

DIAGNOSI/PROGNOSI : GIUDIZIO = TERAPIA/ASSISTENZA : TRATTAMENTO/PENA
Riflessioni per un pubblico di magistrati

Consiglio Superiore della Magistratura

Nona Commissione - Tirocinio e formazione professionale

Incontro di studi sul tema: "Evoluzione della scienza psicologica e psichiatrica, accertamento giudiziario dell'infermità e giudizio di pericolosità sociale. Misure restrittive della libertà personale e condizioni di salute"

Roma, 9-11 Febbraio 2009

Premesse

Una lungimiranza e una distorsione tutte italiane

Cogliere l'occasione

Il profilo psicopatologico del carcere italiano oggi

Gli strumenti della cura

Coazione benigna

Collaborazione interistituzionale e gradualità monitorata della perdita e della riacquisizione della libertà

Sandor Ferenczi, 1913: "Principiis obsta; sero medicina paratur"

Questo principio non vale solo in medicina.

*Il medico e il giudice non hanno altro compito che quello di Sisifo:
curare, intervenire com'è possibile su danni già avvenuti*

Vorrei fare almeno due premesse a questo intervento che mi onora, onora soprattutto la mia esperienza di psichiatra anche in carcere, e che vi permetterà di cogliere i problemi da una prospettiva trascurata: quella di una teoria che scaturisce da una pratica. La formazione di operatori istituzionali costretti ad agire nella penuria di mezzi e nella grandiosità delle attese che caratterizzano paradossalmente i problemi più complessi, viene spesso affidata ad accademie del sapere lontane da quella consuetudine, con il duplice effetto di fascinazione da una parte, la stessa che speculazioni alquanto astruse esercitano sull'individuo mediamente stritolato dalla mandibola del quotidiano, e di un altrettanto rapido disamore dall'altra per la propria possibilità di teorizzare.

In primo luogo, dunque, seguo una regola fondamentale: non parlo di ciò di cui non mi occupo e parlo di ciò di cui mi occupo. Di conseguenza faccio teoria a partire dalla mia pratica e mi contrappongo a supposte teorie sulla mia pratica formulate da chi non si occupa di fatto della materia, se non da un punto di vista dottrinale, e tende quindi a prospettare mere speculazioni e scenari fittizi. Le teorie fondate sulle pratiche hanno al contrario la virtù maieutica di incoraggiare chi fa a pensare e di rivalutare agli occhi di chi fa quel che fa, con indubbia spinta verso la qualificazione autentica della pratica.

In secondo luogo, trovo fuorviante nelle pratiche spinose tanto la complicazione che la frammentazione: l'attività giudiziaria separata da quella penitenziaria, il trattamento penitenziario separato dalla assistenza, la sicurezza contrapposta alla salute in ambienti in cui la malattia

imperversa non meno della trasgressione. Interdisciplinarietà, non solo teorica, composizione, integrazione sono le basi moderne di qualsiasi tentativo di confronto con la complessità.

Con queste premesse mi sento più tranquilla nel prospettarvi il mio punto di vista sui temi affidati a questa tavola rotonda.

UNA LUNGIMIRANZA E UNA DISTORSIONE TUTTE ITALIANE

Nell'ultimo ventennio qualche passo avanti si è fatto in Italia a proposito della presa in carico dei problemi di salute mentale in carcere, anche se i depositari di una supposta teoria nel campo, criminologi in senso lato e sociologi, si ostinano a gettare il loro lungimirante sguardo sulla pagliuzza che si agita oltremarina o oltreoceano, ma non vedono la trave che hanno sotto i loro occhi. Si è trattato di piccoli, ma eroici passi verso la qualificazione delle pratiche e la teoria nel settore. Perché dunque scotomizzarli? Provo a spiegarvelo, perché ritengo che un operatore del diritto debba sapere queste cose.

Facciamo quattro passi indietro: attraversiamo il ventesimo, il diciannovesimo, il diciottesimo secolo e voilà, eccoci in pieno diciassettesimo secolo a Firenze, dove un giudice, un cappellano, un medico danno ordine al capo dei secondini -più di questo in carcere non c'era- di liberare alcuni soggetti le cui condizioni di salute non permettevano l'imprigionamento e di collocarli nell'ospedale di Santa Dorotea de' Pazzoerelli, a due passi dall'allora prigione di Firenze: l'Isola delle Stinche. Quegli individui avevano bisogno della assistenza di sanitari più che di quella del boia. Il potere-sapere medico si accorda con i poteri-saperi ecclesiastico e giuridico per una operazione di pietas e insieme di concretezza della pena e della cura. Ecco il primo seme noto della fioritura psichiatrica di oltre un secolo dopo, allorché, tra Francia e Gran Bretagna, si assisterà alla nascita della psichiatria classica. Gli albori della psichiatria si collocano dunque in carcere e a Firenze. Il diciannovesimo secolo registra l'imporsi di una giovane teoria psicopatologica e la costruzione di innumerevoli manicomi in tutto il mondo western. E' alla fine di quel secolo che una voce si leva in Italia per suggerire che dell'uomo delinquente lo psichiatra deve occuparsi in quanto delinquente appunto e non soltanto in quanto infermo. Cesare Lombroso scatenò con questa pretesa le ire della neonata accademia psichiatrica, che è riuscì a fare di lui una macchietta sul piano della divulgazione culturale, ma che non fu in grado di farlo tacere scientificamente, essendo Lombroso un uomo che scriveva, che faceva teoria a partire dalla sua pratica e che per questo era noto anche oltre confine, dove le sue idee erano apprezzate e intese. Così l'Università fu costretta a prestargli ascolto, ma decise che il professore si sarebbe occupato dei suoi studi fuori del Dipartimento di Medicina, di cui la Psichiatria faceva parte, all'interno invece del Dipartimento di Medicina Legale, e dunque in mancanza del diritto di esercitare una attività clinica. Fu perciò che l'Antropologia

Criminale, come allora venne denominata la nuova branca, pur vedendo la luce, al pari della psichiatria, in Italia, subì proprio qui una amputazione. Negli altri Paesi western essa fu importata direttamente nei Dipartimenti di Medicina, di cui da sempre la Psichiatria Forense fa parte, svolgendo funzioni cliniche e non di semplice assessment giudiziario, occupandosi della attività psichiatrica in carcere, nei settori delle dipendenze e comunque negli ambiti in cui prevale una condotta di stampo psicopatologico. In Italia queste aree di intervento sono rimaste orfane o frange trascurate della attività medica. Nelle prigioni italiane, infatti, benché l'Ordinamento Penitenziario prescriva per l'apertura di un reclusorio la presenza di almeno uno psichiatra, lo psichiatra è stato sempre un consulente tra gli altri consulenti, pagato a cottimo come costoro, costretto ad agire pertanto su chiamata. In carcere cioè non lavora, come accade all'estero, selettivamente la psichiatria forense, bensì una medicina generica che ha dovuto qualificarsi sul campo e che, al di là di esempi di dedizione e interesse del tutto eccezionali, ben poco tempo ha dedicato all'approfondimento dei temi della assistenza psichiatrica e della teoria nel settore. Fino alla fine del secolo scorso, chiunque mettesse piede in un istituto penitenziario sarebbe caduto nel più cupo sconforto, per constatare la irrimediabile distanza tra ciò che vedeva e quel che si sarebbe dovuto fare e per avvertire quanto il suo pensiero restasse inascoltato. Eppure la sofferenza espressa era di stampo prevalentemente psicopatologico. Tale evidenza era nondimeno negata intanto dal giovane potere-sapere penitenziario, preoccupato di vedersi sottrarre un materiale umano sul quale pretendeva di dispiegare un trattamento la cui concettualizzazione era nata troppo fuori del carcere per trovarvi applicazione. La cosiddetta osservazione scientifica della personalità è la presuntuosa definizione di una pratica impossibile senza una conoscenza clinica del caso in questione. Chi si farebbe osservare sotto il profilo psicologico da qualcuno cui non lo legghi un transfert che solo può stabilirsi all'interno di un vincolo terapeutico? A negare lo spessore psicopatologico della popolazione penitenziaria erano anche gli epigoni di Franco Basaglia, l'uomo che aveva fatto la grande invenzione di riconoscere che non si può rispondere in maniera semplificata a un problema complesso quale la malattia mentale è. Non bastava dunque il manicomio, istituzione sanitaria chiusa, occorreva aprirsi a una integrazione professionale e a una commistione territoriale, occorreva introdurre l'idea di salute mentale (fu il primo a usare, in una accezione diventata solo da poco attuale, il termine salute in sostituzione di sanità). Per portare avanti la sua grande e civile riforma egli commise, ritengo consapevolmente, un peccato originale: denegare la competenza dei nascenti servizi di salute mentale relativamente ai problemi di abuso di sostanze e ai comportamenti aggressivi commessi da persone incapaci di intendere e di volere. L'Ospedale Psichiatri Giudiziario e ancor più il carcere rimasero dunque privi di una assistenza psichiatrica civile di cui pure avevano necessità e continuarono viaggiare su binari separati e gracili sul piano della qualità e della

concordanza tra bisogno e risposta. Non solo, videro la luce i Ser.T., servizi che, al pari degli organismi penitenziari, temevano e temono la psichiatrizzazione di un sistema che è fatto di gravissime fragilità psichiche -non a caso i disturbi da abuso di sostanze rientrano tra i quadri psicopatologici di Asse I del DSM- servizi che fanno orario di ufficio, forniscono una prevalente risposta tossicologica, delegano ai Servizi di Salute Mentale la risposta all'urgenza e la presa in carico integrata delle turbe psichiche che affliggono i soggetti di cui dovrebbero occuparsi, e ottengono i loro migliori risultati quando lavorano su mandato della Autorità Giudiziaria e prefettizia per obbligare i soggetti in cura ad andare in comunità. Questo peccato originale è quello che impone ai Servizi di Salute Mentale oggi di fare un enorme sforzo per prendere in carico i rilevanti problemi di salute mentale che popolano le carceri italiane. Per quasi venti anni comunque la psichiatria triestina -che ha dettato un po' legge in Italia, per essere soppiantata oggi da una psichiatria biologista senza speranze nel settore della psicopatologia trasgressiva- ha negato l'aumento della psicopatologia reclusa, misurando il dato sulla popolazione internata del Paese, frattanto diminuita in virtù della Legge Gozzini prima, dell'attuale Codice di Procedura Penale poi, che hanno reso poco proficui, secondo una logica difensivistica, il ricorso alla simulazione per i rei sani di mente e l'internamento giudiziario per i rei malati di mente. Gli epigoni basagliani hanno quindi cavalcato la tigre della restituzione della responsabilità al malato di mente, con conseguente carcerazione del medesimo, pure in assenza di una risposta di salute mentale negli istituti di pena.

E intanto cresceva intorno alla giustizia il curioso soggetto che va impropriamente sotto il nome di psichiatria forense, giacché gli accademici spesso non sono psichiatri, talora neppure medici, ma psicologi, giuristi o altro e le Cattedre hanno nomi qua e là diversi. Ma cosa importa, tanto si tratta di una scienza di valutazione, che di scientifico ha proprio il valutare, la supposta capacità di valutare, di esprimere un parere, qualcosa che sapevamo appannaggio del giudice, colui che per valutare al meglio ha il diritto di chiedere un parere a qualcuno in virtù della sua riconosciuta competenza. Per una perizia chirurgica, ad esempio, il magistrato si rivolge in genere a un chirurgo, non a un chirurgo forense. Magari il chirurgo si farà aiutare da un medico legale, esperto in punteggi e menomazioni, ma potrà solo lui esprimersi con la massima scienza possibile a proposito del problema in esame. Invece, quando il magistrato sospetta una componente psicopatologica, chiama in causa lo psichiatra forense, un soggetto che non trascorre il proprio tempo a formulare diagnosi, prognosi e terapie psichiatriche, un soggetto privo di conoscenza clinica, la cui scienza scimmietta quella del giudice confortandola con la pseudoscientificità di un parere.

La perizia psichiatrica è di per sé un atto medico, un momento di diagnosi, prognosi e orientamento terapeutico per la persona che vi è sottoposta, una circostanza da cui far scaturire una

valutazione che serva al giudice come parere aggiuntivo e non come corroborante di un giudizio espresso in anticipo o come giudizio in sé. “Metto la mia perizia al servizio della verità”, dovrebbe essere il motto del buon consulente di ufficio, ma quale è la mia perizia, se non quella diagnostica, prognostica, terapeutica alla quale mi hanno formato studi ed esperienza? E invece la si è lasciata definire un atto non medico, sui cui costi applicare addirittura l’IVA! Ogni mia valutazione peritale è stata un atto medico, anche quando le conclusioni erano apparentemente contrastanti con l’interesse della Difesa, che non è mai quello più vero del periziando. Ma che non la ritenga un atto medico chi ne fa il proprio mestiere è chiarissimo. Basti pensare alla facilità con cui si permettono, pare dietro lautissimi compensi, di parlare diffusamente delle consulenze effettuate, e talora in corso, nei talk show televisivi, in internet, dando addirittura alle stampe le proprie memorie sui casi più succulenti. [La giovane Botticelli] Quale medico potrebbe infrangere con altrettanta leggerezza il proprio segreto professionale? Soltanto uno che medico non sia o non si senta tale. Ma se questo qualcuno non è o non si sente medico, come considerare autorevole il parere espresso?

COGLIERE L’OCCASIONE

Abbiamo sostenuto che psichiatria, psichiatria forense e salute mentale sono invenzioni italiane. Abbiamo anche constatato come un peccato originale attraversi la nascita delle ultime due. E’ tempo di pagare quei debiti, se si vuole cogliere l’occasione che oggi si presenta al Paese con il passaggio della sanità penitenziaria ai servizi sanitari regionali.

Va intanto rivisto lo scellerato accordo accademico che preclude alla psichiatria forense una attività clinica, una preclusione fonte di malcostume proprio nei rapporti tra giustizia e psichiatria, tra madre e figlia. Mi si taccia talora di accusare, per una sorta di patetica invidia, gli psichiatri forensi di fare troppe perizie. Chiunque potrà controllare come non mi sia mai iscritta all’albo dei periti, pur lavorando anche in ambienti che farebbe ritenere scontato un simile interesse. E’ pur vero che non ho quasi mai rifiutato di aiutare un giudice che mi chiedesse collaborazione, sempre consapevole di assumere una responsabilità ai limiti della sostenibilità e un onere per il quale non c’è corrispettivo reale. Quello che affermo è piuttosto che i cosiddetti psichiatri forensi fanno troppe perizie a fronte di nessuna attività clinica istituzionale. Occorre chiamare costoro a una assunzione di responsabilità professionale, a una capacità di consultazione che non potrà che migliorare la loro capacità di valutazione. Un follow up delle perizie psichiatriche risulterebbe devastante in termini di rapporti costi-benefici per il periziando e per l’istituzione penitenziaria, nonché in termini di sicurezza per la collettività.

Consensualmente i giudici dovrebbero assegnare maggiore fiducia alle istituzioni sanitarie in grado di collaborare, non cadendo nella trappola tesa loro dalla psichiatria forense, quando ad

esempio asserisce che gli psichiatri che lavorano in carcere non sono in grado di fornire pareri affidabili, obiettivo garantito al contrario dal contesto della consulenza. Come pensare che uno psichiatra forense che faccia un incontro, talora due, più raramente tre, ammettiamo pure quattro incontri con il periziando possa esprimere sul suo conto un parere diagnostico, prognostico, terapeutico più vicino al vero di quello che potrebbe essere fornito dallo psichiatra che settimanalmente visita quel soggetto? Ma gli psichiatri forensi sono talmente convinti del fatto loro che spesso non tengono neppure conto di quanto scrive lo psichiatra del penitenziario. Una autentica follia istituzionale!

L'altra fatica da affrontare è quella di entrare in carcere con una salute mentale adulta e sperimentata, come sono oggi le esperienze forti del Paese. La salute mentale è di per sé una pratica interdisciplinare e stabilizzata, mentre i due mali del carcere sono la occasionalità e la giustapposizione di interventi che si consumano in vasi non comunicanti. Il passaggio della sanità penitenziaria -una sanità separata, ancillare e priva di possibilità di confronto con quanto accade negli altri Paesi- ai servizi sanitari regionali, rappresenta la svolta adulta. La psichiatria nata dal carcere, figlia della medicina e della giustizia, da questa separata o usa a convivere in forma storpiata, la psichiatria che è stata in grado di partorire la salute mentale, può ora rientrare in carcere e riprendere con uno spirito decisamente moderno e innovativo il lavoro suggerito da Cesare Lombroso, non occupandosi dell'uomo delinquente in quanto tale, ma dell'uomo delinquente in quanto prevalentemente al centro di una sofferenza obiettiva. Basta con le vane ciance che davano il carcere come patogeno. Il carcere è patogeno tanto quanto lo sono la guerra, la povertà, la perdita. Non si diventa matti perché si va in carcere, ma si va in carcere perché si è matti, perché si è in condizione disperata, perché ci si autodistrugge, perché comunque si commettono reati.

IL PROFILO PSICOPATOLOGICO DEL CARCERE ITALIANO OGGI

Malattia trasgressiva

Ormai molti anni or sono cominciammo a parlare di malattia trasgressiva, sollevando un vespaio che non vi dico. "Si vuole psichiatrizzare il carcere e la trasgressione!", era l'accusa più cortese. Poi però la formula è diventata meno desueta. Non si trattava di inventare una nuova diagnosi -la psichiatria è stata devastata dalla inclinazione tutta statunitense a classificare e dalla spinta delle case farmaceutiche a una sempre maggiore individuazione di quadri clinici, con relativa creazione dello specifico psicofarmaco, del farmaco ad hoc. Si trattava piuttosto di individuare un trend, purtroppo confermato da quello che vediamo svolgersi intorno a noi -il carcere anticipa- e dei prototipi clinici. L'andare oltre del trasgressore era il controcanto autolesivo dell'andare oltre creativo dell'artista. Era su quel crinale dove si incontrano trasgressione creativa ed emancipatoria e

trasgressione criminale che la nostra attenzione si appuntò, in quelle vicinanze segnata da un vallo che parrebbe incolmabile, e cominciammo a sperare in una inversione benigna del passaggio da sensibilità a suscettibilità. I prototipi che a suo tempo individuammo studiando a fondo dei casi clinici furono la vittima, il coatto della pena, il cinico, tutti affetti da una patologia del senso di colpa, la stessa che è alla base di ogni sofferenza psichica.

Polso della situazione e dati epidemiologici

Qualche settimana fa ero in Lombardia, dove ho ascoltato l'accurato appello di un direttore di carcere che faceva eco a quello che spesso sento ripetere dagli agenti di Polizia Penitenziaria e dai loro sindacati: "Basta con un carcere nel quale male facemmo ad accettare i tossicodipendenti! Il carcere deve essere carcere. Basta con i malati di mente che devono essere curati altrove...". Eppure il Signor Guardasigilli aveva spiegato alla cittadinanza la sera prima dai microfoni delle reti nazionali come sia necessario costruire nuove carceri, perché è insostenibile che dei cittadini non siano detenuti solo perché non c'è un posto dove recluderli.. Il Ministro della Giustizia non aveva parlato di qualità delle persone da detenere. Ma noi, e anche quel direttore di carcere, sappiamo, quale sia l'identikit del delinquente medio: 45 % di immigrati, che diventano il 67 % nelle case circondariali metropolitane, 80 % con storia più o meno attiva di abuso di sostanze; 41,7 % di malati di mente. Per chi vogliamo costruire nuove carceri, se molti di costoro intendiamo curarli altrove? Le carceri, se vanno costruite, occorre erigerle per questa tipologia di trasgressori, che comunque è inopportuno che stiano in libertà. Si tratta di soggetti difficilmente dotati di una difesa agguerrita, di persone destinate più facilmente di altre a finire nelle maglie della giustizia. E' il carcere che deve piegarsi al bisogno sociale e non il contrario, ovviamente. Per piegarsi a questo bisogno occorre che si attrezzino in maniera diversa, sia professionalmente, sia formativamente. La formazione del personale di polizia, che continuiamo ad avere in un rapporto quasi di uno ad uno, situazione eccezionale in Europa, occorre si leghi maggiormente alle pratiche di salute mentale, perché la forza lavoro più intensivamente presente in carcere impari a rispondere alla domanda in maniera opportuna e senza perdersi d'animo.

In questa prospettiva, l'ingresso dei sistemi di salute, soprattutto di salute mentale in carcere va vista come una grande occasione da cogliere per incrementare le risorse professionali deputate alla assistenza delle persone psichicamente sofferenti e riqualificare la risposta complessiva a questo problema non delegabile ad altre istituzioni del Paese, pena il venir meno della necessità stessa del carcere.

GLI STRUMENTI DELLA CURA

Coazione benigna

La cura penitenziaria del malato di mente risulta per certi versi assai meno ardua di quanto non sia all'esterno la presa in carico degli stessi soggetti, di persone che mai si farebbero avvicinare da uno psichiatra, cui invece in carcere si rivolgono in maniera spontanea. E' l'ostilità penitenziaria alla cura il più difficile degli ostacoli da superare, perché la cura di una persona portatrice di sofferenza psichica non si limita alla somministrazione, talora inevitabile, di medicine, semmai al contenimento della domanda tossicofilica di psicofarmaci; né si limita al persuasivo sostegno con cui si pretende di portare un recluso dalla disperazione alla rassegnazione; e neppure in una auspicabile terapia psicoanalitica del reo; essa necessita di un pensiero composito e interprofessionale in grado di cogliere e di ricomporre le istanze spesso frantumate e contraddittorie del malato per restituirlo a una sufficiente competenza sociale. E questo allargarsi dell'intervento terapeutico continua ad essere avvertito in carcere come una indebita invasione di campo, e pertanto a essere osteggiato.

Dell'armamentario dell'operatore della salute mentale negli istituti di pena fa parte anche la possibilità di costringere mitigata dallo spirito fraterno, quella che chiamiamo ormai da qualche anno coazione benigna, dotata di precisi connotati e applicata per il tramite di specifici strumenti. Quali sono i suoi connotati? La specificità piuttosto della declinazione generica della stessa; la umanità contro ogni crudeltà; la interdisciplinarietà che si oppone alla separatezza, la necessità in luogo della gratuità. Quali gli strumenti che utilizza? Il ricorso ad ASO e TSO; l'adozione della AdS che di fatto soppianta interdizione e inabilitazione; una buona risposta di salute mentale ai problemi psicopatologici penitenziari; le alternative a detenzione e internamento per i folli rei.

Impegno interistituzionale e gradualità monitorata della perdita e della riacquisizione della libertà

La migliore delle alleanze per affrontare i problemi della malattia mentale incarcerata è quella con la giustizia. In un tiro a due efficace tra salute mentale e giustizia va individuata la più ricercata e buona soluzione dei problemi. Un tiro a due che si situa a monte e a valle dell'eventuale imprigionamento, contribuendo se del caso ad evitarlo ovvero a renderlo possibile quale strumento di forzatura verso la sottoscrizione, da parte del soggetto, di un contratto terapeutico necessario.

Esempi di insufficiente collaborazione istituzionale

Antonella Borgonetti

Paolino Giugliano

Giovanna Triscritti

Esempi di buona collaborazione istituzionale

Silvio e Marina