

Psichiatria penitenziaria: attualità e problematiche

Problematiche psicologiche dello psichiatra in carcere

S. Malizia

Psichiatra e psicoanalista, Roma

Sadismo, perversioni, comportamenti aggressivi e criminali sono aspetti del reale ben diversi dall'immaginario di cui lo psichiatra si occupa fuori dall'istituzione penitenziaria. Si tratta di una realtà difficilmente simbolizzabile e condivisibile nel transfert.

Fra le cause delle relazioni difficili sono da ricordare le interferenze, i limiti istituzionali e i meccanismi di seduzione e di perversione messi in atto subdolamente o apertamente dall'istituzione o dal detenuto.

Il difficile crinale in cui lo psichiatra opera può determinare demotivazione, burocratizzazione del ruolo e un eccesso nella somministrazione di terapie farmacologiche. Nel rapporto con pazienti condannati, per gravi delitti, a lunghi periodi di detenzione, lo psichiatra può sentirsi estremamente coinvolto in reazioni controtransferali di significato opposto responsabili di *acting-out* da parte di entrambi. Insoddisfazione e frustrazioni frequentemente sono causa di *burn-out* dei professionisti più motivati.

Si tratta, in casi limite, di relazioni sado-masochistiche caratterizzate da un eccesso di solidarietà con il paziente, da parte dello psichiatra, sino alla negazione del fatto criminale o della funzione della pena, o all'identificazione con comportamenti non agiti per condizioni di privilegio sociale visse con sensi di colpa.

È necessaria una formazione personale dello psichiatra per tollerare la rabbia e l'odio di transfert conseguenti a un vissuto di estraneità del paziente per esperienze distruttive e per il fallimento esistenziale a cui non riesce a dare un senso per elaborare la colpa. Compito arduo, se non impossibile, in un trattamento psicoterapeutico.

Esemplificherò queste problematiche con un caso clinico e con brani tratti dall'opera di Cervantes e Dostojevskij.

Il ruolo dello psichiatra in carcere

L. Ferrannini, P.F. Peloso

Dipartimento di Salute Mentale dell'A.S. n. 3, Genova

Numerosi paesi hanno scelto in questi ultimi anni di stabilire un sempre più stretto rapporto tra carcere e psichiatria di comunità, a partire dalla Francia che con la legge del 18 gennaio 1994 ha affidato al sistema sanitario la piena competenza sull'assistenza sanitaria e psichiatrica nelle carceri; l'Italia, con il D. Lgs. 230 del 1999 ha cominciato a guarda-

re, sia pur in modo poi rivelatosi discontinuo, in quella direzione. Molteplici sono infatti le esigenze alle quali un più stretto rapporto tra carcere e psichiatria di comunità potrebbe rispondere, e tra le altre vorremmo in particolare ricordare quelle legate a istanze:

- di *equità*: perché la salute mentale del detenuto deve essere tutelata con le stesse modalità e nella stessa misura di quella di ogni altro cittadino;
- di *carattere etico*: perché solo il DSM, e non uno specialista dipendente dall'amministrazione penitenziaria, può mantenere la posizione di terzietà ed equidistanza tra il punto di vista dell'istituzione e quella del detenuto, quella posizione cioè che B. Gravier definisce di "conflittualità costruttiva" nei riguardi del mondo penitenziario, che è indispensabile all'esercizio della professione sanitaria in ambienti detentivi (Peloso, 2005);
- di *continuità interno-esterno*: perché l'appartenenza degli psichiatri operanti in carcere al DSM si presta a meglio garantire una tensione progettuale che attraverso anche il momento della detenzione inscrivendola in un percorso vettoriale complessivo di accompagnamento volto alla presa in carico, alla cura e alla riabilitazione della persona;
- di *carattere logistico-organizzativo*: perché il riferimento a modelli di abituale utilizzo nella psichiatria sul territorio (équipe, psichiatria di collegamento, dipartimento, gradualità della presa in carico, continuità/discontinuità terapeutica, rete dei servizi, continuità tra dimensione sanitaria e sociale di bisogni della persona ecc.), e quello a una logistica fondata sull'integrazione tra spazi di degenza, di permanenza diurna e di intervento programmato o su sollecitazione urgente, caratteristico anch'esso della psichiatria di comunità, rappresentano i migliori supporti organizzativi alla presa in carico della sofferenza mentale anche nel carcere;
- di *carattere scientifico-formativo*: in quanto, come sottolinea J.L. Senon (1998), il carcere ha bisogno di psichiatri incessantemente vivificati nella loro cultura, nell'aggiornamento scientifico e nella tensione etica dal rapporto costante con la generalità dei propri colleghi operanti nella comunità, e non di psichiatri isolati ed emarginati culturalmente e professionalmente, e in definitiva quindi "resi anch'essi penitenziari nel corso degli anni".

Bibliografia

- Clerici M, Scarone S, eds. *Psichiatria e carcere*. Noos 2000;43.
Peloso PF. *Servizi psichiatrici e carcere in Francia: un bilancio su dieci anni di esperienza*. Rassegna Italiana di Criminologia 2005;6.
Senon JL. *Salute mentale in carcere. La psichiatria di collegamento in ambiente penitenziario* (ed. it. a cura di Ferrannini L, Peloso PF), Torino: Centro Scientifico Editore 2006.

Il lavoro di consulenza psichiatrica nelle urgenze carcerarie. Limiti e prospettive

M. Clerici, N. D'Urso

Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Polo Didattico A.O. San Paolo, Università di Milano

La consulenza psichiatrica nelle carceri si rivela oggi una priorità importante di un nuovo modo di rispondere ai bisogni assistenziali emergenti dalla psichiatria sociale e di comunità, anche nel contesto italiano.

Obiettivi: definizione delle caratteristiche psicopatologiche di una popolazione ammessa ad un servizio di consultazione psichiatrica e descrizione dei più importanti trattamenti erogati in una prigione milanese.

Metodi: studio di 6 anni consecutivi delle valutazioni diagnostiche e dei percorsi assistenziali e di cura (visite psichiatriche e prescrizioni farmacologiche) di una popolazione di 1302 detenuti della Casa di Reclusione di Milano Opera.

Risultati: come evidente dalla letteratura internazionale, anche da questa ricerca emergono importanti bisogni assistenziali di tipo psichiatrico: questo tipo di bisogni deriva da pazienti appartenenti ad un ampio spettro di gruppi diagnostici e anche da detenuti senza una specifica diagnosi psichiatrica. In generale, il sottogruppo dei pazienti extracomunitari sembra avere una percentuale meno rilevante di diagnosi comorbili. La diagnosi di disturbo psicotico è associata a detenzione per crimini violenti: I soggetti in carcere per reati connessi a droga non si diversificano dagli altri detenuti per quanto riguarda le problematiche di tossicodipendenza e sono meno gravi dal punto di vista dei profili psicopatologici.

Il carico assistenziale risulta più rilevante nei pazienti con disturbi psicotici e comorbidità (in particolare "doppia diagnosi") e nei tentativi di suicidio, mentre è meno importante dal punto di vista del genere di appartenenza o del profilo tipologico del crimine commesso. Il trattamento farmacologico è caratterizzato da un approccio politerapico, dove le benzodiazepine e i nuovi antidepressivi sono prevalenti. La terapia antipsicotica, in particolare i farmaci tipici, è ancora ampiamente usata per il trattamento dell'insonnia.

Conclusioni: la prevalenza dei disturbi mentali in questa popolazione è indubbiamente rilevante. La gestione dell'assistenza psichiatrica in carcere da parte di un DSM è stata fondamentale per migliorare sostanzialmente sia la qualità di vita di questi pazienti, sia la specificità dell'intervento psichiatrico in carcere. I limiti riscontrati riguardano le implicazioni organizzative generali (relazione tra istituzioni diverse) e gli aspetti prescrittivi psicofarmacologici (disponibilità di farmaci e modalità di somministrazione).

Il carcere quale tappa del circuito delle coazioni benigne per i portatori di sofferenza psichica severa

G. Brandi, M. Iannucci

Azienda Sanitaria, Firenze

Introduzione: i concetti stessi di coazione, coercizione, costrizione, obbligo, imposizione, risultano di per sé arrogan-

ti 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 ... Poiché, in ogni caso, occorre non cedere di buon grado alla lusinga dei luoghi comuni, neppure l'idea di coazione merita di essere liquidata in quattro e quattr'otto. Ne parleremo dunque senza arretrare di fronte al suo profilo maligno, intuendone e dimostrandone anzi la benignità potenziale.

Metodologia: il lavoro esamina le declinazioni possibili della coazione benigna in Salute Mentale. 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. La coazione è benigna quando individualizzata e non generica, quando interdisciplinare e non semplificata, quando necessaria e non gratuita, quando somministrata umanamente e non vendicativamente comminata. Questa connotazione del concetto permette di costruire il percorso della coazione benigna in Salute Mentale.

Risultati: come un accertamento o un trattamento sanitario obbligatorio ovvero la nomina di un Amministratore di sostegno non vanno a detrimento della cura, allo stesso modo ben monitorate misure alternative alla pena sono lo strumento per restituire il reo a una smarrita dimensione relazionale socialmente compatibile; analogamente le disposizioni dell'autorità giudiziaria a tutela dei minori contesi da genitori separati evitano la distruzione della loro individualità; del pari una accusa portata con fermezza e benevolenza insieme può non ferire, bensì educare; e infine il modo di somministrare una pena incide profondamente sul carattere benigno del vissuto di quel giudizio, di quella pena.

Conclusioni: se così stanno le cose, la organizzazione della risposta di Salute Mentale in carcere diventa di importanza vitale per trasformare una coazione potenzialmente maligna in benigna per i molti portatori di sofferenza psichica che lo attraversano. Non si poteva trattare semplicemente un problema complesso come la malattia mentale, e l'Ospedale Psichiatrico era appunto la risposta semplice. Non si può neppure trattarlo in maniera complicata, come oggi accade. L'unica strategia che paghi è quella della integrazione, della articolazione di un metodo composito. E ciò è tanto più vero quando a moltiplicare la complessità della malattia mentale interviene un crimine.

E inoltre, perché la tappa penitenziaria della coazione benigna sia tale, è indispensabile muoversi a partire dalle pratiche. L'apparato penitenziario non sarà neppure scalfito da velleità astruse di sanificarlo che non muovano dai bisogni dei suoi utilizzatori e dei suoi operatori. D'altra parte, 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 sottovalutazione, complice una separazione tra i luoghi e i metodi della presa in carico clinica del disagio e quelli del mero giudizio.

Ebbene, nella confusa matassa del presente, una trama potrebbe trattenere utilmente insieme la cura e la pena in carcere. 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, tanto più lo è quando ci si occupa della salute del folle reo.

La Continuità terapeutica nei pazienti con restrizione della libertà

A. Petiziol, P. Del Nero, S. Rullo

Le molteplici problematiche che emergono dalla popolazione carceraria definiscono tipologie cliniche non sempre specifiche: In tempi meno recenti, l'attenzione veniva posta sulla compatibilità o meno al regime di detenzione e ciò costituiva lo spartito ideale dell'intervento. In altri termini l'unico presidio alternativo al carcere era rappresentato

dall'ospedale Psichiatrico Giudiziario. Attualmente è 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. L'intervento riabilitativo che si pone sicuramente centrale, non costituisce esclusivamente l'evoluzione di un progetto, quanto altresì una specifica modalità clinica e terapeutica. La Comunità non costituisce un luogo contrapposto alla Casa di Cura, ma più spesso complementare, elemento di una ipotetica, reale, rete, diremmo un percorso che coinvolge operatori diversi per status, cultura e formazione chiamati a condividere un progetto. L'obiettivo finale è l'integrazione del residente-paziente in un contesto ambiente in grado riformulare e ridefinire atteggiamenti e comportamenti che prescindono dalle disposizioni e superano (o tentano di farlo) le restrizioni individuali.

Gli elementi di criticità dell'attuale sistema assistenziale psichiatrico ³

Un primo ambito di criticità risiede nel fatto che l'attuale sistema di assistenza psichiatrica italiana presenta numerose lacune e carenze: intorno al 90% delle risorse disponibili è infatti assorbito da circa 40.000 pazienti gravi, che presentano costi assistenziali molto elevati, fino a soglie di 80 mila euro all'anno.

Tale dato non fa altro che confermare come la Psichiatria italiana, finora, si sia concentrata prevalentemente sul malato grave, lasciando scoperte aree di grande importanza, come l'ansia o la depressione o i disturbi dell'alimentazione, che dovrebbero invece essere adeguatamente curati al fine di prevenire l'insorgenza di patologie più gravi.

Una seconda area di criticità è legata al 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 pazienti, con tutti i problemi di gestione quotidiana che risultano così riversati sulle famiglie. Per ovviare a tale situazione risulta necessario intensificare la rete assistenziale sia a livello ospedaliero sia, soprattutto, a livello territoriale, al fine di offrire alle famiglie un reale supporto infermieristico, psichiatrico e sociale. Un terzo ambito di criticità è quello legato all'assenza di protocolli unitari per l'attuazione del TSO, che conseguentemente rappresenta un vero e proprio momento di rischio, sia per il paziente (nel caso di mancato o ritardato ricovero ovvero, all'inverso, dell'abuso nel ricorso al ricovero) che per i professionisti del settore (data la possibilità di incorrere nella colpa professionale per abbandono di persona incapace ovvero, all'opposto, per sequestro di persona).

La revisione della normativa sul TSO e anche sull'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) – procedura nella quale si riscontrano problemi analoghi a quelli del TSO – deve consentire ai professionisti la possibilità di effettuare nei confronti dei pazienti non collaborativi i dovuti accertamenti e trattamenti non solo nella fase acuta, ma per tutto il tempo necessario alla cura.

Ovviamente il problema dei TSO e degli ASO è legato al tema del diritto di autodeterminazione del malato nel settore dell'assistenza psichiatrica. In tale ambito, ferma restando l'esigenza di garantire, per quanto possibile, il diritto alla libera scelta delle cure del malato psichiatrico, si ritiene necessario evidenziare il problema della scarsa percezione del disturbo psichiatrico (il 10% dei malati non sa infatti di soffrire di una patologia mentale) e quindi segna-

lare l'opportunità di introdurre adeguati meccanismi, anche obbligatori, di responsabilizzazione dei malati alla cura.

Un quarto ambito di criticità si manifesta a livello della medicina psichiatrica penitenziaria, settore questo assolutamente trascurato dalla Legge n. 180. In particolare, si pone il problema della gestione della popolazione dei pazienti psichiatrici residenti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), per i quali è iniziato da alcuni anni un processo di progressiva dimissione: è evidente, infatti, che né una dimissione "forzata", né il mancato invio in OPG risolvono il problema di fondo del trattamento di pazienti autori di reati (e spesso di reati violenti) che non sono sovrapponibili, per problematiche e percorso terapeutico, alla restante popolazione dei pazienti psichiatrici. Sarebbe auspicabile un percorso di riflessione sulle riforme da attuare, al fine di garantire a tali pazienti trattamenti mirati e affidati a personale specializzato. Una quinta area di criticità riguarda la carenza di percorsi formativi specifici per gli operatori in ambito psichiatrico finalizzati a garantire un'adeguata formazione specialistica al personale addetto al trattamento di queste patologie. In ambito medico, ad esempio, il venir meno della specializzazione in criminologia e le problematiche operative che caratterizzano la specializzazione in psicopatologia forense (per la quale il Ministero della Salute non ha indetto specifiche borse di studio) sono una testimonianza vivente delle difficoltà organizzative-formative che ostacolano la specializzazione nel settore.

Infine, non si possono sottovalutare anche 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.

Per operare una adeguata riforma dell'assistenza psichiatrica è necessario che l'attenzione non sia più limitata alle malattie croniche o agli episodi acuti della patologia psichiatrica, bensì estesa a tutti i disturbi mentali delle diverse fasce di popolazione a rischio come l'infanzia e l'adolescenza, gli anziani, i tossicodipendenti e gli alcolisti.

Perché questi obiettivi siano raggiunti, è necessario focalizzare la strategia d'intervento sull'integrazione in rete di tutti i servizi che oggi operano in maniera disaggregata, nonché sulla riorganizzazione e differenziazione delle diverse forme di assistenza. È indispensabile anche il contributo dell'Università, come

³ Considerazioni tratte dal Resoconto sommario n. 316 del 14/02/06 dell'indagine conoscitiva effettuata dalla Commissione igiene e sanità del Senato.

ente formativo, in collaborazione con le amministrazioni regionali ed i dipartimenti territoriali.

Doveroso è il supporto diretto sia delle famiglie dei malati, che devono rimanere parte integrante del “cammino terapeutico” del paziente, sia delle associazioni di familiari e volontari, che rappresentano una risorsa fondamentale.

Infine, è importante che le Regioni, in concerto con gli Enti locali e nel rispetto degli indirizzi generali nazionali, siano responsabilizzate sull’attuazione degli interventi di riorganizzazione dell’assistenza psichiatrica, proseguano i progetti obiettivo già in atto, rispondendo in prima persona dei risultati raggiunti nel perseguimento dell’obiettivo di destinazione del 5% dei fondi sanitari regionali all’attività di salute mentale.

I principali lineamenti di riforma potrebbero essere i seguenti:

- squilibrio tra pazienti gravi (90% dei costi) e meno gravi, mancanza di politiche preventive;
- strutture ad alta specializzazione per trattamento e cura;
- assistenza psichiatrica domiciliare per medio-lungo periodo;
- revisione TSO e ASO (mancanza di protocolli unitari);
- potenziamento delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) per accogliere gli ex-malati mentali al fine

di liberare posti nelle comunità protette a favore dei pazienti giovani;

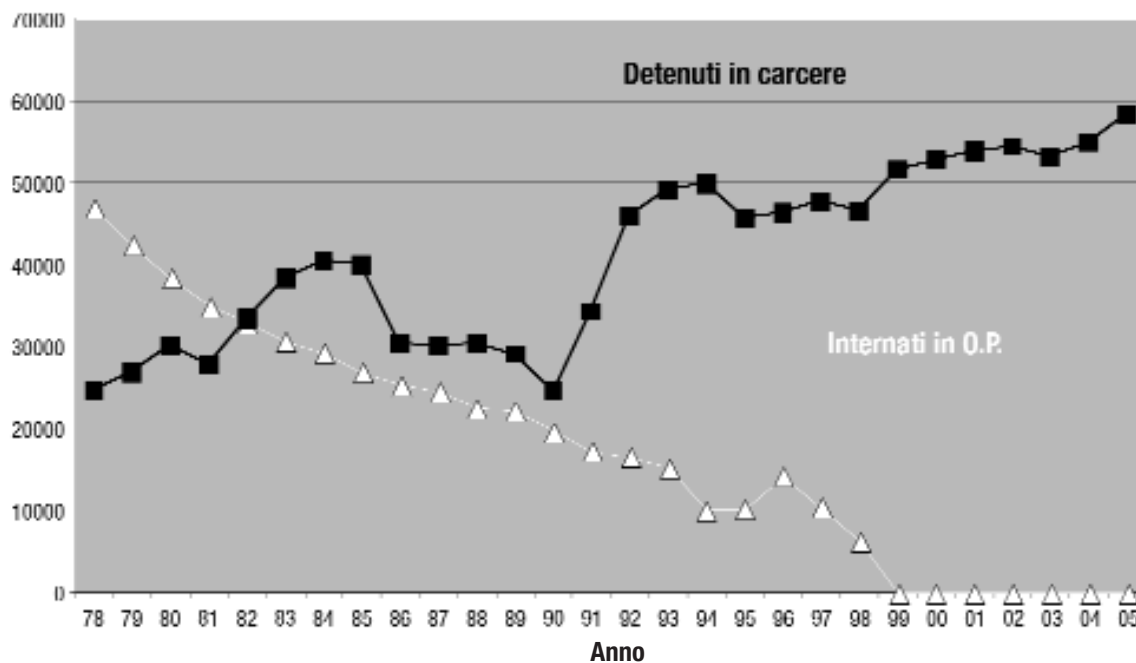
- intervento psichiatrico potenziato nelle carceri;
- psichiatria forense ambulatoriale (SERT);
- potenziamento dell’intervento psichiatrico per infanzia ed adolescenza;
- aggiornamento e formazione degli operatori;
- condizioni per il reinserimento del malato nel mondo del lavoro;
- sistema informativo omogeneo;
- globalizzazione dei servizi esistenti;
- trattamento specializzato per pazienti psichiatrici autori di reati violenti;
- trattamenti differenziati e diversificati a seconda delle patologie.

La sorte dei malati psichiatrici

I dati a nostra disposizione dimostrano che, in concomitanza alla progressiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici (evento che si è ultimato solo alla fine degli anni '90), si è parimenti registrato, proprio a partire da quel periodo, un rilevante aumento dei detenuti ristretti nei nostri istituti penitenziari.

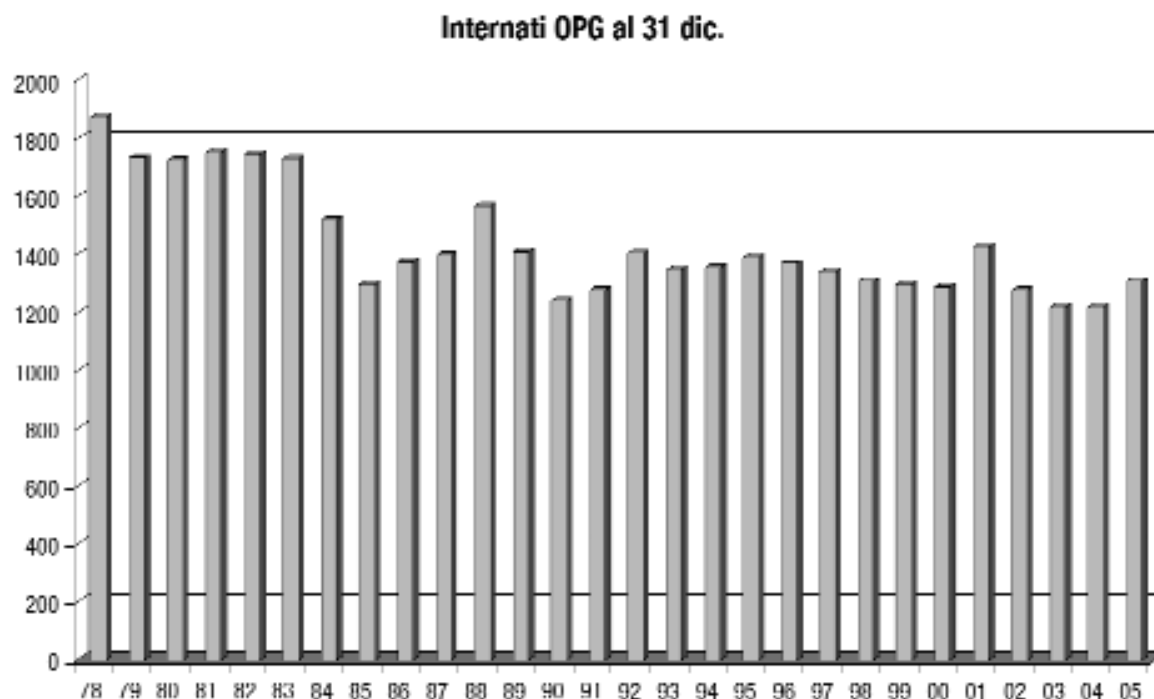
Il dato appare inquietante: 100 Ospedali Psichiatrici chiusi, quasi 100 nuove carceri costruite (Fig. 1).

Fig. 1. Numero degli internati in Ospedali Psichiatrici (OP) e dei detenuti presenti al 31 dicembre di ogni anno. Number of patients hospitalized in Psychiatric Hospitals (OP) and of inmates in prison on December 31 of each year.



1978: 120 carceri - 100 O.P.
2006: 209 carceri - 0 O.P.

Fig. 2. Internati in Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) al 31 dicembre. Inmates in Psychiatric, Criminal Hospitals on December 31.



1978: 8 OPG.
2006: 6 OPG.

Del resto è lo stesso Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) ad offrirci quelle cifre che servono a confutare pienamente le nostre tesi:

Oggi in carcere sono presenti:

11.160 (10,25%)	Depressi
7.727 (6,04%)	Malati mentali gravi
823 (0,78%)	Deteriorati
2.915 (2,76%)	Malattie neurologiche

Ed è sempre il DAP che, nel Convegno nazionale "La salute in carcere" tenutosi il 1 marzo 2006, ha ammesso che solo una minima parte dei detenuti con disturbi mentali è ristretta negli OPG (Fig. 2), la maggior parte si trova segregata in carcere.

Altrettanto degno di attenzione appare essere il con-

sistente dato riguardante il numero dei Presidi residenziali socio-assistenziali non psichiatrici (Tab. VI) ed il numero dei degenti lì ricoverati in quanto a nostro avviso appare verosimile che una quota non trascurabile di malati mentali sia ivi ricoverata sotto mentite spoglie.

Alla luce dei dati finora analizzati e sulla base delle riflessioni interpretative elaborate sulla scorta dell'analisi empirica, ci pare verosimile, a fronte di codesta domanda, giungere alla seguente conclusione:

"Se nel 1978 vi erano almeno 80.000 ricoverati in media presso le strutture pubbliche e private allora esistenti ed oggi i ricoverati in media si possono calcolare in circa 30.000, essendo tra l'altro la po-

Tab. VI. Presidi residenziali socio-assistenziali. Residential, social care facilities.

	N. Presidi	N. posti letto	Tot. degenti
1999	7.505	329.686	291.239
2000	7.731	321.747	283.316
2001	8.182	334.718	295.034

Fonte: Istat.

polazione italiana cresciuta di almeno 5.000.000 di unità, dove sono finiti gli altri 50.000?”

Probabile risposta:

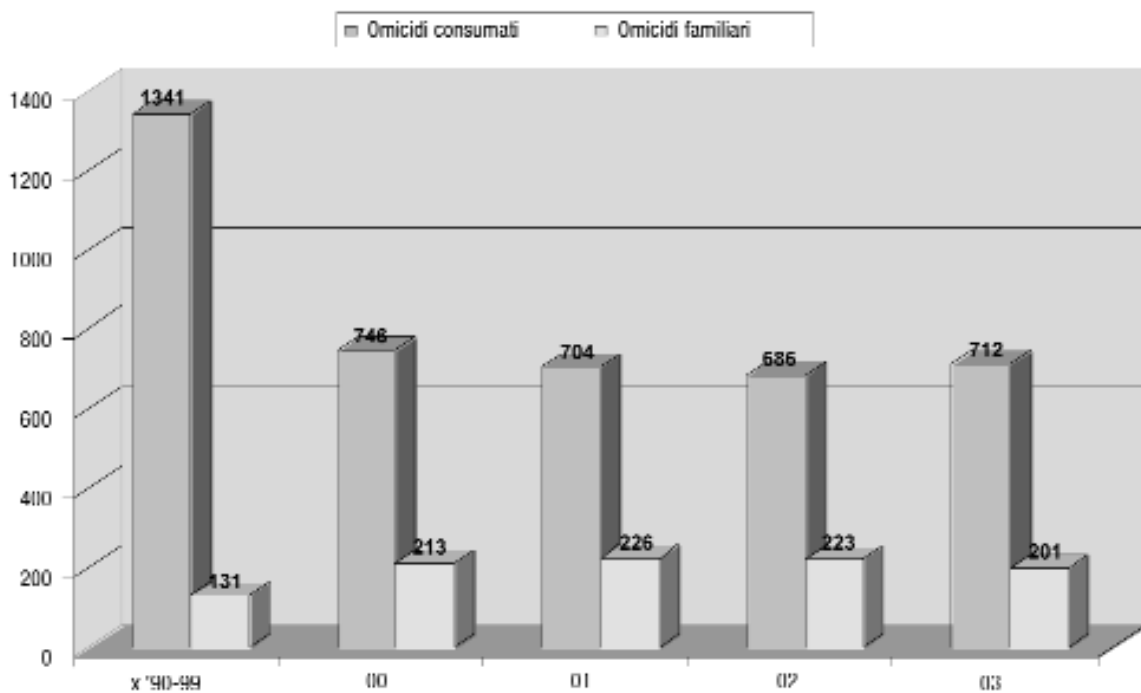
“Probabilmente una parte non trascurabile è ricoverata sotto mentite spoglie presso i numerosissimi Presidi residenziali socio-assistenziali non psichiatrici, un'altra porzione è per così dire 'desaparecido', almeno 10.000 di loro sono in carcere e tale quota cresce rapidamente ogni giorno, altre migliaia forse vivono nella società e sul famoso 'territorio' ove, quando non soccombono silenziosamente, manifestano assai tristi segnali della loro presenza ...”

Analisi quantitativa degli omicidi commessi da soggetti infermi di mente

Dal 1° gennaio al 28 febbraio 2006 (Fig. 3 e Tab. VII) sono avvenuti in Italia 50 eventi delittuosi: 23 assassini patologici si sono resi responsabili della morte di 27 vittime; 7 di loro si sono suicidati dopo il folle gesto. Tra loro si possono contare:

- 4 mass murder;
- 3 parenticidi;
- 6 uxoricidi;
- 5 figlicidi;
- 2 fratricidi.

Fig. 3. Omicidi totali e familiari in Italia. Number of murders in Italy (total number and family members).



Tab. VII. Numero di omicidi compiuti da autori con disturbi mentali secondo L'EURES. Number of the murders committed by mentally ill offenders (EURES).

	2000		2001		2002		2003		Totale 2000-2003	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Nord	11	42,3	9	56,3	12	63,2	13	48,1	45	51,1
Centro	4	15,4	2	12,5	1	5,3	3	11,1	10	11,4
Sud	11	42,3	5	31,3	6	31,6	11	40,7	33	37,5
Totale	26	100,0	16	100,0	19	100,0	27	100	88	100,0

Fonte: Archivio degli omicidi dolosi in Italia - EURES Ricerche Economiche e Sociali 2004.

Su 22 omicidi di natura diversa vi sono 3 episodi di omicidio per odio e 2 per discontrollo degli impulsi. Se questi numeri non sembrano allarmanti data l'abitudine alle grandi cifre che caratterizzano oggi questi delitti possiamo allora ricordare, per confronto, che nel 1982, in un periodo di almeno 6 mesi, 9 assassini patologici fecero solo 9 vittime, di cui 4 furono parenticidi. Secondo ricerche compiute dai servizi epidemiologici americani (E.C.A. 2000):

- la predizione del comportamento violento complessivamente in pazienti mentali in genere, con storia precedente di atti violenti si realizza 1 volta su 3. Persone affette da schizofrenia (che riguarda 1% della popolazione) sono circa dalle 9 alle 22 volte più violenti della popolazione generale;
- il sintomo violento può essere dominato dalle terapie farmacologiche e dal soggiorno in ambienti di vita non stressanti.

Bibliografia

Artaud A. *Lettere dal delirio. Lettres du délire*. Testo francese a fronte. Nuovi Equilibri 2003.

Dati Istat. *Numero Presidi residenziali socio-assistenziali, numero posti letto e totale degenti 1999, 2000, 2001*.

Dati Eurispes. *Omicidi totali e familiari in Italia, 1990-2003*.

Dati EURES. *Numero di omicidi compiuto da autori con disturbi mentali, 2000-2003*.

Dati tratti dalla Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale, Roma, 10 gennaio 2001.

Dati tratti dal Resoconto sommario n. 316 del 14/02/2006 dell'indagine conoscitiva effettuata dalla Commissione igiene e sanità del Senato.

Dati tratti dal Convegno Nazionale "La salute in carcere" organizzato dal D.A.P., Roma, 1 marzo 2006.

Se ancora oggi si ha il coraggio di dire che:

La salute mentale non è un bene da imporre, che se una persona con disturbi mentali è violenta, la violenza non è dovuta alla malattia mentale, ma vi giocano altre variabili e che i vantaggi delle politiche di inclusione sono di gran lunga superiori a quelle di esclusione.

Luigi Benevelli, 2002

Fino a quando non avremo il coraggio di riformare una legge che è:

Anomica,
Antiscientifica,
Oscurantista,
Liberticida,
Dannosa,
e Assassina?

Dati tratti dal Convegno "Legge 180: luci e ombre", Roma, 2 marzo 2006.

Ricerca-censimento effettuata dal Ministero della Sanità in collaborazione con il LABOS (Laboratorio per le Politiche Sociali) del 31/12/1984.

Legge 13 maggio 1978, n. 180. *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*. Gazzetta Ufficiale 16/05/1978, n. 133.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*. Suppl. Ordinario Gazzetta Ufficiale 28/12, n. 360.

Progetto-Obiettivo per la "Tutela della Salute Mentale 1994-1996".

Progetto-Obiettivo per la "Tutela della Salute Mentale 1998-2000".