

**IL CARCERE E L'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO: TAPPE  
POTENZIALI DEL SISTEMA DELLE COAZIONI BENIGNE PER I PORTATORI DI  
SOFFERENZA PSICHICA**

***Dalla complicazione occasionale alla composizione competente per rispondere alla complessità***

Gemma Brandi

*Psichiatra psicoanalista*

*Consulente Psichiatra del Ministero della Giustizia*

*Responsabile Salute Mentale Firenze 4*

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

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

E' in questa prospettiva che un accertamento o un trattamento sanitario obbligatorio non vanno a detrimento della cura; che ben monitorate misure alternative alla pena diventano uno strumento per restituire il reo a una smarrita dimensione relazionale socialmente compatibile; che le disposizioni dell'autorità giudiziaria a tutela dei minori contesi da genitori separati evitano la

distruzione della loro individualità; che una accusa portata con fermezza e benevolenza insieme può non ferire, bensì educare.

Se dunque il modo di somministrare un giudizio, ma ancora di più una pena, incide profondamente sul carattere benigno del vissuto di quel giudizio, di quella pena, la organizzazione della risposta può rendere, la risposta appunto, praticabile o impraticabile. Non si poteva trattare brutalmente la pazzia che albergava nelle prigioni e per difendere il diritto alla cura dei rei folli nacque la psichiatria e furono costruiti i manicomi. A distanza di un paio di secoli ci si rese conto che non si poteva trattare semplicisticamente un problema complesso come la malattia mentale. L'Ospedale Psichiatrico era frattanto diventato una risposta semplicistica, degna pertanto di destituzione. Non si può neppure trattare la sofferenza psichica in maniera occasionale e complicata, come oggi talora accade, con una salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza separata da quella dell'adulto, con la cura delle dipendenze nettamente divisa dalla cura del disagio mentale, con l'attenzione all'handicap che vagola priva di referenza sanitaria certa, con la perdita di interesse psicologico clinico per la evoluzione cognitiva dell'anziano, con lo scontro tra biologia e psicologia dove è la seconda a perdere più o meno consapevolmente e colpevolmente terreno. A dire il vero l'unica strategia che paghi, con problemi tanto complessi e concatenati, è l'integrazione che presume l'articolazione di un metodo multiforme, duttile, interprofessionale e interistituzionale. E ciò è tanto più vero quando a moltiplicare la complessità della malattia mentale interviene un reato.

Carcere e Ospedale Psichiatrico Giudiziario sono tappe del potenziale sistema delle coazioni benigne, di una filiera che si snoda attraverso la serie di movimenti embriogenetici di un sapere composito

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

Serve, inoltre, la presa in carico della scarsa compliance alla cura di alcuni portatori di sofferenza psichica, quindi la corretta applicazione della normativa su Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori e sulla Amministrazione di Sostegno, il nuovo istituto giuridico che certo meglio di interdizione e inabilitazione si adatta alle esigenze di presa in carico del malato di mente che in modo autolesivo si batte contro i propri interessi.

E' poi indispensabile accompagnare i trasgressori sofferenti nel percorso giudiziario prima, con gli organi della salute quali validi collaboratori dell'attività giudicante -almeno finché non ne sia provata la inattendibilità, e almeno nell'orientare la necessità di valutazione forense di un nesso tra psicopatologia da una parte, commissione del reato, capacità, pericolosità dall'altra-, nel percorso penitenziario dopo, lasciando che agiscano all'interno del carcere gli stessi servizi che si occupano del territorio in cui il carcere insiste.

E infine, va facilitato, anche per il tramite di forme di residenzialità non improvvisate, il rapido rientro del reo folle nei luoghi di provenienza, quando ciò non risulti controindicato per la salute del soggetto, così favorendone autenticamente la riabilitazione sociale.

Oggi assistiamo a un crescente interesse per ogni forma di trasgressione patologica. Esecrabile è l'acquolina dei media per gli eventi sinistri. Non meno ripugnante è l'assalto al carcere da parte di società sedicenti scientifiche le quali, senza averne battuto il marciapiede, danno presuntuosamente vita a iniziative di largo respiro con l'ambizione di fornire linee guida omogenee per il trattamento psichiatrico di chi è privato della libertà. Niente di teorico che non venga dalle pratiche serve alla salute del cittadino, benché, anzi perché detenuto. L'apparato penitenziario, d'altronde, non sarà neppure scalfito da velleità astruse di sanificarlo che non muovano dai bisogni dei suoi utilizzatori e dei suoi operatori. E infine, l'assottigliarsi del numero degli internati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, sembra avere finalmente posto fine alla misera pretesa di separare i folli rei internati dai folli rei detenuti, essendo gli uni e gli altri sofferenti di uno stesso disagio, là attestato dalla giustizia, qua dalla stessa sottovalutato, complice una recondita psichiatria forense che vive appartata rispetto alle aree in cui la malattia si esprime, e pretende nondimeno di

fornire, della malattia appunto, una misura cartolare e pregiudiziale che mima e rincorre la misura del giudizio senza averne la qualità.

Ebbene, nella confusa matassa del presente, una trama potrebbe trattenere utilmente insieme la cura e la pena, in carcere, in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, nelle strutture alternative che nascono nel Paese, nei servizi di salute mentale del territorio, che meglio potrebbero prevenire e più generosamente accogliere il soggetto riottoso grazie a forme di obbligo praticabili e assai poco praticate. Intrecciare il sistema delle coazioni benigne è il compito di una salute mentale ormai liberata dalle paure di semplificazione del passato e proiettata verso una integrazione né astratta, né ideologica.

Senza ottimismo, ma responsabilmente occorre oggi riaffermare, con più forza di sempre, in questa terra di confine e di conquista, la necessità di valorizzare la competenza e l'etica delle scelte. Mentre, infatti, aumentano le testimonianze di una rinnovata attenzione per il settore, stimolata dai numeri approssimativi malamente desunti dal Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria, che segue nel fare ricerca sistemi discutibili (esemplarmente negativa è la modalità di raccolta dei dati sul suicidio in carcere: sono considerate morti per suicidio solo quelle che si consumano nell'istituto ospite e non quelle che avvengono nella ambulanza, che porta verso l'ospedale il recluso autore di un grave gesto anticonservativo intra moenia, oppure nel reparto ospedaliero dove la persona sia stata per la medesima ragione ricoverata), si assiste a una crisi senza precedenti della salute mentale in carcere, legata a convergenti ostacoli.

Non priva di effetti è intanto stata la mancata attuazione del DL 230 per quasi un decennio, con tutto ciò che ne è conseguito in termini di disinvestimento e depauperamento delle risorse, specie in epoca di disponibilità che scemano, e di *okkupazione* inflattiva, da parte di una famelica schiera di incompetenti, di un ambito troppo povero e marginale per non sottostimare il rischio di deprezzamento e resistere alla lusinga di un interesse non disinteressato.

A questo svantaggio si somma il primato della psichiatria di valutazione su quella di consultazione, dell'apparato che misura su quello che cura, conseguente da una parte alla

divulgazione fuorviante favorita da discutibili e banalizzanti logiche comunicative, dall'altra al ripiegamento delle ali fruscianti dell'angelo della medicina di fronte al supponente, grossolano e rude adescamento dell'angelo della giustizia di musiliana memoria.

Né va banalizzata la volontà di extraterritorializzare ulteriormente il carcere, proprio mentre si sostiene di incivilirlo, confermata dal pazzesco fine di uniformare sul territorio del Paese -per ambizione di controllo e non per rispondere a un mandato costituzionale- i trattamenti che vi si svolgono, così sottolineando lo specifico penitenziario, quando, far sì che i reclusori somiglino il meno possibile alle aree in cui insistono, potrebbe utilmente sottrarli a una genericità alienante: occorre lavorare affinché, le carceri di Firenze, Cagliari, Udine e così via, somiglino rispettivamente alle città di Firenze, Cagliari, Udine più di quanto nei medesimi istituti non sia rintracciabile la filosofia organizzativa delle carceri di Berlino, Los Angeles, Pechino e così via. Curare tutti allo stesso modo non significa dare a tutti la stessa cura; la cura, che questa si svolga in carcere o meno, non può essere estranea alle caratteristiche antropoculturologiche e storiche di un certo ambito.

E però, in questo panorama che sconforta, qualcosa di confortante potrebbe accadere e forse, osserviamo con la titubanza di chi teme di venire di lì a poco smentito dalla realtà, sta già accadendo. E' di pochissime settimane or sono l'appoggio pieno dato, dal Sottosegretario alla Giustizia con delega per le carceri e dalla Lega delle Autonomie, alla proposta di decostruzione dell'OPG di cui è stato estensore il solito intramontabile preziosissimo Alessandro Margara. Una decostruzione che, come ha acutamente sostenuto il giurista raffinato e di esperienza certa che risponde al nome di Francesco Maisto, la giurisprudenza ha già avviato, attraverso sentenze [la 253/2003 e la 367/2004 della Corte Costituzionale] che permettono di cortocircuitare percorsi prima inevitabili, quale quello della misura di sicurezza detentiva, o che aprono prospettive meno distanti dalla evoluzione delle forme della clinica psicopatologica, riconoscendo, ad esempio, anche ai disturbi di personalità una potenziale influenza sulla capacità di intendere e di volere del soggetto [la 9163/2005 della Corte di Cassazione Penale]. “Il vecchio OPG, così come è, deve rassegnarsi a scomparire!”, ha affermato con mite fermezza Alessandro Margara. E cosa potrebbe essere pensato

in sua vece? Strutture alternative con specifico mandato affidate al Servizio Sanitario Regionale e una struttura di modeste dimensioni che preveda anche la custodia e dove siano applicabili misure di sicurezza detentive, che abbia comunque al suo interno l'assistenza sanitaria dei Dipartimenti di Salute Mentale, fermo restando l'articolato del codice penale concernente il problema della incapacità di intendere e di volere e della pericolosità. E' ovvio che tale sistema comporterebbe la territorializzazione dell'internamento giudiziario e della filiera riabilitativa a questo collegata, preparando la distribuzione regionale della sofferenza psicopatologica penitenziaria, carceri ordinarie incluse, che eviterebbe ai rei folli di essere deportati e "sballati" da un istituto all'altro della nazione proprio per la difficoltà di adattarsi alle regole della vita detentiva.

Per comprendere quanto sia importante territorializzare, basta tenere presenti alcuni dati significativi. La Regione Toscana, con circa tre milioni e seicentomila di abitanti, ha quarantacinque cittadini ospiti degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e delle Case di Cura e Custodia. In tale Regione l'Azienda Sanitaria di Firenze, pur rappresentando circa un quarto della popolazione regionale e pur soffrendo delle aggravanti sociopatiche di ogni contesto metropolitano, è stata in grado di dimezzare i suoi internati negli ultimi cinque anni. Questi sono infatti passati da sedici a otto, grazie a una struttura dedicata alla residenzialità temporanea di internati e detenuti portatori di sofferenza psichica residenti nel suo territorio. A fronte di questo dato, la Sardegna, con circa un milione di cittadini, di internati ne ha circa dieci volte quelli della Azienda Sanitaria di Firenze, pagando lo scotto di una distanza difficilmente colmabile dei servizi territoriali dagli istituti di internamento che si trovano nella penisola.

La citata struttura residenziale, denominata *Le Querce*, accoglie, per un periodo massimo di dodici mesi, portatori di sofferenza psichica internati o detenuti ovvero a rischio di internamento o di detenzione, al fine di prepararne il ritorno graduale e monitorato a una dimensione più libera. Il soggiorno, alternativo alla permanenza in carcere o in un istituto di internamento, è governato da precisi obblighi giudiziari, obblighi flessibili ed evolutivi grazie alla collaborazione tra magistratura e psichiatria, che protocolli di rapporto regolano proficuamente dal 2001. In questi anni nel luogo

sono transitate trentotto persone con soli tre drop out di cui uno recuperato brillantemente, dando in tal modo prova della validità del percorso scelto dalla Regione Toscana, esportabile nel resto del Paese. Il costo della esperienza, detratti i risparmi delle spese di giustizia altrimenti in conto alle casse dello Stato, non supera i centomila euro l'anno, con una qualificazione della assistenza che non teme confronti -si tratta peraltro della prima struttura residenziale meritevole di accreditamento nella Regione Toscana- e con possibilità di autentica restituzione del soggetto alla geografia e alla storia che egli riconosce come sue.

Lo spettacolo di una decostruzione soft e decisa insieme dell'internamento giudiziario, sulle cui macerie va affiorando il tracciato di una rete di servizi connotati da gradualità salutare e da buon adeguamento all'esame di realtà, è quello che va forse configurandosi per il settore della più maligna delle coazioni di stampo sanitario. Ma perché ciò accada serve, sì, che gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari si rassegnino a scomparire, ma anche che il potere politico rinunci a occupare o ad abbandonare pretestuosamente il terreno delle debolezze e che sia chiamata in campo la competenza tecnica di quanti hanno saputo dimostrare negli ultimi decenni di essere in grado dapprima di inventarsi la mossa strategica che ha sostituito al termine sanità, e dunque malattia, la parola e il concetto di salute, e quindi di dare vita all'unico esercizio di integrazione interprofessionale a tutto tondo, dall'ospedale al domicilio del paziente, dimostrando come ai problemi complessi si possa rispondere efficacemente soltanto attraverso la costruzione di un raccordo tra lo specifico articolarsi delle sventure di un certo individuo e la elastica e accogliente mente composita del gruppo di lavoro, un gruppo capace di adeguare il suo profilo al divenire dei problemi. Alludo ovviamente alla competenza, ahinoi ad oggi ampiamente ideologizzata e assai poco teorizzata, degli addetti alla salute mentale. E' vero che sono mancate la determinazione teorica e la forza che avrebbero permesso di presentare esaurientemente il proprio armamentario tecnico e di proporre un diverso coordinamento tra campi di intervento inopportuno disarticolati (adulti, minorenni, anziani, dipendenze, handicap) o ripudiati (agito patologico). Lo scarso lavoro teorico e l'indebito smembramento sono forse alla base della perversa

marginalizzazione della salute mentale nella campagna di lancio della idea di salute e quindi delle Società della Salute, sistemi che aspirano a creare significative sintonie tra organi separati, non riconoscendo però, alla consolidata pratica di integrazione della salute mentale, la paternità di un percorso tanto innovativo quanto ambizioso e in tal modo rinunciando a un ricco patrimonio di conoscenze. Una dilapidazione che forse il Paese non può permettersi e che la Regione Emilia-Romagna prova ad evitare concentrando, nelle mani di un esperto di salute mentale da sempre attento alla trasgressione psicopatologica, il disegno di una strategia unitaria per affrontare i problemi della sofferenza psichica, della dipendenza da sostanze, della assistenza sanitaria nelle carceri. Non serve essere Cassandra per annunciare che, un progetto di salute che non si confronti con tale necessaria integrazione e non usi le competenze provate, è destinato a fallimento certo, non prima di essersi trascinato moribondo per le contrade della sofferenza, con sperpero di risorse e di salute dei cittadini.