

Storie di ordinaria follia con lunga esperienza in carcere [ovvero: tutto questo e, forse, niente di questo]¹

Dr. Mario Iannucci

Dr.ssa Gemma Brandi

Psichiatri psicoanalisti

Esperti di Salute Mentale applicata al Diritto

Ringraziamo gli Organizzatori del Forum e della Conferenza odierna. Li ringraziamo perché, avendoci assegnato un titolo (che non siamo certi di avere compreso fino in fondo) e circa sette minuti per trattarlo, ci consentono, su un argomento che meriterebbe almeno un Convegno di diversi giorni, di dire tutto e di dire niente.

Il primo tema è la “ordinaria follia” del carcere. Taluni si dicono autorizzati a pensare che il carcere, specie per come è strutturato attualmente in tutto il mondo, sia di per sé una ordinaria follia. Poiché abbiamo lavorato negli Istituti di pena per circa quarant’anni, possiamo dire che tale opinione non ci pare certo campata in aria. Il carcere attuale appare largamente incapace di dare soluzioni efficaci ai problemi che quotidianamente alberga. Anche ai problemi di sicurezza dei pochi criminali “mafiosi/terroristi” che tutti consideriamo “pericolosi” e da cui fermamente vogliamo essere difesi. Ma il carcere appare soprattutto incapace di garantire soluzioni adeguate ai molti, anzi ai moltissimi, che entrano in carcere perché commettono dei reati *mentre* sono in preda a un disagio psichico profondo. In non poche occasioni *perché* sono in preda a un disagio psichico profondo.

Si tratta dunque, in questi sette minuti, di procedere per didascalie. Non è nostra abitudine, ma il tempo è tiranno.

La follia del carcere e la follia nel carcere. Guardiamo, solo attraverso una fotografia, quali sono i problemi “quantitativi” della follia reclusa. Partiamo dalla più estesa indagine psicopatologica compiuta nelle carceri italiane. Tale indagine l’abbiamo compiuta noi, in collaborazione con l’Università di Firenze, fra il 2001 e il 2002 (e non è che, da allora, la rilevanza dei problemi psicopatologici in carcere -parleremo solo di *prevalenza*- sia nel frattempo diminuita). Esaminammo allora tutti i *nuovi giunti* nel Nuovo Complesso Penitenziario di Firenze nel corso di un semestre. I risultati di questa ricerca -che abbiamo chiamato “la grande ricerca”- li abbiamo pubblicati su un intero numero de *Il reo e il folle*².

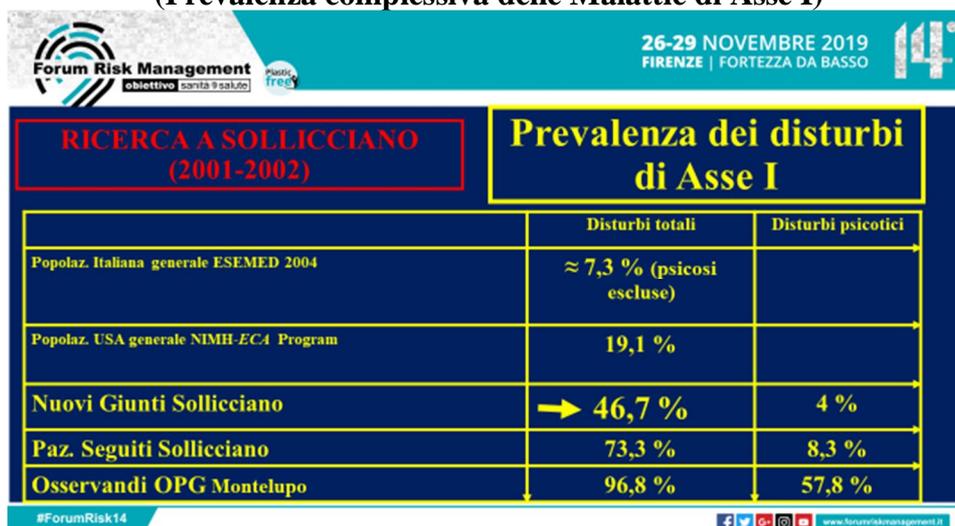
¹ Parte del presente scritto costituisce la Relazione presentata dal Dr. M. Iannucci, il 27 dicembre 2019, al XIV Forum Risk Management, tenutosi a Firenze.

² *La grande ricerca*, numero monografico de *Il reo e il folle*, n. 30-31, gennaio-dicembre 2007.

Presentiamo qui pochissimi dati da quella ricerca, dati che sono confermati da tutte le ricerche epidemiologiche sulla prevalenza delle malattie e dei disturbi mentali nelle carceri ordinarie.

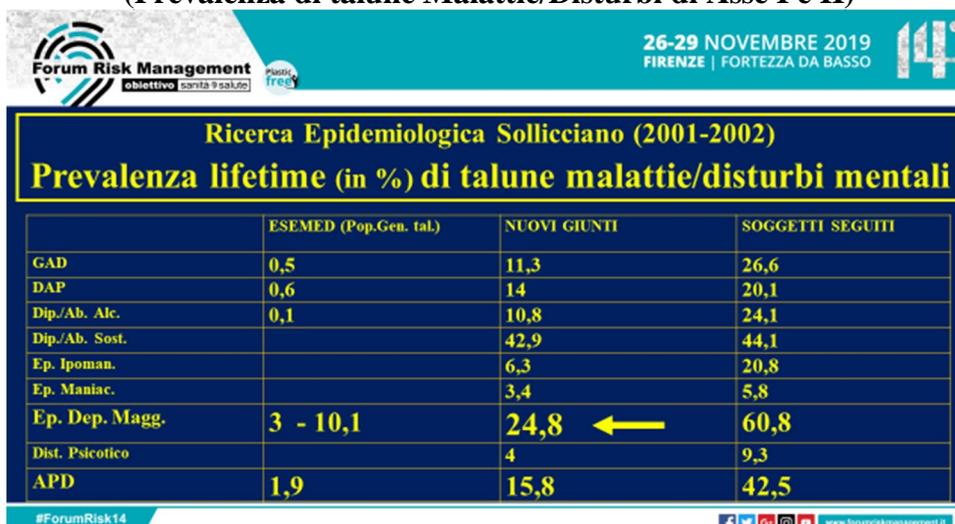
Nella Fig. 1 è indicata la prevalenza delle malattie mentali di Asse I (DSM-IV). Tale prevalenza, che nello studio ESEMED era del 7,3% nella popolazione generale in Italia, fra i detenuti nuovi giunti a Sollicciano era del 46,7 %.

Fig. 1
(Prevalenza complessiva delle Malattie di Asse I)



Nella Fig. 2 si vede come la prevalenza life-time dei disturbi depressivi maggiori, che nella popolazione generale si aggira, sempre secondo lo studio ESEMED, tra il 3 e il 10 %, fra i nuovi giunti a Sollicciano era del 24,8 %. La prevalenza dell'Antisocial Personality Disorder (APD), che è dell'1,9 % nella popolazione generale, era fra i nuovi giunti del 15,8 %, ma saliva al 42,5 % fra i detenuti curati dal Servizio Psichiatrico interno al carcere.

Fig. 2
(Prevalenza di talune Malattie/Disturbi di Asse I e II)



Se poi guardiamo (Fig. 3) la prevalenza di tutti i Disturbi di Personalità (Asse II del DSM), escluso l'APD, vediamo che tale prevalenza (\approx del 10 % nella popolazione generale) saliva al 75,5 % fra i detenuti in cura presso il Servizio Psichiatrico interno al carcere.

Fig. 3
(Prevalenza dei Disturbi di Asse II)



Se queste sono le percentuali delle malattie di mente all'interno dei penitenziari (e lo sono in tutto il mondo western, lì dove le ricerche un pochino più approfondite sono state fatte) è o non è una “*storia di ordinaria follia*” continuare a far funzionare il carcere come lo stiamo facendo funzionare?

Pensiamo che questi dati sulla malattia mentale reclusa li conoscano solo gli specialisti del campo? Niente di più errato. Anche se scotomizzati, occultati e manipolati da molti (in special modo dagli psichiatri ‘esterni’, che non hanno certo piacere a prendere in cura il settore della follia incontestabilmente pericolosa), questi dati vengono regolarmente forniti alla gente dalla grande stampa.

Nicholas Kristof, famosa penna del *NY Times*, in un lungo e documentato reportage del 2014 che intitolò *Inside a Mental Hospital Called Jail*³, segnalava che, secondo uno studio del Dipartimento Americano della Giustizia, più della metà dei prigionieri nelle carceri degli US avevano un problema di salute mentale, con percentuali che salivano a tre quarti per le detenute di sesso femminile. La stessa notizia la grande stampa (sempre il *NY Times*) l’aveva data fino dal 1998, dedicando uno ‘special report’ alla questione, introducendolo con questo titolo: “*Asylum Behind Bars: Prisons Replace Hospitals for the Nation’s Mentally Ill*”⁴.

³ N. Kristof, *Inside a Mental Hospital Called Jail*, 8 Feb. 2014 su *The New York Times*.
<https://www.nytimes.com/2014/02/09/opinion/sunday/inside-a-mental-hospital-called-jail.html>

⁴ F. Butterfield, *Asylum Behind Bars: A special report. Prisons Replace Hospitals for the Nation's Mentally Ill*, 5 Marzo 1998. <https://www.nytimes.com/1998/03/05/us/asylums-behind-bars-special-report-prisons-replace-hospitals-for-nation-s.html>

Se persino la gente comune è informata del fatto che il carcere ha preso il posto dei manicomi, è o non è una “*storia di ordinaria follia*” continuare a reclamare, per questo carcere, solo un aumento della sicurezza? Poiché siamo convinti che “la droga faccia male” e che anche “la follia faccia male”, è o non è una “*storia di ordinaria follia*”, considerando che le carceri straripano di tossicodipendenti e di folli, lasciare che il carcere funzioni come funziona adesso, facendo finta fra l’altro di garantire, al suo interno, una adeguata assistenza di salute mentale?

Poiché i sette minuti stanno ormai scadendo, per tornare al nostro titolo vediamo alcune “storie di ordinaria follia in carcere”. Vi racconteremo storie di personaggi apparentemente “straordinari”, ma vi invitiamo a considerare che si possono tranquillamente utilizzare tali casi, solo apparentemente anomali, come paradigmatici di ciò che troviamo quotidianamente in carcere.

Tre storie

Adam Kabobo. A proposito del rapporto follia-carcere in Italia.

Era l’11 maggio 2013. All’alba, in poco meno di due ore, il ghanese Adam Kabobo, di trentuno anni (ammesso che sia possibile fidarsi dell’anno di nascita da lui fornito: 1982), uccide a colpi di piccone tre passanti casuali e ne ferisce altri due. E’ in preda, come stabiliscono gli stessi periti psichiatri del tribunale, a una gravissima patologia psichiatrica: soffre di una schizofrenia paranoide e, quando uccide e ferisce, sta sperimentando floride allucinazioni uditive. Quando i giudici ordinano la perizia psichiatrica, si assiste a una sorta di sollevazione popolare: la gente scende in piazza, urlando e scrivendo sugli striscioni che Kabobo deve rimanere in galera⁵. Certuni si dichiarano pronti ad assediare il tribunale se l’imputato, affetto da schizofrenia paranoide, uscisse da carcere (per entrare in un OPG: nel 2013-2014 erano ancora aperti) perché prosciolto a causa della sua totale infermità mentale. Alla fine di un lungo iter processuale, durante il quale i periti del tribunale, pur riconoscendo la grave patologia psicotica dell’imputato e il legame causale di tale patologia con il reato, tuttavia concludono che Adam Kabobo non è totalmente, ma solo parzialmente, incapace di intendere e di volere. La misura di sicurezza “psichiatrica” della Casa di Cura e Custodia (ora REMS) potrà essere eseguita solo alla fine della detenzione ordinaria comminata per venti anni. Durante la pena ordinaria Adam Kabobo, seppure affetto da schizofrenia paranoide che condiziona (a giudizio di altri periti del tribunale) l’incompatibilità con la permanenza in carcere, rimane detenuto in un carcere ordinario.

⁵ Si veda, come unico esempio, quanto scriveva S. Rame su *Il giornale* del 6 giugno 2013, titolando: *Aggressione a picconate, la difesa punta sull’infermità mentale per salvare Kabobo dalla cella*.
<http://www.ilgiornale.it/news/milano/aggressione-picconate-difesa-punta-sullinfermit-mentale-924580.html>

Adam Kabobo dunque -persona affetta da psicosi di tipo paranoide, che ha commesso i suoi gravi reati mentre era affetto da tale psicosi e che da tale psicosi continua ad essere affetto- dal 2013 è ristretto in un carcere. Quindi delle due l'una: o si pensa che il carcere sia un luogo elettivo per la cura della follia, oppure questa è, incontrovertibilmente, una “*storia di ordinaria follia*”, aggravata dall'ipocrisia con la quale gli angeli della medicina ripiegano le loro ali fruscianti di fronte all'angelo della giustizia (e/o della politica e/o del potere mediatico).

Anders Breivik. A proposito del rapporto follia-carcere nel mondo.

A proposito di ipocrisia, d'altronde, il caso italiano di Adam Kabobo (almeno condannato come seminfermo) fa quasi ridere rispetto al caso norvegese di Anders Behring Breivik, l'uomo norvegese che, il 22 luglio 2011, a Oslo e Utoya, ha ucciso 77 persone e ne ha ferite quasi 200. Il pluriomicida ha chiesto e ottenuto di cambiare nome: dal 2017 si chiama in effetti Fjotolf Hansen, nome che aveva usato per registrare la società Geofarm, attraverso la quale acquistò diverse tonnellate di fertilizzante per confezionare la bomba che fece esplodere a Oslo. In un manoscritto di 1500 pagine (pubblicato online e pieno di affermazioni palesemente deliranti anche agli occhi di un profano) Breivik dichiarò di “vedere sé stesso come un comandante in una guerra santa, un Salvatore della Cristianità dall'invasione dell'Islam, dal Marxismo culturale e dal femminismo [...]”. Ha sempre rivendicato una completa salute mentale. In una prima perizia psichiatrica egli venne indicato come affetto da paranoia, una diagnosi che, agli occhi di qualsiasi specialista non prevenuto, appare come quella che deve essere posta se si considerano i sintomi eclatanti di Breivik e la sua storia personale. Di fronte a una diagnosi psichiatrica così rilevante, che avrebbe portato a un proscioglimento di Breivik per infermità totale di mente, l'opinione pubblica insorse e la Corte, forse spaventata da tanto clamore, ordinò una seconda perizia, nella quale gli psichiatri conclusero che l'imputato, anche se affetto da un “grave disturbo narcisistico di personalità”, era capace di intendere e di volere, quindi responsabile e in grado di soffrire utilmente una pena detentiva ordinaria. Breivik stesso, peraltro, reclamava per sé una condanna come sano di mente, ciò che è tipico di tutti i paranoici. Il 24 agosto 2012 Breivik venne condannato a 21 anni di detenzione “preventiva” (*forvaring*), una condanna che allo scadere può essere indefinitamente prolungata di 5 anni alla volta fino a quando il condannato non è più considerato pericoloso (in Italia la si chiamerebbe misura di sicurezza, come quella che viene applicata ai prosciolti socialmente pericolosi). Così Breivik/Hansen, che meno di ogni altra cosa vorrebbe essere considerato malato di mente (come in effetti è), non solo non viene curato durante la detenzione, ma sconta la sua pena in un carcere ordinario (per fortuna in isolamento, almeno per ora).

Nils Christie, famosissimo sociologo e criminologo norvegese che si è sempre battuto contro il proibizionismo delle droghe, contro la società industriale e contro il carcere, ha scritto che “nessun’altra soluzione sarebbe stata possibile”. “Nel caso norvegese -ha aggiunto Christie- è abbastanza ovvio che la psichiatria forense ha perso molta credibilità. La cosa non mi dispiace, visto che per anni mi sono battuto per l’eliminazione degli psichiatri dai procedimenti penali”.

Noi dissentiamo radicalmente da Nils Christie, poiché troviamo estremamente pericolose e ingiuste le posizioni che vengono assunte sulla base di un pregiudizio ideologico che espone a ridicole contraddizioni (‘sono contrario al carcere, ma non nel caso di Breivik’) o sulla base di forti, comprensibili ma fuorvianti stati emotivi. Anzi, per non apparire noi farisaici, diremo che queste posizioni ci paiono costituire una “storia di ordinaria follia in carcere”.

Blue, un caso di fantasia. Ovvero della ‘competente e partecipe’ psichiatria forense.

Blue è un caso che -come quello di Breivik- potremmo senz’altro ambientare ovunque. Ce lo ha raccontato un amico psichiatra inglese, ma davvero, in casi come questi, non ci sono frontiere che tengano. Potremmo introdurlo con le parole di Robert Musil: «E’ fenomeno noto, che l’angelo della medicina, [nelle aule dei tribunali di tutto il mondo], dopo avere ascoltato per un po’ le dissertazioni dei giuristi, dimentichi molto spesso la propria missione. Egli ripiega allora le ali fruscianti, e si comporta nelle aule dei tribunali come un angelo di complemento della giurisprudenza»⁶.

Blue è un sessantenne che ha svolto per tutta la vita un onesto lavoro di secondo piano. E’ molto amato dai suoi concittadini. Anche perché è sempre stato irreprensibile. Ha una moglie e una figlia, entrambe con una istruzione superiore alla sua. Nutre un grande amore per i familiari, in particolare per la figlia ormai grande e laureata. Viene ferito dalla decisione della giovane di lasciare l’abitazione parentale (dove peraltro dispone di un suo appartamento) per acquistare una sua casa in campagna. La madre aiuta la figlia, anche economicamente. Blue non è d’accordo e, di lì a poco, comincia a maturare il convincimento, del tutto privo di un fondamento reale, che la famiglia stia andando in fallimento e in rovina. In casa si sente isolato e messo da parte. La tristezza, l’irritabilità, lo scontento e la diffidenza di Blue nei confronti di tutti divengono straripanti. Sente che i passanti deridono lui e i familiari, visto che stanno tutti per precipitare nella miseria e nella disperazione. Nessuno lo spinge a farsi curare. Blue, infine, pensa bene di adottare un programma per trarre tutti fuori da quella situazione insostenibile. Visto che la famiglia è ormai in rovina, tanto vale mettere fine a quella agonia. Scrive tre lettere a alcuni familiari, annunciando il suo programma: ucciderà la figlia, ucciderà la moglie e poi si suiciderà. Dà anche indicazioni su come procedere alle sepolture.

⁶ Musil Robert, *L’uomo senza qualità*, Einaudi, Torino, 1974, pag. 233-4.

In un pomeriggio d'estate, mentre la figlia sta riposando, la colpisce in testa con oggetto pesante e poi tenta di strangolarla. La reazione della giovane donna, che urla e si ribella anche se intontita dal colpo, fa accorrere la madre. Blue, fortunatamente, non riesce a portare a termine l'insano progetto, nato con ogni evidenza dalla sua follia (delirio olotimico di rovina in grave depressione umorale). Blue non viene ricoverato in una Hospital Psychiatry Unit. I Colleghi dell'Ospedale non lo ritengono indispensabile. Così Blue finisce subito in carcere. Le sue condizioni psichiche sono gravissime. Uno psichiatra esperto si accorge di quanto siano gravi le condizioni psichiche di Blue e di quanto sia a rischio la sua vita. Tuttavia non può ricoverare il paziente in Ospedale: i colleghi della Psychiatry Unit infatti, quando vengono interpellati, gli dicono che lo rimanderebbero subito in carcere. Insieme agli altri colleghi psichiatri e psicologi del carcere, insieme a tutti gli operatori penitenziari (il paziente viene subito inserito in un "constant monitoring program for mentally ill offenders") lo psichiatra assume pienamente la responsabilità della cura, stabilendo con Blue una relazione di crescente profondità. Viene intanto disposta una perizia psichiatrica. L'avvocato di Blue nomina, come CTP, lo psichiatra che è anche responsabile di alcune Residential Facilities per Mentally Ill Offenders della zona. Lo psichiatra del carcere è contento: lavora anche lui in una di queste facilities. Parla allora col CTU e col CTP, esponendo il grave caso: a suo parere il paziente è da prosciogliere perché, al momento del fatto, era del tutto incapace di intendere e di volere. Anche considerando il lieve miglioramento umorale intervenuto con le cure prestate in carcere, secondo lui la pericolosità sociale di Blue è limitata e consente l'inserimento fin da subito in un Medium Security Hospital (or Facility). Il quadro, a suo giudizio, è molto chiaro e questo percorso è l'unico attraverso cui si può sollevare Blue dagli enormi sensi di colpa dai quali rischia di essere travolto. Comunica anche alla Corte tale suo orientamento. Il CTU però, in pieno accordo con il CTP del paziente, così conclude il suo assessment: Blue era sì molto depresso quando ha commesso il reato ed è ancora a rischio di suicidio, ma tuttavia il suo era un deliroide di rovina e la sua capacità di intendere e di volere era sì "grandemente scemata", ma non del tutto assente. La Corte condanna allora Blue a una pena di sette anni e a un risarcimento nei confronti della figlia. Dispone inoltre l'esecuzione del ricovero nel Medium Security Hospital o Facility, da eseguire però al termine della pena. Lo psichiatra del carcere pensa che tale decisione sia non solo inopportuna e ingiustificata, ma anche molto pericolosa per il paziente. Manda alla Corte una nuova Relazione, nella quale ribadisce il suo punto di vista clinico e indica la necessità di mandare subito Blue in una Medium Security Facility. La Corte dispone una CTU per valutare se tale soluzione sia opportuna. Il perito della Corte, poiché tutti gli operatori del Mental Health Service penitenziario concordano col giudizio dello psichiatra curante e lo sostengono, non può che segnalare anche lui l'inopportunità che il condannato, ancora molto depresso, resti in carcere: può essere mandato in un Medium Security Hospital. Tuttavia il

nuovo perito della Corte, mentre non ha niente da obiettare circa il fatto che il responsabile istituzionale dei Secure Mental Health Care Services sia anche CTP del paziente, censura invece pesantemente lo psichiatra del carcere, che secondo lui, essendo il terapeuta di Blue, non dovrebbe assolutamente pronunciarsi su ciò che è indispensabile alla cura del gravissimo depresso! Non solo: ma critica anche, nella perizia che non riguarda in alcun modo questi aspetti, il dosaggio degli antidepressivi somministrati a Blue in carcere, dosaggi a suo parere insufficienti. Circostanza davvero curiosa, quest'ultima, visto che il perito della Corte, come ci ha raccontato l'amico inglese, ha nel suo palmares un condanna per malpractice (condanna passata in giudicato), essendosi reso responsabile di lesioni colpose gravi per avere prescritto a un suo paziente dosi eccessive di antidepressivi! La Corte, in ogni caso, dopo un anno di carcere manda Blue in un residential Secure Mental Health Care Service. Proprio quello, fra l'altro, dove lavora lo psichiatra del carcere.

Blue è molto contento. Le buone relazioni terapeutiche, con lo psichiatra e con gli altri operatori della facility, gli consentono di allontanarsi dalla zona di altissimo rischio suicidario. Riesce persino a superare la separazione dalla moglie e la morte dell'anziana madre, alla cui tumulazione addirittura assiste, autorizzato dalla Corte e accompagnato da una nurse. Lo psichiatra spera che i giudici possano rivedere, nel grado successivo del processo, l'ingiusta condanna comminata in primo grado: sa che Blue rischierebbe di essere travolto dalla conferma. Ne parla ripetutamente coi colleghi e con l'avvocato del paziente.

Poi lo psichiatra cessa di lavorare nel Secure Mental Health Care Service. Il suo posto viene preso dallo psichiatra che era stato, per Blue, CTP di parte. Qualche mese dopo, verso le 8 p.m., lo psichiatra viene raggiunto da una telefonata dell'avvocato, che lo informa che Blue, trasferito da poco in una diversa Residenza, esterna al circuito delle Secure Mental Health Facilities, si è tolto la vita impiccandosi. L'attento e partecipe psichiatra è la prima persona che l'avvocato ritiene di dover informare.

Questi sono in genere, in Gran Bretagna anche meno che in Italia, gli esperti psichiatri/criminologi forensi e gli "angeli della medicina" che frequentano i luoghi della "giustizia", dove le persone con patenti disturbi psichici rimarranno quindi, inevitabilmente, vittime di un sistema perverso. E' o non è quindi, quella di Blue in Inghilterra come quella di molti altri qui in Italia, una "storia di ordinaria follia" del carcere e dei tribunali?

All'inizio del XIX secolo" (anzi, a Firenze dove oggi parliamo, a metà del XVII secolo, con Santa Dorotea dei Pazzereilli) la Psichiatria entra orgogliosamente nelle carceri, reclamando spazi di cura lì dove c'erano soltanto punizione, reclusione e tortura. E' per spezzare le catene di Pierre Rivière che Esquirol entra con coraggio nel carcere additando la follia del giovane omocida e la sua necessità

di cure: non salverà lo sciagurato Pierre Rivière dalla follia e dalla morte, che egli stesso si darà. Esquirol però almeno ci prova, inaugurando la grande stagione della psichiatria “à l’âge classique”.

Al giorno d’oggi gli psichiatri sembrano invece ritrarsi pavidamente di fronte a quella follia che implica, nella cura, una qualche dose di rischio e di pericolo. Questi spauriti angeli della medicina, nelle carceri e nei tribunali ripiegano le loro ali fruscianti di fronte all’angelo della giustizia, abbandonando i folli-rei al loro destino, che si rivela spesso un destino molto amaro. La cronaca ce ne parla tutti i giorni, con grida di dolore che non è possibile ignorare. Mentre scrivevamo questo contributo due casi si sono imposti alla nostra attenzione, entrambi verificatisi il 12 novembre 2019.

Il primo grido di dolore è quello di un detenuto di sessantacinque anni, che nell’agosto 2019 aveva ucciso la moglie con una trentina di coltellate⁷. Il detenuto, affetto da psicosi paranoide, prima di entrare in carcere era in cura presso i Servizi pubblici di Salute Mentale. Nonostante la lunga, chiara, grave e documentata patologia psichiatrica, che possiamo ragionevolmente presumere che abbia armato la sua mano al momento in cui ha vibrato le trenta coltellate, il paziente viene lasciato in carcere. Ed è nel carcere di Torino che, il 12 novembre 2019, il paziente si impicca.

Il secondo grido di dolore arriva, lo stesso giorno, il 12 novembre 2019, dal carcere ‘Mammagialla’ di Viterbo, dove si impicca un ventiquattrenne sudanese⁸. Era recluso da poco, condannato per reati minori e con un fine pena nel 2020. La stampa ci informa che il giovane africano “aveva problemi psichiatrici”. Sempre presso il carcere ‘Mammagialla’, l’anno precedente, altri due giovani si erano tolti la vita. Dopo l’ultimo suicidio i sindacati di Polizia Penitenziaria hanno dichiarato che oramai, in carcere, “non è possibile gestire la mole di pazienti psichiatrici”.

Diteci allora voi, in tutta onestà, se dobbiamo o non dobbiamo considerare “storie di ordinaria follia”, del carcere e dei palazzi di giustizia, le risposte istituzionali che diamo a queste grida di dolore.

⁷ http://www.ristretti.org/index.php?option=com_content&view=article&id=84529:torino-65enne-si-toglie-la-vita-in-carcere-aveva-ucciso-la-moglie&catid=220:le-notizie-di-ristretti&Itemid=1

⁸ http://www.ristretti.org/index.php?option=com_content&view=article&id=84528:viterbo-suicidio-in-carcere-ventenne-trovato-impiccato-in-cella&catid=220:le-notizie-di-ristretti&Itemid=1