

CARCERE E SALUTE MENTALE

CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA
Ufficio Nazionale per la pastorale della sanità

Seminario di studio
“SALUTE E CARCERE: QUALE PASTORALE?”

Roma, Via Aurelia 796 - 17 marzo 2012

Gemma Brandi
Psichiatra psicoanalista
Responsabile Salute Mentale Adulti Firenze 4 e Istituti di Pena Firenze

Mi tengo sulla scia disegnata dal Direttore Generale del Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria, che ha inteso collegare il suo intervento all'*incipit* di Monsignor Andrea Manto, grazie al quale, stamani, ho colto una prospettiva nuova. Sosteneva Daniel Gonin, noto medico penitenziario francese, autore del bel libro *La santé incarcérée*: ai medici che lavorano nelle prigioni, è domandato di far transitare il recluso dalla disperazione alla rassegnazione, compito senza dubbio ingrato. Monsignor Manto ha aperto un altro scenario: trasformare la desolazione in consolazione, uno scenario non utopico sempre che, gli attuali responsabili della gestione di salute e sicurezza oltre le sbarre, intendano rinunciare a sciocchi e vanesi dispotismi per avviare una collaborazione di fatto e non di maniera, con l'umiltà e insieme la competenza foriera dei frutti invocati dal Presidente Giovanni Tamburino. Sarà sufficiente tenere a mente la lezione di Marco Aurelio -quello che non è utile all'alveare non può esserlo neppure all'ape- per rinunciare ad arroccamenti e asservimenti egoisti, codardi, miopi e fallimentari.

L'analisi del Direttore Generale, d'altra parte, conforta chi nutre la convinzione che dalle pratiche possa derivare una teoria destinata a ricadere utilmente sulle pratiche. A farla è, infatti, un tecnico -una persona che conosce

operativamente l'istituzione che è chiamata a dirigere- con strumenti intellettuali che gli consentono di esprimere idee al riguardo.

Riprendo pertanto il concetto di Giovanni Tamburino circa il fascino che la complessità esercita su chi sceglie di lavorare in carcere, applicandolo alla mia personale esperienza. Ho deciso di essere psichiatra, di occuparmi di una materia complessa come la sofferenza psichica, per poi scegliere di non trascurare la follia reclusa e di mantenere il piede nelle due staffe della giustizia da una parte, della sanità dall'altra. Lavorare solo negli istituti di pena o solo nella salute mentale territoriale, mi avrebbe privata del doppio sguardo consentito dalla mia duplice veste professionale di dipendente del Servizio Sanitario Nazionale e di Consulente del Ministero della Giustizia. Guai a rintanarsi in carcere! Il carcere va stanato. Occorre rendere la casa circondariale fiorentina, ad esempio, più simile alla città in cui è situata di quanto non lo sia alla prigione a rovescio del Sudan, dove le guardie stanno asserragliate negli stabili con viveri, acqua e munizioni, e i detenuti si muovono "liberamente" nel deserto circostante, cosa che li costringe a non allontanarsi dai rifornimenti. Ebbene, lo specifico carcerario, quella identità penitenziaria che non conosce confini, né di tempo, né di spazio, va sfidata e superata rendendo le prigioni meno inaccessibili da parte della società civile e più simili alla cornice in cui sono incastonate.

Sempre a proposito di complessità, non posso negare di esserne stata ancora di più attratta dal momento in cui catturai le strategie per affrontarla. Franco Basaglia lo aveva senza dubbio capito. La sua "rivoluzione", lungi dall'essere un cambiamento di natura ideologica e libertaria, come molti tra i suoi epigoni hanno dato a intendere, è stata la scoperta che a un problema complesso, quale la follia è, non si poteva rispondere in maniera semplice, e l'Ospedale

Psichiatrico era diventato, a duecento anni dalla sua fondazione, un modo semplificato e dunque inefficace per trattare la rinnovata complessità che albergava. Due secoli prima, quando la psichiatria nacque dalla giustizia e dalla medicina, per portare fuori delle galere i malati che infelicamente vi soggiornavano, il manicomio era stato la risposta necessaria agli infelici utenti che vi trovarono asilo. Non era più tale a distanza di duecento anni. Franco Basaglia volle sperimentare una nuova strategia: rispondere in maniera composita e interdisciplinare, vale a dire per il tramite di punti di vista professionali diversi e convergenti, alla complessità di un luogo dove vivevano assiepati oligofrenici e dementi, bambini e anziani, acuti e cronici, alcolisti e portatori di handicap, psicotici e nevrotici, potenziali suicidi e omicidi.

Anche l'odierno carcere è una risposta troppo semplice per i bisogni che lo abitano: bisogni di cura e di accoglienza nuovi e nuovissimi. Il DL 230/99 prima e il DPCM/2008 poi, sono l'occasione offerta alla istituzione penitenziaria, intanto per far sì che il carcere sia, almeno sotto il profilo sanitario, sovrapponibile alla realtà esterna, quindi per rinnovarne l'armamentario, per renderlo meno autoreferenziale e povero, per inventare una multiprofessionalità diversa e una interistituzionalità coraggiosa oltre le sbarre. Il detenuto del 2000 non è più il brigante romantico, e neppure l'eversivo o l'affiliato alla criminalità organizzata del secolo scorso. Né serve reclamare il ritorno ai bei tempi andati sui quali l'istituzione penitenziaria aveva ordito la sua attuale struttura, perché ciò accada come d'incanto. Sono gli operatori a doversi adattare alla nuova utenza e non il contrario. Ecco perché ho trovato straordinariamente lungimirante l'idea del Direttore Generale di trasformare la Polizia Penitenziaria in una Polizia esperta in

relazioni umane, consapevole del fatto che maggiore salute comporta inevitabilmente maggiore sicurezza e che non è vero solo il contrario.

Da quando un secondino, un prete, un giudice e un medico, in pieno Seicento, decisero che era il caso di trasferire a Santa Dorotea de' Pazzereffi, struttura che precorse il futuro Ospedale Psichiatrico, gli ospiti più sofferenti dell'Isola delle Stinche, l'antico carcere fiorentino, di tempo ne è passato! Ci sono stati Cesare Beccaria e la Costituzione Italiana, che hanno permesso che nascesse un sapere penitenziario capace di presentarsi, di fare teoria sulla propria pratica quotidiana, diventata una pratica di riabilitazione sociale del reo, una pratica sempre meno punitiva e sempre più penale e contrattuale. Chi avrebbe potuto teorizzare la vendetta, renderla presentabile? Tra punizione e pena il passo non è breve, neppure nella lingua, se il primo termine deriva da *puniri*, verbo latino che significa vendicare, e il secondo da *poenare*, parola che rinvia alla espiazione. Tanto la vendetta passivizza il colpevole, tanto la espiazione lo rende partecipe di un percorso, garantendo la tenuta di un cambiamento.

Un carcere consapevole della differenza che separa pena e punizione e delle potenzialità del limite, è un luogo più di altri utile per affrontare la molteplicità dei problemi che lo affollano, tutti riconducibili a un unico comun denominatore, vale a dire il trauma: l'occasione avversa che coglie di sorpresa l'uomo. Le vite dei reclusi sono traumatizzate e traumatizzanti per antonomasia. Il carcere, a sua volta, è il luogo per definizione traumatico, e chi ci finisce non si aspetta di trovarci benevolenza. Se invece dovesse incontrarvi la restrizione vantaggiosa e benigna in cui non prevedeva di imbattersi, la "disgrazia" -come i russi chiamano l'imprigionamento- potrebbe funzionare in senso controtraumatico, così curando

le distorsioni determinate dal trauma originario, che al contrario la frequente malignità della coazione penitenziaria contribuisce a inveterare.

Perché questo accada, occorre che i reclusori diventino una delle tappe del sistema della coazione benigna. Ogni costrizione può essere definita tale se necessaria, umana, personalizzata, interdisciplinare. Rispondono a questi criteri, ad esempio, l'Accertamento e il Trattamento Sanitario Obbligatorio, normati dalla Legge 180 in sostituzione del ricovero coatto in manicomio, che passava per la Forza Pubblica e i Tribunali ordinari; e ancora, l'Amministrazione di Sostegno, che ha sostituito i maligni istituti della interdizione e della inabilitazione; ma anche le alternative a detenzione e internamento per il malato di mente autore di reato. Tra queste spicca la Struttura Residenziale Psichiatrica Le Querce, attiva da dieci anni nel territorio fiorentino, senza che la cittadinanza libera ne abbia risentito negativamente. Frutto della illuminata intuizione di Caritas Diocesana e della locale Curia, l'esperienza ha permesso di abbattere il numero di internati prima della Azienda Sanitaria di Firenze, quindi dell'Area Vasta Centro della Regione Toscana, e di ospitare anche detenuti malati, benché giudicati come sani. Si è trattato a oggi di settanta cittadini, alcuni dei quali hanno addirittura evitato, grazie a Le Querce, detenzione o internamento. Se in carcere trovassero asilo i principi della coazione benigna, essere reclusi potrebbe diventare una occasione. Oggi lo è già per i portatori di sofferenza psichica maggiore *non compliant*, quelle persone che fuori gli psichiatri si limitano a inseguire e che oltre le sbarre sono i primi a chiedere di essere aiutati.

Del pari, la grande *impasse* in cui versa l'istituzione penitenziaria, a causa del sovraffollamento e della qualità umana dei suoi ospiti -in prevalenza soggetti sradicati, malati di mente, tossicodipendenti- va vista come una paradossale

risorsa, perché determinerà nel tempo breve la necessaria evoluzione delle forme e dei contenuti della pena. La parola chiave di questo sviluppo è riabilitazione, il compito che al carcere è costituzionalmente affidato.

Cominciamo con il riconoscere che il termine riabilitare, restituire a una abilità, è stato un significante della giustizia prima che della cura -anche se le ricette dei medici dell'Antico Egitto, qualche millennio prima di Cristo, si aprivano con "Io riabilito". Eppure questa funzione penitenziaria sembra essere ogni giorno meno concreta. Come adoperarsi perché riprenda il posto che le spetta del quotidiano dei reclusori e nel vissuto collettivo?

Intanto, abbiamo detto, poco sopra, che gli istituti di pena vanno riabilitati come territori, rendendoli simili, anche architettonicamente, alla città che li ospita, uscendo da una visione stereotipata della prigione e da un suo *apartheid* non più sostenibile.

In questo avvicinamento, non di circostanza, tra consesso dei liberi e dei reclusi avrà una parte di primo piano il tema del lavoro. Insegnava Giordano Bruno che a renderci diversi dagli animali è anche il fatto di avere due appendici libere, le mani appunto, che hanno permesso all'uomo di procurarsi cibo senza ricorrere alle unghie e ai denti, bensì portando avanti colture e culture. La partecipazione alla dimensione dell'utile è il primo passo verso la riabilitazione anche per il malato di mente, che proprio da tale dimensione prende le distanze, allontanandosi dalla vita comunitaria. L'ozio è d'altronde a buon titolo il padre dei vizi. La salute mentale esercita la propria funzione riabilitativa non perdendo di vista l'obiettivo di riportare il soggetto a una condivisione partecipe della dimensione dell'utile. John Nash, il Premio Nobel per la teoria dei giochi, il personaggio della pellicola *The beautiful mind*, schizofrenico e padre di uno

schizofrenico, espresse in una intervista la sua opinione al riguardo. Egli riuscì a convivere con le sue allucinazioni e riprese a vivere tra gli altri, quando tornò ai suoi studi e agli insegnamenti universitari, approdando al Nobel. Suo figlio, pur curato con i più moderni strumenti farmacologici e non solo, non veniva a suo avviso sufficientemente aiutato a riconquistare il suo posto nel campo dell'utile. Cosa può fare il carcere in questa direzione? Spesso il cittadino comune, spinto dalla ignoranza dei problemi a reclamare una soluzione vendicativa, chiede e si chiede come mai non si imponga ai detenuti di lavorare. Visione che rimanda ai lavori forzati di altri tempi, a un prezzo imposto, avvertito dal prigioniero come pura vendetta. Quel cittadino sarebbe assai più risentito, se sapesse che il lavoro in carcere ha una regolare retribuzione ed è pertanto molto ricercato dai reclusi, ma la mancanza di fondi rende sempre meno frequente la sua assegnazione. In un sistema che non rimpianga i lavori forzati, ma tenga conto da una parte dei limiti economici imposti dalla crisi, dall'altra della funzione riabilitativa del lavoro e ancora del sovraffollamento, si potrebbe pensare a una contrattualità nuova: non posso corrisponderti un regolare stipendio per il tuo lavoro, al massimo una modesta "paghetta", posso però ridurre la tua pena, nel caso in cui tu lavori regolarmente, specie a progetti socialmente utili e potenzialmente produttivi. Già adesso la buona condotta permette una riduzione della durata dell'imprigionamento. Il lavoro costituirebbe un'altra voce del contratto da stabilire con il recluso e sarebbe una forma partecipata di espiazione connessa con l'utile.

Sempre tenendo ferma l'analogia con la riabilitazione del malato di mente, diciamo che il primo passo del percorso emancipatorio non consiste nell'infilare un soggetto debole nella dimensione dell'utile, bensì nell'accoglierlo,

nell'ascoltarlo, nel comprenderne le istanze. All'inizio del 2008 l'Azienda Sanitaria di Firenze e il carcere di Sollicciano presentarono al Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria, che aveva individuato l'istituto fiorentino come potenziale sperimentatore di un progetto della Cassa delle Ammende, un piano di autentica accoglienza delle persone in arrivo nella casa circondariale cittadina. A quella iniziativa preziosa non si è dato gambe, benché si sia espresso un parere fondamentalmente favorevole. Sugeriamo di riprenderla in mano.

Per scendere nello specifico della malattia mentale reclusa, va *in primis* rivelato che la inclinazione al suicidio nei reclusori italiani è diminuita, contrariamente a quanto viene sbandierato a vanvera. Mi fermo al dato della bella rivista in rete *Ristretti Orizzonti* sulle morti in carcere, anche per suicidio, nell'ultimo decennio: in mezzo un indulto, che comportò il quasi dimezzamento della popolazione penitenziaria e la correlata riduzione dei decessi, quindi un aumento -finora apparso inarrestabile, ci comunica Giovanni Tamburino- degli ospiti, che tocca punte di oltre il 50% tra allora e ora. Estrapolo gli eventi 2001 e 2011:

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

Considerata la crescita netta delle presenze, siamo dunque di fronte, numeri alla mano, a una sensibile caduta percentuale dei suicidi nelle prigioni italiane. Questo non significa che la sofferenza lì sia diminuita con il sovraffollamento e la riduzione di benefici e personale. Non è alle morti che si deve far sostenere la richiesta di un trattamento civile delle persone detenute. Basterebbe piuttosto richiamare l'aumento dei rientri in carcere.

Vanno, inoltre, non sottaciuti i dati della ricerca che il Consigliere Francesco Gianfrotta e il Presidente Giovanni Tamburino consentirono di fare nel carcere di Sollicciano, tra il 2001 e il 2002, sulla incidenza della malattia mentale tra i nuovi giunti. Una mastodontica ricerca che ha permesso di quantificare, tra i nuovi giunti, appunto, nella casa circondariale di Firenze, il 41,7 % affetto da un disturbo di Asse I, a fronte del 7,3% nella popolazione generale, il 15,7% portatore di un Disturbo Antisociale di Personalità, a fronte dell'1,9 % nella popolazione generale, il 70% colpito da un Disturbo di Personalità, a fronte del 2% per il Disturbo Istrionico di Personalità, che è quello massimamente rappresentato nella popolazione generale.

Se questi sono i dati e se la Salute Mentale italiana ha una organizzazione strettamente legata al territorio di residenza effettiva -non la residenza fittizia acquisita con la reclusione e i trasferimenti di istituto in istituto- si comprende l'urgenza dello sforzo che il Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria deve fare per procedere a una forma diversa di assegnazione, alle prigioni del Paese, dei detenuti malati di mente autori di reato e condannati come sani. Serve una loro territorializzazione in base alla residenza che avevano prima dell'arresto e che avranno una volta riacquisita la libertà, per consentirne la presa in carico da parte dei servizi sociosanitari che se ne occupavano o se ne sarebbero dovuti occupare prima della reclusione e che dovranno prendersene cura poi. Solo così si potrà affrettarne la inclusione sociale, non certo sballando tali pazienti da un carcere all'altro, da una osservazione psichiatrica all'altra, proprio per i problemi di gestione che pongono. Premesso che l'osservazione psichiatrica penitenziaria è un istituto che serve a definire i bisogni assistenziali di un detenuto che mostri segni di sofferenza mentale, vanno allo stesso modo territorializzate le

osservazioni psichiatriche. In primo luogo, ogni Provveditorato Regionale della Amministrazione Penitenziaria dovrebbe aprire un Centro di Osservazione Psichiatrica maschile e femminile nel proprio territorio. In secondo luogo, è opportuno che, i detenuti bisognosi di tale valutazione, siano smistati non tanto in base alla loro provenienza penitenziaria, quanto perché nella Regione destinataria costoro risiedevano prima di perdere la libertà. Un modo, questo, per avvicinare i soggetti più problematici al circuito riabilitativo esterno competente per territorio.

Relativamente agli istituti di internamento giudiziario, l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario [OPG] e la Casa di Cura e Custodia [CCC], a soppiantarli, ma non del tutto, saranno le future strutture a gestione unicamente sanitaria, con sorveglianza *extramoenia* da parte della Polizia Penitenziaria. E' in primo luogo indispensabile tenere conto delle buone prassi avviate. Citavo poc'anzi Le Querce, una esperienza che potrebbe costituire una risposta utile per decomprimere a valle le istituende strutture. Ne basterebbe una per ogni milione di abitanti. Poiché, inoltre, il principio della filiera e della gradualità resta imprescindibile per occuparsi della pericolosità sociale del malato di mente, nel definire il modello di reparto penitenziario che dovrà ospitare gli attuali degenti in OPG e CCC che non potranno essere accolti nelle succitate aree sanitarie -i cosiddetti 148 (sopravvenuta malattia nel condannato) e i minorati psichici, ma sono ancora all'esame le misure di sicurezza provvisorie- occorre non dimenticare che detto reparto potrebbe costituire una sponda necessaria, a monte dei futuri luoghi di internamento con sorveglianza esterna da parte delle Forze di Polizia.

Per riuscire ad affrontare con equilibrio e successo questi problemi solo apparentemente irrisolvibili, serve tutto meno che occasionalità e superficiale

politicizzazione degli argomenti tecnici, anche perché la superficialità, lo ha insegnato Oscar Wilde in *De profundis*, la sua opera meno nota e forse più intensa, da lui composta in carcere, è il vizio supremo che semina vento e raccoglie tempesta.