

Martedì 25 GIUGNO 2019

## Suicidi e incendi nelle carceri. C'è un nesso con il *de profundis* da dedicare alla psichiatria?

*Gentile Direttore,*

alcune notizie degli ultimi giorni. Partiamo da quelle provenienti dall'interno degli istituti di pena. Nel carcere di Bologna si suicida in cella un imputato che avrebbe dovuto affrontare dopo sei giorni il processo di primo grado per un reato del 1999. Nel carcere di Rossano un altro detenuto si è tolto la vita. Nel carcere di Benevento un detenuto, ospite della sezione psichiatrica, appicca il fuoco alla cella, mettendo a rischio la sua vita, quella di altri detenuti e degli operatori. Era appena rientrato da un TSO nel Servizio Ospedaliero esterno: un TSO durato appena poche ore.

Poi le notizie di stampa che provengono da fuori del carcere. Una collega psichiatra emiliana, Ester Pasetti, segretaria regionale di un sindacato medico, dopo avere partecipato a un convegno sull'assistenza psichiatrica nelle carceri e nelle REMS e avendo trovato meritevole di grande attenzione l'impegno degli operatori di salute mentale impegnati in quei settori, ha avviato una più che lecita riflessione sulla necessità di evitare la morte della psichiatria, ciò che dovrebbe essere fatto garantendo ai servizi di salute mentale, fra le altre cose, l'indispensabile apporto di risorse economiche<sup>[1]</sup>.

Questa sacrosanta rivendicazione di adeguate risorse (sacrosanta considerando dilagare dei disturbi mentali nel nostro continente: il 17% della popolazione, in Italia come nel resto di Europa, soffre ogni anno di almeno un problema psichico rilevante; sacrosanta se consideriamo il costo dei disturbi mentali - non solo dell'assistenza di salute mentale - per l'intero corpo sociale: 4,1 del PIL in EU e 3,3 in Italia, con il nostro Paese che sembra dedicare all'assistenza risorse assai minori rispetto ai Paesi del Nord Europa<sup>[2]</sup>) parte però da alcune premesse che tolgono respiro a una rivendicazione che, altrimenti, apparirebbe sacrosanta. Elenchiamo talune di queste premesse:

- si sostiene, intanto, che non ha ragion d'essere il ricovero crescente nei SPDC dei pazienti psichiatrici provenienti dal carcere (spesso indubbiamente aggressivi e "cattivi": altrimenti perché carcerarli!), poiché tali pazienti disturbano, con la loro aggressività, le operazioni terapeutiche che la salute mentale può e deve dedicare ai pazienti "buoni", che non hanno compiuto reati;

- la collega Pasetti parla da responsabile dell'Unità Operativa del SPDC di Piacenza; si potrebbe dunque eccepire che ella intenda difendere, con i suoi ragionamenti, il suo "hortus conclusus", specie considerando che, in quella organizzazione a macchia di leopardo che contraddistingue la salute mentale nazionale, in Emilia Romagna la responsabilità degli SPDC è distinta da quella dei Servizi di Salute Mentale del territorio e delle carceri (in Emilia così come in altre regioni, mentre non lo è in Toscana);

- la collega Pasetti si presenta come psichiatra, ma anche come responsabile regionale di un sindacato medico; già qualcun altro le ha fatto notare che non risulta che i sindacati medici abbiano finora fatto granché per arginare quella deriva pericolosa che sta portando alla progressiva morte della psichiatria, e non solo per il formidabile taglio di risorse operato da tutti i politici di turno, notoriamente "esperti" nella materia (in Toscana abbiamo avuto filosofi, ingegneri meccanici e avvocati, alla guida del sistema sanitario); almeno dalle nostre parti, esattamente come accade con le correnti all'interno del CSM, per essere promossi a responsabilità crescenti nel campo sanitario è pressoché *indispensabile* essere membri attivi di un sindacato medico.

I ragionamenti della collega Pasetti, almeno quelli relativi alla inopportunità che dei malati di mente “cattivi” si occupi la psichiatria dei servizi esterni, sono stati condivisi anche dai massimi rappresentanti della Società Italiana di Psichiatria (SIP) proprio nell’apertura del recentissimo convegno nazionale fiorentino<sup>[3]</sup>. Secondo la SIP, nelle strutture psichiatriche esterne, specie dopo la legge 81/2014 e la sentenza 99/2019 della Consulta, verrebbero inviati dai giudici moltissimi detenuti che non hanno alcun titolo per ricevere una assistenza di salute mentale, essendo affetti da un disturbo antisociale di personalità.

Per comprendere qualcosa di più di tale alzata di scudi della morente psichiatria occorre chiarire alcuni punti.

Attualmente le carceri (in Italia più che altrove, dopo le leggi sul “superamento degli OPG) sono stracolme di pazienti che soffrono di gravi turbe psichiche. Lo documentano tutte le serie ricerche scientifiche epidemiologiche del mondo (western). Non ci meravigliamo allora che, nelle carceri, i detenuti si uccidano (non vogliamo dire che tutti i suicidi abbiano una base psicopatologica, nemmeno gli ultimi due che abbiamo citato), uccidano e appicchino incendi.

Questi pazienti psichiatrici, oltre a presentare altre gravi malattie mentali, soffrono spesso, in comorbidità, di seri disturbi di personalità (compreso quello antisociale: sono in carcere!) o almeno di forti tratti di tali disturbi. La psichiatria ha nel suo statuto (epistemologico, oltre che etico) la cura (non necessariamente la guarigione) di tutti i *mental diseases and disorders* (riconosciuti dai vari sistemi di classificazione: DSM, ICD, PDM): fra i *disorders* ci sono anche quelli di personalità. Ce lo hanno ricordato persino i giudici, con la storica sentenza 9163/2005 delle sez. unite della Cass. Penale, nella quale i disturbi di personalità furono equiparati alle altre “infermità” già ritenute rilevanti nella valutazione della imputabilità per “vizio di mente”.

Le gravi patologie psichiche sempre meno frequentemente vengono accertate in sede processuale e ritenute influenti sulla capacità di intendere e di volere. Anche quando prosciolto per infermità di mente e ritenuto socialmente pericoloso, un paziente, se detenuto, rimane talora (spesso) in carcere per mancanza di posti nelle REMS o in strutture psichiatriche esterne (qualora la pericolosità sociale attenuata consenta un eventuale inserimento esterno). Le carceri si riempiono perciò di pazienti psichiatrici detenuti in maniera del tutto illecita. E i giudici cosa dovrebbero fare? Dovrebbero forse consentire questa illecita detenzione piuttosto che seguire le indicazioni cliniche specialistiche che segnalano loro l’opportunità di adottare misure terapeutiche esterne al carcere?

La presenza di gravi patologie mentali nei detenuti, dopo le illuminate disposizioni contenute sia nel DL 230/1999, sia nel DPCM 01.04.2008 (norme fortemente volute da quel grande conoscitore del carcere che era Alessandro Margara; norme che stabilirono, vivalddio, che l’assistenza sanitaria, anche nelle carceri e negli OPG fosse in capo al Ministero della Salute) viene in primis accertata dagli stessi psichiatri dei SSR.

Gli psichiatri pubblici penitenziari (che lavorano spesso anche nei servizi esterni) avvisano cioè il giudice che le condizioni psichiche di un detenuto non sono compatibili con la detenzione, rendendosi opportuna una soluzione sanitaria fuori dal carcere (le REMS, fra l’altro, sono strutture “unicamente” sanitarie e dovrebbero essere disponibili anche per le gravi malattie mentali “sopravvenute” nel condannato in via definitiva: la sentenza 99/2019 della Consulta non ha abrogato -e non avrebbe potuto farlo- l’art. 148 cp). Gli psichiatri delle strutture specialistiche esterne (magari gli stessi che dopo avere lavorato in carcere vanno anche nel SPDC) dicono invece che quei pazienti devono stare in carcere! Con il paziente che, tornato magari in carcere dopo poche ore di TSO (un TSO non può che essere confermato da uno psichiatra, almeno in Toscana), appicca il fuoco alla propria cella. C’è di che uscire pazzi!

Anche a proposito della recente sentenza 99/2019 della Consulta è bene fare alcune precisazioni. Il codice penale, all’art. 147, prevede che un detenuto che soffre di una grave malattia, che lo rende incompatibile con il proseguo della detenzione in carcere, possa essere mandato alla detenzione domiciliare all’esterno, in particolare in un luogo di cura. Solo che, prima della suddetta sentenza della Consulta, questo valeva solo per le gravi malattie *fisiche*.

Le malattie psichiche, a norma dell’art. 148, se incompatibili con la prosecuzione dello stato detentivo in carcere, potevano essere curate trasferendo il detenuto malato in OPG (ora REMS). Questo prefigurava intanto una

assurda separazione tra malattie fisiche e malattie mentali (inconcepibile nel mondo medico odierno), ma considerando la totale insufficienza dei posti letto nelle REMS obbligava (e obbliga spesso) i giudici (e i funzionari del DAP) a lasciare illecitamente in carcere pazienti psichiatriche che, ancorché assegnati alle REMS in via provvisoria o definitiva, non potevano (e non possono) farvi ingresso: nelle REMS, che sono in ogni caso strutture detentive (anche se sanitarie), i posti sono limitati, ma in carcere non lo sono! Con la responsabilità della impossibile cura di questi gravi pazienti che ricade totalmente sulle fragili spalle degli psichiatri penitenziari.

Un altro punto sul quale fare chiarezza. La SIP, attraverso i suoi massimi rappresentanti<sup>[4]</sup>, negli ultimi anni ha fatto delle affermazioni forti ma davvero poco convincenti sotto il profilo logico. Noi abbiamo già ampiamente commentato alcune di tali affermazioni<sup>[5]</sup>, ma riteniamo che si debbano di nuovo e puntualmente commentare, se si vuole evitare il *de profundis* per la psichiatria. La SIP, ad esempio, continua a ripetere che “l’abolizione del manicomio nel 1978 e l’attuale abolizione dell’OPG avrebbero dovuto superare il doppio binario ridando dignità e responsabilità al malato di mente”.

La SIP, dunque, si schiera apertamente con coloro che intendono “restituire il diritto alla pena” ai malati di mente autori di reati. Poi, però, ritiene che sia necessario istituire delle Unità di Psichiatria Forense nelle USL dei territori dove hanno sede le carceri. Non si capisce davvero la ratio di un simile atteggiamento: da un lato gli psichiatri forensi (che ahinoi, in Italia, si limitano all’assessment dei folli rei) diverrebbero superflui (con l’abrogazione del “doppio binario” per i malati di mente), dall’altro lato si chiede l’iperfetazione e la diffusione degli psichiatri forensi, come se esistesse davvero una competenza “forense” staccata dalla competenza clinica, da quella competenza, cioè, che si matura nella cura dei gravi pazienti psichiatrici, nelle carceri, nelle REMS e nei servizi di salute mentale.

Lo abbiamo detto innumerevoli volte e lo ripetiamo. Se si vuole davvero evitare di recitare il *de profundis* per la psichiatria, occorre tornare alle origini valorose della nostra disciplina, quando uomini moralmente coraggiosi entrarono nelle carceri per rivendicare un “diritto alla cura” (altro che “diritto alla pena”!) per i folli rei, soggetti fragilissimi ancorché apparentemente “cattivi”.

Come si può pensare che gli psichiatri si sforzino di maturare la difficile e vera competenza di chi riesce a coniugare -benignamente, gentilmente, artisticamente- la cura e il controllo di persone così sofferenti e talora così pericolose, se i professionisti della salute mentale, negli ultimi decenni, hanno visto affermarsi le loro carriere, nei servizi pubblici, solo perché si battevano per l’abolizione del TSO, della contenzione e del doppio binario per il folle reo, così favorendo fra l’altro la carcerazione dei “folli cattivi”? La vera competenza dei professionisti della salute mentale (in particolare degli psichiatri), che consiste nello stabilire delle efficaci relazioni terapeutiche con pazienti molto difficili e in situazioni talora *pericolose*, non interessa a nessuno. Tale competenza diventa addirittura un *asset* negativo per coloro che, pur non avendo più il coraggio di dichiararlo apertamente, in fondo ai loro cuori e alle loro menti continuano a ritenere che “la follia non esista”. O per coloro che, come accade dappertutto e non solo nel CSM, intendono promuovere chi non ha altra competenza che non sia quella di una precisa “appartenenza” politica/ideologica/sindacale. Con il vero valore -morale, professionale e infine, inevitabilmente, anche sociale ed economico- che evapora fino ad annullarsi.

Solo *riabilitando* la psichiatria (come molte altre discipline mediche) da un punto di vista morale e culturale, si potrà evitare di assistere alla sua agonia, peraltro desiderata da molti. Forse però, per tale riabilitazione, siamo già oltre il tempo massimo e c’è da temere la diffusione epidemica di avvenimenti dai forti e chiari connotati psicopatologici: stalking, filicidi, omicidi/suicidi, mass murders e “radicalizzazioni” (su opposti fronti). Con le “persone comuni” che, magari anche se i reati sono in calo in assoluto, penseranno che sia meglio essere preparate a difendersi da sole.

**Mario Iannucci e Gemma Brandi**

Psichiatri psicoanalisti

Esperti di Salute Mentale applicata al Diritto

<sup>[1]</sup>Pasetti E., *Ridisegnare il sistema salute mentale, prima di dover recitare l’ennesimo de profundis*, su *Quotidiano Sanità*, 17 giugno 2019, [http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=75006&fr=n](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=75006&fr=n)

[2]OCSE e Commissione Europea, (*Health at a glance:Europe 2018, State of Health in the EU Cycle*) *Mental health problem costing Europe heavily*, 22 novembre 2018, <https://www.oecd.org/newsroom/mental-health-problems-costing-europe-heavily.htm>

[3]Cfr. l'articolo, comparso su *Quotidiano Sanità*, *Detenuti nei centri di salute mentale senza indicazione clinica. Per gli psichiatri: “Una distorsione legislativa pericolosissima”*, [http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=75132](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=75132)

[4]Cfr. *Salute mentale in carcere [...]*, su *Quotidiano Sanità* del 3 Aprile 2019, [http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=72661](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=72661)

[5]Iannucci M. e Brandi G., *Salute mentale e carcere. Il dissolversi della psichiatria, dimentica delle sue origini*, su *Quotidiano Sanità* del 6 Aprile 2019 [http://www.ristretti.it/commenti/2019/aprile/pdf2/brandi\\_iannucci.pdf](http://www.ristretti.it/commenti/2019/aprile/pdf2/brandi_iannucci.pdf)