

Maggio 2001

Anno III - Numero 1

INTERAZIONI

psichiatria · giustizia

Simulazione & Dissimulazione

INDICE

PREFAZIONE <i>Adolfo Ferraro</i>	pag. 3
"SIMULAZIONE" E "DISSIMULAZIONE" COME SIGNIFICATO DI PURA STRUTTURA DEL FARE <i>Gino Capozzi</i>	6
INDICATORI CLINICI DI DISSIMULAZIONE DI MALATTIA MENTALE <i>Ugo Fornari, Silvia Coda</i>	17
LA SIMULAZIONE <i>Vittorino Andreoli</i>	35
SIMULAZIONE E DISSIMULAZIONE CONFINI DELL'ETIMO, CONFINI DELL'ETICA <i>Enrico de Notaris</i>	41
FINZIONE E SIMULAZIONE DI MALATTIA MENTALE: LO PSICHIATRA DA MEDICO DELL'ANIMA A CONTROLLORE DELLA FORMA <i>Francesco Bruno</i>	48
SCIOPERO DELLA FAME: SCELTA CONSAPEVOLE O PSICOPATOLOGIA? <i>Antonello Crisci</i>	60
LA SIMULAZIONE INTRAMURARIA: ASTUZIA O NECESSITÀ? <i>Umberto Racioppoli, Antonino Iaccarone</i>	68
SIMULAZIONE DI MALATTIA MENTALE: PROBLEMI CLINICI E DIAGNOSTICI <i>Nivoli G. C., Lorettu L., Salma MN., Milia P.</i>	75
REVISIONE CRITICA DELLA SINDROME DI GANSER <i>Emilia Costa</i>	93
SIMULAZIONE E NORMA PENITENZIARIA <i>Maria Rosaria Marino</i>	102
LA SIMULAZIONE INDOTTA <i>Adolfo Ferraro, Salvatore De Feo, Massimiliano De Somma</i>	108
APPENDICE: PERIZIA MEDICA SU UN CASO DI SIMULAZIONE DI MALATTIA MENTALE <i>Carl Gustav Jung</i>	125

LA SIMULAZIONE INDOTTA

Adolfo Ferraro(*) Salvatore De Feo(**) Massimiliano De Somma(***)

(*) PSICHIATRA, DIRETTORE DELL'O.P.G. DI AVERSA

(**) PSICHIATRA, VICEDIRETTORE DELL'O.P.G. DI AVERSA

(***) PSICOLOGO, VOLONTARIO PRESSO L'O.P.G. DI AVERSA

1. Introduzione

Il titolo di questo lavoro nasce da ipotesi effettuate a seguito delle affermazioni di una grande maggioranza di detenuti inviati in osservazione psichiatrica presso l'Ospedale psichiatrico giudiziario "Filippo Saporito" di Aversa, che dichiarava durante il primo e i successivi colloqui, di non comprendere il motivo del loro trasferimento, di sentirsi sani, di non voler simulare alcun tipo di "follia", di voler ritornare nel carcere di provenienza, e di essere stati inviati in osservazione a seguito di un banale litigio con un compagno di cella.

L'elaborazione statistica dei dati raccolti circa gli osservandi passati negli ultimi 10 anni per questo istituto, di seguito commentati e rappresentati sotto forma di istogrammi, apre le porte a numerosi dubbi e a svariate ipotesi, ma soprattutto descrive un fenomeno, tendenzialmente in aumento, che non può non offrire interessanti spunti di riflessione.

Questo lavoro vuole quindi svolgere principalmente funzione divulgativa ed informativa, mostrando dei dati, nei loro flussi e nelle loro tendenze, non accessibili a tutti, e per questo, forse, poco conosciuti.

2. L'osservazione dei detenuti in O.P.G.

L'attuale regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà (D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230), all'art 112 sull'accertamento delle infermità psichiche, recita: "... *L'accertamento è espletato nel medesimo istituto in cui il soggetto di trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della medesima categoria.*

L'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di sorveglianza possono, per particolari motivi, disporre che l'accertamento sia svolto presso un ospedale psichiatrico giudiziario, una casa di cura e custodia o in un istituto o sezione per infermi o minorati psichici, ovvero presso un ospedale civile. Il soggetto non può comunque permanere in osservazione per un periodo superiore ai trenta giorni. All'esito dell'accertamento, l'autorità giudiziaria che procede od il magistrato di sorveglianza, ove non adottati uno dei provvedimenti previsti dagli articoli 148, 206 e 212, secondo comma, del codice di procedura penale o degli articoli 70, 71 e 72 del codice di procedura penale e del comma 4 dell'art. 111 del presente regolamento, dispone il rientro nell'Istituto di provenienza."

I soggetti in osservazione sono persone detenute o in attesa di processo, inviate presso un Ospedale psichiatrico giudiziario perché hanno manifestato delle turbe psichiche. L'osservazione psichiatrica effettuata deve concludersi con una relazione medica negante o convalidante l'esistenza del disturbo. A seconda del provvedimento che ne segue, il soggetto rientra o meno in carcere. Questa categoria, a tutt'oggi fornisce uno dei maggiori contributi quantitativi alla popolazione manicomiale-giudiziaria, non essendovi alcuna restrizione all'invio in osservazione psichiatrica dal carcere al manicomio: è sufficiente che un medico del carcere (abituamente anche non psichiatra) rediga un certificato con la generica diagnosi di "agitazione psicomotoria" o "alienazione mentale", perché il trasferimento si attui immediatamente.

Se un detenuto dà segni di alienazione mentale, il medico dispone che sia posto in osservazione e prescrive le cautele e i provvedimenti che ritiene opportuni per accertare se l'alienazione

effettivamente sussiste, e per garantire la sicurezza dell'infermo e l'ordine dello stabilimento (art.106, comma I del Regolamento penitenziario del 1931).

Ciò accade non solo quando il detenuto manifesta reali segni di patologia psichica, ma anche in caso di tensioni o insofferenze per situazioni intollerabili all'interno del carcere, ad esempio con uno dei tanti gesti di protesta: ledersi le vene dei polsi con oggetti taglienti, ingerire corpi estranei, barricarsi in cella ed altri.

In effetti, l'istituzione carceraria ha sempre mal tollerato i comportamenti "diversi", che interrompono una routine. Spesso, una delle ragioni che spingono la direzione a procedere all'invio in osservazione al manicomio è la pressione esercitata dal basso, ovvero dal corpo della Polizia Penitenziaria, che sa di essere ritenuto responsabile di ogni evento lesivo che dovesse derivare alle persone o alle cose. Si deve rilevare che, i fini cui deve tendere l'intervento del medico sono: la sicurezza dell'infermo e l'ordine dello stabilimento. Come si vede, manca qualsiasi accenno ad un intervento finalizzato alla cura della persona e al recupero del suo stato di salute.

L'invio in osservazione manicomiale spesso è usato anche come deterrente nei confronti di detenuti "ribelli", non per ragioni di patologia, bensì per motivi sociali, economici o addirittura politici. Ciò accadeva frequentemente negli anni Settanta, quando vi era nelle carceri una vivace protesta per la mancata riforma del codice penale e per la ritardata approvazione della legge di riforma penitenziaria. Subito dopo ogni rivolta, partivano dalle grandi carceri, decine di detenuti in traduzione speciale, suddivisi tra i penitenziari delle isole ed i manicomi giudiziari. Spesso, anche i comportamenti individuali di ribellione possono condurre al Manicomio giudiziario. In alcuni casi, invece, è lo stesso detenuto che provoca il suo temporaneo trasferimento da un carcere lontano ad un Ospedale psichiatrico giudiziario più vicino al luogo di residenza dei familiari, per poter essere visitato frequentemente. Si verifica inoltre, che il detenuto non tollerante del regime carcerario troppo duro, si faccia mandare in Manicomio giudiziario, procurandosi delle lesioni, con la segreta speranza di essere trasferito dopo l'osservazione, in un carcere migliore. Il pericolo più grosso si ha riguardo al tentativo degli autori di gravi reati di farsi credere "pazzi". Il metodo usato a questo scopo è la simulazione di comportamenti abnormi, anche se in realtà è difficile farsi mandare più volte in osservazione senza che vi sia una connivenza da parte della struttura penitenziaria a vari livelli. La pratica dell'osservazione ancora oggi però riempie gli ospedali giudiziari italiani, nonostante a questo inconveniente abbia cercato di porre rimedio la legge di riforma penitenziaria del 1975, disponendo che le osservazioni, di norma, debbono effettuarsi nello stabilimento dove si trova il detenuto, riservando a casi eccezionali l'osservazione in Manicomio giudiziario.

3. La conferma della patologia e l'applicazione dell'art. 148 c.p.

Prima della sentenza della Corte costituzionale n.146 del 19.6.1975 (nella quale si conferma la possibilità di sospendere la pena al condannato che presenta turbe psichiche, e si convalida la parte che ne dispone l'invio al Manicomio giudiziario), convalidata la patologia mentale, Il giudice di sorveglianza ordinava l'interruzione dell'esecuzione della pena detentiva, rimanendo sospeso il periodo di tempo da trascorrere ancora in carcere.

La direzione dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, quindi, inviava periodicamente all'autorità giudiziaria una relazione sulle condizioni psichiche del condannato, e fino a che questo non veniva giudicato di nuovo "sano", la pena restava sospesa. Se, al contrario, si verificava una guarigione, allora la pena ricominciava a decorrere dal momento in cui era stata disposta la sospensione.

La filosofia che stava alla base di questa norma è che il condannato colpito da malattia mentale non è più capace di intendere il valore afflittivo e correttivo della pena: il sistema penale non si accontenta, infatti, di infliggere una pena che priva il soggetto della libertà personale, ma pretende che egli sia in grado di percepirne tutta l'afflittività. Questa situazione giuridica produsse, soprattutto negli anni passati, effetti assurdi: vi sono state persone che si sono viste sospendere la

pena a pochi mesi dalla sua fine, sono state trasferite in Manicomio giudiziario per la sospensione e qui sono rimasti per molti anni.

I casi in cui si fa ricorso all'art.148 c.p. riguardano persone che hanno commesso un reato essendo già affette da turbe psichiche che al momento del processo non sono state riconosciute, magari perché in fase iniziale o per insufficienze nella indagine peritale, ovvero si verifica quando l'equilibrio psichico del soggetto detenuto viene sconvolto dall'esperienza del carcere, per cui viene considerato non più in grado di subire l'esecuzione della condanna alla reclusione, cosa quantomai inspiegabile, dal momento che è considerato in grado di essere recluso in Ospedale psichiatrico giudiziario, a volte anche per un periodo di tempo più lungo.

Questo meccanismo sarebbe spiegabile solo dal punto di vista del formalismo giuridico, dato che la reclusione manicomiale non è considerata tecnicamente una pena e non richiede un adeguato equilibrio psichico per essere attuata. Nella realtà si tratta comunque di una privazione della libertà personale e della detenzione in un istituto penitenziario, al di là di ciò che intende la legge. D'altra parte si è affermato che il ricovero manicomiale è curativo e serve a guarire il soggetto malato di mente, in modo che possa di nuovo continuare ad espriare la condanna che gli è stata inflitta.

Il Manicomio giudiziario era stato progettato, in Italia, con lo scopo preciso di rinchiudervi i condannati impazziti in carcere. L'allora "casa di pena per invalidi" di Aversa, ex convento di San Francesco, futuro "manicomio giudiziario" prima e "ospedale psichiatrico giudiziario" e "casa di cura e custodia" poi, fu infatti il primo, nel 1876, ad accogliere diciannove rei-folli nella "sezione per maniaci" istituita, in assenza di disposizioni legislative, dal direttore generale delle carceri, Martino Beltrani Scalia. Il Regolamento generale delle carceri, emanato poi nel 1891 a seguito del Codice Penale Zanardelli del 1889, prevede in seguito espressamente la misura del manicomio giudiziario per *"i condannati divenuti pazzi durante la espiazione della pena, ed agli imputati ed accusati dei quali l'Autorità giudiziaria competente ordina il ricovero forzato, temporaneo o definitivo."*¹

Ma nella formulazione del successivo codice Rocco, il vero motivo della sospensione della pena non era quello di rendere il condannato impazzito di nuovo capace di intendere il valore afflittivo e correttivo della pena. Infatti, ci si era accorti che alcuni detenuti potevano godere in manicomio di un trattamento meno duro rispetto a quello del carcere: essi tentarono di farsi trasferire simulando la pazzia. Per scoraggiare questa tattica si era congegnato il meccanismo della sospensione della pena, che dissuase i simulatori, ma che distrusse chi veramente soffriva di disturbi psichici, dato che il ricovero in Manicomio giudiziario era, una volta sospesa la pena, cosa del tutto diversa dalla pena stessa, ed il tempo trascorso lì non era computabile ai fini della condanna. Il condannato doveva completarne l'espiazione, anche se il tempo passato in Manicomio giudiziario era molto superiore alla parte di condanna che rimaneva da espriare.

Della iniquità di questa situazione si discusse a lungo, fino a che il giudice di sorveglianza di Firenze decise di impugnare l'art.148 c.p. di fronte alla Corte Costituzionale, poiché fortemente sospetto di incostituzionalità. Il giudice sollevò la questione d'illegittimità costituzionale poiché l'art.148 violava l'art.24 della Costituzione, non prevedendo per il condannato alcun diritto alla difesa; inoltre si rilevava un contrasto insanabile tra questa norma, che aveva lo scopo di far risentire al condannato gli effetti afflittivi della pena, e la Costituzione che all'art.27 prevede: *"le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità, e devono tendere alla rieducazione del condannato"*. Infine l'art.148 violava l'art.3 della costituzione, che prevede pari diritti di tutti i cittadini di fronte alla legge. Vi era quindi grave disparità di trattamento del detenuto, a seconda che la malattia si verificasse prima o dopo della condanna. Infatti, nel caso di malattia sopravvenuta all'imputato, questi andava sì in Manicomio giudiziario, ma almeno poteva uscire una volta scaduti i termini massimi previsti dalla legge per la carcerazione preventiva.

¹ Relazione al Ministro dell'interno sul Regolamento per gli Stabilimenti carcerari e per i Riformatori governativi del Regno, 1891.

Il condannato, invece, cui fosse sopravvenuta la malattia, andava lo stesso in Manicomio giudiziario, ma non ne usciva praticamente più. Ne è seguita la sentenza della Corte costituzionale n.146 del 19.6.1975, nella quale si conferma la possibilità di sospendere la pena al condannato che presenti turbe psichiche, e si convalida la parte che ne dispone l'invio al Manicomio giudiziario. Viene invece abrogata quella parte dell'art.148 c.p. in cui si dispone che il tempo trascorso in manicomio non è computato ai fini dell'esecuzione della pena. La decisione della Corte si basa sul rilievo che vi è contrasto con l'art.3 della Costituzione (c.d. principio di uguaglianza), per il diverso trattamento che si instaura per il detenuto cui sopraggiunge una infermità psichica, a seconda che egli sia stato o meno già condannato.² Questa sentenza ha contribuito a ridurre di molto il ricorso all'art. 148 c.p., a conferma del significato oggettivamente e strumentalmente punitivo che la norma aveva nei confronti dei condannati "ribelli". Una volta che la sua applicazione non ha per effetto pratico quello di prolungare senza limiti la detenzione, decade anche la possibilità di impiegarla come strumento di ricatto.

D'altra parte, però, la modifica della legge fece aumentare, tra la fine degli anni settanta e gli inizi degli ottanta, il fenomeno della simulazione di malattia mentale. Favoriti da perizie facili offerte da medici senza scrupoli, gran parte della popolazione carceraria, soprattutto appartenente alla criminalità mafiosa e camorristica, riusciva a trascorrere lunghi periodi detentivi in luoghi meno rigidi e permissivi come gli O.P.G., dai quali anche le facili evasioni venivano punite come semplici "allontanamenti". Nel 1980 l'istituto di Aversa era popolato da quasi ottocento ricoverati, di cui un quarto di falsi matti, cioè di delinquenti comuni che avevano scelto la via della follia riconosciuta per poter evitare la galera.

La legge Gozzini, che ancora oggi permette più chances e maggiore libertà proprio a chi può comprendere il significato punitivo della galera, invertendo di colpo il fenomeno della simulazione per trasformarlo in quello della dissimulazione, fece pulizia cercando di ridare agli O.P.G. la loro piena funzione curativa.

Si comprende, quindi, come mai oggi gli Ospedali psichiatrici giudiziari accolgano ben pochi soggetti etichettati come rei-folli e comunemente chiamati in gergo "148" dal numero dell'articolo del c.p. che regola il trasferimento in tali istituti per "Infermità Mentale Sopravvenuta Condizione". Ciò che ancora non si comprende, e su cui pendono alcune ipotesi che dovrebbero maggiormente essere verificate, è il motivo dei numerosissimi invii in osservazione da parte delle strutture carcerarie e dei medici ivi operanti, anche quando non strettamente necessari.

I dati e le tabelle che seguono non danno una chiara risposta e non pretendono di risolvere il problema, ma aprono invece a nuovi dubbi e a sicure riflessioni.

4. Osservazioni ed elaborazioni statistico-descrittive

Nonostante siano stati raccolti ed elaborati un grosso quantitativo di dati riguardanti i soggetti passati in osservazione psichiatrica presso questo istituto, si è ritenuto di rappresentare e commentare quelli che ci sono sembrati più significativi e sintetici.

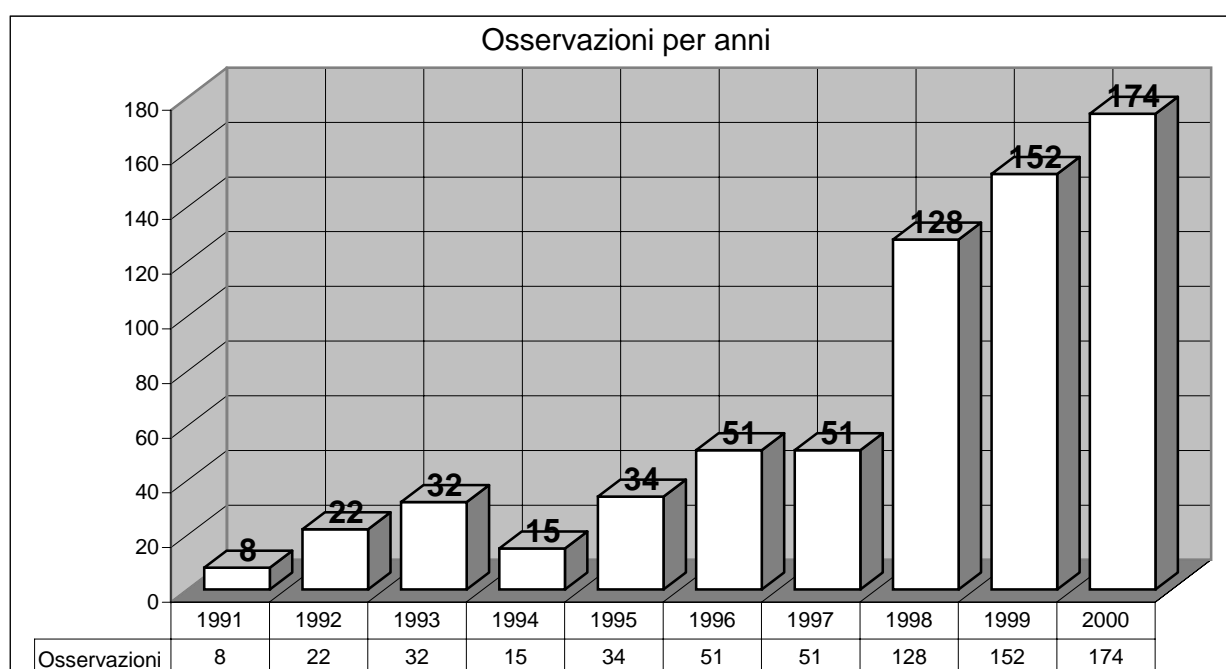
La creazione e l'esistenza di più *database* elettronici, gestiti dagli uffici della "matricola" e degli "educatori" di questo istituto, hanno permesso la raccolta e l'elaborazione di informazioni risalenti fino a 10 anni. A tal proposito ci sembra doveroso ringraziare l'ispettore di Polizia Penitenziaria Nicola Picone e l'educatore coordinatore Antonio Staropoli per il contributo apportato a questo lavoro.

I dati sono stati rappresentati sottoforma di istogrammi, corredati da tabelle, per una facile ed immediata consultazione.

In particolare, essi descrivono:

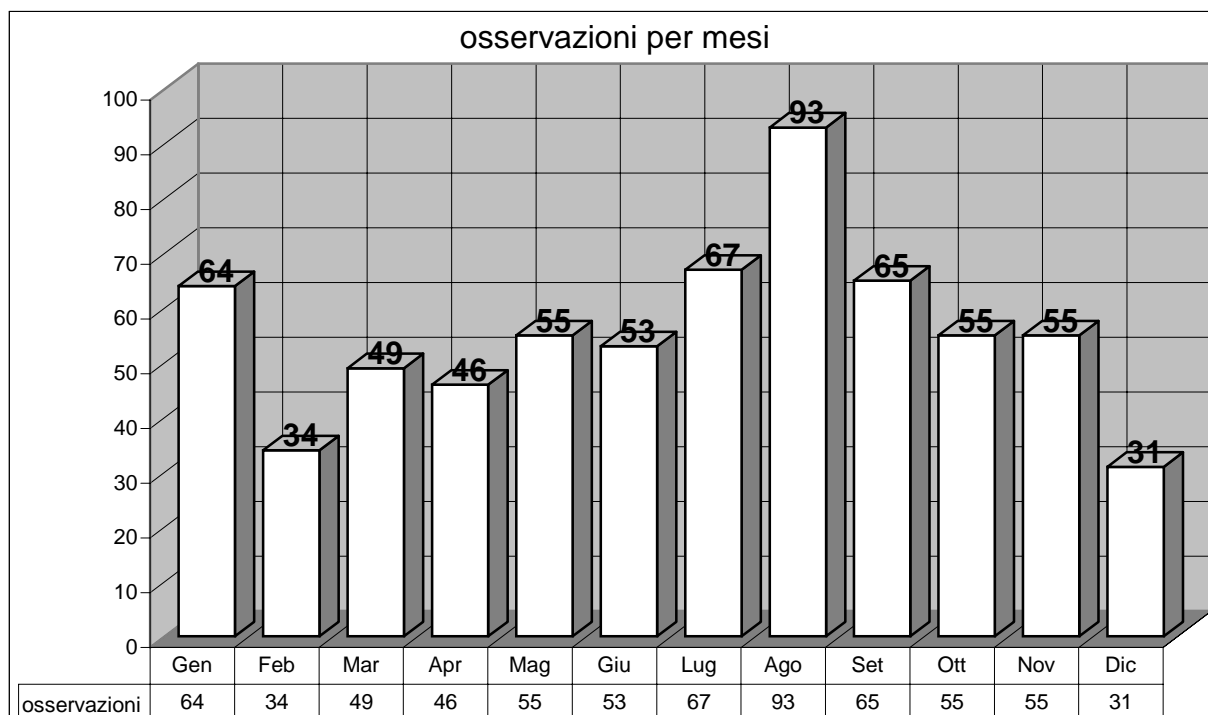
² Corte Costituzionale, Sentenza n. 146 del 19. 6. 1975, Rivista italiana di Diritto e Procedura penale, XIX, 1976.

1. Il numero di osservazioni effettuate in questo istituto dal 1991 al 2000, suddivise per anni.
2. Il numero di osservazioni effettuate in questo istituto dal 1991 al 2000, suddivise per mesi.
3. Il numero di osservazioni ripetute più volte sugli stessi soggetti, dal 1991 al 2000.
4. Il tempo intercorso fra l'arresto e l'invio in osservazione.
5. La posizione giuridica dei soggetti in osservazione dal 1991 al 2000.
6. Il motivo di invio in osservazione.
7. Esito diagnostico post osservazione.



Istogramma 1

Questo primo istogramma (1) mostra il trend di osservazioni effettuate in questo O.P.G. negli ultimi 10 anni, e non il numero di soggetti inviati, in quanto, come si vedrà oltre, molti soggetti, evidentemente non trattenuti, perché non ritenuti affetti da patologie necessarie di ricovero continuato, sono stati, specialmente negli ultimi anni, inviati a questo istituto più e più volte. Ogni commento risulta superfluo. Il totale di 667 osservazioni in 10 anni è ripartito come osservabile da tabella.

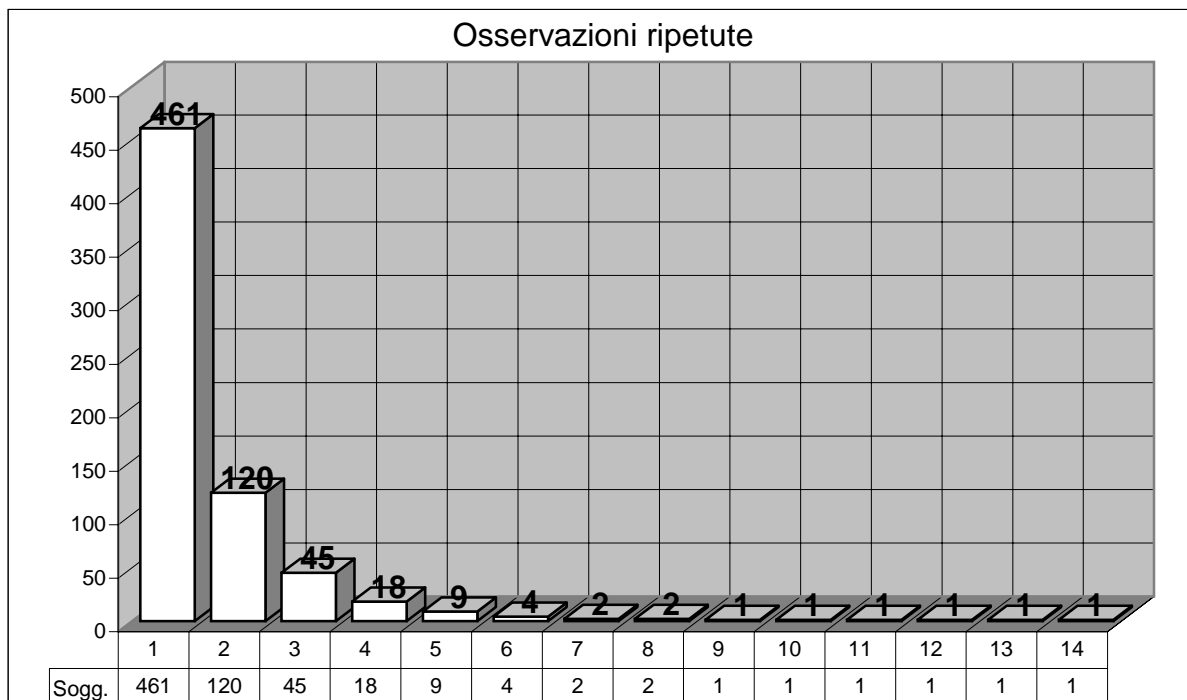


Istogramma 2

Il secondo istogramma (2) è stato invece elaborato per mostrare l'andamento stagionale delle osservazioni effettuate in questo istituto negli ultimi 10 anni. Esso evidenzia e conferma un fenomeno solo percepito dagli addetti ai lavori dell'Ospedale: quello dell'aumento degli invii nei periodi festivi, a supposizione della necessità di smaltire l'affollamento carcerario in periodi di minor presenza del personale. Tali ipotesi, lungi dal volerle far apparire come certezze, in quanto necessiterebbero, come già segnalato, di maggiori studi ed approfondimenti, verranno in seguito corroborate dai dati sulle diagnosi d'uscita ed esito giuridico che mostrano l'effettiva applicazione su tale massa di osservazioni, dell'art.148 c.p. Tutto ciò, nell'intenzione degli autori, ha il solo scopo di informare e segnalare principalmente un inutile spreco di energie e di soldi utilizzati soprattutto nell'espletamento delle traduzioni di andata e ritorno dal carcere all'O.P.G. e viceversa.

Come è possibile osservare dall'istogramma e dalla relativa tabella, i mesi di luglio, agosto e settembre, e quelli di dicembre e gennaio, mesi in cui sono concentrati grossi periodi festivi, negli ultimi 10 anni hanno portato un notevole incremento del fenomeno, altresì ipotizzabile da modelli e teorie di "stagionalità in psichiatria", secondo i quali "...*diverse condizioni patologiche riconoscano una ricorrenza della sintomatologia in coincidenza con specifici periodi dell'anno.*"³

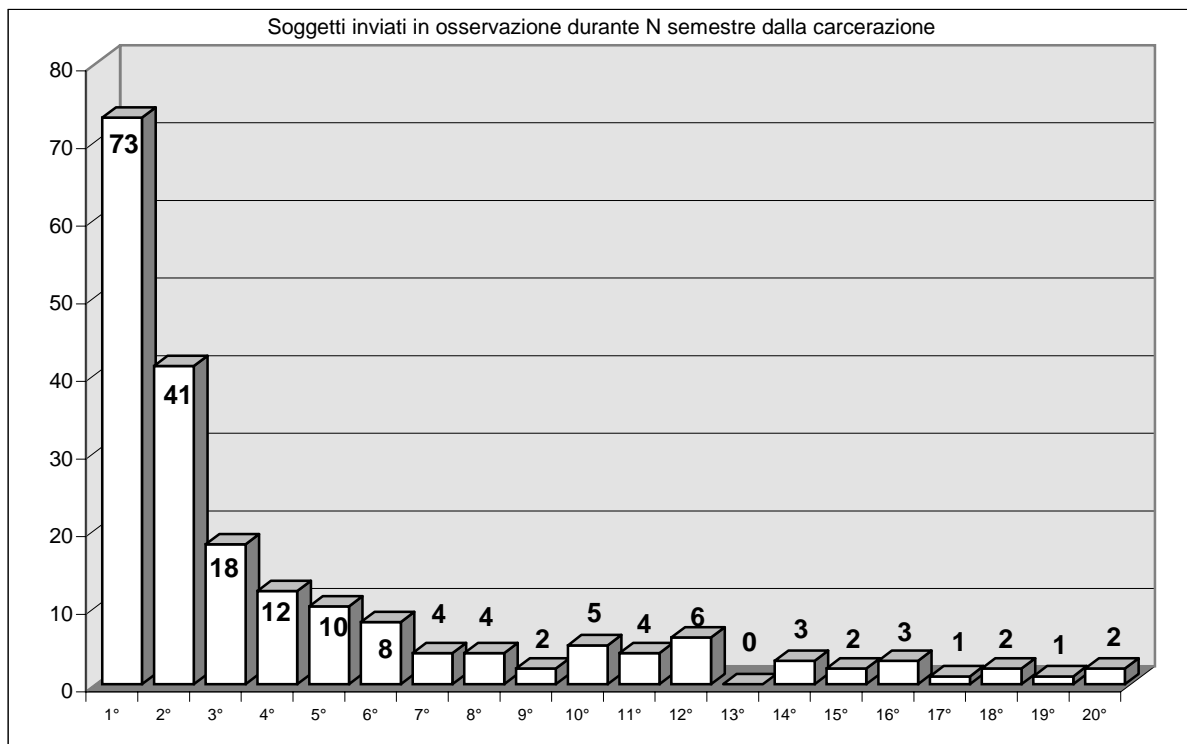
³ Castrogiovanni P. e altri, Stagionalità in Psichiatria, See Editrice, Firenze, 1999, pag.5



Istogramma 3

Il terzo istogramma (3) svela l'effettivo numero di soggetti sottoposti ad osservazione psichiatrica negli ultimi 10 anni. 461 è il numero di soggetti sottoposti la prima volta ad osservazione ed inviati per all'O.P.G. di Aversa. Di questi, 120 sono stati rinvii una seconda volta, avendo evidentemente i medici psichiatri del carcere in cui tali soggetti sono reclusi, non ritenuto soddisfacente la diagnosi e la certificazione di compatibilità col regime carcerario effettuata dai colleghi di questo istituto. Di questi, ancora, 45 soggetti sono ritornati in O.P.G. una terza volta per altri 30 giorni di osservazione psichiatrica, e così via per 18 di essi tornati una quarta volta, e ancora per altri 9 una quinta. Quattro soggetti sono stati rinvii un sesto volta e purtroppo 2 di questi ancora una settimana ed un'ottava. Rasentando l'assurdo, un soggetto, ormai vecchia conoscenza dell'O.P.G., ha soggiornato in osservazione per ben 14 volte. La quindicesima, da notizie acquisite in via informale e confidenziale, è stato inviato in osservazione presso l'O.P.G. di Napoli.

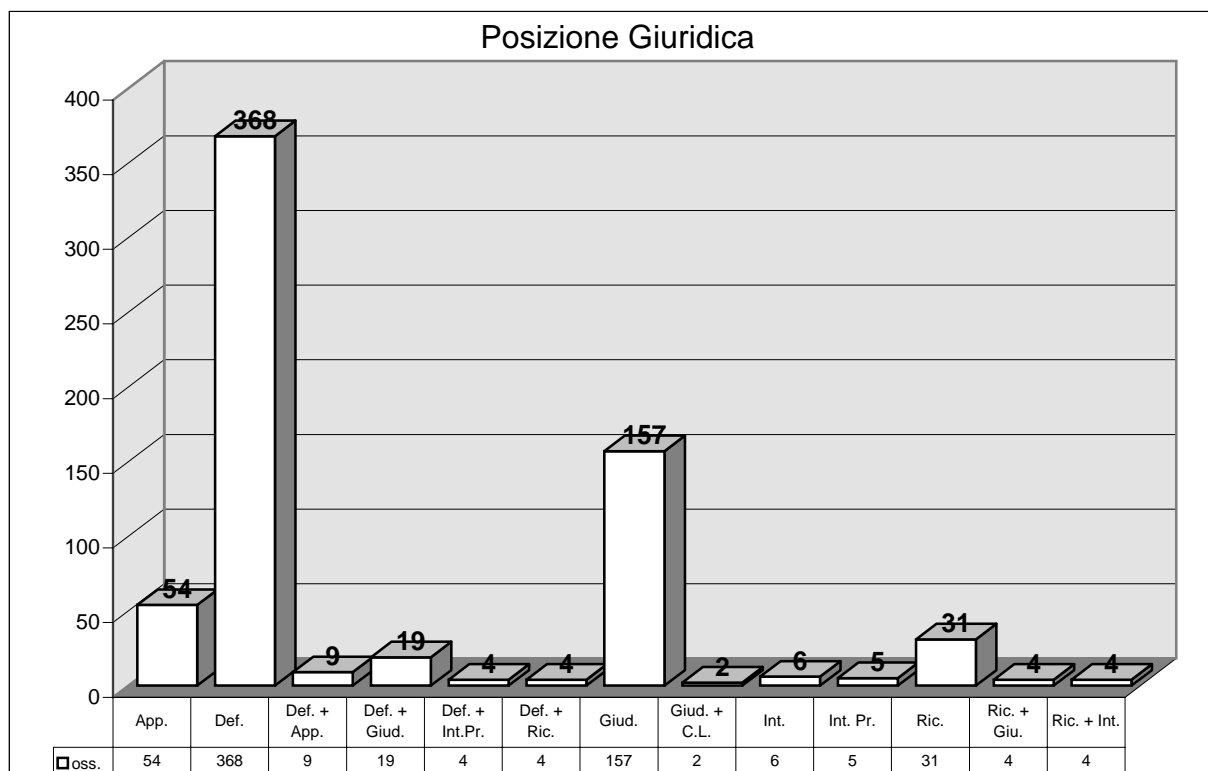
Quanti di quei soggetti non ritornati una seconda e una terza e ancora una quarta ed una quinta volta, e così via, sono stati diagnosticati rei-folli e quindi trattenuti, e quanti dei precedenti rinvii in carcere e non ritornati all'O.P.G. di Aversa sono stati inviati in osservazione presso altri O.P.G., non ci è dato sapere. Come già detto, questo lavoro meriterebbe un giusto approfondimento, magari rintracciando altri dati e correlandoli fra loro. È quanto si ripropongono di fare gli stessi autori che con questo lavoro hanno voluto solo accendere degli interrogativi.



Istogramma 4

Questo istogramma (4) rappresenta i dati circa il tempo intercorso (in semestri) fra la data di arresto e l'invio del carcerato in osservazione. Settantatré soggetti sono stati inviati in osservazione psichiatrica presso l'O.P.G. di Aversa durante il loro primo semestre di detenzione. Undici durante il loro secondo semestre di reclusione, cioè passati sei mesi dalla loro data di arresto e non ancora trascorso un anno, e così via.

È facile notare come l'invio in osservazione avvenga maggiormente durante i primi mesi di reclusione e vada via via scemando. Tale fenomeno potrebbe, ad esempio, essere legato ad una difficoltà di adattamento al regime carcerario e all'ambiente in cui un detenuto viene a trovarsi, legato ad eventuali slatentizzazioni di patologie psichiatriche non riconosciute prima o abilmente dissimulate. Questa è solo una delle ipotesi possibili che, insieme ad altre, andrebbe comunque verificata.



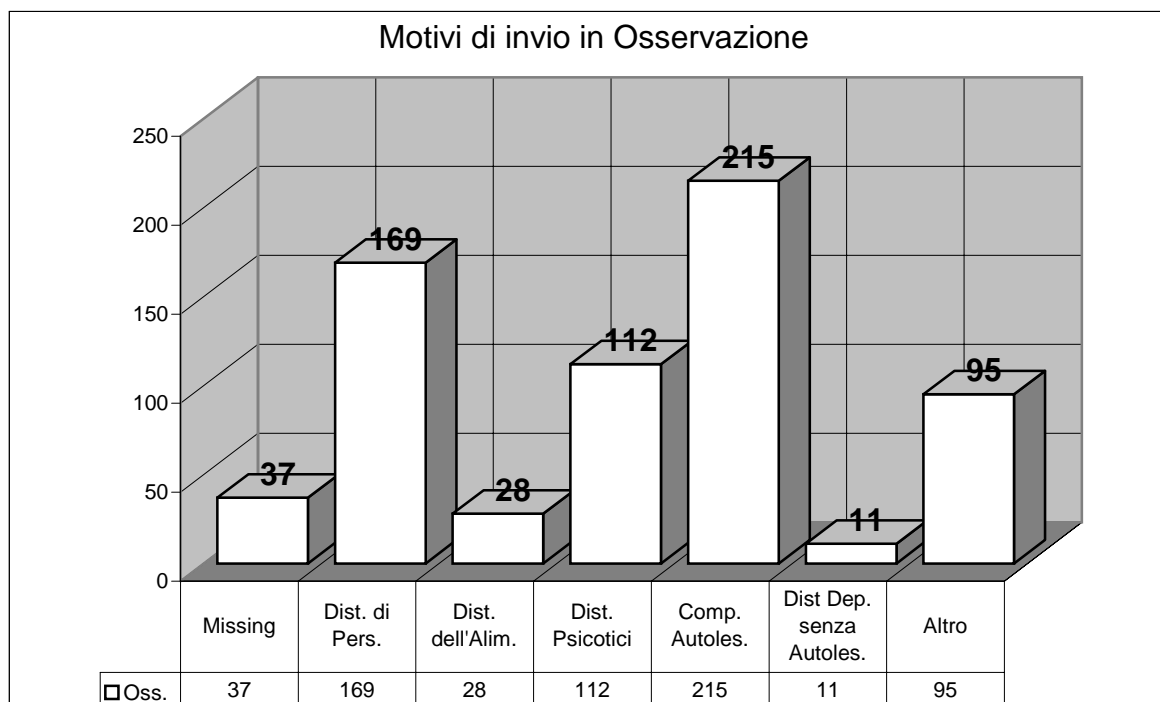
Istogramma 5

Altri dati che in questo percorso offrono interessanti spunti di riflessione, nella rappresentazione dell'istogramma 5 mostrano la posizione giuridica dei soggetti al momento dell'arrivo in osservazione presso questo istituto.

La definitività della sentenza, riscontrata nella maggior parte degli osservandi si contrappone al relativamente esiguo numero di soggetti ancora in fase processuale (giudicabili, appellanti e ricorrenti) in cui una volontaria simulazione di malattia mentale sembrerebbe più comprensibile. Meno comprensibili sembrerebbero invece ipotetiche simulazioni da parte dei "definitivi", cui l'attuale legge Gozzini lascerebbe attualmente molte più libertà. Naturalmente bisognerebbe analizzare caso per caso, tenendo presente, fra le altre, anche variabili inerenti al tipo di reato commesso, la pena e la linea difensiva degli avvocati.

Segue una stringata specifica sulle abbreviazioni dell'istogramma 5:

1. L'abbreviazione "App." sta per "Appellante"
2. L'abbreviazione "Def." sta per "Definitivo"
3. L'abbreviazione "Def.+App." sta per "Definitivo + Appellante"
4. L'abbreviazione "Def.+Giud." sta per "Definitivo + Giudicabile"
5. L'abbreviazione "Def.+Int.Pr." sta per "Definitivo + Internato Provvisorio",
6. L'abbreviazione "Def.+Ric." sta per "Definitivo + Ricorrente"
7. L'abbreviazione "Giud." sta per "Giudicabile"
8. L'abbreviazione "Giud.+C.L." sta per "Giudicabile + Casa di Lavoro"
9. L'abbreviazione "Int." sta per "Internato"
10. L'abbreviazione "Int.Pr." sta per "Internato Provvisorio"
11. L'abbreviazione "Ric." sta per "Ricorrente"
12. L'abbreviazione "Ric.+Giu." sta per "Ricorrente + Giudicabile"
13. L'abbreviazione "Ric.+Int." sta per "Ricorrente + Internato"



Istogramma 6

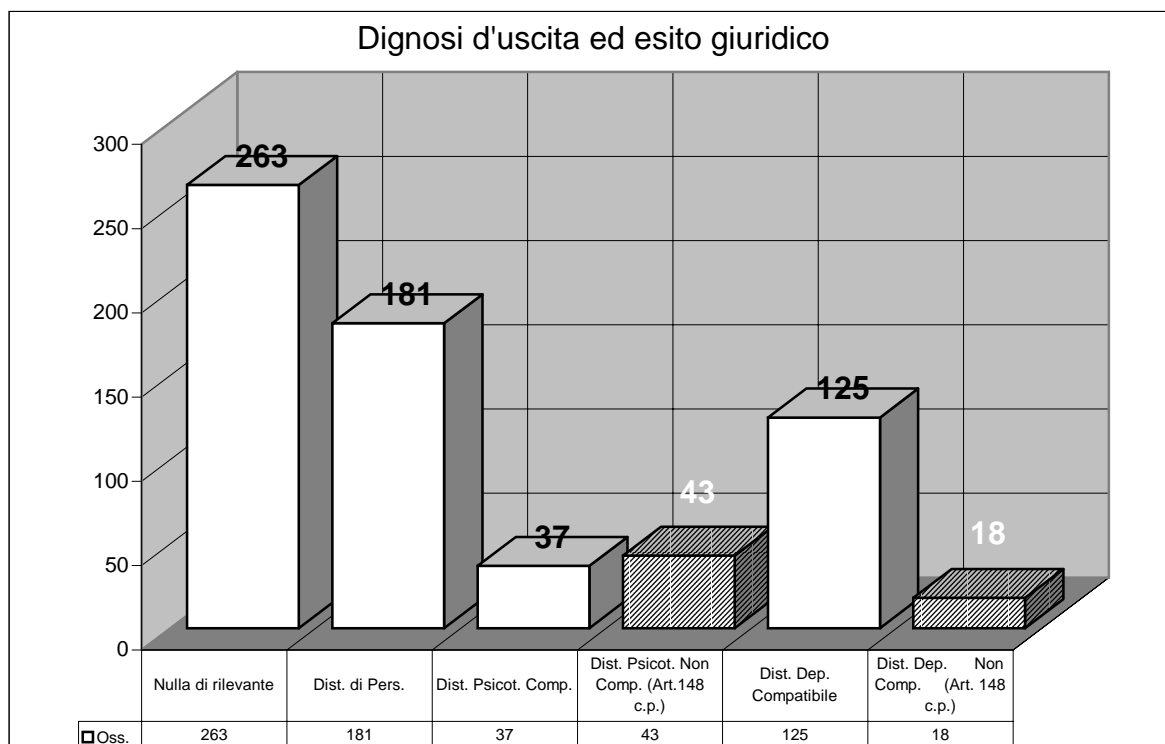
Nel penultimo istogramma (6) abbiamo raccolto in sette categorie i motivi di invio in osservazione presso questo istituto. Non sempre il medico che ha visitato il detenuto nel suo carcere di provenienza, ipotizza una vera e propria diagnosi. Molto spesso questa è deducibile da quanto segnalato nella cartella clinica che segue il soggetto in osservazione, ma alcune volte risulta addirittura impossibile comprenderne la grafia, soprattutto quando le indicazioni si limitano ad osservazioni comportamentali.

Nella categoria “*Missing*” abbiamo per l’appunto raccolto il numero dei casi in cui mancava qualsiasi tipo di indicazione e motivazione di invio, o anche quando risultava impossibile risalirvi.

Con “*Disturbi dell’alimentazione*” e “*Comportamenti autolesionistici*” sono state etichettate categorie di motivazioni di tipo comportamentale. Alla prima appartiene quasi esclusivamente il fenomeno dello sciopero della fame e comunque del rifiuto del cibo o dell’acqua; alla seconda il fenomeno dell’autolesionismo realizzato per lo più con ferite da taglio.

I dati descritti con le categorie di “*Disturbi di personalità*”, “*Disturbi psicotici*” e “*Disturbi depressivi*” strettamente più di tipo psichiatrico, raccolgono sia vere e proprie diagnosi di invio, sia fenomeni comportamentali descritti con frasi del tipo: “... *il soggetto dichiara di sentire delle voci provenienti dagli oggetti ...*” oppure “... *Il soggetto presenta turbe comportamentali di tipo antisociale ...*” e ancora “... *incompatibilità marcata verso i compagni di cella ...*” ecc.

Infine, nella categoria “*Altro*”, effettivamente generica ma necessaria, sono state raccolte motivazioni improprie, illogiche, non comprensibili e comunque non accorpabili alle precedenti.



Istogramma 7

Infine, l'ultimo istogramma (7) rappresenta i dati raccolti ed elaborati circa gli esiti diagnostici e quindi giuridici, nel caso di effettivo riscontro di necessità di ricovero in O.P.G. e quindi di applicazione dell'art.148 c.p., formulati dagli psichiatri di questo istituto, trascorsi i 30 giorni di osservazione psichiatrica in loco.

Sotto l'etichetta "*Nulla di rilevante*" sono stati accorpate casi in cui effettivamente non è stato riscontrato, neanche lontanamente, alcun disturbo mentale, tale da ritenere addirittura superfluo e paradossale l'invio del detenuto in osservazione.

Nelle categorie "*Disturbi di personalità*", "*Disturbi psicotici compatibili*" e "*Disturbi depressivi compatibili*", sono stati raccolti i dati riguardanti esiti diagnostici in cui è stata effettivamente individuata o riconosciuta una patologia mentale in atto, ritenuta altresì compatibile col sistema carcerario ed affrontabile in loco. A tal proposito ricordiamo che in tutte le case circondariali e i centri penitenziari è prevista la presenza di medici, medici psichiatri, psicologi, infermieri e di personale e strutture sanitarie, capaci di far fronte a lievi problemi di tipo psichiatrico.

Infine, solo in 61 su 667 casi ("*Disturbi psicotici non compatibili*" + "*Disturbi depressivi non compatibili*"), i soggetti osservati sono stati ritenuti gravemente compromessi e bisognosi quindi di trasferimento e cure in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

5. Conclusioni

La possibilità di usufruire dell'O.P.G. come struttura deputata, oltre ai compiti di cura e custodia degli infermi di mente autori di reato, all'effettuazione dell'osservazione psichiatrica deriva, a parere degli scriventi, dalla mancanza "storica" di una netta separazione fra il circuito penitenziario "ordinario" e quello "psichiatrico-giudiziario".

In altri termini il disagio psichico, nella sua accezione più ampia, ivi compreso anche la "semplice" sofferenza o intolleranza da parte di un soggetto per altri versi normale alle inevitabili restrizioni del regime penitenziario, passa comunque attraverso un'istituzione, l'O.P.G., che viceversa dovrebbe essere esclusivamente dedicata al compito di curare (non diciamo guarire

perché non sempre è possibile, ma curare che è sempre possibile ed anzi doveroso) gravi patologie psichiche che hanno prodotto un comportamento deviante e socialmente pericoloso.

Affrontare il disagio psichico inevitabilmente connesso alla detenzione dovrebbe essere compito della sanità penitenziaria al pari degli interventi sulle patologie respiratorie o gastroenteriche e questo non per classismo o rifiuto di problematiche comunque di estrema importanza, ma per definire ruoli e funzioni in maniera chiara, non passibile di equivoci o “scorciatoie” verso la libertà e per dedicare agli internati tutta l’attenzione della struttura, senza doversi preoccupare di “evasioni”, di “personaggi scomodi”, di posizioni giuridiche o quant’altro.