

Il profilo giuridico del trattamento psichiatrico in carcere

di Antonio Salvati

Sommario: 1. Premessa. – 2. La tutela della salute fisica e mentale dei detenuti. – 3. L'assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive. - 4. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. 5. Conclusioni

1. Premessa

La detenzione ha sempre rappresentato un'esperienza antropologica particolare sotto molteplici profili (corpo, tempi, spazi e reciproci rapporti) ed entrare in carcere significa imbattersi in una molteplicità di dimensioni, di sfaccettature, di problemi che contribuiscono a plasmare e rendere peculiare in quel luogo ciascuna esperienza di sofferenza e malattia. Le relazioni tra malattia mentale e criminalità sono state oggetto in ambito psichiatrico, di numerosi studi e riflessioni. Sono stati da più parti sottolineati gli effetti sociali di tali relazioni, intesi ora negli aspetti di alienazione, ora di devianza e reciprocamente marcati da evidente incompatibilità proprio nei confronti della società nella quale si declinavano. Indubbiamente è cresciuta nel tempo l'importanza data all'approfondimento delle relazioni tra psicopatologia e crimine. E l'ingresso dello psichiatra in carcere determina un rapporto tra clinica e contesto e il fatto di trovarsi spesso di fronte alla possibile alternativa tra soluzioni maggiormente spostate sull'uno o sull'altro di questi versanti.

Inoltre, è ormai certo come la prevalenza di disturbi mentali e di comportamenti suicidari¹ nella popolazione carceraria sia di molto più elevata che nella popolazione generale. Uno dei principali obiettivi che un carcere e i suoi operatori dovrebbero darsi è quello di lavorare per non dimenticare che il sistema carcere “produce” naturalmente una selezione che spinge i deboli in una condizione ancor più marginale. Tra i deboli vanno annoverati di diritto coloro che risultano deboli anche fuori dal carcere, i portatori di un disturbo psichico, e coloro che, non riuscendo ad adattarsi in maniera utile alla detenzione, finiscono con lo sviluppare un disturbo psichico secondario alla carcerazione. Il lavoro comune a cui operatori del carcere e operatori della psichiatria sono chiamati riguarda l'approccio a questa zona grigia costituita da “deboli” finiti in carcere anche a causa della loro sofferenza psichica oppure divenuti tali dopo il loro ingresso in carcere.

Le pagine che seguono vogliono tratteggiare, sia pur sinteticamente, il profilo giuridico del trattamento psichiatrico in carcere, evidenziando in particolar modo i problemi connessi all'istituzione manicomiale giudiziaria sotto il profilo del suo ruolo di sistema di difesa sociale e in particolar modo “della esecuzione delle pene” rappresentato dal penitenziario. Pur facendo sommariamente riferimento alla problematica psichiatrica, nella misura in cui si tratta di istituzione manicomiale, il presente contributo farà riferimento all'ambito propriamente penale – data la stretta connessione tra l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (d'ora in poi O.P.G.) e Misura di sicurezza – e, dunque, più precisamente a quello “penitenziario”.

2. La tutela della salute fisica e mentale dei detenuti

¹ Nel corso del 2009 - non a torto, da molti analisti ricordato come *l'annus orribilis* per i penitenziari italiani – e nei primi 8 mesi del 2010 le notizie riguardanti la morte per suicidio di persone che erano, a vario titolo, limitate nella libertà, si sono succedute in rapida sequenza. Il suicidio è spesso la causa più comune di morte nelle carceri. Il 30% dei suicidi in carcere avvengono nella prima settimana di detenzione e il 25% alla fine della pena. Il 10 settembre 2010 si è celebrata la Giornata internazionale per la prevenzione dei suicidi, promossa dall'International association for suicide prevention e dall'Organizzazione mondiale della sanità. “*Nelle carceri italiane c'è un tasso di suicidi 20 volte superiore a quello nell'intera popolazione*”, spiega Francesco Morelli, di Ristretti Orizzonti, l'osservatorio che ha condotto studi anche su questo tema. Da gennaio al 9 settembre 2010 i suicidi sono stati nelle carceri italiane 44, nel 2009 69. Il calo più vistoso si è visto negli anni 2007 (45 suicidi) e 2008 (46) perché c'era stato l'indulto. “*Il sovraffollamento ha il suo peso, perché deteriora la qualità della vita*”, spiega Francesco Morelli. “*Ma poi conta anche quanto sostegno e aiuto possono trovare: ogni detenuto ha oggi a disposizione circa 10 minuti di colloqui con lo psicologo all'anno*”. Ma è soprattutto la mancanza di speranza a indurre al suicidio. “*Per questo i suicidi accadono all'inizio della carcerazione o alla fine della pena*”, aggiunge Francesco Morelli. “*Nei primi giorni, soprattutto chi è messo in isolamento, lo sconforto può essere devastante. Quando manca poco ad uscire, perché si ha paura di non farcela a ricostruirsi una vita fuori*”. Cfr. *Il 30% dei suicidi in carcere avviene nella prima settimana di detenzione*, Redattore Sociale, 12 settembre 2010

Il servizio psichiatrico in carcere non rappresenta un'area a se stante, ma s'inscrive nella complessità dell'intervento sanitario intracarcerario. La Costituzione italiana ha recepito i principi della Conferenza internazionale della Sanità tenutasi a New York nel 1946², fatte proprie dalla relativa Organizzazione Mondiale (OMS), collocando la salute nel dettato costituzionale dove viene definita come "fondamentale diritto dell'individuo" e come "interesse della collettività". La giurisprudenza ritiene che questo diritto debba essere garantito a qualsiasi cittadino, anche a quello sottoposto a misure restrittive della libertà personale. La stessa Corte Costituzionale ha ritenuto che *"il diritto alla salute, così come garantito dalla Costituzione Italiana, è anche il diritto alla salute della persona detenuta"*³ pur se la tutela garantita dal precetto costituzionale può incontrare limiti oggettivi sia nell'organizzazione dei servizi sanitari sia nelle esigenze di concomitante tutela di altri interessi (sentenza Corte Costituzionale 175/82). Questo significa che le connaturali esigenze di sicurezza che sottendono alla detenzione possono portare ad un affievolimento della tutela della salute in quegli aspetti che, limitando fortemente la volizione dell'individuo, non consentono una normale fruizione dell'assistenza sanitaria (impossibilità di scegliere il luogo di cura, limitazione del diritto alla scelta del medico curante, ecc.).

Il "diritto alla salute" è un concetto che esprime la garanzia di una pluralità di situazioni soggettive assai differenziate (sentenza Corte Costituzionale 433/1990). Si possono identificare così: il diritto alla propria identità psico-fisica; il diritto alla salubrità dell'ambiente; il diritto degli indigenti alle cure gratuite; il diritto all'informazione sul proprio stato di salute e sui trattamenti che il medico vuole effettuare; il diritto di accesso alle strutture; il diritto del malato di comunicare con i propri congiunti; tutti diritti che devono essere tutelati, anche quando non afferiscono direttamente allo stato di malattia, ma si pongono in una posizione strumentale alla conservazione del bene salute.

La tutela della salute della persona reclusa assume, inoltre, una valenza positiva in relazione all'art. 27, terzo comma: *"Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e*

² Essi ben riassumono il processo che ha visto lo Stato passare da un intervento meramente assistenzialistico di fine secolo ad una piena gestione della sanità con assunzione di un preciso dovere di intervento in questo settore e affermano che *"la sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non costituisce soltanto l'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi, per farvi parte, devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate"*.

³ Cfr. sentenza della Corte Costituzionale n. 414/1990 che, nel dichiarare costituzionalmente illegittimo l'art. 47-ter L. 354/1975, nella parte in cui non prevede che la reclusione militare sia espiata in detenzione domiciliare quando trattasi di *"persona in condizioni di salute particolarmente gravi che richiedono costanti contatti con i presidi sanitari territoriali"*, ha affermato che *"... il valore della dignità e della salute di ciascun essere umano è valore supremo che non conosce distinzioni e graduazioni di status personali e dunque annienta ogni separazione tra cittadini e soldati"* (in Riv. It. Dir. Proc. Pen., p. 1444, 1992).

devono tendere alla rieducazione del condannato". Tale articolo, infatti, sancendo il principio della umanizzazione e della funzione rieducativa della sanzione penale, impone una concezione della pena non meramente retributiva e preventiva ma attenta ai bisogni umani del condannato in vista del suo possibile reinserimento sociale. È naturale osservare come allora tutto ciò postuli necessariamente la tutela del suo diritto alla salute. La condizione di benessere psico-fisico diviene, infatti, strumentale all'attività volta al recupero sociale dell'individuo e cioè al cosiddetto "trattamento". La stessa esecuzione della pena nei suoi caratteri sanzionatori e disciplinari deve cedere il passo di fronte alla malattia. La disciplina sui ricoveri, sull'incompatibilità e sull'applicazione di misure verso il recluso-malato si muovono in tale direzione. L'assistenza sanitaria del detenuto, quindi, pur essendo incidentale rispetto ai fini primari della carcerazione e della sicurezza, si pone come attività strumentale.

Evidentemente, la tutela della salute del detenuto, l'organizzazione sanitaria e i suoi compiti non possono essere pienamente compresi al di fuori del binomio sicurezza trattamento che caratterizza tutta la fase esecutiva e accompagna, con tutte le ambiguità e le difficoltà insite nel reciproco rapporto, l'espletamento di tali funzioni, che rappresentano espressioni diverse dell'unica finalità della pena con valenza rieducativa. Tuttavia, come sottolineato dal DAP, la garanzia della salute psicofisica rappresenta uno dei presupposti essenziali di qualunque trattamento rieducativo del condannato⁴. Tra le articolazioni del DAP è previsto un ufficio centrale definito "Detenuti e trattamento", la cui Seconda Divisione è specificamente competente per il settore sanitario, ovvero è responsabile dell'organizzazione del servizio sanitario intramurale, si occupa dei rapporti convenzionali con il SSN e con gli enti sanitari territoriali e di tutto ciò che concerne i problemi dell'alcoolismo o della tossicodipendenza, della sindrome da virus HIV, delle infermerie, dei centri clinici e degli O.P.G..

Nell'ambito della legge 354/75 (e relativo regolamento di esecuzione del 1976), che rappresenta il tentativo di attuazione del dettato costituzionale in materia di esecuzione della pena e di adeguamento alle normative internazionali (la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, la Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti umani e delle libertà fondamentali, il Patto internazionale sui diritti civili e politici, le Regole minime per il trattamento dei detenuti adottate dall'ONU e dal Consiglio d'Europa), si rileva che, nel totale dei 216 articoli, solo pochi si occupano specificamente dell'organizzazione delle cure.

⁴ Cfr. Circolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del 24 novembre 1990, n. 643295/12.

La maggior parte della regolamentazione è relativa alla notevole produzione di circolari con le quali l'Amministrazione penitenziaria, in ragione della sua "parziale" autonomia, ha cercato di porre delle soluzioni agli urgenti problemi di omogeneizzazione e razionalizzazione della funzione sanitaria⁵.

Di notevole importanza è la circolare della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena n. 3258/5708 del 28/12/1988, sempre relativa alla tutela della vita e della salute dei detenuti e degli internati, in cui si delinea il principio cardine di preservare e garantire la vita e la salute degli stessi, quale dovere primario e fondamentale; si sottolinea il ruolo di tutto il personale medico nel prevenire ed impedire *"atti di autolesionismo o di autoaggressione, così come qualunque tentativo di strumentalizzazione da parte degli stessi detenuti o internati, attraverso la simulazione di patologie fisiche o psichiche inesistenti o l'aggravamento di forme preesistenti, al fine di ottenere provvedimenti, benefici o comunque determinazioni non corrispondenti ai presupposti realmente dati"*. A proposito dell'ingresso nell'istituto della persona imputata, condannata od internata, è importante riportare, almeno nelle loro linee essenziali, le circolari della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena n. 3233/5683 del 30/12/1987, n. 3245/5695 del 16/05/1988 e n. 3256/5706 del 10/10/1988, relative appunto all'organizzazione e all'istituzione del Servizio nuovi giunti. Si tratta, nella specie, di un particolare servizio consistente in un "presidio psicologico" che si affianca, pur senza sostituirli, alla prima visita medica generale (art. 11, 3° comma della legge n. 354 del 1975) e al colloquio di primo ingresso (art. 23, 5° comma del D.Lgs n. 230 del 2000)", affidato agli esperti ex art. 80 dell'ordinamento penitenziario e consistente, preliminarmente, in un *"colloquio con il nuovo giunto... diretto ad accertare il rischio che il soggetto possa compiere violenza su sé stesso o subire violenza da parte di altri detenuti"*.

3. L'assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive.

⁵ In particolare, vedasi la circolare della Direzione generale degli istituti di prevenzione e di pena n. 3182/5632 del 21 luglio 1986, relativa alla tutela della vita e della salute delle persone detenute, dove si richiamano esplicitamente gli operatori dei singoli istituti a mostrare cura, attenzione e sensibilità nei confronti della persona detenuta *"tanto più debole e fragile sia, quanto maggiori siano le sue esigenze, i suoi bisogni e le sue carenze"*, con particolare riferimento quindi ai tossicodipendenti, ai malati di mente, ai giovanissimi, agli anziani, ovvero a coloro la cui salute fisica o psichica *"è esposta a particolare rischio o per i quali, alla privazione della libertà, sono inevitabilmente connesse conseguenze di maggiore sofferenza o particolarmente traumatiche o che sono più esposte ad eventuali intimidazioni, ricatti, prevaricazioni da parte di altri detenuti"*.

Anche le persone con disturbo mentale che commettono un reato sono sottoposte al Codice penale: gli artt. 88⁶ e 89⁷ disciplinano rispettivamente l'infermità totale o parziale di mente, cioè se la capacità di intendere e volere del soggetto incriminato sia stata totalmente o parzialmente assente al momento del reato, ipotizzando uno stato patologico che influisce su volontà e intelligenza della persona. Per verificarlo il giudice ordina una perizia psichiatrica del soggetto e in base a questa ne stabilisce l'imputabilità. Se viene riscontrata assenza di infermità mentale, il giudizio condurrà a un normale processo e eventuale carcerazione; nel caso di infermità mentale, invece, si delineano due diversi percorsi processuali, così come dichiarati dai suddetti articoli.

Al fine di tutelare la salute mentale della popolazione detenuta l'Amministrazione penitenziaria ha dovuto tener presente che il problema delle malattie psichiatriche dei soggetti ristretti nelle strutture penitenziarie riguarda:

- i soggetti autori di reato riconosciuti non imputabili per vizio totale di mente ma considerati socialmente pericolosi e pertanto internati negli ospedali psichiatrici giudiziari;
- i soggetti autori di reato riconosciuti affetti da vizio parziale di mente che scontano prima la pena in istituti di pena ordinari e successivamente vengono internati per l'esecuzione di una misura di sicurezza;
- soggetti che nonostante siano affetti da una malattia mentale essendo riconosciuti imputabili espiano una condanna definitiva a pena detentiva;
- soggetti che presentano disturbi mentali nei cui confronti non si è ancora concluso l'iter processuale e che sono sottoposti alla misura cautelare della custodia cautelare in carcere anziché di quella di cui all'art. 286 c.p.p (custodia cautelare in luogo di cura);
- soggetti che presentano patologie psichiatriche insorte dopo il fatto-reato e/o dopo l'inizio dell'esecuzione della pena⁸.

⁶ L'art. 88 c.p. così recita: "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e volere." In questo caso c'è totale infermità di mente; il soggetto viene prosciolto, ma per la sua pericolosità sociale, inviato all'O.P.G..

⁷ L'art. 89 c.p. così recita: "Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita". In questo caso c'è seminfermità di mente, cioè una parziale capacità di intendere e volere; il soggetto è imputabile, subisce un regolare processo e se condannato, dopo aver scontato la pena, diminuita di un terzo, può venir assegnato a una misura di sicurezza (casa di cura e custodia o O.P.G.).

⁸ Cfr. DAP, Ministero Giustizia, 18 gennaio 2006, *Commissione igiene e sanità del Senato della Repubblica. Assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive. Relazione*, Roma

Si tratta di una distinzione - avallata da un sistema eterogeneo di norme inserite in modo non organico sia nel codice penale sia in quello di procedura penale e che costringe molto spesso gli operatori penitenziari ad un lavoro di interpretazione non sempre agevole - ben chiara anche al legislatore della L. 354/75 che, oltre a dettare disposizioni specifiche per l' O.P.G. e per gli istituti di esecuzione delle altre misure di sicurezza (case di cura e custodia, case di lavoro, colonie agricole), nell'art. 11 - dedicato al servizio sanitario in generale - ha testualmente stabilito, diversamente dalle altre branche specialistiche, che ogni Istituto Penitenziario, e quindi non solo gli O.P.G., deve avvalersi dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria.

La funzione rieducativa della pena di cui all'art. 27 della Costituzione non può attuarsi nei confronti dei detenuti psichiatrici se non coordinata con un piano di assistenza e di cura. È noto, infatti, che la finalità della legge Basaglia (L. 80/1978) era quella di considerare il malato di mente come un soggetto da non isolare dal contesto territoriale, tipico di una concezione Lombrosiana ormai superata, e questa concezione non può non riguardare anche i malati di mente autori di reato, nonostante la suindicata legge non prenda in considerazione né gli internati negli O.P.G. né gli altri autori di reato, che pur affetti da malattia mentale sono stati riconosciuti imputabili. Il legislatore successivamente ha emanato numerose disposizioni in tal senso tra cui primeggia il D. Lgs 230/99 e in materia di psichiatria il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 21/4/2000.

Il DPR 230/2000 presenta alcune dichiarazioni di intenti di notevole interesse potenziale per il ruolo della psichiatria carceraria. Pur non modificando lo statuto trattamentale rispetto alla normativa precedente (prevede l'organizzazione di dipartimenti clinici e chirurgici penitenziari e l'obbligo di svolgere attività di medicina preventiva all'interno degli istituti), dispone che – ove in semilibertà o permesso – i detenuti siano seguiti dai servizi territoriali e promuove una serie di facilitazioni per le attività risocializzanti e lavorative; definisce, inoltre, la necessità dell'osservazione personologica ai fini del trattamento, distinguendola comunque dalla cura e non affidandola pertanto a specialisti, permettendo parimenti la stipula di convenzioni con i servizi psichiatrici territoriali⁹.

Il Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale" si muove per riportare il trattamento dei detenuti e negli internati al SSN e, per i trattamenti psichiatrici, al Dipartimento di salute mentale (d'ora in poi DSM). Questo progetto nacque per regolamentare l'assistenza psichiatrica in Italia, definendo:

⁹ Cfr. Massimo Clerici, Pietro Bertolotti Ricotti, Nazario D'urso, Maria Marasco, Sarah Candotti, Silvio Scarone, *Un servizio di consulenza psichiatrica in ambito penitenziario. Quali bisogni, quali risposte?*, in Nóos. Aggiornamenti in psichiatria, Volume 12, N. 1, gennaio-giugno 2010, p. 38

“...gli impegni operativi e l’organizzazione idonei a realizzare le attività sanitarie e socio assistenziali, volte a perseguire la tutela della salute dei soggetti con disturbi mentali.” A tal fine venne istituita una struttura organizzativa e di coordinamento, il DSM con dei servizi creati apposta per garantirne i livelli standard di funzionamento. Le indicazioni contenute nel Progetto obiettivo “valorizzano il principio della continuità terapeutica e dell’azione congiunta e coordinata dei servizi sociali, sanitari, di salute mentale, delle istituzioni, delle forme organizzate della comunità che operano in un territorio e delle persone che vi abitano”¹⁰. Inoltre, il Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale” pone indicazioni verso un’“ottica di superamento di ogni istituzionalizzazione”: ciò ha dato origine ad alcune proposte di legge per l’abolizione degli attuali O.P.G., affidando il trattamento dei malati socialmente pericolosi, in alternativa o complementariamente, ad istituti regionali con capienza limitata, a sezioni carcerarie organizzate d’intesa con il DSM e con piani di cura sottoposti al magistrato di sorveglianza o a misure alternative quali l’affidamento ai servizi sociali con presa in carico da parte del DSM nelle sue competenze territoriali in regime di libertà (nel caso di pene detentive lievi).

E’ consolidata tra gli operatori la convinzione che, quando si parla di potenziamento e riqualificazione negli Istituti del servizio psichiatrico, non si può non puntare sulla fondamentale collaborazione del cosiddetto territorio che, lungi dall’essere un’astrazione, trova nei D.S.M. la naturale rappresentazione anche per quanto concerne le finalità previste dal Progetto obiettivo, da inquadrare nelle esigenze di contesto dei diversi territori.

Tuttavia, la fruibilità di riferimenti precisi che attengano l’assistenza psichiatrica nelle case circondariali e nelle case di reclusione è, a tutt’oggi però ancora limitata. Le proposte allo studio ipotizzano, ad esempio, l’istituzione di un Dipartimento per l’Assistenza Sanitaria ai Detenuti e Internati in rapporto con i Dipartimenti di Medicina e Chirurgia e, nel nostro caso, con il DSM. L’articolazione dei DSM in Unità Operative verrebbe così implementata dall’istituzione di Unità di Psichiatria Penitenziaria¹¹: gli effetti desiderati di tale approccio sarebbero, indubbiamente, quelli di approfondire il carattere terapeutico dell’intervento, rispetto all’obiettivo della “difesa sociale”, di garantire la continuità e l’omogeneità del trattamento al momento della scarcerazione, nonché di realizzare un’adozione più sicura ed efficace di misure alternative al carcere, traducendo operativamente la finalità dichiarata del recupero sociale del reo.

¹⁰ Cfr. Peppe Dell’Acqua, *Fuori come va?*, Roma, Editori Riuniti, 2003, p.169.

¹¹ Cfr. Massimo Clerici, Maria Marasco, Nazario D’urso, Silvio Scarone, *Assistenza psichiatrica in carcere. Riflessioni dall’esperienza nella casa di reclusione di “Milano Opera”*, in Massimo Clerici, Mencacci Claudio, Silvio Scarone, eds., *Linee guida per la gestione dell’assistenza psichiatrica nelle carceri*, Milano Masson, 2002, pp. 65-74.

4. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Prendere in esame il manicomio giudiziario significa analizzare quel particolare crocevia dove si incontrano le criticità del sistema penale e le debolezze dell'assistenza psichiatrica pubblica. In tal senso, l'assistenza psichiatrica in carcere ha una lunga storia che merita di essere ripercorsa, seppur per brevi cenni.

Come già accennato, gli Istituti cui viene demandata l'esecuzione della misura di sicurezza detentiva sono gli O.P.G. e le Case di Cura e Custodia. Il primo manicomio giudiziario (il nome "Ospedale Psichiatrico Giudiziario" venne attribuito dalla L. 354/1975) è quello di Aversa, creato con atto amministrativo nel 1876 come "Sezione per Maniaci" all'interno della Casa Penale per Invalidi, rispondendo al bisogno di accoglienza e trattamento medico, dell'epoca, di soggetti detenuti "impazziti in carcere" (i cosiddetti "rei folli") e di difficile gestione negli Istituti penitenziari ordinari¹². Solo nel 1891 venne formalizzata l'istituzione con R.D. dei manicomi giudiziari, con la funzione di accogliere i prosciolti per infermità mentale. Nel tempo nacquero diversi istituti e sezioni giudiziarie presso gli ospedali psichiatrici civili. La direzione dei manicomi giudiziari era affidata ai medici chirurghi alienisti con il titolo di Direttori sanitari, posti alle dipendenze dei Direttori carcerari; inoltre, il nuovo regolamento carcerario stabiliva che al trattamento dei ricoverati, ai problemi di vitto, disciplina, alle relazioni tra il direttore amministrativo e il direttore sanitario, si provvedesse con speciali Regolamenti interni. Nel 1877, un anno dopo l'apertura della sezione per maniaci di Aversa, il dibattito sui manicomi criminali si

¹² Nel 1876, il direttore generale degli Istituti di prevenzione e pena, Martino Beltrani-Scalia, con la collaborazione di Gaspare Virgilio (dal 1867 chirurgo delle case di penali per invalidi di Aversa), per sopperire al ritardo legislativo in materia di istituzione di manicomi per delinquenti folli, con un semplice atto amministrativo inaugurò la *Sezione per maniaci* presso l'antica casa penale per invalidi di Aversa, ospitata nell'antico convento cinquecentesco di S. Francesco di Paola, adibito a luogo di culto fino al 1808. La *Sezione per maniaci*, la cui direzione fu affidata proprio a Virgilio, rappresentò il primo nucleo di quegli istituti che qualche anno dopo saranno denominati manicomi criminali, sperimentando così quegli "stabilimenti speciali per condannati incorreggibili". La sezione accolse un primo nucleo di 19 pazzi criminali. All'origine, e per diverso tempo, la sezione per maniaci accolse non già i prosciolti per infermità mentale che presentavano un grado di pericolosità sociale, ma, soprattutto, soggetti impazziti durante la detenzione o detenuti in attesa di perizia. La scelta di anticipare l'apertura della sezione per folli-rei con un atto amministrativo, in cospicuo anticipo rispetto a un atto ufficiale che sopraggiunse nel 1889, fu dettata dalla necessità: "Accadeva, infatti, che ogni qualvolta l'Amministrazione della giustizia e quella delle carceri si facevano a bussare alle porte di un manicomio comune, per chiedere ospitalità pei delinquenti impazziti, non ne ottenevano che rifiuti. Quei speciali inquilini, nei manicomi comuni, andavano a rappresentare scene di terrore, che vi portavano lo scompiglio". Cfr. Filippo Saporito, *Il manicomio criminale e i suoi inquilini*, in *Rivista di discipline carcerarie*, 1908, p. 362. Vedi anche Filippo Saporito, *Il manicomio di Aversa in rapporto alla legge ed ai progressi della tecnica manicomiale. Mali e rimedi*, Napoli, 1907.

spostò in sede parlamentare¹³. Sarà il codice Zanardelli ad affrontare sistematicamente il tema dell'imputabilità penale, presupposto logico per introdurre l'istituto del manicomio criminale per gli autori di reato infermi o semi infermi di mente. All'epoca tre posizioni si contendevano il primato sul principio della responsabilità penale: la prima sosteneva il principio del libero arbitrio, la seconda il determinismo, la terza, detta intermedia, *"fa consistere il cardine dell'imputabilità nella volontarietà del fatto, indipendentemente da quest'ultima"*¹⁴.

Pur se in un primo momento parve prevalere la posizione positivista nella scelta del trattamento da riservare agli infermi di mente autori di reato, alla fine prevalse la terza posizione. Infatti, mentre l'art. 47 del progetto preliminare del nuovo codice disponeva che per l'accusato assolto per pazzia: *"il giudice può tuttavia ordinare che sia ricoverato in un manicomio criminale o comune, per rimanervi fino a che l'Autorità competente lo giudichi necessario"*,³¹ nella stesura definitiva il Parlamento si schierò contro questa posizione temendo che al giudice venisse attribuito l'arbitrio di inviare in manicomio, a tempo indeterminato, anche individui affetti da lieve infermità di mente e autori di reati non gravi, con la conseguenza di sottoporre costoro a una condizione detentiva ancora più pesante di quella del carcere. L'opposizione a tale disposizione spinse il ministro Zanardelli a modificare il contenuto dell'art. 47 che nel testo definitivo, art. 46, stabiliva: *"Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliergli la coscienza o la libertà dei propri atti. Il giudice, nondimeno, ove stimi pericolosa la liberazione dell'imputato prosciolto, ne ordina la consegna all'Autorità competente per i provvedimenti di legge"*. Laddove per "provvedimenti di legge" si faceva riferimento agli articoli 13 e 14 delle disposizioni attuative del codice Penale, promulgate con Regio Decreto 1 dicembre 1889 n. 6509 (serie 3). Esse disponevano che il prosciolto venisse ricoverato provvisoriamente in un manicomio civile e vi restasse fino a quando il presidente del Tribunale civile avesse deciso se ordinarne il ricovero definitivo o la liberazione definitiva dell'imputato. Il testo definitivo della disposizione di legge lasciò molte perplessità negli addetti ai lavori che giudicarono la scelta assai più incerta di quella contenuta nel progetto. Ancora una volta, quindi, dopo tante discussioni, proposte, disegni di

¹³ In quell'anno il deputato Righi rivolse un'interpellanza parlamentare al ministro di Grazia e Giustizia, Pasquale Stanislao Mancini, con cui chiedeva l'immediata istituzione dei manicomi criminali. Successivamente Agostino Depretis, capo della sinistra storica, presentò un apposito disegno di legge, datato 15 marzo 1881, che non venne però discusso e fu quindi ripresentato il 21 aprile 1884. L'iter parlamentare si rivelò più difficile del previsto: il 14 giugno 1886 il deputato Buonomo promosse un dibattito sul disegno di legge Depretis, ma l'imminenza del varo del nuovo codice Penale (emanato nel 1889 e che sarà denominato Zanardelli, dal nome del ministro Guardasigilli dell'epoca) fece rinviare la discussione della questione in tale sede.

¹⁴ Cfr. *Relazione della Commissione della Camera dei Deputati sul progetto del Codice Penale Zanardelli* – LXIV

legge, proprio quando sembrava che si dovesse suggellare la nascita dei manicomi criminali, il nuovo codice faceva riferimento ai manicomi in generale, da intendersi nel senso di manicomi civili, con grande disappunto dei positivisti, che nel nuovo ordinamento speravano di vedere definitivamente affermata l'istituzione dei manicomi criminali, nel senso da loro voluto da almeno due decenni. In sintesi, il quadro normativo del codice del 1889, riguardante il problema della non imputabilità per vizio di mente, si può così riassumere: i prosciolti o "folli rei" erano i non imputabili per vizio di mente, per i quali veniva prevista la remissione in libertà o la consegna all'autorità di P.S. che ne poteva disporre l'invio in osservazione provvisoria in un manicomio provinciale. A seconda dell'esito della perizia, il Tribunale civile aveva il compito di ordinare la liberazione del prosciolto oppure di ordinarne il ricovero definitivo. In quest'ultima ipotesi, il presidente del Tribunale poteva revocare il ricovero, qualora avesse giudicato superate le ragioni che avevano determinato l'internamento in manicomio. In ogni caso, durante il ricovero, il giudice aveva facoltà di revocare la misura restrittiva affidando il ricoverato a persona che ne garantisse la cura e la custodia. Diversa era la situazione fino al 1876 dei detenuti folli o rei folli, di coloro, cioè, che manifestavano segni di squilibrio durante la permanenza in carcere. Essi, infatti, continuavano ad espriare la pena nelle carceri comuni ed erano sottoposti a un regime penitenziario particolarmente duro.

La questione verrà ripresa due anni dopo, con il nuovo Regolamento per gli stabilimenti carcerari emanato con Regio Decreto 1 febbraio 1891 n. 260¹⁵, al quale in gran parte aveva lavorato Beltrani-Scalia. Il contenuto degli artt. 469-480 può così riassumersi:

- *condannati*: i manicomi criminali devono accogliere innanzi tutto gli alienati criminali condannati a pene superiori a un anno, già detenuti in stabilimenti ordinari, su disposizione del medico-chirurgo dell'istituto; i detenuti che devono scontare pene inferiori a un anno, colpiti da alienazione mentale o altri tipi di patologie mentali, ma che non presentano pericolosità comportamentale, possono continuare la detenzione nello stabilimento ordinario, se sussistono i mezzi di cura;
- *accusati o imputati prosciolti*: come disposto dall'art. 46 del codice Penale, per queste categorie per i quali il Tribunale civile pronuncia il ricovero definitivo in manicomio, è

¹⁵ Il Regolamento generale per gli Stabilimenti carcerari e per i Riformatori governativi del Regno del 1891 classificava gli Stabilimenti carcerari in: Stabilimenti di prigionia preventiva, Stabilimenti di pena ordinari, Stabilimenti di pena speciali. Questi ultimi comprendevano i manicomi giudiziari, "destinati ai condannati divenuti pazzi durante la espiazione della pena, ed agli imputati ed accusati pei quali l'Autorità giudiziaria competente ordini il ricovero forzato, temporaneo o definitivo". Relazione introduttiva, op. cit., p. XII.

previsto il trasferimento nelle Sezioni separate dei manicomi giudiziari, con decreto del ministero dell'Interno¹⁶.

In sintesi, fino all'emanazione del Regolamento carcerario del 1891 i condannati impazziti in carcere continuarono a restare negli stabilimenti carcerari, mentre solo una piccola quota di essi veniva trasferita nei manicomi criminali che, in realtà, non erano altro che una sezione del carcere stesso. E' stato opportunamente scritto che *"il manicomio giudiziario nasce all'interno del sistema penitenziario ed in funzione servente ad esso: è una nascita funzionale alla gestione delle carceri, e l'istituto è inventato come luogo di detenzione dei detenuti impazziti in carcere"*¹⁷. Intanto, cambia anche la denominazione dei manicomi criminali che, dopo il 1890, a un anno dell'entrata in vigore del codice Zanardelli, saranno denominati "manicomi giudiziari". Un'ulteriore ridefinizione si avrà – come già ricordato - nel 1975 allorquando, a seguito della Riforma penitenziaria (legge 25 luglio 1975 n. 354), assumeranno la nuova denominazione di ospedali psichiatrici giudiziari.

Il 1904 fu un anno importante per l'assetto legislativo manicomiale, sia giudiziario che civile. In quell'anno, infatti, venne emanata la legge 14 febbraio 1904 sui manicomi che, tuttavia, creò nuovi problemi alla già difficile gestione dei manicomi giudiziari. Ai sensi dell'art. 46 del codice penale, la legge 14 febbraio 1904 assegnava ai manicomi civili i prosciolti, riversando in sezioni speciali di questi istituti *"quella categoria di soggetti, che segnano una zona intermedia tra la normalità e la*

¹⁶ Art. 469. Per i condannati che devono scontare una pena maggiore di un anno, colpiti da alienazione mentale, sono destinati speciali Stabilimenti, o Manicomi giudiziari, nei quali si provveda ad un tempo alla repressione e alla cura. Per ordinare il trasferimento in un Manicomio giudiziario, occorre il rapporto speciale del Medico-chirurgo dello Stabilimento penale in cui trovasi il condannato, e il Ministero può sentire all'uopo anche il parere di uno o più alienisti. Art. 470. I condannati che devono scontare una pena minore di un anno, colpiti da alienazione mentale, ma inoffensivi, paralitici, o affetti da delirio transitorio, possono rimanere negli Stabilimenti ordinari, ove manchino i mezzi di cura e non si porti nocimento alla disciplina interna. In caso contrario, possono essere inviati ai Manicomi provinciali a spese dell'Amministrazione.

Art. 471. Gli accusati o imputati prosciolti, ai sensi dell'articolo 46 del Codice penale, e per i quali il Presidente del Tribunale civile pronunzia il ricovero definitivo in un Manicomio, giusta l'articolo 14 del Regio decreto 1° dicembre 1889, n. 6509, (serie 3a), sono trasferiti, con decreto del Ministero dell'Interno, e su proposta dell'Autorità di pubblica sicurezza, in un Manicomio giudiziario, ma in Sezioni separate.

Art. 472. Nelle Sezioni indicate dall'articolo precedente possono essere fatti ricoverare, con decreto del Ministero dell'Interno, anche gli accusati prosciolti che, ai sensi dell'articolo 13 del Regio decreto 1° dicembre 1889, n. 6509 (serie 3a), debbono essere provvisoriamente chiusi in un manicomio, in stato di osservazione.

Art. 473. Sopra apposita domanda dell'Autorità giudiziaria, possono essere ricoverati in una Sezione speciale dei Manicomi giudiziari, anche gli inquisiti in stato di osservazione. L'assegnazione è fatta per decreto del Ministero dell'Interno.

¹⁷ Cfr. Luigi Daga, *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario*, in *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, 1/3, 1985, p. 2.

*pazzia, e donde esce la schiera dei perenni perturbatori della quiete sociale*¹⁸. La conseguenza di questa disposizione legislativa fu che nei manicomi civili si verificarono gravi sommosse ed evasioni collettive, mentre dal punto di vista organizzativo si pose il pericolo di creare un manicomio nel manicomio: *“il che costituirebbe niente altro che una mostruosità, dal punto di vista scientifico e tecnico”*¹⁹.

La funzione servente al sistema processuale e penale si precisa ulteriormente con il codice penale Rocco del 1930 Rocco che estende il principio della presunzione di pericolosità (art. 222) ai soggetti non imputabili per infermità di mente, e introdusse le misure di sicurezza, tra cui la misura del manicomio giudiziario. Il codice Rocco stabilisce il cosiddetto sistema del “doppio binario”. Destinatari delle misure di sicurezza sono i soggetti imputabili, semi imputabili e non imputabili. Le misure di sicurezza sono ordinate dal giudice nella stessa sentenza di condanna o di proscioglimento, per incapacità di intendere e di volere dell'individuo autore di reato. Per la categoria degli infermi di mente il codice Rocco prevede obbligatoriamente e in via automatica la misura di sicurezza del ricovero a tempo indeterminato in manicomio giudiziario, mentre per i soggetti semi-infermi di mente l'assegnazione in casa di cura e custodia. Misura che si affianca alla pena inflitta, anche se diminuita, in aggiunta o in sostituzione a questa. Nello spirito del legislatore la misura di sicurezza del manicomio giudiziario avrebbe dovuto conciliare aspetti custodialistici ed esigenze terapeutiche, mentre, in realtà, queste ultime vennero subordinate alle prime per le difficoltà legate all'organizzazione stessa degli istituti. Col tempo il concetto di difesa sociale assunse una prospettiva più definita e il sistema delle pene si configurò come bonifica sociale e profilassi criminale, ovvero l'insieme degli interventi preventivi che lo Stato pratica per impedire le infrazioni della norma penale. Tra questi interventi assume particolare rilievo l'esecuzione della pena. Ha giustamente ricordato Daga che la duplice funzione definita dal codice del 1930 – la funzione di difesa sociale (comune a tutte le misure di sicurezza) abbinata a quella terapeutica che fa del manicomio giudiziario luogo deputato di custodia e di trattamento e cura – è stata denunciata come contraddittoria da generazioni di psichiatri e di studiosi di discipline penali. Tuttavia, tale contraddizione è connaturata a tutta la istituzione carceraria, dopo che la Costituzione repubblicana (art. 27) assegna alla pena una imprescindibile valenza trattamentale e rieducativa; inoltre –

¹⁸ Cfr. Filippo Saporito, *Il manicomio di Aversa in rapporto alla legge ed ai progressi della tecnica manicomiale*, cit., p. 366.

¹⁹ Cfr. Filippo Saporito, *Il manicomio di Aversa in rapporto alla legge ed ai progressi della tecnica manicomiale*, cit., p. 368.

sottolinea Daga – il dibattito su tale contraddizione non avvicina alla soluzione di alcun problema chi deve operare in *questo* contesto, giuridico e sociale, e non altri contesti ottimali e immaginari²⁰. Gli anni Settanta furono anni ricchi di accesi dibattiti, polemiche e scandali nel panorama carcerario italiano. Nel 1975, dopo decenni di dibattiti parlamentari, viene – com'è noto - finalmente varata la riforma penitenziaria (legge n. 354 del 26 luglio 1975). I manicomi giudiziari cambiano la denominazione in “ospedali psichiatrici giudiziari”. Gli anni Settanta sono anche gli anni della riforma psichiatrica (legge n. 180 del 1978, detta legge Basaglia) e del sistema sanitario nazionale. I manicomi giudiziari, a differenza di quelli civili, già coinvolti nel dibattito che ne chiedeva il superamento, sembravano vivere una situazione di oblio e non erano sfiorati dai venti di riforma. Occorre, per inciso, accennare al fatto – spesso sottolineato dai dirigenti del DAP - che la chiusura dei manicomi civili, disposta *tout court* dalla L. 180/78, ha privato gli O.P.G. di una valvola di uscita che consentiva una dimissione sicura degli internati ed ha interrotto un punto di riferimento, normativo ed organizzativo, cui adeguarsi rendendo impossibile il mutamento di questi istituti in senso ospedaliero e contribuendo al mantenimento della loro impostazione custodiale²¹. Seppur la riforma penitenziaria del 1975 favorisce il cambiamento della prospettiva del penitenziario avente mera funzionalità custodiale (il carcere diviene luogo di trattamento e il detenuto ha diritto ad usufruire di opportunità tratta mentali finalizzate al suo reinserimento sociale), la differenza tra carcere e manicomio giudiziario si stempera appena. Resta immutata la struttura del doppio binario e della doppia istituzione (carcere – istituto per l'esecuzione della misura di sicurezza). Resta il manicomio giudiziario, restano le case agricole, restano le case di lavoro, ma la categoria della misura di sicurezza perde progressivamente spazi nella “quotidianità” regolata dell'ordinamento penitenziario del 1975: non vi sono infatti differenze significative nel regime e nel trattamento per gli internati rispetto ai detenuti²².

Attualmente gli O.P.G. sono sei di cui cinque (Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto) a diretta gestione del DAP ed uno, Castiglione delle Stiviere, sulla base di una convenzione tra Ministero della Giustizia e azienda ospedaliera, Quest'ultimo, già sezione giudiziaria dell'O.P. civile, è l'unico dedicato all'esecuzione delle misure di sicurezza detentive delle donne. L'organizzazione strutturale dei sei istituti è piuttosto eterogenea: mentre

²⁰ Cfr Luigi Daga, *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario*, cit., p. 4.

²¹ Cfr. DAP, Ministero Giustizia, 18 gennaio 2006, *Commissione igiene e sanità del Senato della Repubblica. Assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive*, cit..

²² Cfr Luigi Daga, *Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario*, cit., p. 5.

Reggio Emilia e Castiglione delle Stiviere sono di recente costruzione, gli altri istituti sono stati ricavati dal riadattamento di edifici antichi, storicamente nati per altre funzioni. Solo Barcellona P.G. è stato edificato come manicomio giudiziario ma nel 1925. Oltre a sensibili diversità sul piano dell'organizzazione strutturale, i sei istituti divergono sul piano dell'organizzazione funzionale. Gli istituti a gestione diretta del Ministero della Giustizia sono condotti con larga prevalenza da personale della polizia penitenziaria, mentre l'istituto di Castiglione delle Stiviere è caratterizzato dalla esclusiva presenza di personale sanitario, inquadrato secondo i profili professionale e gli accordi collettivi nazionali di lavoro delle aziende sanitarie.

Per quanto riguarda la tipologia di categorie giuridiche dei pazienti presenti si distinguono:

- internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.);
- detenuti assegnati alla casa di cura e custodia previo accertamento della pericolosità sociale (art. 219 c.p.);
- persone sottoposte alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 206 c.p.);
- detenuti minorati psichici (art. 111 D.P.R. 230/2000 - Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario);
- detenuti imputati soggetti a custodia preventiva sottoposti a perizia psichiatrica (art. 318 c.p.p.);
- internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (art. 212 c.p.);
- detenuti condannati con sopravvenuta infermità di mente (art. 148 c.p.);
- detenuti cui deve essere accertata l'infermità psichica qualora non sia possibile sottoporli ad osservazione presso l'istituto penitenziario in cui si trovano od in altro istituto della medesima categoria (art. 112 D.P.R. 230/2000 – Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario)²³.

Oggi gli istituti risultano sovraffollati e il numero degli internati è complessivamente contenuto intorno alle 1200 unità. Molti reparti sono chiusi perché inagibili (Aversa, Napoli) o in via di ristrutturazione (Montelupo F., Barcellona P.G.). Interventi edilizi di ristrutturazione e di

²³ Cfr. DAP, Ministero Giustizia, 18 gennaio 2006, *Commissione igiene e sanità del Senato della Repubblica. Assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive*, cit..

ampliamento (come progettato per l'O.P.G. di Barcellona P.G.) consentiranno un miglioramento delle condizioni di vivibilità degli Istituti a vantaggio della qualità di vita e degli interventi trattamentali.

In merito agli interventi trattamentali, gli O.P.G., in base al R.D. 30/7/1940 n. 2041, sono diretti da personale medico di ruolo (una volta definiti "medici alienisti"). Questa figura, insieme a quella degli infermieri (assunta in base al comma 5 dell'art. 80 della L. 354/75), è l'unica professionalità medica appartenente ai ruoli organici del Ministero della Giustizia. Gli ultimi concorsi banditi per l'assunzione di medici per O.P.G. hanno richiesto come titolo obbligatorio la specializzazione in psichiatria. I direttori, quindi non tutti psichiatri, hanno competenze di direzione amministrativa e sanitaria. L'attività clinica di base e specialistica viene assicurata da personale incaricato e convenzionato con il Ministero della Giustizia il cui stato giuridico è regolato dalla L. 740/70 (disciplinante l'ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenente ai ruoli organici dell'Amministrazione Penitenziaria)²⁴.

Gli O.P.G. da diversi anni lamentano una generale carenza di organico in tutte le categorie professionali. Per tale ragione negli ultimi anni è stata realizzata una ricognizione della gestione degli ospiti degli O.P.G., considerando principalmente l'approccio sanitario. Inoltre, l'attenzione posta al sostegno di una nuova e rigenerante impostazione degli istituti su aspetti prevalentemente sanitari, ha favorito l'emanazione del decreto del 20/1/2004 al fine di individuare "*nuove configurazioni degli interventi nei confronti di soggetti socialmente pericolosi affetti da patologie psichiatriche ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari dell'Amministrazione Penitenziaria*", attribuendo alla commissione interministeriale Sanità e Giustizia, istituita con decreto del 16 maggio 2002 per il riordino della sanità penitenziaria, anche il compito di proporre adeguate soluzioni alle problematiche relative alla riforma delle suddette.

Certamente, nel corso degli ultimi anni – grazie anche alla partecipazione del volontariato e degli Enti locali – è stato dato un notevole impulso alle attività trattamentali (istruzione scolastica, formazione professionale, attività sportive e ricreative) e riabilitative (attività espressive, gruppi di auto aiuto, attività lavorative). Quando la posizione giuridica è definitiva, avviati i contatti con i servizi psichiatrici territoriali che dovrebbero condurre a programmi di futuro reinserimento all'esterno del paziente, è possibile l'avvio di un intervento di riabilitazione più approfondito ed

²⁴ Cfr. DAP, Ministero Giustizia, 18 gennaio 2006, *Commissione igiene e sanità del Senato della Repubblica. Assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive*, cit..

articolato. Oltre alle attività svolte all'interno dell'istituto²⁵, è possibile avviare un concreto programma di "sperimentazione esterna", caratterizzato da uscite dall'O.P.G. così articolate: licenze orarie con volontari e con personale sanitario per stemperare da un lato la crescente tensione emotiva derivante dal lungo internamento e dall'altro il progressivo riadattamento comportamentale del paziente alla vita esterna, dando così inizio ad un vero e proprio processo di riabilitazione. Ugualmente le uscite possono essere programmate per partecipare a gruppi di riabilitazione esterni, per l'inserimento in lavori socialmente utili o in future esperienze di cooperative di lavoro. Tutti questi progetti sono diversificati a seconda dei diversi istituti e del diverso contesto socio ambientale in cui gli O.P.G. si trovano.

5. Conclusioni

Abbiamo accennato all'inizio quanto entrare in carcere significa imbattersi in una molteplicità di dimensioni, di sfaccettature, di problemi che contribuiscono a plasmare e rendere peculiare in quel luogo ciascuna esperienza di sofferenza e malattia. Nessuna psichiatria, oggi, può evitare di tenere conto del contesto; ma in questo spazio ristretto ed eterogovernato come una sorta di falansterio o di laboratorio – le riflessioni di Goffmann²⁶ e di Foucault²⁷ sono illuminanti in proposito – l'intervento

²⁵ In linea generale, le attività possono essere così riassunte; a) colloqui psichiatrici e visite internistiche periodiche settimanali dei singoli internati al fine di un iniziale inquadramento diagnostico; b) individuazione del trattamento psicofarmacologico ed internistico più indicato per il singolo internato; c) gestione degli episodi di riacutizzazione del quadro psicopatologico mediante più stretta osservazione psichiatrica, interventi psicofarmacologici d'urgenza e/o contenzione fisica; d) gestione delle emergenze e dei vari problemi medici mediante interventi di guardia medica ed anche specialistici con l'ausilio della strutture dell'Unità Sanitaria Locale territorialmente competente; e) avvio di progetti trattamentali risocializzanti e riabilitativi, mediante l'inserimento dei singoli internati, a seconda delle caratteristiche personologiche e quando il quadro psicopatologico ha raggiunto una fase di sufficiente compenso, in corsi di formazione professionale (es. giardinaggio, ceramica, falegnameria, legatoria), corsi di scuola elementare e media, corsi di risocializzazione ed attività espressive (disegno, pittura, musicoterapica, teatro, attività motoria, fotografia, cineforum ed attività audiovisiva, tennis), gruppi di auto aiuto per pazienti psichiatrici ed alcolisti ed in varie attività lavorative interne (scopino, spesino, conti correnti, muratore, lavanderia, magazzino, officina).

²⁶ Cfr. Degne di particolare interesse le sue riflessioni sulla *regressione*, intendendo per essa, quel tipo di adattamento, passività, ritiro dell'attenzione, riduzione del proprio coinvolgimento negli eventi che richiedono invece partecipazione, che si rischiano nelle cosiddette istituzioni totali come la caserma, il manicomio e l'istituzione carceraria: *"Un'istituzione totale può essere definita come il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che - tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato"*. Sostiene sempre Goffman che all'interno dell'istituzione si verificano delle vere e proprie "esposizioni contaminanti" dovute alla soppressione della privacy ed all'imposizione di condizioni ambientali sfavorevoli e fonti di malessere. Questo perché:

- tutte le espressioni della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto il controllo della stessa autorità;
- ogni fase delle attività giornaliere del detenuto si svolge in mezzo a tanti altri detenuti che sono trattati nella stessa maniera e a cui si richiede di fare la medesima cosa;
- tutte le fasi sono strettamente correlate e calcolate nel tempo.

In questo sistema, in cui tutto è automatizzato, sono pochi i detenuti che reagiscono, che riescono a resistere e a vincere l'ambiente; molti, invece, sono quelli che lo subiscono. In ogni sistema penitenziario vi è purtroppo una duplice

psichiatrico risente del contesto in modo fisicamente più vincolante, più stretto di quanto avviene fuori, perché il corpo, il tempo e lo spazio dell'incontro sono, non ci fossero che le sbarre a ricordarlo, inevitabilmente un corpo, un tempo e uno spazio prigionieri²⁸.

Su tutto gravano i problemi del sovraffollamento, della convivenza tra individui di età, nazionalità, grado di cultura, dimestichezza col carcere, usi e regole, mentalità, situazione giuridica e destino penale diversi, della presenza di malati a volte anche persino potenzialmente terminali e di portatori di gravi problemi di salute mentale. L'attività dello psichiatra in carcere spesso rischia di focalizzarsi su un sintomo (insonnia, depressione, intenzione suicidaria, ecc.), evitando di contestualizzare, approfondire, cogliere relazioni. Lo psichiatra non può entrare nel merito di decisioni delle quali (questa è una differenza rispetto al manicomio) non è la psichiatria ad avere le chiavi; decisioni variamente distribuite tra molti soggetti (chi decide il destino del corpo detenuto? Entro certi limiti gli agenti visibili del controllo, Polizia Penitenziaria e Direzione, ma poi anche poteri più impalpabili, invisibili, esterni quali Magistratura ordinaria, di sorveglianza, Ministero della Giustizia, ecc.). E ciò, anche quando è impossibile occultare il nesso profondo che lega la sofferenza emotiva specifica di quell'uomo, in quel momento, e la detenzione, con i mille significati che questo termine racchiude, nonché le condizioni spaziali specifiche (sovraffollamento) in cui essa è operante.

Seppur molti operatori penitenziari sono quotidianamente tentati da un lavoro di omologazione, addirittura tra imputati – con il loro carico di angosciose incertezze sul destino giudiziario e, a volte, l'innocenza disperatamente e inutilmente ribadita – e condannati, *“compito dello psichiatra è costantemente quello di ribadire che le situazioni sono diverse una dall'altra e diversi sono i momenti all'interno di una stessa situazione”*²⁹. Che se certo è vero che *“il carcere sceglie i suoi ospiti tra coloro che hanno meno opportunità sociali, sono meno garantiti nella società e durante il processo”*³⁰ – oggi extracomunitari e tossicodipendenti in primo luogo – è altrettanto vero che

contraddizione di fondo duplice: si ha la pretesa di insegnare al detenuto il modo di vivere e di comportarsi nel mondo libero e nello stesso tempo lo si costringe a vivere nel carcere che di quel mondo è l'antitesi. Cfr. Erving Goffmann, *Asylums. Le istituzioni totali: I meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Edizioni di Comunità, 2001, p. 29.

²⁷ Cfr. Michel Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, Einaudi, 1975.

²⁸ Cfr. Luigi Ferrannini, Paolo Francesco Peloso, Maurizio Cechini, Marco Demartini, *Intervento psichiatrico in carcere: l'esperienza e i progetti del DSM di Genova*, in *Nóos. Aggiornamenti in psichiatria*, Volume 12, N. 1, gennaio-giugno 2010, p. 62.

²⁹ Cfr. Luigi Ferrannini, Paolo Francesco Peloso, Maurizio Cechini, Marco Demartini, *Intervento psichiatrico in carcere: l'esperienza e i progetti del DSM di Genova*, in *Nóos. Aggiornamenti in psichiatria*, Volume 12, N. 1, gennaio-giugno 2010, p. 63.

³⁰ Cfr. Associazione Antigone, *Il carcere trasparente. Primo rapporto nazionale sulle condizioni di detenzione* Roma, Castelvecchi, 2000.

anche tra costoro la pena cambia, è più o meno dolorosa, a seconda di variabili soggettive – stato d'animo, personalità, biografia e problemi concomitanti (di salute, di famiglia, ecc.) – che l'ascolto dello psichiatra, se attento, tende a far emergere³¹. In merito alla fondamentale attività di ascolto di un detenuto, è stato giustamente osservato che *“la complessità della corretta decodificazione del contenuto di un colloquio con il detenuto suggerisce di ottimizzare la comunicazione nella rete di operatori che ad esso si relazionano. Il contenuto di un colloquio, a volte, risulta un mosaico i cui tasselli sono sparsi tra i vari operatori; solo una buona e corretta comunicazione tra questi permette di ricostruire il reale significato di un colloquio che altrimenti rimarrebbe frammentato, incompleto e, soprattutto, incomprensibile e non terapeuticamente utilizzabile”*³².

L'intervento psichiatrico in carcere nella sua globalità è certamente qualcosa di complesso. Tuttavia, la presa in carico reale del detenuto portatore di disturbo psichico, che parta già dall'individuazione del problema in fase precoce e continui con la possibilità di intervento in ambiente specialistico per le acuzie e riabilitativo per il trattamento a medio e a lungo termine, può concretamente rappresentare una valida alternativa all'utilizzo dell'invio in ospedale psichiatrico giudiziario per i periodi di osservazione psichiatrica³³. Attualmente e sempre più frequentemente, grazie all'accuratezza diagnostica e alla collaborazione con figure professionali non mediche è possibile ipotizzare e programmare interventi alternativi da realizzarsi in residenze cliniche, quali le Case di Cura e la Comunità. Quest'ultima rappresenta in un certo senso il luogo alternativo, per eccellenza, al carcere.

³¹ In ambito penitenziario il colloquio con il detenuto presenta differenti valenze a seconda degli operatori coinvolti. Per la loro valenza terapeutica, particolare attenzione meritano il colloquio criminologico ed il colloquio psichiatrico. Il *colloquio criminologico*, come previsto dall'art. 80 dell'ordinamento penitenziario del 1975, ha come obiettivo l'osservazione della personalità del condannato, finalizzata alla formulazione del programma trattamentale rieducativo. Tale obiettivo conferisce al colloquio criminologico una valenza terapeutica, seppur specificamente legata alla condizione penitenziaria dell'individuo. Il *colloquio psichiatrico* rientra negli interventi terapeutici dell'assistenza specialistica offerta ai detenuti. Anche il colloquio psichiatrico non è scevro da problematiche, molte delle quali legate al contesto penitenziario che non garantisce, nella totalità, una corretta relazione terapeutica, in quanto condizionato da una forte impronta custodialistica, a scapito di quella assistenziale. La relazione terapeutica si confronta con la doppia responsabilità dello psichiatra che, da una parte, è responsabile nei confronti del paziente-detenuto e, dall'altra, è – anch'egli – dipendente dell'amministrazione penitenziaria ed anche a questa deve rispondere. Da tale “conflitto di interessi” scaturisce una relazione terapeutica minata alla base nelle sue caratteristiche fondamentali che concernono i principi della riservatezza, beneficiabilità, confidenzialità. Cfr. Giancarlo Nivoli, Liliana Loretto, Paolo Milia, Alessandra Nivoli, L. Fabrizia Nivoli, *Il colloquio con il detenuto: aspetti antropologici*, in *Nóos. Aggiornamenti in psichiatria*, Volume 12, N. 1, gennaio-giugno 2010, pp. 97 – 110.

³² Cfr. Giancarlo Nivoli, Liliana Loretto, Paolo Milia, Alessandra Nivoli, L. Fabrizia Nivoli, *Il colloquio con il detenuto: aspetti antropologici*, cit., p. 110.

³³ Cfr. Pietro Buffa, Antonio Pellegrino, Elvezio Pirfo, *Attenzione al disturbo psichico e territorializzazione della cura: nuovi metodi dell'intervento psichiatrico in carcere*, in *Nóos. Aggiornamenti in psichiatria*, Volume 12, N. 1, gennaio-giugno 2010, p. 83.

La possibilità di operare una conoscenza approfondita del detenuto paziente trasmissibile ai diversi operatori penitenziari (e a tutti quelli che operano all'esterno sul territorio) con lo stesso linguaggio favorirebbe – secondo l'avviso di diversi psichiatri penitenziari - la costruzione di valide alternative alla detenzione per i detenuti portatori di patologia maggiore. Inoltre, importante resta una relazione stretta con la Magistratura che chiede valutazioni, ma accetta anche indicazioni sui percorsi di cura con i Servizi Territoriali. Ovviamente, la strada maestra resta riconoscere e soddisfare i bisogni reali di cura dell'individuo per realizzare un progetto di salute mentale anche all'interno del carcere.

Un intervento psichiatrico utile in carcere non è né utopistico né tanto meno improponibile. E' fondamentale riconoscere precocemente i segnali di sofferenza psichica ovunque si manifestino. In tal senso, è indispensabile garantire una buona integrazione di tutti gli operatori coinvolti, nonché favorire l'implementazione di gruppi di lavoro. Creare un gruppo di lavoro prevede come primo passaggio il riconoscersi in un obiettivo comune, il condividere una cultura di lavoro, il comunicare utilizzando un linguaggio comune. L'intervento psichiatrico in carcere mette immediatamente in evidenza la contraddizione apparente tra le necessità di cura e quelle di custodia e quindi le aspettative, la cultura e i metodi spesso lontani tra gli operatori della "salute" e quelli della "giustizia". A tal proposito, creare una équipe non è un fatto immediato né automatico: passa obbligatoriamente attraverso la cessione, da parte di ognuno, di percentuali di competenza e la disponibilità ad acquisirne delle altre senza arroccarsi sulla propria identità professionale. Appare subito difficile mantenere un'attenzione sui detenuti che non devono essere percepiti troppo come pazienti da parte degli operatori civili né troppo come carcerati da parte degli agenti e tale delega passa obbligatoriamente attraverso una fiducia reciproca che nasce da una conoscenza vicendevole approfondita. La possibilità che anche in carcere possa realizzarsi un clima volto al trattamento della persona prima ancora che dei sintomi e in ciò il divenire terapeutico può concretizzarsi e crescere solo se tutti gli attori in campo vi partecipano con la stessa motivazione, ognuno per le proprie competenze specifiche. Quindi, la presenza degli agenti alle riunioni di équipe diventa fondamentale come lo è l'acquisizione di nozioni legali e di informazioni sul regolamento penitenziario da parte del personale civile, per cui è emersa tutta la necessità di momenti di informazione, formazione e riflessione reciproci³⁴.

E' evidente che il servizio dei Nuovi giunti e la redazione di un progetto di salute mentale all'interno del carcere non esauriscono l'intervento psichiatrico in carcere. Se gli operatori

³⁴ Cfr. Pietro Buffa, Antonio Pellegrino, Elvezio Pirfo, *Attenzione al disturbo psichico e territorializzazione della cura: nuovi metodi dell'intervento psichiatrico in carcere*, cit., pp. 83 – 84.

diagnosticano, danno delle indicazioni, ma quelle indicazioni poi non possono trovare le modalità di attuazione? Se si dice che una persona deve essere impegnata, deve fare qualcosa, avere delle prospettive e non si è in grado né di dargli delle prospettive né il lavoro? Non si può continuare a sottovalutare le criticità legate alla scarsità di percorsi mirati di inserimento/reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti affetti da disturbi mentali. Se si considera, infatti, che il lavoro costituisce un valore fondamentale per la riabilitazione e l'inserimento sociale, si comprende l'importanza dell'introduzione di sistemi di lavoro protetti ed adeguatamente retribuiti per i malati psichici con prospettive di reinserimento graduale nel mondo del lavoro. Certamente rappresenta un altro elemento di criticità il carattere prevalentemente episodico e discontinuo di programmi e trattamenti, che riescono a coprire solo una frazione della domanda dei pazienti; l'impossibilità di garantire un'assistenza sanitaria specifica nel medio lungo periodo evidenzia infatti la condizione di sostanziale abbandono in cui sono lasciati i pazienti³⁵.

Inoltre, in sintonia con quanto sostenuto da Margara *"bisognerebbe affrontare alcuni problemi cruciali che sono quelli del contenimento della penalità e del cambio della vita in carcere"*. Infatti, il ricorso *"continuo di penalità che ci viene da leggi specifiche che riguardano settori specifici: la punizione della dipendenza, la punizione della immigrazione, tutte queste sono cose che richiedono la riforma del Codice penale"*, altrimenti *"il nodo maggiore che determina l'esplosione della penalità resta irrisolto"*³⁶.

Dobbiamo essere fieri del fatto che i principi del trattamento penitenziario adottati nel nostro paese derivano da una vasta elaborazione dottrinale e scientifica tendente a saldare le acquisizioni della scienza criminologica, l'evoluzione del pensiero filosofico e le statuizioni della nostra Carta costituzionale; la nostra normativa penitenziaria è stata fortemente influenzata da tali elementi che ha recepito in chiare enunciazioni di carattere programmatico: l'art. 1 dell'Ordinamento Penitenziario statuisce, infatti, che il trattamento penitenziario *"deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona"*, aggiungendo poi che *"nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi, mentre il*

³⁵ Cfr. Resoconto sommario n. 316 del 14/02/06 dell'indagine conoscitiva effettuata dalla Commissione igiene e sanità del Senato.

³⁶ Cfr. l'intervento di Alessandro Margara tenuto il 20 maggio 2005 alla Giornata Nazionale di Studi promossa dalla Redazione di Ristretti Orizzonti presso il Centro Documentazione Due Palazzi, dal Ministero della Giustizia presso la Casa di Reclusione di Padova e dalla Conferenza Nazionale Volontariato Giustizia, *Carcere: la salute appesa a un filo. Il disagio mentale in carcere e dopo la detenzione*.

trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti". Tuttavia, oggi si rileva lo scarso interesse, normativo ed amministrativo, che le istituzioni manifestano verso il problema psichiatrico. Eppure, il disagio psichico costituisce la vera emergenza negli istituti, non solo per la rilevanza del fenomeno in sé (difficilmente quantificabile e complesso per le forme di manifestazione), ma anche perché il carcere è diventato, di fatto, un luogo in cui la percentuale di detenuti che assumono psicofarmaci è elevatissima.

In tema di salute mentale è sempre stata avvertita l'esigenza di disporre di adeguati "spazi trattamentali". Il servizio psichiatrico deve essere completo, cioè prevedere, oltre ad un momento di rilevazione, anche una fase tratta mentale psicoterapeutica a cui devono far riferimento i vari operatori che in qualche modo si occupano di problemi collegati al disagio psichico. Si tratta di un'esigenza fortemente sentita tra il personale specialistico, *"ma che è sempre stata frustrata, da una parte, dalla particolare considerazione che tale branca gode all'interno delle attività sanitarie d'istituto e, dall'altra, dall'organizzazione del servizio, dove la presenza di poche unità a fronte dell'elevato numero di richieste non ha consentito una presa in carico "seria" di tutti i pazienti"*³⁷. Infine, il passaggio dalla consulenza alla presa in carico, da parte dell'ASL, dei problemi di salute mentale che il carcere esprime rappresenta un'operazione che necessita di attenta riflessione e impegno progettuale. Porsi il problema della presa in carico dell'assistenza psichiatrica nel carcere da parte dell'Azienda sanitaria significa interrogarsi intorno agli spazi nei quali questo intervento potrà delinearsi. In effetti la risoluzione del problema della tutela della salute mentale nel carcere *"passa anche attraverso una revisione dei diversi livelli in cui può operare l'intervento terapeutico (territorio, istituti, strutture intermedie residenziali, OPG) e, al contempo, attraverso una profonda riforma che consenta, in futuro, il superamento della logica custodialistica del malato mentale nello stesso OPG"*³⁸.

³⁷ Cfr. Barbara Gualco, *Ordinamento penitenziario e assistenza sanitaria. Realtà e prospettive*, in *Nóos*. Aggiornamenti in psichiatria, Volume 12, N. 1, gennaio-giugno 2010, p. 18.

³⁸ *Ibidem*.