

Disagio psichico e condizione carceraria

di Maria Laura Fadda*

*Magistrato
di sorveglianza
di Milano

Per inquadrare la problematica del rapporto tra la condizione di persona affetta da disagio psichico e il regime detentivo occorre operare una ricognizione normativa individuando i principi che lo disciplinano.

In primo luogo vengono in considerazione due articoli della Costituzione: l'art. 32 Cost che sancisce il diritto alla tutela della salute e l'art 27 comma 3 Cost che stabilisce che le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e dono tendere alla rieducazione del condannato.

Tali principi e altresì quelli individuati dalla "Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo" del 1.12.'48, della Convenzione Europea dei diritti dell'individuo" del 4.11.'50, del "Patto internazionale sui diritti civili e politici" approvata all'O.N.U. il 19.12.'66 e in particolare le "Regole Minime dell'O.N.U. per il trattamento dei detenuti" del 30.8.'55 e infine nelle "Regole Minime del Consiglio d'Europa per il trattamento dei detenuti" del 19.1.'73, sono stati recepiti dall'impianto normativo della L. 354/'75, il cd ordinamento penitenziario.

È noto, però, che la concreta modulazione dell'espiazione della pena in carcere è affetta da molteplici e gravi criticità derivanti soprattutto dalla limitatezza delle risorse e dal sovraffollamento, per cui può affermarsi che l'attuazione

di quei principi rappresenti, ancora oggi, soprattutto un obiettivo piuttosto che un risultato raggiunto.

Emergono pertanto due quesiti: ha senso parlare di "diritto alla salute" in un contesto come quello carcerario che, come è noto, per le sue caratteristiche intrinseche come segregazione, promiscuità, anafettività, toglie salute e produce malattia?

E ancora, che cosa intende il legislatore quando menziona il concetto di "salute"?

La nozione scientifica e culturale, oggi generalmente acquisita, individua nella salute una condizione di equilibrio tra mente e corpo per cui salute mentale e salute fisica sono intrinsecamente correlate.

Finalmente, dopo quasi tre secoli di predominio di una mentalità di derivazione illuminista che concettualmente aveva separato la mente dal corpo come due monadi distinte e non comunicanti, viene comunemente ritenuto che la salute della mente e quella del corpo interagiscano fra di loro, ma non solo perché l'una influisce sull'altra, ma anche perché la mente e il corpo costituiscono due aspetti, due parti, di una sola persona che deve essere considerata nel suo insieme e non a pezzi distinti.

Può, però, affermarsi che tale acquisizione culturale non è stata recepita né nelle norme del codice penale e neppure compiutamente



nell'ordinamento penitenziario laddove la salute fisica rimane ben diversamente presa in considerazione e disciplinata rispetto alla salute mentale.

Del resto, come è noto, la legislazione italiana in materia di disagio psichico si è formata per stratificazioni successive di norme che derivavano da concezioni di fondo molto diverse tra loro .

Coesistono infatti nel nostro ordinamento, due sistemi normativi diversi che si occupano del malato psichico a seconda che questa persona debba affrontare un a vicenda giudiziaria penale perché ha commesso un reato, oppure sia un cittadino libero che non ha commesso reati.

Esiste così un doppio binario: da un lato le norme assistenziali e terapeutiche emesse dalla legislazione civile e amministrativa a partire dagli anni '70 e '80 nei confronti dei cittadini liberi e che individuano il malato mentale come titolare di una serie di diritti di valenza tale da imporre forti limitazioni alla potestà coercitiva del sistema sanitario.

Dall'altro, un concetto di malattia mentale che, secondo il codice penale, per quanto riguarda i rei pericolosi, non può essere vissuta e curata dentro il carcere, ma in un sistema manicomiale fondato su un'ottica coercitiva e non di cura. L'OPG rappresenta, infatti la fusione di due istanze differenti, il

carcere e il manicomio, in un sistema in cui l'esigenza da tutelare è quella di preservare la collettività dal pericolo di recidiva rappresentato dal "reo folle" e non della cura del paziente .

Può così affermarsi che la normativa civilista e amministrativa mette al suo centro l'individuo e la necessità di cura, fondata sul principio della volontarietà delle cure stesse. L'unico provvedimento coercitivo, il TSO, è un provvedimento di carattere eccezionale di tipo amministrativo – sanitario e non più di polizia, a formazione procedimentale complessa perché prevede l'intervento congiunto dell'autorità sanitaria, amministrativa e giudiziaria, con un termine finale di durata e basato anch'essa sul principio della migliore tutela di colui che non è in grado di rendersi conto della necessità di curarsi.

La legislazione civile, inoltre, ha abolito il concetto di pericolosità che in precedenza alla L.180 del 1978 era insito in quello di malattia mentale e ha equiparato il malato psichico al malato fisico prevedendo soltanto in casi eccezionali il ricovero del primo nei reparti psichiatrici degli ospedali civili, trasformando così la cura da custodialistica – coercitiva a terapeutico-riabilitativo.

Al contrario, le norme del codice penale, assai risalenti, risentono di un'impostazione culturale della



malattia mentale, propria della psichiatria di derivazione ottocentesca, incentrata sulla questione dell'imputabilità (artt. 88,89 cp) e della pericolosità sociale (art. 202, 203 cp) in relazione all'applicazione delle misure di sicurezza.

La legge, infatti, distingue tra chi ha commesso il reato ed è stato riconosciuto nel processo, a seguito di una perizia psichiatrica, come incapace di intendere e volere totalmente o parzialmente al momento del fatto e chi, invece, è ritenuto imputabile .

Pur non approfondendo qui la problematica relativa al concetto di imputabilità che alcuni vorrebbero abolire ritenendo che permanga sempre nella persona una qualche capacità di autolimitazione e controllo, risulta comunque evidente che lo spazio interpretativo demandato nel processo al perito (che deve individuare la sussistenza o meno del disturbo psichico e la correlazione tra questo e un evento giuridicamente rilevante), è basato sulla fiducia, di derivazione positivista, sulle capacità predittive della scienza, in questo caso psichiatrica. Si chiede dunque al perito di valutare se la commissione di un reato sia sintomatica della malattia stessa e se, a causa di tale malattia, sia probabile o possibile la recidiva.

Tale capacità predittiva di un comportamento violento è stata

però posta in discussione dalla stessa dottrina psichiatrica più recente in quanto priva, se estesa per un periodo temporale medio-lungo, di effettivo fondamento scientifico e non dimostrabile se non ex post. Inoltre, l'attuale sistema normativo sul tema dell'imputabilità, non prevede se non limitate finalità terapeutiche nei confronti della persona affetto da disagio mentale, ma è tesa alla tutela della collettività dal pericolo di recidiva, così come il ruolo del consulente psichiatra.

Dunque, la persona ritenuta totalmente incapace di intendere e volere e pericolosa socialmente, viene assolta per questa causa, non si applica la pena della detenzione in carcere ma quella del ricovero in OPG o altra misura di sicurezza specifica, ai sensi della dichiarazione di incostituzionalità di cui alla sentenza Corte Cost. n. 367 del 29.11.04.

Peraltro, occorre notare che il legislatore penale del 1930, sottraendo il reo folle al processo e alla carcerazione, era convinto di avere emanato una legislazione di favore. In realtà, come è noto, questi condannati sono stati sottoposti, più degli altri, a coartazione e emarginazione.

Vi è dunque una sequenza:
reato – malattia mentale – non imputabilità – proscioglimento – pericolosità sociale – OPG.



Tale sequenza, per quanto esclusivamente riguarda l'applicazione della misura di sicurezza, e cioè il giudizio di pericolosità, è verificata ex art. 69 O.P. dal Ms che ha il dovere di applicare la misura soltanto se sussista pericolosità sociale attuale e che comunque può "graduarla", applicando anche una misura non detentiva, quando la ritenga più adeguata al caso concreto così come indicato dalle sentenze della Corte Costituzionale 27.7.82 n. 139 e 18.7.03 n. 253 (principi poi codificati dall'art. 31 comma 2 della L. 10.10.1993 n. 663 -cd legge Gozziniche ha abolito l'art. 204 cp e il concetto di cd pericolosità sociale presunta).

Chi invece, sebbene portatore di una patologia psichica però non emersa durante il processo, viene ritenuto totalmente capace, cioè imputabile, è ristretto in carcere.

La sequenza dunque è: reato – capacità piena – imputabilità – condanna – espiazione della pena.

A tali casi, inoltre si aggiungono coloro i quali, ritenuti solo parzialmente capaci, dopo aver scontato la pena inflitta in carcere, dovranno essere sottoposti, qualora ritenuti ancora pericolosi, ad eventuale misura di sicurezza.

All'interno del sistema penale esiste dunque una bipartizione tra gli autori di reato, a seconda che siano afflitti da disagio psichico, in riferimento alla possibilità o meno

di essere condannati e di espriare la pena in carcere o in un ospedale psichiatrico giudiziario.

Tale bipartizione, non appare finalizzata alla migliore cura del reo affetto da disagio psichico e neppure alla predisposizione di un trattamento riabilitativo che si faccia carico di questo tipo di "malattia", ma alla tutela della società dalla pericolosità sociale del condannato. Nel caso specifico, dunque, esigenza di tutela della persona e esigenza di tutela della collettività spesso configgono.

Peraltro, occorre evidenziare che, spesso, l'attenzione verso l'imputabilità è presente soprattutto in casi in cui il reato appare aberrante o particolarmente efferato, mentre per le altre (e assai più diffuse) fattispecie di delitti, relativi a reati contro il patrimonio o in materia di stupefacenti, la presenza di disagio psichico non emerge in fase processuale, ma soltanto in sede di esecuzione della pena.

Del resto emarginazione sociale e disagio psichico sono state condizioni molte volte sovrapposte e il carcere costituisce sempre di più un contenitore di persone che vivono in gravi condizioni di disagio e marginalità caratterizzata anche da disturbi psichici, spesso sfuggita alle maglie dell'assistenza territoriale e per i quali il carcere rappresenta quasi una sorta di tappa obbligata.

La patologia psichiatrica costi-



La
Magistratura
Organo
della
Associazione
Nazionale
Magistrati



Giustizia penale: prospettive e problemi

tuisce, dunque, molto spesso, se non la causa del reato, quanto meno un'importante concausa che tuttavia non viene in risalto nella fase giudicante, ma successivamente soltanto con la detenzione.

Del resto, una delle definizioni più accreditate dagli esperti, relativamente al concetto di "dipendenza", è quella che la individua come: "sintomatologia secondaria a disturbi psicopatologici di diversa entità", ritenendosi ormai riduttiva quella, accreditata dall'OMS di: "patologia cronica recidivante" in quanto può non verificarsi la recidiva mentre la presenza di disagio e sofferenze psichiche è sempre più diffusa. Peraltro i portatori di dipendenze rappresentano quasi un terzo della popolazione detenuta totale.

È evenienza non residuale, dunque, che entri in carcere una persona già affetta da una condizione di disagio psichico di cui peraltro non è consapevole, soprattutto di tipo parapsicotico come il disturbo di personalità, in particolare il disturbo border-line di personalità, narcisistico e antisociale, così come non è evenienza residuale che sia proprio il carcere a creare disagio psichico, si pensi alla studiata "sindrome di prigionizzazione".

Il sistema normativo del codice penale del 1930 affronta la problematica relativa alla presenza o insorgenza di infermità psichica

così grave da non poter essere curata in carcere, in una specifica norma, l'art. 148 cp, da coordinarsi con l'art. 69 della L. 354/75 e con l'art. 112 del dpr 230/00, regolamento d'esecuzione dell'ordinamento penitenziario.

Secondo il sistema normativo, in tale ipotesi, il magistrato di sorveglianza, ex art. 69 L.354/75, previa effettuazione di un'udienza con il rito camerale in cui può essere nominato anche un consulente per accertare le caratteristiche della malattia, dispone che l'esecuzione della pena prosegua in OPG o in una CCC. sino a quando la causa della malattia permane.

L'accertamento della malattia psichica avviene, secondo l'art. 112 del DPR 230/00, non in carcere, ma previa osservazione all'interno di un OPG o in una casa di cura e custodia, in genere su proposta della direzione sanitaria del carcere e con provvedimento del MS che dispone il trasferimento che non può avere durata superiore ad un mese.

Peraltro, poiché il trasferimento per l'osservazione in OPG, secondo il regolamento d'esecuzione del 2000, costituisce un'eccezione (art. 112 comma 2 OP), in esecuzione delle direttive ministeriali che richiederebbero l'attivazione di reparti di osservazione psichiatrica in ogni carcere, gli istituti di pena si stanno attrezzando in questo senso anche se allo stato sol-



tanto 7 carceri italiane ne sono dotate.

La malattia mentale rimane dunque elemento totalizzante in grado di condizionare l'esecuzione della pena.

Anzi, secondo il nostro sistema normativo, la malattia può, se grave, condizionare l'esecuzione della pena, ma attraverso modalità differenti a seconda che colpisca la mente oppure il corpo.

La legislazione italiana, infatti, prevede la possibilità di scarcerare il condannato affetto da una malattia "così grave da non rispondere più ai trattamenti sanitari disponibili e alle terapie", oppure affetto da una "grave infermità fisica".

La ratio di tali disposizioni, che costituiscono un'eccezione al principio che le pene inflitte devono essere espiate, si rinviene nell'art. 27 della Costituzione che sancisce che le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità, che debbono avere una finalità rieducativa.

Si ritiene pertanto contrario al senso di umanità contenere in carcere persone nei cui confronti le cure mediche sono inutili perché in uno stadio troppo avanzato della malattia o che comunque sono afflitti da patologie così gravi da non sentire più neppure l'effetto rieducativo della pena.

È infatti previsto il differimento obbligatorio e facoltativo dell'e-

secuzione della pena agli art. 146 e 147 cp.

Tali norme, però, prevedono le ipotesi di differimento dell'esecuzione della pena (di competenza del Tribunale di Sorveglianza e solo in via di urgenza di competenza del magistrato di sorveglianza che decide inaudita altera parte ex art. 684 c. 2 cpp), non quando sopravviene una malattia della mente, ma soltanto quando si verifica una malattia che colpisca l'integrità del corpo fisico, ribadendo dunque, quella dicotomia tra due concetti in realtà inscindibili.

Il concetto utilizzato dal legislatore è quello di "grave infermità fisica" che non è definito nel corpo normativo, ma la presenza dell'aggettivo "fisica" come termine di specificazione è stato interpretato come una specificazione per esclusione della possibilità di sospendere l'esecuzione della pena detentiva nel caso di infermità di tipo psichico.

Sul punto, infatti, è giurisprudenza assolutamente maggioritaria della Corte di Cassazione l'esclusione dell'applicazione dell'art. 147 c.2 cp a patologie psichiche, ammettendone l'estensione soltanto quando si sia in presenza di malattie psichiche tali da incidere gravemente sull'infermità fisica.

Del pari si è affermato che neanche la detenzione domiciliare ex art. 47 ter comma 1 ter Op (che presuppone la sussistenza di una



malattia così grave da integrare i presupposti di cui all'art. 146 e 147 cp nel contempo di residui profili di pericolosità sociale per cui è opportuno applicare la misura a custodia attenuata) possa essere concessa dal Tribunale di Sorveglianza, a meno che la malattia psichiatrica non determini altresì una grave infermità fisica.

Nella pratica, invero, tali ipotesi non sono così infrequenti, ma vengono interpretate, anche dalla giurisprudenza di merito, piuttosto restrittivamente.

Può essere evidenziato il caso, non residuale, che si verifica quando la malattia psichiatrica comporta una dichiarazione ASL di invalidità al 100% in relazione allo impossibilità di svolgimento di attività lavorativa: in questo caso vi è per tabulas un accertamento medico del rapporto tra la patologia psichiatrica e l'inabilità a lavorare, quindi a utilizzare il proprio corpo in condizioni di autonomia; potrebbe dunque essere applicato estensivamente il disposto normativo.

Altra ipotesi non infrequente nella pratica, soprattutto nella popolazione detenuta maschile, è costituita dai casi di gravi disturbi dell'alimentazione che producono un pesante dimagrimento tale da impedire il mantenimento della posizione eretta o della deambulazione e comunque lo svolgimento di qualsiasi attività economicamente e socialmente rilevante.

Anche in questa ipotesi è evidente, a parere di chi scrive, la pesante ripercussione sull'integrità fisica di una condizione di malattia psichica grave.

Peraltro la giurisprudenza di merito ha iniziato ad applicare estensivamente tali norme, in particolare il differimento ex art. 146 cp e 147 cp con riguardo alla cure disponibili e praticabili non in astratto, ma concretamente, in carcere che spesso non dispone della possibilità di svolgere terapie idonee a fronteggiare tali situazioni di grave disagio psichico.

In questi casi, il protrarsi della detenzione assume connotati esclusivamente afflittivi e dunque contrari al senso di umanità, considerato che tali condannati, a causa della gravità della malattia non sono in grado di percepire l'effetto rieducativo della pena e il ricovero in OPG spesso produce effetti di aggravamento della malattia stessa.

Del resto non appare neppure eccessivo affermare che proprio per il malato psichico grave, la detenzione può risultare ancor più disumana considerato che è ormai unanimemente riconosciuto dalla scienza psichiatrica che la cura specifica per queste patologie è soprattutto incentrata sul mantenimento di rapporti affettivi o comunque con il contesto ambientale che assume di per sé, al contrario della segregazione, finalità terapeutiche.



Quali sono le riserve, anche culturali, che circondano la scarcerazione per malattie mentali particolarmente gravi?

Perché se un soggetto è affetto da una grave infermità fisica può vedere la sua pena differita e invece se è affetto da grave infermità psichica no?

Si ritiene generalmente che la malattia del corpo diminuisca la pericolosità sociale del condannato che è indebolito nella salute e dunque più difficilmente potrà commettere reati, mentre, al contrario, la malattia della mente la può aumentare, enfatizzando comportamenti violenti o oppositivi. Si è ritenuto, sul punto, in epoca più risalente, che la non consapevolezza di malattia che spesso accompagna il disagio psichico, equivalesse a pericolosità sociale.

Questo tesi può avere un senso logico perché può essere in effetti così, ma lo perde se funziona come un automatismo, impedendo al giudice una valutazione caso per caso.

È affidato dunque al giudice di sorveglianza un difficile compito che si traduce nella necessità di raccordare i principi normativi con la nozione scientifica di malattia, al fine di non violare il principio di equità e di non discriminazione dei detenuti a seconda del tipo di disturbo da cui siano affetti e del tipo di cure di cui abbisognano.

Ma tale ritardo culturale di cui

è portatore il codice penale (peraltro l'ultimo progetto di riforma della VII legislatura abolisce l'art. 148 cp e la nozione di imputabilità) è presente in parte anche nella legge n. 354 del 1975.

L'ordinamento penitenziario, ha cercato in effetti di dedicare maggiore attenzione alla problematica del disagio psichico, ma occorre considerare che nel 1975, il fenomeno non aveva ancora assunto il rilievo attuale in cui si stima che i 2/3 dei detenuti abbiano più o meno gravi patologie psichiche o psicotiche, soprattutto disturbi della personalità.

Occorre, all'interno dell'ordinamento penitenziario, distinguere tra la normativa che prevede il trattamento intramurario di questi soggetti e quella relativa ai benefici penitenziari introdotti dalla legge Gozzini, come ad esempio le misure alternative alla detenzione.

Per quanto riguarda il primo aspetto la norma che disciplina organicamente la problematica della salute, fisica e mentale in carcere è l'art. 11 o.p.

Al comma 5 si dispone che il condannato, al momento dell'ingresso in carcere, venga sottoposto a visita medica, con la partecipazione del medico psichiatra, per accertare eventuali disturbi o patologie di carattere fisico e psichico. È di tutto rilievo l'importanza e la difficoltà di raccogliere l'anamnesi del detenuto, soprattutto in casi di



disagio e disattenzione verso le proprie problematiche sanitarie o nel caso di detenuti stranieri non seguiti dal servizio sanitario del paese di origine e che spesso, come è stato autorevolmente già evidenziato, vivono il trattamento sanitario in generale, come un'ulteriore violenza.

Infatti, il primo momento di ingresso in carcere di soggetti con problematiche psichiche varie, è stato individuato da tempo come quello più critico, in quanto in quel periodo (i primi giorni della detenzione sino a circa tre mesi) più frequentemente si verificano gesti di autolesionismo o di suicidio. Già dal 1987, con la circolare ministeriale Amato n.3233/5689 fu istituito il servizio psicologico per nuovi giunti formato anche dell'esperto psicologo; in precedenza, infatti, nella pratica, la visita di primo ingresso era orientata soltanto alla verifica della compatibilità del nuovo giunto con gli altri detenuti al fine di evitare sopraffazioni o violenze.

Tale servizio è stato poi ampliato a seguito della circolare n. 3524/5974 del 12.5.00 dal titolo "Atti di autolesionismo e suicidio in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri" che si pone il triplice obiettivo secondo cui i detenuti nuovi giunti non devono essere assegnati a caso nelle sezioni detentive, la misura

della "grande sorveglianza" o "sorveglianza a vista" deve essere specificamente motivata caso per caso e deve essere giornalmente redatto un registro con l'indicazione dei detenuti a rischio, così da mettere in condizioni gli operatori dei vari turni di conoscere le necessità e le priorità del caso.

Ma il problema suicidario o autolesionistico (peraltro largamente presente come gesto dimostrativo nella popolazione detenuta straniera di origine nord africana) che ovviamente è presente nelle carceri con percentuali assai più rilevanti di quelle che riguardano la società libera, non dovrebbe essere affrontato in un'ottica emergenziale o di immediato supporto, ma dovrebbe essere inserito all'interno di un progetto organico riguardante le varie tipologie e i vari livelli di gravità in cui il disagio psichico è presente in carcere.

In alcune carceri lombarde è presente il progetto DARS (detenuti ad alto rischio suicidario) che ha attenzione e coordina, con un'équipe formata da psichiatri, criminologi, volontari, educatori e personale della polizia penitenziaria, gli interventi di prevenzione e supporto specifico per questi detenuti.

L'art. 11 op, ancora, prevede la presenza di uno psichiatra per ciascun carcere; questa norma che di sicuro può apparire "illuminata", lascia però alcune problematiche irrisolte.



La prima riguarda la individuazione del soggetto di cui lo psichiatra in carcere è alleato; infatti con chi lo psichiatra in carcere stabilisce il patto terapeutico? Con il condannato o con la struttura penitenziaria? Il quesito non è di poco conto e richiama l'ambiguità di una figura professionale che si è sempre prestata nel corso del tempo a svolgere una funzione di controllo e difesa sociale (si è detto sul punto che la psichiatria nasce come costola della medicina legale).

All'interno del carcere, infatti, lo psichiatra non svolge soltanto una funzione terapeutica, di cura, ma è presente altresì come operatore del trattamento, seppure in senso lato, nel senso che partecipa alle riunioni dell'equipe che dovrà formulare il piano di cura del detenuto valutando l'eventuale meritevolezza circa l'ammissione ai benefici penitenziari.

L'ambiguità del ruolo di tale figura professionale, dunque, è massima: il detenuto, infatti, sa che lo psichiatra è lì non solo per assisterlo, ma anche per valutarlo. Lo psichiatra, dunque nella pratica diventa anche criminologo.

Pertanto la psichiatria ha più volte auspicato, proprio per la difficoltà di scindere i due livelli di intervento, che le due funzioni fossero distinte in due persone diverse.

Dunque l'obiettivo di cura (che dovrebbe essere del medico), si

può scontrare o contaminare con quello dell'ottenimento della libertà (che è del detenuto) e con quello della rieducazione (che è del carcere).

Deve rilevarsi, però, come in realtà, nella pratica, lo psichiatra sia nell'impossibilità di svolgere il suo lavoro terapeutico, considerato che per ogni istituto è previsto un solo professionista, al massimo due negli istituti più grandi; la sua attività, come è evidente, si riduce spesso alla mera somministrazione di farmaci ai fini del contenimento o comunque della riduzione del danno. Peraltro la problematica della dipendenza da farmaci che il carcere crea (e che spesso perdura anche successivamente alla scarcerazione) è di non poco rilievo; il dato è presente con percentuali senz'altro maggiori, anche se mancano statistiche ufficiali sul tema, soprattutto per quanto riguarda la detenzione femminile meno timorosa di chiedere sostegno antidepressivo e colpita nella quasi totalità da mali psicosomatici e disturbi depressivi anche gravi.

Ancora, sempre l'art. 11 op, dispone che nell'irrogazione delle sanzioni disciplinari si tenga conto dell'eventuale disagio psichico del detenuto e della sua capacità di comprendere il senso degli obblighi e dei divieti imposti.

Per quanto poi riguarda le possibilità di accesso ai benefici penitenziari, l'unico riferimento, sep-



La
Magistratura
Organo
della
Associazione
Nazionale
Magistrati



Giustizia penale: prospettive e problemi

pure implicito alla problematica, è nella previsione della eventuale concessione della detenzione domiciliare ex art. 47 ter comma 1 O.P., qualora la pena residua non superi i quattro anni. Infatti, la possibilità di espriare la pena presso il domicilio, è prevista a tutela di interessi particolarmente pregnanti come l'unità familiare e la cura dei figli minori o invalidi al 100% (art. 47 ter comma 1 lett. A, B, E) e il diritto alla salute (art. 47 ter comma 1 lett. C, D, E).

L'art. 47 ter comma 1 lett. C riguarda i condannati affetti da "condizioni di salute particolarmente gravi da richiedere costanti contatti con i presidi territoriali sanitari". La dizione letterale della norma non restringe la nozione alle condizioni di salute fisiche e dunque si ritiene generalmente che ne possa fruire anche il detenuto affetto da gravi condizioni di disagio psichico con possibilità di cura esterna. Trattasi dunque, dell'unico spiraglio, normativamente previsto, per consentire l'accesso alla misura alternativa, peraltro custodiale, della detenzione domiciliare.

Occorrerà però attendere il nuovo regolamento di esecuzione del 2000 (dpr 230/00) per un tentativo di superamento della logica di segregazione e isolamento del malato di mente e l'introduzione di una prospettiva normativa più rispettosa dei diritti anche di questi detenuti.

L'art. 20 del dpr 230/00 prevede infatti, che anche per i condannati infermi di mente il servizio sanitario nazionale "entri in carcere per la presa in carico anche al fine di individuare con gli operatori penitenziari le possibili risorse esterne utili per il loro reinserimento sociale". Il principio ispiratore era quello di organizzare un servizio di cura specialistico che assicurasse la continuità terapeutica preesistente alla commissione del reato, laddove già avviata, e comunque uno stretto rapporto con il territorio di appartenenza che potesse anche prevedere un futuro reinserimento sociale. La logica, quella del superamento dell'intervento di urgenza o comunque episodico, per costituire una presa in carico organica

Purtroppo l'art. 20 reg. es, nonostante la nota della Direzione Generale Detenuti e Trattamento n. 252624 del 13.7.05 con cui i Provveditorati Regionali sono stati sensibilizzati a sollecitare all'intervento le Asl territorialmente competenti, e se si escludono isolate realtà locali, è rimasto generalmente inattuato e il servizio sanitario nazionale fuori dal carcere.

Anche gli art. 111 e 112 del nuovo regolamento si inseriscono in tale ottica prevedendo che l'osservazione psichiatrica, non avvenga più, tranne che quando sia giustificato da particolari ragioni, in OPG, ma all'interno di specifici



reparti che devono essere allestiti in ogni provveditorato. L'internamento, sia pure soltanto per il breve periodo dell'osservazione ex art. 112 op, viene dunque visto con sfavore e come extrema ratio.

Ciò che dunque emerge dalla disamina normativa è che, nei confronti dei detenuti affetti da disagio psichico vi è stata, storicamente, nelle previsioni del codice penale un'attenzione diretta sostanzialmente alla separazione di tali condannati dal resto della popolazione detenuta sulla base della concezione della inguaribilità di tale malattia.

Del pari l'ordinamento penitenziario del '75, se si esclude la previsione dello specialista psichiatrica all'interno dell'équipe medica del carcere, è stato ancora culturalmente distante dal cogliere l'idea fondante della L. 180 del 1978 che individua il cittadino affetto da disagio psichico come portatore di diritti all'interno della società e non più come soggetto da espellere o segregare.

Ma la sottovalutazione del fenomeno, che pure è rilevante e colpisce i 2/3 della popolazione detenuta, è proseguita anche con le leggi successive. Ciò è evidente se si confronta il diverso rilievo attribuito ad altre problematiche inerenti comunque la detenzione.

Che dire, infatti, della diversa e continua attenzione del legislatore nei confronti dei condannati tossi-

codipendenti, per i quali con l'art. 47 bis op prima, con la L.309/90 e successive modifiche poi, è stato predisposto un intervento organico di sostegno e cura che prevede, una misura alternativa alla detenzione ad hoc, l'affidamento terapeutico, la cui esecuzione è finalizzata alla disassuefazione dall'abuso di sostanze e al reinserimento sociale e prevede l'intervento congiunto dei Centri di Servizi sociali e dei Sert, servizi specializzati delle Asl.

Non solo, all'interno del carcere, in via gradata rispetto alla possibilità di ottenere la misura alternativa, è prevista la istituzione di specifici reparti di trattamento e cura al cui interno collaborano psicologi, medici e altri figure professionali. Le stesse Asl entrano in carcere con i propri servizi al fine di assicurare la continuità del sostegno fuori – dentro e dentro – fuori. Inoltre con le più recenti modifiche è stato previsto la possibilità di accedere alla misura alternativa con un provvedimento provvisorio di scarcerazione e applicazione dell'affidamento terapeutico di competenza del magistrato di sorveglianza, qualora nella prosecuzione della detenzione possa essere individuato un grave pregiudizio. Vi è stato dunque, a parere di chi scrive, un sostanziale riconoscimento da parte del legislatore che la detenzione non solo non cura il tossicodipen-



dente, ma può essere pregiudizievole per il percorso di riabilitazione dall'abuso.

Il medesimo interesse vi è stato, quanto meno da un decennio, per l'approntamento di parametri rieducativi per i cd sex offenders, cioè gli autori di reati sessuali, sin dal progetto Chirone del 2004 e poi, successivamente, con la previsione di progetti sperimentali, ispirati anche ad esperienze straniere, come ad es quello che si sta svolgendo all'interno della Cr di Milano Bollate che prevede l'inserimento di tali detenuti nei reparti comuni al fine di superare la logica della separazione e della stigmatizzazione violenta e contemporaneamente di sostegno alla rielaborazione del fatto reato che prescindendo dalla negazione, ai fini del contenimento della futura recidiva. Tali progetti appaiono innovativi anche rispetto alla stessa sensibilità della società civile rispetto alla tipologia di reati e costituiscono un intelligente ed indispensabile tentativo di incidere sul pericolo di recidiva e di attuare la finalità rieducativa della pena.

Anche la condizione dei malati di AIDS è stata ormai da tempo oggetto di attenzione legislativa tanto che, qualora ricorrano determinati parametri di gravità della malattia, la detenzione deve essere obbligatoriamente sospesa ex at. 146 cp.

Insomma, nei confronti di alcu-

ne categorie di detenuti, così come ad esempio più di recente per la detenzione femminile (PEA25 del 2005 della Direzione...) che è stata analizzata nella sua specificità di genere, vi è stato uno sforzo di elaborazione culturale ad ogni livello, da parte delle professionalità che sono coinvolte nel trattamento rieducativo.

Un tale interesse, invece, non si è concretizzato per quanto riguarda la condizione del condannato affetto da disagio psichico, almeno per ciò che riguarda previsioni legislative di sostanziale riforma o di rivalutazione dei principi che ad esempio regolano la cura negli OPG, materia che non è stata ridisciplinata con il passaggio di competenze alle ASL territoriali.

Peraltro, proprio uno dei punti cruciali di intervento del Servizio Sanitario Nazionale, secondo il DPCM 30/5/08 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle finzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria") è rappresentato proprio dalla materia della prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale con previsione di un servizio di diagnosi precoce e di cura pari a quelle fornite dai servizi del territorio.

Peraltro, allo stato, non risulta presente ancora, per quanto



riguarda la realtà carceraria milanese (Istituti di Milano S. Vittore, Opera e Bollate) un collegamento tra i servizi interni di assistenza al disagio psichico e quelli presenti sul territorio, anche se è comunemente riconosciuto che, proprio la presa in carico del servizio territoriale, quantomeno alla scarcerazione, costituisce importante fattore di contenimento del rischio di recidiva.

La materia, dunque, in attesa di un intervento organico di adeguamento alla normativa, è lasciata alle capacità dell'interprete di adeguare il dettato normativo al caso concreto.

Ad esempio la giurisprudenza di merito dei Tribunali di Sorveglianza ha previsto la concessione dell'affidamento ai servizi sociali ex art. 47 o.p. con la prescrizione di recarsi presso il servizio psichiatrico territoriale al fine di assicurare la continuità delle cure unitamente all'obiettivo di reinserimento sociale, nella consapevolezza che parecchie forme di disturbo psicologico sono poco conciliabili con il mercato del lavoro;

del pari i magistrati di sorveglianza, quando la realtà del territorio lo consente applicano la misura di sicurezza della libertà vigilata prevedendo la residenzialità all'interno di comunità terapeutiche, oppure concedono permessi premio ai fini della frequentazione del servizio psichiatrico

territoriale al fine di assicurare la continuità della presa in carico.

Ancora, appare utile citare il progetto "Sulla soglia" gestito da una cooperativa milanese sin dal 2005 a favore dei cittadini con disagio psichico prossimi alla dimissione per fine pena. Tale progetto, che si è svolto in sinergia con importanti realtà sanitarie territoriali e istituzionali riguarda sia la fase del trattamento interno dei malati psichici, prevedendo una presa in carico di sostegno psicologico e psichiatrico, sia la fase di prosecuzione all'esterno dopo il fine pena in rete con i servizi territoriali.

È stato dunque aperto, presso il carcere di S. Vittore, un "centro diurno" cui partecipano detenuti anche con gravi problematiche psichiatriche e in cui vengono svolti laboratori creativi tematici con il supporto di operatori, esperti d'arte e professionisti dell'area sanitaria interna.

Si tratta, pertanto, di elaborare modalità nuove di trattamento e presa in carico che assicurino, anche per questi detenuti, un vero percorso di riabilitazione e cura nell'ottica di una sempre maggiore integrazione tra carcere e territorio in cui non sia discriminata la possibilità di cura, il luogo della cura e la qualità della stessa per il cittadino detenuto.

Occorre chiedere pertanto uno sforzo concettuale al legislatore,



La
Magistratura
Organo
della
Associazione
Nazionale
Magistrati

Giustizia penale: prospettive e problemi

Disagio psichico e condizione carceraria

alla psichiatria, alla scienza criminologica di cui sono ormai messe in discussione le stesse capacità predittive in relazione alla futura recidiva, per pensare ad un modello riabilitativo di pena e a modalità di trattamento in un regime di limitazione della libertà personale anche al fine di strutturare misure alternative che si muovano al di fuori della contrapposizione tra sanzione, misura di sicurezza e cura consentendo l'espiazione della pena senza produrre sofferenza e malattia.

