

L'autore di reato con disturbi psichici tra intervento giurisprudenziale e trattamento

Sabato 13 aprile 2024

Cona, Ferrara.

Tavola Rotonda

Il trattamento del malato mentale autore di reato e socialmente pericoloso: il ruolo dei servizi

Moderatori: Pellegrini Pietro, Garofani Luisa

Partecipanti: Cardelli Renato, Saracino Francesca, Rossi Gabriella, Fontanesi Maria Grazia, Forghieri Matilde, Vittorio Laviola

Intervento Pietro Pellegrini¹

Nel ringraziare per l'invito e complimentarmi per la ricchezza dell'iniziativa credo occorra **trattare il tema con equilibrio senza drammatizzazioni** evitando il fenomeno della psichiatrizzazione del disagio sociale (e aggravo scolastico) o la criminalizzazione del conflitto, della devianza e persino del dissenso.

La situazione è complessa e se da un lato, negli anni abbiamo avuto una riduzione degli omicidi (passati dai 700 circa all'anno dei primi anni duemila a poco più di 300 ma con una relativa stabilità dei femminicidi), dall'altro è diffusa l'idea che i reati siano in aumento e stiano caratterizzando e dilagando nella vita quotidiana ("Far west" è il nome di una trasmissione televisiva). A questo concorrerebbero in modo significativo i malati mentali, quando è noto che quota di reati ad essi riconducibili è del 3-5%.²

Come emerso anche oggi, è aumentata l'attenzione ai **reati intrafamiliari** e connessi a relazioni problematiche o "tossiche" soprattutto a danno di donne e minori (si pensi al Codice Rosso) che interrogano il sistema sociale, sanitario, giudiziario ed educativo. E' diffusa la convinzione che la via dell'ordine pubblico e giudiziaria sia necessaria ma insufficiente, spesso tardiva, e per quanto siano in atto sforzi per migliorare altri sono gli interventi da mettere in atto ai fini preventivi, educativi, culturali, sociali e sanitari per affrontare un fenomeno che non pare riconducibile se non per una minoranza di casi (15%) a disturbi mentali ed anche in queste situazioni vi sono elementi diversi e di maggiore complessità.

In altre parole il modello interpretativo del **comportamento (anche in caso di reato) come multideterminato e complesso**, obbliga ad un'analisi articolata delle motivazioni, dei fattori psicosociali e sanitari implicati compresi i disturbi mentali, nell'ambito del patto sociale in essere che vede sempre maggiori componenti culturali e modalità di funzionamento mentale e sociale improntato dalle nuove tecnologie.

A fronte di oltre 61 mila detenuti di cui quasi 10mila in attesa del primo giudizio, 86 mila seguiti dall'Area Penale Esterna, 90 mila liberi sospesi, le 630 persone in REMS più le 600 (molte di meno per il sistema SMOP) in lista di attesa e le 42 detenute "sine titolo", rappresentano una piccola percentuale, almeno sul piano quantitativo. Questo anche se si tiene conto delle 6000 persone seguite dai DSM sul territorio rispetto alle quasi 800 mila complessivamente in cura a livello nazionale. Lo preciso non per disconoscere il peso sia professionale che economico che è derivato dalla legge 81 in particolare per CSM e Residenze e per altro ho ricordato in altre sedi, ma per dire che **il tema è affrontabile con proposte fattive e collaborazioni interistituzionali** al di fuori di ogni drammatizzazione, semplificazione, burn out, rimpallo di responsabilità.

Questo significa comprendere l'importanza di un cambiamento epocale che va completato. Superare gli OPG non era facile e lo abbiamo fatto con il sistema di welfare di comunità e non solo con i DSM al cui interno

¹ Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

² Nivoli A. Milia P., Depalmas C., Nivoli G, Biondi M., Taras G., Lorettu L Sulla psichiatrizzazione e imprevedibilità del comportamento violento sulla persona. Suppl. Riv. Psichiatr. 2020; 55 (6): S33-S39

operano le REMS. Un cambiamento di tale portata comporta la necessità di non sottovalutare nulla: stato delle carceri anche un solo caso di detenzione sine titolo è ingiusta e va prevenuta. E' però importante delineare correttamente i fenomeni, **curare la sicurezza delle cure** in ogni ambito compresi SPDC, CSM, Residenze, visto che ormai è passato un anno dall'omicidio della psichiatra Barbara Capovani e purtroppo non si sono visti interventi specifici, né per le risorse, le dotazioni di personale, la sicurezza.

Questo anche in ambito detentivo. Su 61 mila detenuti, secondo l'ultima Relazione del Garante Nazionale Mauro Palma³, le persone nelle ATSM sono 230 e quelle con disturbi mentali "accertati" 350. Ben più ampio è la percentuale (fino al 40%) di detenuti con disturbi mentali e ancor più con uso di sostanze che risultano imputabili. Suicidi che riguardano anche chi lavora in carcere, tanto che la Polizia penitenziaria ha tassi di suicidio doppi rispetto alle altre Forze dell'Ordine e tripli rispetto alla popolazione generale. Vi è quindi un **grande tema di salute mentale, di benessere di una comunità, di diritti e qualità della vita.**

Come emerso stamane i termini sono diversi e vanno usati con attenzione: **infermità mentale e seminfermità mentale (ambito giuridico), disturbo mentale, malattia mentale (ambito medico), disagio psico-sociale, ambientale e culturale (ambito delle scienze sociali e psicologiche).** Termini che talora vengono usati come intercambiabili ma hanno profonde differenze sia in ambito sanitario che giuridico. Il rischio è che si crei un indistinto e stigmatizzante collegamento tra disturbi mentali e pericolosità/disordini. Dai dati del Garante⁴ sui suicidi nelle carceri riferiti al 2022, **su 85 suicidi 11 (13%) hanno riguardato persone con diagnosi di disturbi mentali mentre 20 (23,5%) erano stranieri senza fissa dimora e ben 68 (80%) erano in una condizione di fragilità sociale.**

Il modello del doppio binario, dicotomico, imputabili- non imputabili, per i quali dovrebbero esistere due vie alternative è superato e quindi inadeguato. Di fronte al disagio e alle difficoltà familiari non si può invocare come prima soluzione il ricovero psichiatrico, ma **interventi diversi incentrati sulla volontarietà** e la partecipazione della persona alla cura e delle sua rete di riferimento al di fuori di un mandato di tutela dell'ordine pubblico che compete ad altre Istituzioni. Ciò è in linea con la legge 180/1978, la legge 18/2009 e 219/2017.

Preservare il mandato di cura, l'unico che la psichiatria può esercitare è fondamentale specie se si tiene conto che solo la psichiatria può realizzarlo. Un concetto che è stato molto bene esplicitato da Cardelli.

Le persone sono, tutte, portatrici di bisogni e risorse. I bisogni, comuni a tutti gli esseri umani, sono quelli di base (relazioni, pasto, luogo protetto dove dormire), educazione, istruzione, cultura, lavoro, reddito, casa, relazioni affettive, bisogni sociali e sanitari, tra questi anche quelli psicologici e di salute mentale. Questo vale anche per pazienti con disturbi psichiatrici e nessuna diagnosi categoriale può includere in sé la pluralità dei bisogni e dei ruoli che connotano la salute. (Garofani)

Ecco perché gli interventi, fondati su diritti-doveri, responsabilità e libertà, devono essere sempre coesistenti, multideterminati e interistituzionali.

Questo anche per quanto attiene le **risorse** che, a partire da quelle della persona, della famiglia, del suo contesto, vanno viste insieme, co-costruite e utilizzate in un'ottica non compartimentale ma sinergica.

Utilizzare i paradigmi bisogni-risorse (e non domanda-offerta) e diritti-doveri/risponsabilità (e non invalidazione- irresponsabilità), apre nuovi scenari operativi e può contribuire a ricreare un nuovo patto sociale ma anche nei contesti di cura e giudiziari.

³ Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale Relazione al Parlamento 2023, 15 giugno 2023 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/pages/it/homepage/pub_rel_par/?frame4_item=1

⁴ Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale. Per un'analisi dei suicidi negli istituti penitenziari, 18 aprile 2023 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/pages/it/homepage/pub_rel_par/?frame4_item=2

Questo è tanto più rilevante nel momento in cui si riconosce lo stato critico degli Istituti di Pena non solo per il sovraffollamento, i suicidi, gli agiti aggressivi verso agenti e personale sanitario ma anche in relazione al loro mandato di rieducazione, reintegrazione sociale, di creazione della sicurezza sociale. **Se il carcere diviene un'istituzione patogena occorre riflettere sul suo utilizzo ma anche sulla sua esistenza.** E se non sia il caso di ridurre il sovraffollamento mediante amnistie, indulto, liberazioni anticipate o anche banalmente ma non tanto introducendo il numero chiuso come accade in altri Paesi e da noi nelle REMS.

La percentuale delle recidive nei reati (70%) è assai preoccupante e interroga sul modello e sull'impegno di risorse ad esso dedicate. In altre parole se il modello impositivo-autoritario incentrato sulla privazione della libertà (di movimento) non debba lasciare spazio ad un modello collaborativo-motivazione incentrato sulla responsabilità e la libertà. Questo a maggior ragione quando si tratta di affrontare dipendenze e condotte di abuso (Saracino).

Una riflessione sulla pena, nella sua funzione espiativa, dovrebbe portare a preservare al massimo le aree funzionali della persona adeguate sul piano familiare, sociale e relazionale. Un approccio che potrebbe essere più utile, specie se si tiene conto da un lato dei danni psichici dell'isolamento e della deprivazione relazionale e dall'altro delle possibilità riparative delle esperienze "controllate".

Va anche tenuto presente che **il carcere, talora, è l'unica istituzione a prendersi cura** di certe persone abbandonate (il che richiama alla proattività e alla prevenzione), a prendersi cura della salute e delle condizioni delle persone tanto maggiore quanto meno è l'efficacia rieducativa del carcere (Laviola). Al tempo stesso l'intervento giudiziario è il momento dell'inevitabile confronto con la propria condizione. Ancora succede che all'azione giudiziaria si arrivi per disperazione di familiari a fronte di conviventi o relazioni tossiche o molto problematiche. Vi è una crisi familiare, sociale educativa (ruolo dei padri), istituzionale. Una crisi che si estende alla democrazia, al futuro e dopo la pandemia anche all'economia, alla pace, alla stessa vita sul pianeta.

Ecco perché questo è un momento critico, una fase sindemica. Tanto più delicato quanto più sono variare le modalità di funzionamento mentale, passato dall'ansia-colpa a vissuti borderline- narcisistici, mondi interni "vuoti", poco consapevole delle conseguenze degli atti o insensibili all'altro (psicopatia). Il passaggio da dinamiche internalizzanti a quelle esternalizzanti e viceversa, può contribuire a spiegare la fluidità ma anche l'intreccio delle condotte. Gli approcci incentrati sul trauma, evidenziano l'importanza degli eventi sfavorevoli dell'infanzia, e quali sforzi possano essere fatti in ambito preventivo (lo ha ben detto Maria Grazia Fontanesi).

Da tutti questi elementi emerge come si assai difficile giungere ad una oggettivazione ma ogni valutazione è relazionale, e dipende anche dall'osservatore e dall'agente. Una cautela da tenere presente nel momento in cui con le REMS, lo abbiamo fatto anche a Casale di Mezzani, abbiamo adottato diversi strumenti di valutazione⁵ e siamo andati avanti nel cercare **di cogliere la Multicomplexità** come ha rappresentato nel suo intervento Giuseppina Paulillo.

Questo vale per la psicopatologia, per il funzionamento e per i progetti che dipendono anche da quanto viene messo a disposizione, dall'approccio abilitante, capacitante o viceversa, come nei manicomi, invalidante, regressivo fino all'istituzionalismo.

Oggi è emerso con estrema chiarezza dal Prof. Grandi come **la perizia, la valutazione della capacità di intendere e volere (a distanza di tempo dal fatto), della capacità di intendere e volere, la previsione della pericolosità sociale siano privi di scientificità.**

L'apporto delle neuroscienze e della testistica per quanto interessanti non hanno modificato questa situazione. E' importante continuare a ricercare e vedere **nell'attività peritale** un momento che di relazione

⁵ Pellegrini P. Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari, Franco Angeli 2015

Pellegrini P. Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quasi un manuale. Alfabeta Verlag 2017

con la persona per comprenderne la psicopatologia a partire da quella classica, descrittiva e al tempo stesso in collaborazione con i DSM vedere quale può essere l'evoluzione del programma di cura (Forghieri). Questo può essere facilitato da quesiti peritali condivisi, schemi e modelli procedurali validati dalle società scientifiche, dai DSM e dalle università.

Intanto di fronte ai **fenomeni complessi e multideterminati** occorre individuare fattori di rischio, protezione, evoluzione o precipitanti/critici in valutazioni condivise, seppure nella differenza delle competenze, secondo una precisa metodologia. **Rilevabilità dei fenomeni, loro modificabilità e valore euristico delle soluzioni, in termini di efficacia ed esiti.**

Valutazioni che omettano fattori molto rilevabili (es sovraffollamento) o apparentemente non modificabili (tempi giudiziari) creano bias molto significativi.

Si tenga conto, a questo proposito, che la rilevazione del mondo interno dell'altro è assai complesso e dipendente dalla relazione con il terapeuta (e quindi è operatore dipendente), è di difficile, lenta e articolata modificazione con risultati anche molto rilevanti ma in tempi non prevedibili.

Ben più semplice è agire sui determinanti sociali della salute: Ad esempio documenti, residenza anagrafica, formazione, lavoro, reddito, relazioni, casa. Diritti per essere parte di una comunità.

In questo ambito va visto anche il **modello della psichiatria che oggi è di tipo olistico e prende in considerazione, nella loro reciproca interazione, i fattori biologici, psicologici, sociali, ambientali e culturali.** Questo è particolarmente importante in ambito detentivo, dove il realizzarsi di una psichiatria incentrata su diagnosi categoriali e terapie solo farmacologiche evidenzia la sua insufficienza strutturale.

Per questo serve un altro approccio e **una moderna concezione della cura**, intesa sia come cure e care, mentre il trattamento negli Istituti di Pena è compito della componente educativa dell'amministrazione penitenziaria. Ma anche come dicevano i greci che per cura avevano tre parole: merimna per conservare la vita, therapeia per lenire le ferite fisiche e psichiche, epilemeia per sviluppare la vita, conoscere e curare se stessi, gli altri e il mondo.

Oggi come ha ben detto il prof. Carabellese **è importante difendere la legge 81/2014 e implicitamente la 180 che dovrebbe essere un bene comune del nostro Paese**, il fondamento del patto sociale costituito dalla Costituzione. La sua realizzazione richiede il concorso e la collaborazione di tutte le istituzioni (giudiziarie, sanitarie, sociali, avvocatura, garanti, prefetture, forze dell'ordine, sindaci), società civile e produttiva, culturale, associazioni e gli stessi utenti. Non vi sono vie semplici, contenitori unici, dedicati ed autosufficienti. La salute, la sicurezza e il benessere di comunità sono prodotti cooperativi, beni comuni.

Cura e controllo quindi vanno declinato secondo una logica universale, cioè che riguarda tutti ciascuno con le proprie competenze. Ad esempio il **controllo va declinato nella vigilanza, sorveglianza sanitaria, monitoraggio sanitario che è diverso dal controllo sociale (affidamento ai servizi sociali), controllo per la sicurezza e la prevenzione di nuovi reati, sorveglianza del magistrato, custodia e coercizione.**

Controllo che in primis deve vedere **responsabilizzata la persona** che non può essere solo oggetto del provvedimento ma soggetto e protagonista dello stesso.

Il tema dei diritti della persona è fondamentale e pertanto credo che l'abolizione del doppio binario, il pieno riconoscimento dell'imputabilità della persona con disturbi mentali sia fondamentale. Il ruolo dei sanitari e dei periti diventerebbe quello di indicare al magistrato e concertare con la persona e chi la difende il programma di cura e la sua sede in relazione anche alle esigenze della esecuzione della pena.

Questa è fondamentale per la persona con disturbi mentali perché il vissuto del reato è presente nel suo mondo interno, ed ha bisogno della parola della legge, di avere un ritorno di realtà e dignità che viene dall'ascolto della sofferenza e del male. Un primo passo per dare senso, rendere verbalizzabile ed elaborare

quanto accaduto è molto più utile di un incomprensibile proscioglimento nel quale il fatto diviene frutto di malattia misteriosa e inaffrontabile. Questo non aiuta nemmeno la cura perché oggi il disturbo è comprensibile, affrontabile, curabile, proprio nel momento in cui lo si denomina, lo si rende parte della relazione.

Un disturbo che non può essere assorbito nella antiquata e dannosa definizione di **pericolosità** sociale (ex art 133 c.p.) che è diversa dalla pericolosità a sé e agli altri (ex legge 36/1904 abrogata dalla 180/1978) e dalla pericolosità criminale. Termini che persistono collegando il malato mentale al pericolo. Quindi a soggetti da temere, controllare e sorvegliare, non punire ma coercire.

Le persone con disturbi mentali hanno bisogno di essere considerati come tutti i cittadini e quindi di avere parità di diritti e doveri. Questo ad esempio non è in ambito penale, sia per il doppio binario, sia per la possibilità di misure di sicurezza provvisorie (arresti senza garanzie) e la stessa libertà vigilata prorogabile sine die e quindi senza un termine massimo in base alla legge.

In questo anche lo psichiatra deve essere affrancato dalla posizione di garanzia in quanto è umanamente e professionalmente impossibile rispondere del comportamento dell'altra persona non essendovi strumenti in grado di operare in modo certo né previsione né prevenzione.

In relazione alla difficoltà del compito sarebbe importante garantire allo psichiatra il **“privilegio terapeutico”**.

Quanto al futuro del sistema credo che non serva aumentare le REMS ma superarle in favore dei **Servizi di cura e giudiziari di Comunità e Prossimità**, articolando le soluzioni nel territorio, in Residenze competenti e anche per la “profilazione” ma soprattutto con Alloggi mediante strumenti come il Budget di Salute.

Credo vada migliorata l'attività e l'offerta di cura (sia negli Istituti di Pena, sia all'esterno) per disturbi di personalità, psicopatia, uso di sostanze.

E' importante strutturare in ogni **DSM un'UO di Psichiatria Forense** mentre credo occorra molta cautela e potenzialmente pericoloso creare le c.d. REMS ad alta sicurezza. I dati del modello inglese andrebbero analizzati e danno indicazioni piuttosto precise.

Nel ringraziare tutti, mi piace concludere con una frase di Franco Rotelli di cui è appena trascorso un anno dalla morte, “siamo disperati portatori di speranza.”