perdere più o meno consapevolmente terreno. A dire il vero, l'unica strategia che paghi, con problemi tanto spinosi e concatenati, è l'integrazione. Questa presume che sia articolato un metodo multiforme, duttile, interprofessionale e interistituzionale. E ciò è tanto più vero quando, ad accrescere la complessità della sofferenza psichica, interviene un reato.

Carcere, luoghi di internamento giudiziario, servizi di salute mentale territoriali sono tappe del potenziale sistema delle coazioni benigne, di una filiera che si snoda attraverso la serie di movimenti embriogenetici di un sapere composito.

Occorre prevenire la discesa agli inferi dei soggetti inclini a trasgredire, agendo in primo luogo a monte delle manifestazioni adulte con una attenzione sociosanitaria alla costituzione e alla disposizione del minorenne, quindi con una integrazione degna di questo nome, mai ancillare o dispotica, tra organi della salute e della giustizia.

Servono, inoltre, la presa in carico della scarsa disponibilità alla cura di alcuni portatori di sofferenza psichica, e la corretta applicazione della normativa su ASO e TSO e sulla Amministrazione di Sostegno – l'istituto giuridico che certo meglio di interdizione e inabilitazione si adatta alle esigenze di presa in carico del malato di mente che in modo autolesivo si batte contro i propri interessi.

È poi indispensabile accompagnare i trasgressori sofferenti: dapprima nel percorso giudiziario, con l'istituzione della salute quale valido collaboratore dell'attività giudicante attraverso una *forensizzazione*, vale a dire una diffusa formazione forense degli operatori sociosanitari; poi nel percorso penitenziario, facendo in modo che agiscano all'interno del carcere gli stessi servizi che si occupano del territorio in cui il carcere insiste.

Va in aggiunta favorito, anche per il tramite di forme di residenzialità non improvvisate, il rapido rientro del reo folle nei luoghi di provenienza, quando non sia svantaggioso alla salute del soggetto, così assecondando autenticamente la sua riabilitazione sociale. Se questo orientamento giova agli internati, non è

meno valido per i detenuti portatori di sofferenza psichica, la cui reclusione dovrebbe preferenzialmente avvenire negli istituti di pena più vicini al luogo di provenienza e di futura destinazione, senza mettere in crisi la sicurezza del sistema penitenziario, che si avvale di un circuito nazionale e non soltanto di circuiti regionali. Infatti, mai come nel caso del malato di mente, l'avvicinamento alla rete territoriale dei servizi di appartenenza e delle figure di riferimento significative, è direttamente proporzionale alla garanzia di presa in carico del problema psicopatologico. Sempre in proposito, un rischio di *extraterritorializzare* il carcere si nasconde dietro la ribadita volontà di rendere uniformi sul territorio del Paese i trattamenti che vi si svolgono. Tale fine apparentemente nobile e democratico potrebbe corroborare lo specifico penitenziario. In verità, solo il fatto che i reclusori somiglino più possibile alle aree in cui insistono li sottrarrebbe utilmente a una genericità alienante: occorre lavorare affinché le carceri di Firenze, Cagliari, Udine e così via somiglino rispettivamente alle città di Firenze, Cagliari, Udine più di quanto non ricordino gli istituti di pena di Berlino, Los Angeles, Pechino e così via. Curare tutti allo stesso modo non significa dare a tutti la stessa cura; la cura e il trattamento, che questi si svolgano in carcere o meno, non devono continuare ad essere estranei alle caratteristiche antropoculturologiche e storiche di un certo ambito e dei suoi cittadini.

Oggi assistiamo a un crescente interesse di maniera per ogni forma di trasgressione patologica, che non rassicura chi seriamente si occupa del problema. Esecrabile è l'acquolina dei *media* per gli eventi sinistri. Non meno ripugnante è l'assalto al carcere da parte di soggetti e accolite che, senza averne battuto il marciapiede, esprimono presuntuose tesi trattamentali. Niente di teorico che non venga dalle pratiche serve alla salute del cittadino, benché, anzi perché detenuto. L'apparato penitenziario, d'altronde, non sarà neppure scalfito da velleità astruse di sanificarlo che non muovano dai bisogni dei suoi utilizzatori e dei suoi operatori. Facendo leva sull'ottimismo della ragione va oggi sostenuta, con più forza di sempre, in questa terra di confine e di conquista etica, la valorizzazione della competenza a scapito di una *okkupazione* inflattiva ad opera della crescente, famelica schiera di dilettanti. Al rischio appena esposto, si somma il primato della psichiatria di valutazione su quella di consultazione, dell'apparato che misura su quello che cura, conseguente da un lato alla divulgazione fuorviante favorita da discutibili e banalizzanti logiche comunicative, dall'altro al ripiegamento delle ali fru-

scianti dell'angelo della medicina di fronte al supponente, grossolano e rude adescamento dell'angelo della giustizia di musiliana memoria [5].

In questo panorama, per certi versi paludoso, qualcosa di confortante sta accadendo: la decostruzione dell'internamento giudiziario, avviata attraverso sentenze (la 253/2003 e la 367/2004 della Corte Costituzionale) che hanno permesso di cortocircuitare *ante litteram* percorsi prima inevitabili – quello della misura di sicurezza detentiva, per esempio – aprendo a prospettive meno distanti dalla evoluzione delle forme della clinica psicopatologica - riconoscimento della potenziale influenza dei disturbi di personalità sulla capacità di intendere e di volere del soggetto (la 9163/2005 della Corte di Cassazione Penale). Il disegno della Legge 9/17 febbraio 2012 comporta la territorializzazione dell'internamento giudiziario e della filiera riabilitativa a questo collegata, anticipando la distribuzione regionale della sofferenza psicopatologica penitenziaria, carceri ordinarie incluse, che eviterebbe ai rei folli di essere deportati e "sballati" da un istituto all'altro della nazione proprio per la difficoltà di adattarsi alle regole della vita detentiva. Inoltre, di pari passo con la evoluzione dell'internamento giudiziario, sembra tramontata la misera pretesa di creare nette separazioni tra i folli rei internati e i folli rei detenuti, essendo gli uni e gli altri sofferenti di uno stesso disagio, là attestato dalla giustizia, qua dalla stessa sottovalutato, complice una psichiatria forense che vive appartata rispetto alle aree in cui la malattia reclama risposte responsabili, e nondimeno fornisce, della malattia appunto, una misura cartolare che mima e rincorre la misura dell'azione giudiziaria più che offrire al magistrato una consulenza adeguata all'esame di realtà, in cui dovrebbero confluire il profilo psicopatologico del reo e le possibili risposte sanitarie dei servizi responsabili di assisterlo e curarlo all'esterno.

Nella confusa matassa del presente, una trama potrebbe trattenere utilmente insieme la cura e la pena, nelle aule di giustizia, in carcere, nei luoghi di internamento giudiziario, nelle strutture alternative nate e nascenti nel Paese, nei servizi di salute mentale del territorio, che meglio dovrebbero prevenire e più generosamente accogliere il soggetto riottoso grazie a forme di obbligo praticabili e assai poco praticate. Intrecciare il sistema delle coazioni benigne è il compito di una salute mentale ormai liberata dal timore di semplificare del passato e quindi in grado di proiettarsi verso una integrazione né astratta, né ideologica.

La contenzione del portatore di sofferenza psichica.

L'argomento, davvero molto delicato, della contenzione della persona con gravi turbe psichiche, merita di essere trattato come uno dei capitoli della cosiddetta *coazione benigna*. E merita di esserlo insieme ad altre questioni che contraggono un rapporto molto stretto con la contenzione, il controllo, la sicurezza, la salvaguardia e la tutela degli *infermi di mente* - la espressione *infermità di mente* è usata dal codice penale italiano per indicare il presupposto che può rendere non imputabile una persona che abbia commesso un reato. Gli altri temi affrontati, su alcuni dei quali torneremo un po' più estesamente, sono quelli della presa in carico (legale e sanitaria) del paziente psichiatrico autore di reato (*mentally ill offender*, per dirla con gli anglosassoni), del *doppio binario* nel suo trattamento giudiziario, della consistenza negli istituti ordinari di pena del numero di *mentally ill offenders*, della posizione di garanzia in capo agli operatori della salute mentale. Non è un caso che del problema della contenzione del malato di mente si siano occupati molto operatori giudiziari-penitenziari¹.

Per trattare argomenti così scomodi e delicati, occorre sgombrare il campo (asintoticamente, ben si capisce) da equivoci e ambiguità. Operazione non facile, specie se si tratta di ambiguità generate da pregiudizi ideologici.

Gli Autori provano a schierarsi fin dall'inizio, ritenendo, a partire dalla esperienza di professionisti che lavorano da oltre trentacinque anni nel campo della salute mentale del territorio, dei luoghi di internamento (OPG e CCC) e di reclusione (carceri ordinarie), che il trattamento e le terapie che possono (e quindi devono) essere riservate a persone che hanno commesso dei reati (talora molto gravi) mentre le loro azioni erano indiscutibilmente condizionate dalla presenza di profonde e riconosciute turbe psichiche, vada differenziato da quello riservato alle persone che hanno compiuto dei reati senza che le loro azioni delittuose siano state condizionate pesantemente da turbe psichiche. Se invece si ritenesse, come fanno certuni, che vi sia sempre, nel paziente che soffre di rilevanti turbe psichiche, la *capacità di intendere e di volere*,

¹ Nell'estate 2013, ad esempio, su *Ristretti Orizzonti*, sono comparsi diversi articoli sull'argomento, il primo dei quali a firma di Antonella Tuoni [6], Direttore dell'OPG di Montelupo F.no. Hanno fatto seguito quello di Gemma Brandi [7], quello di Franco Scarpa (già Direttore dell'OPG di Montelupo F.no e ora Direttore Sanitario di quel nosocomio [8]), quello di Franco Maisto (Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna) [9] e quello di Mario Iannucci [10].

sgombreremmo subito il campo da moltissimi equivoci, poiché l'intervento psichiatrico per il paziente *not compliant* (non condiscendente alle cure) non avrebbe più alcuna ragione di essere: potremmo abolire la *totale* e la *parziale infermità di mente*, l'internamento giudiziario con gli OPG² e le attuali REMS-D, ma potremmo anche essere aboliti TSO e ASO, Amministrazione di Sostegno per persone deboli che abbiano difficoltà nella gestione dei loro interessi in ambito civile, non vi sarebbero più atti compiuti da incapaci (art. 428 cc), né circonvenzione di incapace (art. 643 cp). Si ridurrebbe enormemente l'area della responsabilità medica in psichiatria, con gli operatori della salute mentale che vedrebbero quasi annullati i casi nei quali assumere nei confronti dei pazienti una *posizione di garanzia*³. Costoro curerebbero, all'esterno e all'interno delle istituzioni penitenziarie, soltanto quanti

² È questo l'intendimento dei sostenitori del comitato "Stop OPG", che è rimasto lo stesso del progetto di legge Vinci Grossi, presentato nel lontano 1983.

³ Vale forse la pena rammentare cosa sia la *posizione di garanzia*. In parole povere si tratta di questo. Si dà per scontato che i pazienti che soffrono di gravi patologie mentali in talune circostanze si trovino in uno stato che li rende *incapaci di intendere o di volere*. Quando si trovano in tali condizioni, non sono responsabili penalmente degli eventuali delitti che compiono o lo sono solo parzialmente (art. 88, 89, 95 cp). Possono essere anche incapaci di provvedere ai propri interessi in ambito civile: per questo è obbligatorio segnalarli al giudice tutelare o alla Procura per la nomina di un amministratore di sostegno. Se gli operatori della salute mentale hanno in cura un paziente che, mentre attraversa una fase di grave scompenso psichico, si trova nell'incapacità di intendere o di volere, devono occuparsi di lui senza negligenza, imprudenza o imperizia, nei limiti del possibile tutelando il paziente stesso e la società dalla conseguenza dei gesti aggressivi che, per *infermità di mente*, il paziente potrebbe compiere contro se stesso o contro altre persone. Quando vi è *colpa medica* (derivante da negligenza, imprudenza o imperizia) i giudici condannano gli operatori della salute mentale (anche in penale) per i gesti dei loro pazienti (accade in tutto il mondo western, non solo in Italia). Condannano gli operatori della salute mentale quando non si è curato un paziente come lo si doveva curare e questo paziente aggredisce, magari mortalmente, un'altra persona. Condannano gli operatori della salute mentale se la stessa imperizia, negligenza o imprudenza viene appurata nel caso della morte per suicidio di un paziente. Condannano gli operatori della salute mentale (più che opportunamente) se la stessa negligenza, imprudenza e imperizia manifestano sottoponendo a un TSO un paziente che quindi muore mentre è legato al letto di un SPDC ospedaliero. Non solo: alla cosiddetta *posizione di garanzia* fanno riferimento sempre più spesso, di recente, i magistrati di sorveglianza, quando, mentre revocano una misura di sicurezza a un paziente che loro non ritengono più socialmente pericoloso ma che viene ritenuto tale dagli operatori della salute mentale perché non condiscendente alle cure, affidano questo paziente ai servizi richiamando la *posizione di garanzia*, vale a dire intimando ai servizi di occuparsi "efficacemente" di quel paziente e di evitare che commetta altri reati.

dovessero accettare le cure di buon grado; con il che, gradualmente, la psichiatria si estinguerebbe e proprio a partire dal luogo dove, in epoca moderna, è nata: vale a dire il carcere.

Noi siamo psichiatri e crediamo nella utilità della nostra opera professionale, per il singolo e per la collettività. Siamo fermamente convinti che sia utile curare taluni pazienti *not compliant* anche contro il loro volere, cercando, nei limiti delle nostre capacità, di evitare che facciano del male a sé stessi e agli altri. Maggiore salute, in tutti gli ambiti, comporta inevitabilmente maggiore sicurezza. È dunque a partire dalla nostra esperienza che pensiamo che sia talora indispensabile (e inevitabile) ricorrere al TSO come strumento estremo di cura. Certo è che tale ricorso deve essere limitato a casi eccezionali, nei quali (come prescrive la legge) le cure siano assolutamente necessarie per fare fronte a un grave e acuto stato di patologia psichica del paziente, tali cure vengano rifiutate da quest'ultimo e non sia possibile adottare alcuna altra soluzione terapeutica.

Al fine di evitare gli abusi dell'appena citato accorgimento terapeutico, serve capire quali siano le norme cui rifarsi e i principi generali cui attenersi.

C'è chi si è meravigliato che basti un "semplice certificato medico" per costringere alle cure una persona con gravi turbe psichiche che quelle cure rifiuti. Occorre peraltro osservare che un tecnico ha il diritto/dovere di stilare quel "semplice certificato medico" che autorizza ad agire contro la volontà della persona, a tutela della sua salute. Un certificato che dunque tanto semplice non è, perché richiede capacità diagnostiche e prognostiche, quindi competenza, e alta responsabilità professionale.

Merita peraltro ricordare, mentre si propone un TSO, che tutti siamo tutelati dall'articolo 13 della Costituzione, che recita:

"La libertà personale è inviolabile.

Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. [...].

È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. [...]."

Esiste una situazione in cui, "un semplice certificato medico", crea le condizioni per agire a tutela della salute del cittadino senza averne potuto raccogliergli il deliberato assenso. Si tratta dello stato di necessità descritto nell'articolo 54 del codice penale:

"Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di

un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo”.

Tra le “restrizioni della libertà personale previste dalla legge” si annoverano, poi, ASO e TSO, regolati dagli articoli 33, 34, 35 della Legge 833/78. La loro effettuazione risponde a criteri che non la rendono in alcun modo generica, nel rispetto di quanto sostiene l’art. 13: “nei soli casi e modi previsti dalla legge”.

Quasi quindici anni or sono, il gruppo di lavoro Psichiatria e Giustizia del DSM della ASF estese un Protocollo per ASO e TSO, poi applicato nel territorio di competenza, sottoscritto dagli organismi sanitari implicati (Direzione generale, DSM, 118, Dipartimento di emergenza ospedaliera), dai sindaci di tutti i comuni dell’ASF, dai Tribunali ordinario e per i minorenni, dalla Procura della Repubblica. Questo protocollo fornisce le linee guida per la effettuazione di ASO e TSO che riguardino cittadini, vuoi pure minorenni o detenuti, che si trovino sul territorio della ASF. Fornisce strumenti di garanzia per i pazienti e per gli operatori. Chiama a costanti operazioni di collaborazione, di controllo e verifica interistituzionali e interprofessionali, come è necessario che avvenga in circostanze tanto importanti per la salute e l’esistenza dei pazienti.

Se dunque ASO e TSO sono tra gli strumenti della coazione benigna, perché necessari, individualizzati, interdisciplinari e somministrati umanamente, la contenzione fisica non può pregiudizialmente essere uno strumento della coazione maligna. Lo diventa, qualora vi si ricorra in maniera gratuita, generica, autoreferenziale e crudele, in contrasto con l’articolo 13 della Costituzione: “È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà”. Del modesto numero di contenzioni fisiche cui abbiamo fatto ricorso nei molti anni di attività professionale, non ci vergogniamo. Le rifaremmo tutte e non raramente siamo stati ringraziati, poi, dalle persone che le hanno subite. Molti anni addietro abbiamo entrambi lavorato in OPG: certo non ricorrevamo volentieri alla contenzione e anzi la detestavamo, poiché sapevamo che il paziente veniva affidato alle “cure” di un altro paziente e non a quelle di personale sanitario, formato quindi a una debita attenzione. E insieme era sconcertante agire fuori della normativa esistente, che prevede un controllo reciproco, sulle manovre terapeutiche contro la volontà del paziente, da parte delle istituzioni coinvolte: sanitaria, sindacale, giudiziaria. Le contenzioni nei SPDC in cui abbiamo operato hanno seguito ben altro percorso: quando un soggetto era conte-

nuto, non si riposava certo la notte, lo si vegliava con premura, si badava a svolgere tutte le piccole funzioni impossibili per un uomo legato a un letto, lo si ascoltava. E così, quelle tensioni che lo avevano temporaneamente reso incompatibile con la convivenza sociale, mettendo a rischio la sua stessa sopravvivenza in vita (lo psichiatra sa che ci sono talora spinte autolesive gravissime – strapparsi gli occhi o castrarsi, tra quelle che ricordiamo – e incoercibili in un paziente in acuzie) e/o quella dei suoi compagni e degli operatori, si scioglievano gradualmente e affidabilmente.

C'è chi ha sostenuto e sostiene che, per procedere alla cura obbligatoria del paziente *not compliant*, si possa ricorrere alla *contenzione fisica*, ma non a quella *meccanica*. Noi lasciamo simili distinzioni agli amanti dei cavilli giuridici e semantici, facendo peraltro presente che, anche secondo le analisi di questi eruditi, si arriverebbe addirittura al «[...] paradosso per cui, allo stato attuale, la contenzione fisica sarebbe disciplinata nei confronti di un paziente psichiatrico detenuto in un istituto di pena ma non se realizzata nel normale circuito assistenziale»⁴. Trincerarsi dietro i cavilli semantici serve veramente a poco e ancora meno serve assumere atteggiamenti farisaici. Si può anche auspicare l'avvento di SPDC *no restraint*, nei quali si dica di avere abolito la *contenzione*, di avvalersi unicamente della capacità di convincere, di fare *holding*, di ricorrere eccezionalmente alla *forza dissuasiva* e solo come *extrema ratio* allo *scontro fisico* con valenze terapeutiche. Una simile operazione di mascheramento, a nostro parere, è quanto più distante vi sia da ogni autentica operazione terapeutica, che è una operazione di verità.

Tutto questo per significare e argomentare in maniera né pregiudiziale, né ideologica le ragioni di un agire medico, anche estremo, nell'interesse del paziente temporaneamente incapace di tutelare se stesso e di controllare le proprie azioni, e insieme per dare prova della difficoltà che un medico accorto incontra nel suo cammino, quando tenta di far sì che sia applicata la legge, all'interno delle istituzioni sanitaria e giudiziaria. La cura, l'educazione e dunque la rieducazione passano anche attraverso la coercizione, purché non maligna e quindi commisurata alla necessità del momento, al progetto terapeutico o educativo della persona riguardata, alla umanità della somministrazione dell'obbligo e infine alla accettazione di un controllo sul proprio agire.

⁴ Si veda DODARO G., *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, Riv. It. Med. Leg. 6/2011, p. 1500. Ma si veda l'articolo di F. MAISTO e quello di M. IANNUCCI in *Ristretti Orizzonti*.

Malattia mentale reclusa.

Il problema della responsabilità degli psichiatri nelle istituzioni pubbliche, rinvia immediatamente al peso che la impulsività e i correlati disturbi del comportamento auto ed eterolesivo possono avere sul bilancio esistenziale dei pazienti portatori di una malattia psichica di primo rango, ivi inclusi i disturbi severi di personalità, e alla consolidata inclinazione della salute mentale a espungere la presa in carico delle turbe della condotta dai propri compiti. Si tratta del peccato originale della Legge 180, con quanto ne è conseguito in termini di smembramento del sistema della cura (basti ricordare la separazione tra servizi di salute mentale e delle dipendenze). Questo incrocia il disordine ontogenetico della psichiatria forense – nata e confinata nei Dipartimenti di medicina legale – che ha comportato, in Italia, la frattura tra il mondo di coloro che rispondono delle proprie scelte terapeutiche e quello dei valutatori di tali pratiche, che non sono depositari di responsabilità cliniche.

Intanto però, in buona sostanza, i servizi di salute mentale si trovano a occuparsi quotidianamente dei problemi comportamentali che avrebbero voluto eludere, specie in situazioni di emergenza nei SPDC, ma anche all'interno delle carceri dopo il passaggio della sanità penitenziaria ai SSR, stabilito dal DL 230/99 e dal DPCM 1 aprile 2008. Già la letteratura internazionale, d'altronde, molto interessata, da alcuni decenni, alla questione dei disturbi di personalità, indicava nel carcere l'asilo per eccellenza di questi, specie per gli individui di sesso maschile. Anche la grande stampa statunitense sottolinea da oltre un decennio il problema. Solo pochi giorni or sono, l'8 febbraio 2014, su uno dei maggiori quotidiani degli USA, *The New York Times*, Nicholas Kristof, una penna prestigiosa di quel foglio, ha pubblicato una *Sunday Review* che aveva questo titolo: "Inside a Mental Hospital Called Jail"⁵. L'articolo si rifà a un documentato rapporto edito nel 2010 dal "Treatment Advocacy Center" e dalla "National Sheriffs' Association"⁶. Già il 5 marzo 1998 *The New York Times* aveva dedicato un intero inserto al "carcere che prende il posto del manicomio".

Vale la pena presentare in questa sede i dati della ricerca svolta nella casa circondariale di Sollicciano e nell'OPG di Monte-

⁵ "Dentro un ospedale psichiatrico chiamato carcere", http://www.nytimes.com/2014/02/09/opinion/sunday/inside-a-mental-hospital-called-jail.html?_r=0.

⁶ "More Mentally Ill Persons Are in Jails and Prisons Than Hospitals: A Survey of the States" http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/final_jails_v_hospitals_study.pdf.

lupo F.no tra il 2001 e il 2002, dati che comprovano il punto di vista statunitense e anticipano il divenire della clinica psicopatologica, annunciando una inclinazione autolesiva elevatissima, oggi diventata il problema più vistoso degli istituti di pena [11]. D'altra parte, il carcere anticipa, costituendosi come laboratorio inutilizzato del cambiamento sociale. Asilo di trasgressori, ha la stessa fertilità che la geologia assegna ai terreni trasgressivi. Il luogo anticipa il divenire dei problemi di una comunità, poiché li distilla e li concentra: il dilagare della droga e dell'AIDS, l'aumento della presenza straniera nel Paese e l'avvento di una diffusa anestesia sociale, il disfacimento istituzionale e l'autosoppressione dell'uomo deluso, solo per citarne alcuni. In questo senso, se guardate con occhio non distratto, le prigioni possono fornire un contributo scientifico alla anticipazione delle *impasses* emergenti.

La ricerca citata è l'unico studio psicopatologico standardizzato svolto all'interno di un istituto di pena italiano su autorizzazione degli Uffici Studi e ricerche e Detenuti e trattamento del DAP – rispettivamente diretti all'epoca dal Presidente Giovanni Tamburino e dal Consigliere Francesco Gianfrotta. Passò anche il vaglio del Comitato etico locale della ASF. Il grande lavoro, a costo zero, è frutto dello sforzo congiunto degli psichiatri attivi negli istituti di pena interessati dallo studio e della cattedra di Psichiatria della Università di Firenze, che contribuì alla somministrazione dei test [12].

La disamina riguardò le seguenti categorie di ospiti:

- 1) per sei mesi i Nuovi Giunti che accettarono di partecipare (468 sui 780 segnalati), sottoposti a Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) modificata, cui erano stati aggiunti degli *items* per la valutazione dei disturbi del controllo degli impulsi (gioco d'azzardo, piromania, cleptomania, disturbo esplosivo intermittente, tricotillomania) e del disturbo ciclotimico. La MINI ha fra i suoi criteri diagnostici anche quelli del Disturbo di Personalità Antisociale, che fu quindi l'unico disturbo di personalità indagato nei Nuovi Giunti;
- 2) per nove mesi i Soggetti Seguiti dai servizi psichiatrico e psicologico interno di Sollicciano che accettarono di partecipare, sottoposti a MINI (120 su 120) e a Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders versione 2.0 nel suo adattamento italiano (SCID-II.2.0), qualora alla som-

ministrato di MINI non fossero risultati affetti da Disturbi Psicotici o da Disturbi Mentali Organici e il loro Q.I. fosse $> 0 = 75$ (117 su 120). Non è stata utilizzata la parte di SCID-II concernente il disturbo di personalità antisociale, già indagato tramite MINI.

- 3) per nove mesi gli Osservandi nell'OPG di Montelupo F.no (78, di cui 4 trasferiti da Sollicciano) che accettarono di partecipare, sottoposti a MINI (64 su 78) e a Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders versione 2.0 nel suo adattamento italiano (SCID-II.2.0), qualora alla somministrazione di MINI non fossero risultati affetti da Disturbi Psicotici o da Disturbi Mentali Organici e il loro Q.I. fosse $> 0 = 75$ (5 su 64). Non è stata utilizzata la parte di SCID-II riguardante il Disturbo di Personalità Antisociale, già indagato con la MINI.

Scorriamo ora i dati della ricerca concernenti la prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione penitenziaria analizzata, con MINI e con SCID-II.2.0, confrontandoli con quelli della popolazione generale.

Prevalenza per i disturbi di Asse I del DSM-IV-TR:

Nuovi Giunti:	46,7%, con il 4% di Disturbi Psicotici.
Soggetti Seguiti:	73,3%, con 8,3% di Disturbi Psicotici.
Osservandi:	96,8%, con 57,8% di Disturbi Psicotici.

Lo Studio ESEMED 2004 fornisce il dato di prevalenza dei disturbi mentali di Asse I nella popolazione italiana in generale, psicosi escluse:

ca. 7,3%.

Prevalenza per il Disturbo Antisociale di Personalità:

Nuovi Giunti:	15,8%
Soggetti Seguiti:	43,5%
Osservandi:	50,0%

Il dato nella popolazione generale:

1,9%

Di seguito viene riportata la prevalenza per i disturbi di personalità, quindi di Asse II del DSM-IV-TR, non Antisociale:

Soggetti Seguiti:	75,5%
Osservandi:	50,0%

Il dato nella popolazione generale:

disturbi di personalità ca. 10% (dallo 0,4% minimo del Disturbo Schizoide di Personalità, al 2% del Disturbo Istriornico di Personalità).

La forbice allargata tra prevalenza dei disturbi di personalità nella popolazione generale e nella popolazione carceraria dà la misura del rischio di essere recluso associato ai disturbi di personalità. Di fatto, nelle strutture penitenziarie sono soprattutto i disordini di personalità ad ammassarsi.

Oltre che con la frequenza nella popolazione generale è interessante confrontare queste prevalenze anche con quelle degli utenti dei servizi di salute mentale territoriali e residenziali italiani e di istituzioni carcerarie di altri Stati. Il progetto nazionale PROGRES mette a disposizione i dati riguardanti le condizioni cliniche degli ospiti di 265 strutture campionate tra le 1370 SRP censite in Italia nel 2000. Gli ospiti di SRP presi in esame sono stati 2962; 8,5% di costoro è risultato affetto da disturbo di personalità, il 20,9% presentava una storia di gravi atti di violenza contro le persone (compresa la violenza sessuale) e il 4,9% di comportamenti illegali senza violenza interpersonale. La prevalenza dei disturbi di personalità era quindi maggiore nella popolazione del carcere di Sollicciano che nelle SRP italiane.

Una particolare attenzione va data al Disturbo Borderline di Personalità, che compare nella citata indagine come il più frequente nella popolazione carceraria di Sollicciano, diversamente dai dati della Gran Bretagna. Sarebbe utile comprendere se il reperto sia una specificità locale ovvero della popolazione italiana, o se non sia frutto di un malfunzionamento dei servizi specialistici territoriali che tenderebbero a non farsi carico di questo tipo di utenti, i quali di conseguenza arrivano in misura tanto elevata in carcere.

Si riportano sotto i dati sui disturbi di personalità tra i Soggetti Seguiti e tra gli Osservandi, rilevati con la somministrazione di SCID-II 2.0, a parte il Disturbo di Personalità Antisociale, già rilevato con la MINI:

	Seguiti (N=117)	OPG (N=25)
Evitante	6,8	12
Dipendente	4,2	0
Ossessivo compulsivo	12,8	24
Oppositivo	12,8	12
Depressivo	5,9	16

	Seguiti (N=117)	OPG (N=25)
Paranoide	19,6	12
Schizotipico	9,4	0
Schizoide	6,8	8
Istrionico	5,1	0
Narcisistico	9,4	4
Borderline	52,9	52
Antisociale	43,5	50^

Tra i 117 Soggetti Seguiti esaminati, 23 maschi e 11 donne non presentavano disturbi di personalità, che invece erano presenti nei restanti 83 soggetti, con maggiore frequenza nel sesso maschile (N=71: 75,5%) rispetto a quello femminile (N=10: 47,6%); va aggiunta la presenza di 2 persone *transgender* con disturbo di personalità, che costituivano il 100% del proprio gruppo. Sia tra i Soggetti Seguiti, sia tra gli Osservandi i disturbi di personalità più frequenti sono risultati il Disturbo Borderline (52%) e a seguire il Disturbo Antisociale (43,5%).

Nel gruppo dei Soggetti Seguiti i disturbi sono stati riscontrati in ordine di frequenza decrescente come segue:

- Disturbo Borderline (52,9%).
- Disturbo Antisociale (43,5%).
- Disturbo Paranoide (19,6%).
- Disturbi Ossessivo Compulsivo e Oppositivo (12,8%).
- Disturbi Schizotipico e Narcisistico (9,4%).
- Disturbi Schizoide ed Evitante (6,8%).
- Disturbo Depressivo (5,9%).
- Disturbo Istrionico (5,1%).
- Disturbo Dipendente (4,2%).

I detenuti di nazionalità italiana presentavano almeno un disturbo di personalità con pressappoco la stessa frequenza (70%) dei detenuti di altra nazionalità (71%).

Una particolare attenzione merita la comorbidità con abuso di sostanze/alcool.

Dall'analisi delle correlazioni tra ciascun singolo disturbo di Asse II e la dipendenza da/abuso di alcol e sostanze emerge che il Disturbo Borderline era il più frequentemente associato all'uso di sostanze (N=39), seguito dal Paranoide (N=12), dall'Oppositivo (N=8) e quindi dagli altri; era anche quello in cui risulta maggiore il numero di sostanze utilizzate.

Evidentemente il carcere – somministrato senza una sensibilità al valore controtraumatico dell'imprigionamento, sommini-

strato in maniera che osiamo definire maligna – è il luogo nel quale, tra gli individui portatori di Disturbo Borderline di Personalità – dunque con senso deficitario e instabile della identità, inclini alla rabbia e alla noia, incapaci di stabilire rapporti interpersonali non dominati da alternanza del giudizio e timor panico dell'abbandono – gli agiti impulsivi possono raggiungere punte estreme, in un marasma comportamentale che li vede autori o vittime di attentati gratuiti alla vita.

Fa da contraltare la *pietas* autentica per i colpevoli, in grado di toccare estesamente il cuore del grande pubblico: basti ricordare la commozione che suscita il gesto cristiano dei Pontefici in visita alle carceri, il comune sentire di fronte a Giovanni Michelucci che dedica gli ultimi venti anni della sua ricca esistenza alla città carceraria e l'assegnazione dell'Orso d'Argento alla pellicola dei Fratelli Taviani girata a Rebibbia, *Cesare deve morire*. La *pietas* è figlia del riconoscimento del concetto di *malattia trasgressiva* [13], di *transgressive infirmity*, introdotto da Sir Thomas Browne, nell'opera *Pseudodoxia Epidemica*, in riferimento al peccato di Adamo ed Eva [14]. Si era nel '600, e il medico appariva ancora consapevole della sua arte e dei fecondi sconfinamenti di questa nella letteratura, nella filosofia, nel confronto con gli altri saperi. Persisteva l'effetto propulsivo dell'umanesimo con la sua capacità di collocare al centro la persona. Non si era perso lo sguardo dell'occhio alato di chi seppe risorgere dalla sua depressione adolescenziale, scegliendo di diventare curiale e trasformandosi, anche grazie alla lungimiranza coraggiosa di un Papa francescano che affidò a lui, a un non architetto, il restauro dell'impianto quattrocentesco di una Roma degradata, diventata un covo di briganti – il richiamo è a Leon Battista Alberti. Potenzialità mirabili sono sottintese dall'andare oltre di chi, dotato di una sensibilità spiccata, non è in grado di arrestare la degenerazione di questa in suscettibilità, ma che pure potrebbe tornare a un uso creativo della sua sensibilità, rinunciando all'autolesionismo aggressivo delle sue scelte. E così il carcere potrebbe diventare l'occasione di un potenziale giro di boa del malato di mente che ha commesso reati: dalla suscettibilità, nella quale la sensibilità è degenerata per una debolezza delle credenze, della FEDE – delle teorie che strutturano l'uomo in quanto tale, all'età di quattro anni, della sua ingenuità creativa – al restauro di una sensibilità illuminante, di una ingenuità ritrovata. Il carcere come luogo controtraumatico di restituzione alla SPERANZA. Se traumatico è quanto coglie impreparato il soggetto, il danno che non si attende, a contrapporsi a questo è la insospettata offerta di aiuto nel luogo per definizione traumatico: il carcere,

appunto. Perché questo accada occorre tendere non una generica mano, bensì la mano che serve davvero al disperato che nulla si attende, grazie a scelte di CARITA' consapevole.

Vediamo ora cosa la ricerca fiorentina ha messo in luce circa gli eventi critici negli istituti di pena. Nel corso dei nove mesi impiegati per la somministrazione della SCID-II.2.0 sono stati presi in esame gli eventi critici – agiti auto ed etero aggressivi contro cose e persone, aggressioni subite, ricoveri in luogo esterno di cura, OPG incluso, eccetera – riguardanti l'intera popolazione penitenziaria di Sollicciano. Si è trattato di 444 eventi che hanno riguardato 302 soggetti, suddivisi nelle seguenti categorie: Nuovi Giunti in generale (0,07%), Soggetti Seguiti (0,60%), Nuovi Giunti *non compliant* alla ricerca (0,03%), Soggetti che non sono ricaduti in nessuna di queste categorie (1,25%).

Lo studio ha evidenziato che la frequenza più elevata degli eventi critici, tanto nel gruppo dei Nuovi Giunti che in quello dei Soggetti Seguiti, si accompagna pressoché sempre alla diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità e di abuso di sostanze, ma anche che i soggetti che non erano né seguiti, né nuovi giunti sono stati attori di eventi critici in misura maggiore rispetto agli altri gruppi, a riprova di una sofferenza sommersa tutta da sondare e di una diffusa dissimulazione di questa all'interno delle carceri italiane.

Il rischio suicidario, lo si è indagato con la MINI, ottenendo i seguenti risultati: molto frequente (50%) tra gli Osservandi in OPG, meno frequente tra i Soggetti Seguiti (36,7%), ancora meno frequente (12,4%) tra i Nuovi Giunti *compliant* all'indagine. In tutti i gruppi il rischio era spiccatamente elevato nelle persone che avevano già attuato un TS in passato.

A Sollicciano, peraltro, i TS, rilevati con l'indagine sugli eventi critici, pur essendo stati in assoluto più numerosi (N=9) tra i 904 detenuti Non Seguiti, che tra i 120 Soggetti Seguiti (N=2), hanno avuto valori percentuali rispettivamente dell'1% e dell'1,6%.

Il rischio di suicidio, assente nei reclusi senza diagnosi di Asse I, aumenta al crescere del numero dei disturbi di Asse I presentati dal singolo individuo (fino a 6 simultaneamente), con la presenza di Disturbo Antisociale di Personalità e con quella di dipendenza da alcool e sostanze.

Su 34 soggetti senza disturbo di personalità (a parte 1 con Disturbo Antisociale), 8 (23,5%) presentavano rischio di suicidio; su 82 soggetti con almeno un disturbo, 33 (40,2%) erano a rischio di suicidio e di questi 20 avevano un rischio elevato e una storia di

precedenti TS; su 43 soggetti con più di un disturbo di personalità, 16 (37,2%) manifestavano rischio di suicidio. La prevalenza di rischio di suicidio non sembra quindi connessa con la comorbidità di più disturbi di asse II.

Se il problema della sofferenza psichica che abita le prigioni italiane ha una consistenza non trascurabile, l'applicazione della scheda degli indicatori indiretti del disagio ha fatto rilevare le seguenti percentuali di rischio autolesivo:

- 0,03% tra i Nuovi Giunti;
- 0,3% - dieci volte maggiore - tra i Soggetti Seguiti all'interno del carcere;
- 0,4% tra coloro che non erano mai stati avviati a un trattamento psichiatrico e/o psicologico.

Dato che conferma l'importanza del disagio recluso sommerso, se la letteratura parla di un rischio autosoppressivo sette volte maggiore tra le persone affette da disturbo depressivo e del fatto che il 90% delle morti per suicidio concerne soggetti portatori di una sofferenza psichica, compresa la dipendenza da alcool e altre sostanze.

È noto come, nel raffronto tra suicidi in carcere e suicidi nella popolazione libera, il carcere svetta, con percentuali di poco inferiori allo 0,1%, mentre i suicidi in Italia riguardano lo 0,006% degli abitanti.

Va nondimeno segnalato, contro l'eco di una cronaca ad effetto, che l'inclinazione al suicidio nei reclusori italiani è diminuita percentualmente nell'ultimo decennio, stando ai dati forniti dalla rivista *Ristretti orizzonti*:

2001	morti in carcere	177	suicidi in carcere	69
2011	morti in carcere	186	suicidi in carcere	66

Considerata la crescita del 50% delle presenze, siamo dunque di fronte, numeri alla mano, a una consistente caduta percentuale dei suicidi nelle prigioni del Paese [15]. Occorre, per inciso, non trascurare che il 62% dei decessi per suicidio in carcere riguardano utilizzatori problematici di sostanze.

Va ricordato, infine, che la maggior parte dei suicidi nei reclusori avviene nel primo mese di detenzione: 11% nelle prime 24 ore, 33% nella prima settimana, 47% nel primo mese. Dato che conferma la necessità di organizzare una accoglienza strutturata e interistituzionale tra organi sociosanitari e penitenziari per il detenuto nuovo giunto.

La dignità quantitativa e qualitativa del problema psicopatologico penitenziario non induce soltanto a reclamare una diversa

attenzione al problema, ma potrebbe paradossalmente contribuire alla costruzione di un nuovo paradigma per il benessere in Italia, nel caso in cui l'istituzione della salute ascoltasse le regole di un cambiamento non rinviabile suggerite dal carcere. Intanto, nel confronto tra la misura di un bisogno elevatissimo e la carenza estrema di risorse sociosanitarie *intra moenia*, germoglia l'indicazione a un risparmio che non si identifichi con il razionamento, ma con la scelta delle priorità: fare ciò che è necessario, senza dare spazio a pretese infondate e senza generare deludenti attese. La pratica penitenziaria insegna, peraltro, la oculatezza di percorsi individualizzati di cura, destinati a catalizzare la soluzione dei problemi ben più di risposte generiche e indifferenziate. Del pari provvido è abbandonare la passività a favore della partecipazione alle scelte terapeutiche, che passa attraverso la "formazione del paziente recluso": per transitare dal sentirsi *in disease* al sentirsi *at ease*, occorre mettersi in gioco e sospendere la delega completa della guida del percorso nelle mani di una persona o di una istituzione. Ciò è tanto più essenziale quando la sofferenza non è di quelle acute, cui la medicina *western* ha fornito soluzioni eccellenti, bensì cronica, che richiede quindi un uso meno scontato e conformista delle risorse. Sempre a proposito di razionalizzazione benefica, non appaiono ulteriormente rinviabili il reclutamento etico del personale, in linea con il bene comune più che con la ambizione di singoli o di gruppi, e un piano di prevenzione oculata a partire dalle pratiche, anziché dall'appalto di questo a organismi che non conoscono direttamente i problemi che pretendono di prevenire, in linea con un legame indissolubile tra pratica e teoria fruibile. Per concludere, la multidisciplinarietà, di cui il carcere è impastato, fornisce lo spunto alla società libera circa il potenziamento degli effetti vantaggiosi derivante dall'incrocio armonioso di saperi diversi.

L'evoluzione dell'internamento giudiziario (Legge 9, 17 febbraio 2012).

Una premessa indispensabile alla trattazione di quanto sta accadendo nel campo dell'internamento giudiziario consiste nella presentazione della SRP Le Querce, una struttura aperta dalla ASF nel lontano 2001, all'interno del progetto Eracle, progetto interregionale Toscana ed Emilia-Romagna, finanziato dall'allora Ministero della Sanità per ospitare malati di mente autori di reato che fossero internati o detenuti o corressero il rischio di diventarlo

[16]. Si tratta di una realtà che ha precorso i tempi, anche perché aveva alle spalle la forza di idee, pratiche, volontà e generosità di alcuni soggetti: il presidente Alessandro Margara, gli Autori, la Regione Toscana, il Ministero della Salute, Caritas Diocesana e la Curia di Firenze.

Il 10 settembre 2001 fu aperta la SRP Le Querce, la parte sperimentale del progetto Eracle. Situata nella canonica di una pieve del dodicesimo secolo che si trova nei pressi del carcere di Firenze, la residenza ha otto posti. Il suo nome è ispirato al luogo biblico della Genesi, le *Querce di Mamre*: un luogo di transito, dove qualcuno ti accoglie benevolmente, ti ristora e si prende cura di te. Pensata per costituire uno dei momenti in cui si articola l'assistenza di salute mentale pubblica, la struttura ha sempre lavorato in un rapporto indissolubile con i servizi territoriali, che rimangono i "titolari della cura" anche mentre il paziente vi è ospite. Occorre che restasse un "luogo di transito" fra le istituzioni detentive (gli OPG e le CCC in particolare) e il territorio: la permanenza a Le Querce, infatti, non può mediamente durare più di un anno.

Nella SRP si è cercato di realizzare una *joint venture* affidabile fra il SSR e il privato sociale: la responsabilità complessiva del progetto è infatti dell'ASF, mentre il personale per le attività cliniche (coordinatore interno, psichiatri, psicologi, educatori e OSS) è messo a disposizione da una cooperativa. Le Querce è stata anche la prima SRP accreditata dalla Regione Toscana.

Il luogo, dal settembre 2001 ad oggi, ha ospitato ottantacinque persone, alcune per più di un trattamento. I risultati clinici conseguiti sono stati superiori a ogni aspettativa, con solo sette *dropped out* dal programma. Tre di questi, però, hanno fatto ritorno a Le Querce dopo un nuovo periodo di detenzione, concludendovi positivamente il percorso. I ricoveri degli ospiti presso i SPDC di zona sono stati rarissimi, poiché gli operatori hanno acquisito una notevole competenza nel fronteggiare le acuzie psipatologiche e comportamentali dei pazienti.

Nonostante la patologia mentale di questi ultimi e la gravità – talora notevole – dei reati da loro commessi, nell'arco di tredici anni e mezzo non si sono registrati, all'interno della residenza, episodi di allarmante pericolosità. La consapevolezza di lavorare in *team*, la capacità di esprimere con costanza e tempestività le emozioni, le opinioni, i dubbi e le proposte trattamentali, l'utilizzazione diurna delle risorse riabilitative dei servizi di salute mentale cittadini e in particolare di quello di zona, del Quartiere 4 di Firenze, lo strettissimo rapporto con gli organismi della giusti-

zia e del sistema penitenziario, sono stati alcuni dei punti di forza della innovativa esperienza. A tal punto innovativa da costituire il modello per lo sviluppo di alternative alla detenzione del paziente psichiatrico autore di reato. Il luogo è rimasto frattanto aperto a un costante e proficuo confronto con tutte le esperienze cliniche, nazionali e internazionali, destinate a prendersi cura del *mentally ill offender*.

Il progetto Eracle si inserisce in un movimento che dalla Legge 180/78 conduce alla Legge 9/2012. Tenteremo di disegnarlo, avendolo vissuto dall'interno.

Nel 1980 era abbastanza facile trovare un impiego negli allora OPG, poco appetibili per gli psichiatri freschi di specializzazione, sospinti, dalla giovane età e dal tamtam politochiatrico di allora, verso una valorizzazione della risposta territoriale alla sofferenza psichica, del tutto disinteressati a un lavoro oltre le sbarre e colti dall'imperante furore deistituzionalizzante. Frequentare i *meeting* popolati dai *guru* della psichiatria del tempo era un po' come recarsi a una assemblea del movimento studentesco, mentre il lavoro territoriale rischiava di irretire l'aspirante eroe della buona novella in una ideologia oppressiva e conformista più che liberatoria. Entrare in una istituzione a tal punto chiusa e bisognosa come l'OPG aveva il sapore di una rinuncia alla baldanza propria dell'età e insieme il paradossale fascino di una conoscenza che altri consideravano inutile, quando non dannosa. Si trattava di un lavoro pionieristico con una utenza promiscua, fatta di persone dichiaratamente sofferenti, di simulatori e di dissimulatori. Accettando di entrare nei ruoli direttivi del Ministero di Grazia e Giustizia, si sarebbe corso il rischio di deformazione del proprio status professionale, sulla spinta della lusinga adattativa, mentre lavorare in maniera critica, non condizionata e attenta sia nei luoghi dell'internamento giudiziario sia sul territorio, avrebbe potuto consentire di non perdere una prospettiva lucida sulla sofferenza psichica, di non smentire il possibile disordine comportamentale dei malati di mente, eco di un difficile adattamento all'esame di realtà, e insieme di avanzare nell'ottica riabilitativa dei cosiddetti incurabili, che tutti temevano e pochi conoscevano. In definitiva avrebbe permesso di provare a rendere possibile l'impossibile.

Quando, all'alba degli anni '90, l'OPG era diventato un sole ormai al tramonto, senza avere avuto la forza di trasformarsi nel crocevia di un interessante lavoro intorno al confine tra giustizia e salute mentale, apparve più utile, continuando a svolgere attività a favore degli uomini liberi, spostarsi negli istituti di pena ordinari, dove andava ammassandosi una schiera impressionante di

disadattati. Nel carcere di Firenze, peraltro, grazie alla anomala presenza di una CCC femminile, una struttura di internamento giudiziario quindi, fu avviato il primo germe di servizio psichiatrico penitenziario. Gli specialisti che lo componevano erano organizzati per rispondere tanto all'urgenza che alla presa in carico *ad personam*. Fu così verificata la possibilità di cura e riabilitazione delle persone recluse portatrici di sofferenza psichica e vennero gettate le fondamenta culturali – attraverso la rivista *Il reo e il folle* – della costruzione del percorso che avrebbe portato al DL 230/99 prima [17, 18], quindi al DPCM 1 aprile 2008, con il passaggio della sanità penitenziaria ai SSR, infine alla Legge 9 del 17 febbraio 2012. Questa ha come obiettivo il “superamento dell'OPG”, anche se ad essere in gioco è una evoluzione dell'internamento giudiziario, la sua decostruzione perseverante più che la trasgressione speculativa che aveva sostenuto il varo della Legge 180. Anticipata da tentativi di alcuni psichiatri di deistituzionalizzare la cura della sofferenza mentale, quella norma arrivò fulminea a sancire il superamento dell'Ospedale psichiatrico senza lasciare spazio a una preparazione dei servizi e degli operatori, coinvolti nel desiderio comune di andare oltre la risposta semplificata a un problema complesso. Il salto di qualità fu reso possibile anche dalla decisione di tagliare via, dal mandato terapeutico dello psichiatra, quanto avesse a che fare con la pericolosità sociale e con la trasgressione, lasciando queste alla giustizia e ai nascenti servizi per le tossicodipendenze. Con la Legge 9, per la prima volta dalle origini della psichiatria, gli organi della salute invadono il terreno della giustizia, dopo che già con il DL 230/99 e il DPCM 1 aprile 2008 avevano occupato il carcere: un forte scossone senza dubbio, cui la giustizia sta rispondendo con sentenze fuori tempo che enfatizzano la posizione di garanzia dello psichiatra, somigliando piuttosto ad avvisi di garanzia. Questa incursione, sebbene si snodi sul binario della decostruzione perseverante e della riduzione al minimo dei potenziali rischi, appare tuttavia minacciata da una quota di disordine. Basta pensare al fatto che non è stato ancora chiarito se ci sarà o no la sorveglianza esterna, da parte di organi di polizia, dei luoghi dove ospitare i prosciolti giudicati pericolosi socialmente; e qualora così fosse, non è definito quale forza sarà chiamata a effettuarla. Riprenderemo oltre questo discorso sul disordine potenziale aperto dalla riforma.

Quando a metà degli anni '90, con il quadrimestrale *Il reo e il folle*, si tentò di portare alla attenzione della psichiatria pubblica e accademica lo spessore della sofferenza psichica che abitava le carceri italiane, non poche furono le resistenze. Gli smemorati del

tempo ricordarono che c'era l'OPG e cominciarono a sottolineare come fosse diminuito, dal varo della Legge 180, il numero degli internati, senza tenere conto che motivazioni fondamentalmente penitenziarie (la Legge Gozzini) e giudiziarie (il nuovo codice di procedura penale) avevano determinato il travaso di gravi disturbi psichici dall'OPG al carcere [19, 20]. L'ignoranza in materia e la malafede regnavano sovrane e la via di uscita prescelta fu quella di distinguere l'OPG dal carcere e di occuparsi semmai del primo. Alla proposta di legge Vinci Grossi di restituzione del folle reo alla responsabilità penale fece seguito la proposta di legge delle Regioni, rimasta a galleggiare in Parlamento dal 1997. La prima tracciava l'ipotesi progettuale che ritroviamo oggi nel disegno del Comitato Stop OPG: condannare i malati di mente come si fa con i soggetti sani, accettarne la permanenza in carcere dove curarli. Il doppio binario – costituito dalla possibilità di condannare il reo o proscioglierlo, se affetto da vizio di mente e riconosciuto incapace di intendere o di volere al momento della commissione del reato, avviandolo in tal caso alla libertà o all'internamento giudiziario, qualora giudicato pericoloso socialmente sotto il profilo psichiatrico – può risultare odioso. Eppure, se è vero che, in un sistema di delega totale alla giustizia, questo rischiava di trasformarsi in un fine pena mai in OPG, consente d'altronde, sempre di più con le sentenze dell'ultimo decennio, di ridurre o escludere l'internamento giudiziario del portatore di sofferenza psichica. Le condanne per gravi reati, al contrario, durano a lungo e il carcere resta l'unico spazio della pena. Ne passerà di acqua sotto i ponti prima che la salute faccia avvertire la sua spinta progressista nei reclusori e prima che la giustizia formuli un piano alternativo alla pena ordinaria per il folle autore di reato condannato come sano di mente. Frattanto occorre guardarsi dall'esporsi al rischio di una generica detenzione. Prima di allora, sostenere, come fa il Comitato Stop OPG, che la cura è impossibile di concerto con la custodia in strutture di internamento e proporre in sua vece la reclusione, significa ignorare la inattuabilità, qui e ora, della cura in carcere di malati che vi soggiornino a lungo, e soprattutto scotomizzare la trasformazione delle prigionie in manicomi più di quanto non siano già tali.

Confidando nel lavoro di decostruzione perseverante dell'internamento giudiziario, il DSM di Firenze fondò nel 1996 il gruppo di lavoro Psichiatria e Giustizia, deputato a seminare conoscenze tra gli operatori. Al suo interno furono estesi il primo protocollo di rapporto con l'OPG di Montelupo F.no, quindi il protocollo per ASO e TSO di cui accennavamo nel secondo capi-

tolo; fu sperimentata l'alternativa a internamento e detenzione per soggetti malati di mente residenti nel territorio della ASF, denominata Le Querce, così da ridurre i tempi di permanenza di costoro in OPG o in carcere o da evitarne internamento o detenzione; e venne infine accompagnato e corroborato il ricorso alla amministrazione di sostegno. Questo lavoro è avvenuto in nome di quella coazione benigna che nel sistema della salute echeggia la crescita di un diritto mite in ambito giudiziario [21].

Una volta provato che era possibile decostruire in maniera perseverante l'internamento giudiziario, la Toscana ha tracciato un percorso di riammissione alla piena libertà del reo prosciolto e ritenuto socialmente pericoloso dall'organo giudiziario, pertanto internato. Questo cammino ha forse sofferto di un eccessivo timore di istituzionalizzare, né lo ha preceduto un serio confronto con gli organi competenti della giustizia – confronto mancato anche nella estensione della Legge 9 e delle successive disposizioni. Come altrimenti spiegare che appaia del tutto plausibile che il condannato con sopravvenuta malattia mentale – articolo 148 del codice penale – resti in carcere, quando lo stesso codice ne decreta l'invio in OPG? E come rassegnarsi all'idea che le osservazioni psichiatriche dei detenuti a rischio vengano tutte effettuate negli istituti di pena ordinari, quando il DPR 230/2000, il vigente Regolamento di esecuzione dell'Ordinamento penitenziario, stabilisce che le più complesse tra queste siano svolte in OPG? Diciamo pure che tali decisioni prese a cuor leggero, destinate a creare un disordine applicativo certo, potrebbero presagire quanto avanza il Comitato Stop OPG – che il malato di mente se ne stia in carcere e lì lo si curi, abolendo il doppio binario collegato al giudizio di pericolosità sociale – ma sono anche il primo passo verso una complicazione della gestione dei penitenziari, abitati da troppi problemi di salute per una risposta prevalentemente custodialistica.

Quale è dunque il percorso seguito dalla Regione Toscana, cui si è associata l'Umbria?

I principi chiave di questo percorso sono stati:

- affidarsi a una teoria non scollata dalla pratica;
- legare i DSM a compiti di promozione della cultura nel campo, coltivando il terreno sul quale fare crescere azioni di cura in precedenza escluse;
- valorizzare la territorializzazione degli interventi consentita dalla Legge 9;
- costruire una filiera composita e articolata di monitoraggio e sperimentazione del ritorno a una competenza sociale affidabile;

- stabilire in anticipo regole che rendano il *turnover* delle presenze rapido, se è vero che a Le Querce non si soggiorna per più di dodici mesi, come sanzionato dalle regole di accreditamento della struttura;
- non creare condizioni di pericolo che potrebbero influenzare negativamente, attraverso un non impossibile *rebound*, la emancipazione della salute mentale pubblica da necessità di eccessivo controllo.

Per farlo, si è partiti da un lavoro con il DAP e con le Regioni di Bacino (Liguria, Sardegna, Toscana, Umbria), che consentisse ai soli cittadini di queste aree di soggiornare nell'OPG di Montelupo Fiorentino (salvo rare eccezioni, questo è accaduto), ottenendo il risultato di una progressiva maggiore territorializzazione del problema, con esclusione delle donne, ospiti o dell'OPG di Castiglion delle Stiviere o della CCC di Sollicciano (ma il numero di costoro non ha mai superato le due unità). Le altre Regioni di Bacino si stanno progressivamente attrezzando per accogliere i loro cittadini internati, ad eccezione dell'Umbria, che ha un numero esiguo di ospiti e si è quindi consorziata con la Toscana per affrontare, senza abbandonarlo, il problema. È stata quindi messa a frutto la esperienza de Le Querce, attraverso la quale si era dimostrata la fattibilità di una decostruzione perseverante dell'internamento giudiziario. Sono stati successivamente finanziati, con soddisfacenti esiti, progetti dei DSM, che avessero per obiettivo il rientro sul territorio di provenienza degli internati toscani. Solo a questo punto è uscita la delibera 715 del 26 agosto 2013, che stabilisce di realizzare, per i circa 4.500.000 abitanti di Toscana e Umbria e del correlato numero di internati, due strutture di 14 + 14 posti letto + 4 per le urgenze, denominate REMS-D, localizzate nel cuore della Toscana, così da renderle facilmente raggiungibili dai vari territori. A queste saranno aggiunte quattro REMS-ND, dove ospitare i soggetti cui sia applicata una misura di sicurezza non detentiva dalla autorità giudiziaria: una per l'Area Vasta di Nord Ovest (Comunità Tiziano di Aulla, con otto posti dedicati); una per l'Area Vasta di Sud Est (Bibbiena, in provincia di Arezzo, che dovrà ospitare anche gli internati umbri e disporrà di dodici posti); due per l'Area Vasta Centro (Le Querce con otto posti e una residenza a Lastra a Signa, di dieci posti). La filiera che muove dalle REMS-D al territorio, eventualmente ma non necessariamente attraverso le REMS-ND, dovrebbe essere sufficiente al numero di uomini toscani e umbri ospiti dell'OPG di Montelupo F.no e delle donne internate a Castiglion delle Stiviere e nella CCC di Sollicciano. Il problema è semmai che, il solo annuncio della evoluzione dell'in-

ternamento giudiziario, ha provocato una impennata degli invii indiscriminati in OPG da parte di un sistema giudiziario che continua ad avvalersi del suo apparato di psichiatri forensi non collegati con il territorio. Cosa che ha indotto i DSM a promuovere azioni di avvicinamento e di collaborazione con i Tribunali locali.

Ecco perché, tranquillizzando sia chi teme la ricostruzione di asili chiusi, sia quanti paventano problemi di sicurezza, vale la pena guardare alla Legge 9 e alla sua applicazione non come a un punto di arrivo, bensì come al punto di partenza di un lavoro connesso con la modernità e con la responsabilità autentica.

I concetti guida dell'impegno che ci attende sono:

- non creare barriere tra la evoluzione dell'internamento giudiziario e la cura del malato di mente recluso;
- avviare pratiche interistituzionali tra salute mentale e giustizia: dalla formazione alla stesura di protocolli e procedure condivisi;
- promuovere la territorializzazione non solo degli internati, ma anche dei reclusi malati di mente;
- stabilire regole certe per i senza fissa dimora internati;
- monitorare gli invii in OPG da parte dei vari territori, con valutazioni dei DSM che tengano conto di questo profilo;
- entrare in carcere con i DSM e una risposta interdisciplinare e riabilitativa, che coinvolga anche gli operatori penitenziari.

Resta il problema delle situazioni di particolare gravità, quelle che in passato non sarebbero mai approdate all'OPG di Castiglion delle Stiviere, l'unico a disporre di sole forze sanitarie, e che domani non avranno nel carcere la sponda sicura che il progetto delle Regioni, esteso da magistrati esperti e illuminati come i presidenti Alessandro Margara e Francesco Maisto, aveva considerato, allungando la filiera anche verso la sicurezza.

Oggi che tutti parlano di OPG e della sua chiusura, magari occupandosi più di come procedere che di procedere, capita di guardare indietro con tenerezza allo sparuto manipolo di colleghi che, già in quel lontano 1990, sosteneva il bisogno nel settore e la necessità di procedere a una decostruzione perseverante, allora come ora possibile, incontrando spesso la gogna, talvolta il bagliore della consapevolezza altrui, specie dei giudici più avveduti, ma anche di qualche psichiatra capace di riconoscere il carattere antesignano di quei primi appassionati moti verso un futuro non utopico, fatto di lavoro clinico paziente e fede nelle capacità di emancipazione di ogni uomo, anche di quello apparentemente non raggiungibile [22, 23].

Bibliografia

- [1] BRANDI G., *Coazione benigna: quid tum?*, in *Il reo e il folle*, *Coazione Benigna 1*, Edizioni Polistampa Firenze, 2005, n° 24-25-26.
- [2] BRANDI G., *Colpa e trauma, pena e cura*, in *Il reo e il folle*, *La quadratura del cerchio*, Es.Ip.So. Firenze, 1996, n° 1.
- [3] BRANDI G., *Vittima, cinico, coatto della pena. Colpa e malattia trasgressiva*, in *Il reo e il folle*, *Sensibilità e suscettibilità*, Edizioni Polistampa Firenze, 1999, n° 9-10.
- [4] BRANDI G., *La malattia trasgressiva incontra l'endiadi 'OSTILITA' E AMICIZIA'*, in *Il reo e il folle*, *Amicizia e ostilità 1*, Edizioni Polistampa Firenze, 1997, n° 5.
- [5] MUSIL R., *L'uomo senza qualità*, Giulio Einaudi Editore Torino, 2005.
- [6] TUONI A., *Contenzione zero*, in *Ristretti Orizzonti*, 31 luglio 2013.
- [7] BRANDI G., *Contenzione zero e coazione benigna: la differenza tra ideologia e necessità*, in *Ristretti Orizzonti*, 5 Agosto 2013.
- [8] SCARPA F., *La contenzione fisica in ambito sanitario, dall'OPG agli SPDC*, in *Ristretti Orizzonti*, 27 Agosto 2013.
- [9] MAISTO F., *Contenzione, detenuti e internati hanno diritto a stesso trattamento persone libere*, in *Ristretti Orizzonti*, 28 agosto 2013.
- [10] IANNUCCI M., *Una riflessione su contenzione fisica, contenzione meccanica, TSO*, in *Ristretti Orizzonti*, 11 settembre 2013.
- [11] BRANDI G., *Obiettivo obiettività*, in *Il reo e il folle*, *La grande ricerca*, Edizioni Polistampa Firenze, 2008, n° 30-31.
- [12] TOMASI R., BRANDI G., IANNUCCI M., GERVASI R., *Valutazione dei problemi di salute mentale dei detenuti nella Casa Circondariale di Firenze Sollicciano e degli osservandi nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo F.no*, in *Il reo e il folle*, *La grande ricerca*, Edizioni Polistampa Firenze, 2008, n° 30-31.
- [13] BRANDI G., *Falsi forti e nuovi cattivi: gli angeli ribelli del Duemila. Dalla clinica indicazioni alla cura*, in *Il reo e il folle*, *Donne, psichiatria, giustizia*, Edizioni Polistampa Firenze, 1998, n° 8.
- [14] BROWNE T., *Pseudodoxia Epidemica*, Sir Thomas Browne's Works, edited by Simon Wilkin F.L.S., William Pickering, London 1835, Book I, Chapter X, p. 248.
- [15] GEMMA BRANDI, *La pratica, il pensiero, la speranza*, in *Ristretti Orizzonti*, 11 Marzo 2012.
- [16] BRANDI G., *Piano esecutivo del progetto di ricerca e sperimentazione delle Regioni Toscana e Emilia-Romagna 'Residenze psichiatriche assistite per malati di mente internati o detenuti in strutture penitenziarie'*, in *Il reo e il folle*, *Salute mentale p-reclusa 2*, Edizioni Polistampa Firenze, 2001, n° 16-17-18.
- [17] BRANDI G., *Diritto alla salute e carcere*, in *Il reo e il folle*, *Salute mentale p-reclusa 1*, Edizioni Polistampa Firenze, 2000, n° 15.
- [18] BRANDI G., *Salute e carcere: un'occasione da cogliere*, in *Il reo e il folle*, *Salute mentale p-reclusa 1*, Edizioni Polistampa Firenze, 2000, n° 15.
- [19] DONATI D., SALVATORI S., BRANDI G., MICCINESI G., *Dal convergere di clinica e teoria: una ipotesi di ricerca epidemiologica in carcere*, in *Il reo e il folle*, *La quadratura del cerchio*, Es.Ip.So. Firenze, 1996, n° 1.
- [20] IANNUCCI M., *Migliore la presa, maggiore la resa*, in *Il reo e il folle*, *Vinti e losers*, Es.Ip.So. Firenze, 1997, n° 2.
- [21] BRANDI G., *ASF e salute mentale reclusa*, *Il Gruppo di Lavoro Giustizia e Psichiatria dell'Azienda Sanitaria di Firenze*, *Protocollo tra l'Azienda Sanitaria di Firenze e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo F.no*, *Progetto di realizzazione di un Servizio di Salute Mentale nel Nuovo Complesso Penitenziario di Sollicciano*, in *Il reo e il folle*, *Salute mentale p-reclusa 2*, Edizioni Polistampa Firenze, 2001, n° 16-17-18.

[22] BRANDI G., *Quid tum?*, in *Il reo e il folle, La quadratura del cerchio*, Es.Ip.So. Firenze, 1996, n° 1.

[23] IANNUCCI M., *Al cuore della cura l'avventura della pena*, in *Il reo e il folle, La quadratura del cerchio*, Es.Ip.So. Firenze, 1996, n° 1.