- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.246 Wed, 02 Jul 2025, 04:00:37

Editoriale

La riforma dell'ordinamento penitenziario. Una rivoluzione culturale che investe i Servizi di Salute Mentale

The reform of the Penitentiary Order. A cultural revolution that involve the Mental Health Services

STEFANO FERRACUTI*, MASSIMO BIONDI
*E-mail: stefano.ferracuti@uniroma1.it

Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, "Sapienza" Università di Roma

RIASSUNTO. La riforma dell'ordinamento penitenziario (legge 103/2017) che sta per entrare in vigore in Italia rappresenta una rivoluzione copernicana per la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato, e costituisce un mutamento al pari di quanto accaduto con la legge 180 del 1978. I principi fondamentali su cui si basa sono: 1) l'estensione della facoltà di sospendere la pena anche nei confronti di chi si trova in condizioni di grave infermità psichica; 2) la piena operatività del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) negli istituti penitenziari; 3) la costituzione di "Sezioni per detenuti con infermità" carcerarie, a esclusiva gestione sanitaria per soggetti con disturbi psichici, affidate ai DSM; 4) la riforma della disciplina dell'affidamento in prova al Servizio Sociale anche per detenuti con pene fino ai 6 anni, se affetti da malattia mentale, con procedura simile a quella già in atto nei Servizi per le Tossicodipendenze (SerT). L'articolo affronta gli aspetti positivi della riforma, ma anche le criticità che essa presenta nei suoi aspetti attuativi: formazione degli agenti di polizia penitenziaria e degli operatori sanitari; impiego sostanziale e decisivo della psichiatria negli istituti di pena; funzioni di controllo da parte del DSM sui pazienti; mancanza di personale e di fondi. Lo scopo finale della riforma è il contenimento della recidiva, e il sistema va organizzato su questo obiettivo.

PAROLE CHIAVE: crimine, malattia mentale, affidamento terapeutico, sospensione pena, riforma.

SUMMARY. The reform of the penitentiary system (law 103/2017) which is about to enter into force in Italy represents a Copernican revolution for the management of psychiatric patients who are also authors of a crime. The change would have consequences similar to what happened with the law 180 of 1978. The basic principles on which the new Law is based are: 1) the extension of the faculty to suspend the sentence also for inmates and prisoners affected by a serious mental illness; 2) the full integration of the National Health System (SSN) and DSM in the penitentiary institutions; 3) the establishment of "sections for prisoners with disabilities", special sections for exclusive management for individuals with mental disorders, to be implemented inside the prisons and jails; 4) the possibility probation and parole for prisoners with sentences up to 6 years if suffering from mental illness with a procedure similar to the one already enacted for persons with drug dependency. The article deals with the positive aspects of the reform, but also with the critical aspects it presents in its implementation aspects: training of prison police officers and health workers; substantial and decisive employment of psychiatry in penal institutions; control functions by the DSM on patients; lack of staff and funds. The final aim of the reform is to contain recidivism, and the system must be organized on this goal.

KEY WORDS: crime, mental illness, probation, jail, reform.

L'enorme e puntuale lavoro del gruppo di studio sui Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) è una premessa, ormai non solo utile, ma indiscutibilmente necessaria, per far fronte ai compiti ai quali i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) saranno chiamati nel prossimo futuro. Il supplemento di *Rivista di psichiatria* a essi dedicato[1] analizza accuratamente e con precisione una serie di variabili critiche e di grande rilievo che devono essere assolutamente note a chiunque abbia il privilegio di poter esercitare come operatore della salute mentale in carcere o in altro ambiente "ristretto". Forse non si immaginava che ci si sarebbe dovuto confrontare così a breve con un compito di queste dimensioni[1]. Infatti, la legge n. 103 del 2017 ("Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario") ha delegato il Governo (art. 1, comma 82) ad adottare decreti legislativi per la riforma della disciplina in materia di intercettazione di conversazioni o comunicazioni e di giudizi di impugnazione nel processo penale nonché per la riforma dell'ordinamento penitenziario. La disposizione prevede che tale delega debba essere esercitata entro un anno dall'entrata in vigore della stessa legge 103 e dunque entro il 3 agosto 2018. I decreti legislativi non dovranno comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e dovranno essere adottati su proposta del ministro della Giusti-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.246 Wed, 02 Jul 2025, 04:00:37

zia. Quando uscirà questo scritto, sarà già probabilmente legge. In particolare, il comma 85 del Decreto, escludendo i casi dei 41-bis, individua dei principi direttivi per la riforma dell'ordinamento penitenziario che sono caratterizzati: dalla semplificazione delle decisioni del Tribunale di Sorveglianza, dalla revisione delle modalità e dei presupposti per accedere alle misure alternative e ai benefici penitenziari, dall'opportunità di incremento di attività lavorative. Il Decreto prevede anche: l'affermazione al diritto all'affettività, interventi per l'integrazione di detenuti stranieri, l'applicazione del principio della riserva di codice nella materia penale, la responsabilizzazione dei detenuti, interventi a favore di donne recluse e detenute madri, fino alla revisione del sistema delle pene accessorie e a speciali previsioni per l'adeguamento delle norme penitenziarie ai minori.

All'interno di questa epocale riforma, i cui principi ispiratori non possono che essere condivisi, dato il ruolo sempre più privo di senso di una pena che, per le note condizioni delle carceri italiane, raramente riesce ad adempiere al suo mandato costituzionale, vi sono alcune norme che riguardano direttamente la medicina penitenziaria, anche attraverso un impiego sostanziale e decisivo della psichiatria negli istituti di pena e nella gestione dei condannati. Sono anche rilevanti, ai fini del nostro discorso, le misure sulla giustizia riparativa, di cui tuttavia non si potrà trattare, ma che sono comunque affrontati dalla riforma e andrebbero anche questi meditati.

In particolare, la riforma prevede:

1) L'abrogazione dell'art. 148 c.p. e l'estensione del rinvio facoltativo della pena anche nei confronti di chi si trova in condizioni di grave infermità psichica (nuova formulazione dell'art. 147 c.p., primo comma, n. 2). D'altronde, l'art. 148 c.p. obbligava il giudice al ricovero negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ormai non esistenti, e vi erano forti preclusioni a inviare questi pazienti nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)[2], anche per i noti problemi di capienza. In pratica, qualsiasi detenuto, con qualsiasi lunghezza di pena, se sopravviene una "grave infermità psichica" (non definita) può chiedere la sospensione della pena fino a quando l'effetto nocivo della patologia non sia regredito.
2) Il secondo articolo ribadisce l'operatività del SSN negli istituti penitenziari. Spettano al servizio sanitario l'organizzazione di un servizio medico e di un servizio farmaceutico, la creazione di una carta dei servizi sanitari per i detenuti e gli internati; è sempre il SSN a stabilire che i detenuti, quando ricoverati esternamente, possono non essere piantonati. È significativamente modificata la visita medica generale all'ingresso in istituto: i detenuti devono essere esaminati per possibili segni di violenza, e hanno diritto di ricevere informazioni complete sullo stato di salute personale; è garantita la continuità terapeutica, con le indagini e le cure specialistiche necessarie persino riguardo alla medicina preventiva o connessa a patologie già esistenti, ivi comprese le persone che stanno attuando un programma di cambiamento di sesso. I detenuti possono farsi curare e visitare a loro spese da privati. Il DG della ASL locale deve visitare almeno due volte l'anno l'istituto penitenziario per valutare l'attuazione delle misure. È perciò indiscutibilmente chiaro (nonostante l'atteggiamento da struzzi di molti) che la ASL, e solo la ASL, sarà responsabile della salute in carcere.
3) Rispetto alle malattie mentali, non cambia l'attribuzione dei giudici nelle diverse fasi processuali, ovvero la persona continua ad avere giudici che esercitano il processo di cognizione fino a quando è imputata e giudici dell'esecuzione (magistrati di sorveglianza) nel momento in cui viene condannata. Cambia la sede in cui la patologia è accertata. Prima avveniva nel "medesimo istituto in cui il soggetto si trova", mentre ora sarà attuata presso delle istituende sezioni per detenuti con infermità che non si chiameranno più "Istituti per infermi e minorati", ma "Sezioni per detenuti con infermità". Queste nuove sezioni speciali, a esclusiva gestione sanitaria, sono interamente dedicate ai condannati ex art. 89 o 95 c.p. nonché ai soggetti affetti da infermità psichiche sopravvenute o per coloro che non hanno usufruito della sospensione della pena ai sensi dell'art. 147 comma 4 c.p. (ovvero quelli che hanno un concreto pericolo di reiterazione di crimini). Queste sezioni sono affidate in via esclusiva al DSM per «favorire il trattamento terapeutico e riabilitativo e il superamento delle suddette condizioni d'infermità psichica o di cronica intossicazione da alcol o sostanze stupefacenti». In questo senso il DSM è investito di un preciso compito terapeutico proteso a superare la condizione di malattia che è stata significativamente causativa nei reati che queste persone hanno compiuto. La riforma specifica che l'assegnazione alle sezioni speciali «avviene solo quando non sia possibile applicare una misura alternativa alla detenzione che consenta un adeguato trattamento terapeutico-riabilitativo». Questo implica che vanno posti in misura alternativa alla detenzione tutti i detenuti per i quali sussiste tale possibilità, analogamente con quanto avviene con i non imputabili ex art 88 c.p. dove la misura detentiva in REMS è considerata *extrema ratio*. La misura alternativa è l'affidamento al DSM, come si comprende meglio in seguito. I servizi dovranno essere "tempestivi". In queste sezioni sarà anche effettuata l'osservazione dei detenuti che sviluppano disagio mentale per un periodo non superiore ai 30 gg – attuali 112 nell'Ordinamento Penitenziario (OP) – e sono condivisi con detenuti con disabilità fisica. Si introduce il riferimento alla marginalità sociale tra gli ambiti di intervento che il SSN assicura ai detenuti e agli internati. Difficile ipotizzare che l'intervento sulla marginalità sia affidato ai chirurghi o agli otorini.
4) L'art. 14 del decreto riforma la disciplina dell'affidamento in prova al servizio sociale prevista dall'art. 47 OP. L'articolo è complesso, ma ai nostri fini è rilevante notare che prevede:

   a) la possibilità di accesso alla misura anche per chi non dispone di una propria abitazione o domicilio; l'affidamento è eseguito presso una struttura pubblica di cura, assistenza o accoglienza o altro luogo di dimora sociale appositamente destinato. Ciò fa forse riferimento alle Residenze per la Salute Mentale, ma forse, invece, è da definire;
   b) l'affidamento in prova di condannati con infermità psichica (art. 47-septies OP) che viene concepito con modalità analoghe all'art. 94 del TU stupefacenti (DPR 309/1990). Questa azione è collegata ad altre disposizioni presenti nel testo; a tale affidamento possono accedere le persone a cui è stato riconosciuto un art. 89 o 95 c.p. nel corso del giudizio di cognizione, quando

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.246 Wed, 02 Jul 2025, 04:00:37

sia presente una grave infermità psichica ai sensi dell'art. 147, comma 1, n. 2. Si afferma che l'interessato può chiedere di essere affidato in prova per l'esecuzione di un programma terapeutico e di assistenza psichiatrica concordato con il DSM della ASL competente; se il programma terapeutico va eseguito in una struttura privata è richiesto l'accreditamento presso il SSN della struttura. Ai fini della concessione della misura, i limiti di pena detentiva (anche residua) da espiare non possono superare i 6 anni (o i 4 anni, se la condanna riguarda i gravi reati di cui all'art. 4-bis, comma 1 OP). Spetta al DSM riferire periodicamente al magistrato di sorveglianza sul comportamento del soggetto. È, infine, prevista la possibilità di prosecuzione dell'affidamento per infermità psichica quando sia terminata la parte terapeutica del programma anche in deroga ai limiti di pena per l'affidamento ordinario previsti dall'art. 47 OP. Ovvero, la persona può rimanere affidata anche quando ha completato il percorso. In pratica, i DSM devono attestare lo stato di malattia, certificandolo analogamente ai SerT, stabilire un programma, controllare che sia attuato, verificare come procede, relazionare alla Magistratura.

Data la complessità della riforma, quanto riportato non può che essere un'esposizione incompleta. Tuttavia, si può considerare che la popolazione penitenziaria affetta da grave malattia mentale sia valutabile nel 10-15% della popolazione carceraria totale, stima ottimistica, essendovi studi che identificano una prevalenza del 80% di malattia mentale in ambiente penitenziario[3-6]. La verità è che non sappiamo quanti detenuti soffrano davvero di disturbi mentali. Sappiamo che al 31.12.2017 vi erano 57.608 detenuti (e pochi anni orsono vi è stato un indulto). Se accettiamo l'ottimistico 10% di detenuti con malattia mentale, abbiamo 5760 affidati ai DSM in breve tempo. I DSM non ritengono sia un loro ruolo esercitare funzioni di controllo su pazienti, mentre molti aspetti della riforma, di fatto, delegano ai DSM la valutazione se la persona può o meno essere inserita in un programma e la valutazione dell'andamento del programma stesso, ovvero se deve tornare in carcere. Inoltre, i DSM sono organizzati, nella maggior parte dei casi, con una netta predominanza del modello medico rispetto a quello espresso da psicologi, assistenti sociali, riabilitatori. Questo personale è estremamente ridotto rispetto alle esigenze della riforma e suppone un cambiamento profondo dei DSM, specialmente se questi dovranno anche farsi carico delle persone in affidamento con l'art. 47-septies che include anche i 4-bis, ovvero persone con reati gravi e molto gravi e pene residue inferiori ai 4 anni, in quel caso.

I reparti a esclusiva gestione sanitaria previsti nelle carceri hanno delle criticità. A quali requisisiti strutturali devono far riferimento? Sono reparti nei quali si può effettuare un trattamento sanitario obbligatorio (TSO)? Se le strutture sono predisposte dall'amministrazione penitenziaria e poi in esse dovrà lavorare personale della ASL, è agevole immaginare un'immediata tensione per qualsiasi problema di responsabilità professionale (inevitabilmente destinato a sorgere). Si immagini quali problemi di sicurezza possa porre, con i tassi di suicidio presenti tra i detenuti[7-9], fare lo psichiatra in carcere, una volta che il detenuto, di fatto, diviene un paziente ricoverato. Dovranno essere stilate linee guida precise, puntuali, dettagliate per poter adempiere alla legge Gelli. Queste strutture come possono essere a esclusiva gestione sanitaria se sono localizzate all'interno delle carceri? Di quanto personale devono disporre? Dei due medici e del singolo psicologo stabilito dalla legge per le REMS? Paradossalmente, allora, se sono strutture solo sanitarie, il DSM potrebbe ricoverare nella struttura qualche esterno. Inoltre, la norma afferma che in questi reparti andrebbero ospitate persone con disturbi mentali e persone con disabilità (fisica), il che è pericoloso.

La cancellazione dell'art. 148 c.p. e la modifica del 147 c.p. pongono il serio rischio di un'inflazione di richieste di sospensione della pena per malattia mentale. In ambiente penitenziario è agevole creare la condizione di perdita di peso, con riduzione dell'attività motoria e l'affermazione di essere depressi, chiedendo benefici per tale ragione. È noto che lo psichiatra clinico è molto restio a stabilire una simulazione, né ha mai ricevuto addestramento in proposito. Abitualmente si sente affermare che non è una diagnosi, perciò non la si può sostenere[10].

L'Italia manca di una legislazione riguardo il cosiddetto "sciopero della fame", al contrario di molti paesi, e se una persona cessa di alimentarsi e afferma che è depressa è estremamente difficile che un qualche sanitario si opponga a questa condotta. Se i detenuti avranno la prospettiva di una sospensione di pena per una condizione patologica difficilmente obiettivabile e sostanzialmente aleatoria, nelle sue possibilità di accertamento oggettivo, è molto probabile che si avranno "epidemie" di depressione, tenendo conto che la prospettiva è la sospensione della pena e il ben più afflittivo affidamento alle cure del DSM. Si pensi alle problematiche che si possono avere su certi territori a elevata densità mafiosa. È poi di evidenza palmare che la riforma non può essere a costo zero per le Regioni e la sanità. Richiede moltissimo personale. Parimenti, gli agenti di polizia penitenziaria andrebbero intensamente formati anche in relazione agli operatori sanitari, avendo compiti sempre più complessi e articolati, tali da richiedere una necessaria integrazione con altre figure sanitarie.

A fronte di queste immense difficoltà, è anche vero che la psichiatria non ha saputo proporre alternative concrete a un sistema che ha mantenuto una modalità di stampo manicomiale, fino a poco tempo orsono, per la gestione dei malati di mente autori di reato. Quando, *obtorto collo*, si è trovata a dover affrontare il problema, non ha saputo imporsi per la creazione dei necessari posti letto, sull'onda di ideologie prive di senso pratico che affermavano che il problema della connessione tra devianza e malattia mentale era un'"invenzione" a mero scopo stigmatizzante. Si è preferito attuare la riforma (la legge 180) per i malati di mente che non compivano reati, creando due categorie di malati di mente, anche se lo stesso Basaglia aveva lucidamente affermato che il problema dei malati di mente autori di reato era per certi versi "irrisolvibile".

Lavorare in carcere non è considerato particolarmente attraente nell'ambito della salute mentale. Non si è ancora capito che la psichiatria forense è effettivamente una branca della psichiatria sociale e anche recentemente la stessa psichiatria sociale non appare essersi resa conto della problematica che si andava sviluppando, dal momento che il tema della presente riforma non è stato per nulla affrontato in un recente congresso, pur essendo ampiamente pubblico l'at-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.246 Wed, 02 Jul 2025, 04:00:37

tuale progetto di legge. Non abbiamo idea della reale prevalenza dei disturbi mentali in carcere. È sufficiente fare un giro per Regina Coeli o per Poggioreale per rendersi conto della gravità del problema. Certo, la situazione in piccole carceri per detenuti definitivi non è la stessa, ma il punto è che molte ASL sono in tremendo ritardo anche sui precedenti obiettivi, che erano pur minimali rispetto a questi.

Questa riforma cambierà la psichiatria tanto quanto la legge 180. Al solito siamo arrivati tardi. I giuristi hanno ben compreso, prima di noi, che la pena è *Stimmung* di un ordinamento giuridico «espressione di un "sentimento di giustizia" che distingue un ordinamento giuridico da una banda di malfattori organizzata»[11] e che nelle nostre carceri vi è ben poco di rieducativo o riabilitativo. I malati di mente criminali erano scotomizzati. Da parte dei medici si è sentito affermare che era meglio valutare il più possibile le persone come imputabili per non averle in carico al DSM, o che i periti erano "corrotti" e per questo valutavano le persone come non imputabili, e a nulla sono valse le critiche incentrate sul fatto che il sistema è a vasi comunicanti e che il problema, uscito dalla porta sarebbe rientrato dalla finestra. In questo caso si è aperto un portone.

Tuttavia, se i DSM vorranno davvero affrontare questa sfida (anche perché non se ne potranno sottrarre) dovranno cambiare parte del loro DNA: comprendere cosa è la giustizia riparativa, sviluppare psicoterapie per gravi disturbi di personalità, lavorare alla pari con altre figure professionali, non dare per scontato che il solo contatto con il servizio sia effettivamente terapeutico, apprendere a misurare, dare cifre, standardizzare le psicoterapie, riconoscere la simulazione, porsi concretamente il problema della misura della recidiva, saper guardare il carcere come effettivo gemello del manicomio e così guarire da una ambliopia decennale che pur Foucault aveva lucidamente analizzato negli stessi anni di Basaglia. Invece, le Regioni sono state molto solerti a riferire i "successi" della chiusura degli OPG (ovvero quanti pazienti erano stati dimessi), ma non hanno mai fornito i numeri di quanti pazienti sono in libertà vigilata presso i DSM, né quanto questa popolazione di pazienti incida sui costi dei DSM. Va compreso che lo scopo finale della riforma è il contenimento della recidiva e il sistema va tarato su questo obiettivo: non vi sono molte alternative se non si vogliono di nuovo aprire i manicomi o chiamare carceri posti che sono di fatto manicomi.

BIBLIOGRAFIA

1. Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). Raccomandazioni per il paziente con disturbo mentale negli Istituti Penitenziari italiani. Riv Psichiatr 2017; 52 (6 Suppl. 1): S1-S33.
2. Casacchia M, Malavolta M, Bianchini V, et al.; Direttivo Sezione Italiana World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un new deal per la salute mentale? Riv Psichiatr 2015; 50: 199-209.
3. Zoccali R, Muscatello MR, Bruno A, et al. Mental disorders and request for psychiatric intervention in an Italian local jail. Int J Law Psychiatry 2008 ; 31: 447-50.
4. Carrà G, Restani L, Dal Canton F. L'Addiction Severity Index (ASI-X) EasyASI CD-ROM & software, 2004. www.eikondata.com.
5. Piselli M, Elisei S, Murgia N, Quartesan R, Abram KM. Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. Int J Law Psychiatry 2009; 32: 101-7.
6. Piselli M, Attademo L, Garinella R, et al. Psychiatric needs of male prison inmates in Italy. Int J Law Psychiatry 2015; 41: 82-8.
7. Anselmi N, Alliani D, Ghini F. Psicofisiopatologia del suicidio in carcere: un contributo in termini di prevenzione. Riv Psichiatr 2014; 49: 288-91.
8. Anselmi N, Mirigliani A. Disturbi di personalità e autolesionismo in ambito penitenziario. Riv Psichiatr 2010; 45: 58-60.
9. Biondi M, Iannitelli A, Ferracuti S. Sull'imprevedibilità del suicidio. Riv Psichiatr 2016; 51: 167-71.
10. Anselmi N, Savoja V. La simulazione della malattia mentale in ambito penitenziario. Riv Psichiatr 2004; 39: 208-12.
11. Cecchi S, Di Rosa G, Epidendio TE. Partire dalla pena. Il tramonto del carcere. Macerata: Liberilibri, 2015 (pp. 227-292).