- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.138 Wed, 09 Jul 2025, 08:31:54

Editoriale

Dove vogliamo andare? Il DPCM dell'1/4/2008 è una spada a doppio taglio

Where are we going? The forced deinstitutionalization is a double-edged sword

STEFANO FERRACUTI[1], MASSIMO BIONDI[2]
E-mail: stefano.ferracuti@uniroma1.it

[1]UOC di Psichiatria, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Sapienza Università di Roma
[2]Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma

SUMMARY. In Italy the deep crisis of the judicial system, and in particular of the jail system, has allowed the development of an intense deinstitutionalization. A set of rules implemented since 2008 are leading to the closure of the Judicial Psychiatric Hospitals and, simultaneously, to the release of a large number of detainees, mainly restricted for drug offenses. There is a lack of effective structures for the management of this population, plagued with mental disorders. Social policies are needed that allow the development of structures for this complex population, which otherwise will be left to itself.

KEY WORDS: Deinstitutionalization, Judicial Psychiatric Hospitals, DPCM 1/4/2008.

La crisi della Giustizia in Italia è profonda e i tentativi di riassetto dell'ordine giudiziario sono ben lungi dall'aver acquisito forma compiuta. Il tema può apparire non appropriato a una rivista come *Rivista di Psichiatria* ma, a nostro parere, si sta prospettando un quadro organizzativo della salute mentale che presenta le potenzialità per una estrema problematicità, ed è questa la ragione per la quale affrontiamo il tema in questa sede.

In particolare, all'interno di un quadro complessivo di riorganizzazione del sistema della Giustizia, il DPCM del 1/4/2008, trasferendo la sanità penitenziaria al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ha aperto una serie di problematiche sulle quali è in corso un ampio dibattito, come gli interventi ospitati nel presente numero documentano. Il problema del passaggio della sanità penitenziaria al SSN è stata la ragione per la quale si è intrapresa un'opera mai tentata prima, ovvero la chiusura dei "famigerati" ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), residui manicomiali del primo '900 che, comunque, ospitavano circa un migliaio di persone. Il processo di chiusura degli OPG è ancora in atto e sarà concluso nelle parti fondamentali per aprile del 2015, con i limiti, le difficoltà e le incognite che questo comporta. Tuttavia, il problema della chiusura degli OPG è solo uno dei tagli di questa spada, l'altro è costituito dal sistema penitenziario.

L'Italia è notoriamente afflitta da un problema di sovraffollamento penitenziario, che ha già condotto a censure e multe da parte della Corte di Giustizia Europea[1]. Il trattamento carcerario dei detenuti affetti da disturbi mentali è stato considerato inadeguato nel Rapporto degli Ispettori Europei sullo stato delle carceri in Italia[2]. Secondo il rapporto del 2013 del Consiglio d'Europa, l'Italia, dopo la Serbia e la Grecia, è il Paese con maggiore sovraffollamento penitenziario: per ogni 100 posti, ci sono 147 detenuti, ed è al terzo posto per numero assoluto di detenuti in attesa di giudizio, dopo Ucraina e Turchia. A questo, inoltre, corrisponde anche un elevato costo di gestione del settore, considerando che l'Italia nel 2010, escludendo le spese mediche, ha speso 111,68 euro al giorno per ogni detenuto a fronte, per es., della Germania e della Francia che spendono rispettivamente 109,38 e 69,12 euro, comprendendo anche le spese mediche[3]. Questa immensa popolazione penitenziaria è afflitta in termini rilevanti da problematiche psichiatriche, con stime che, in Italia, vanno da un minimo del 19% dei detenuti affetti da malattie mentali a un massimo dell'85%[4-6], di cui una percentuale elevata è affetta da gravi malattie mentali. Il tasso di suicidio nelle carceri italiane è drammaticamente elevato e in certe popolazioni penitenziarie raggiunge livelli estremi[7].

La realtà ormai evidente e nota a tutti è che le carceri ospitano una ampia fascia di detenuti affetti da gravi malattie mentali, di cui molti tossicomani. Queste persone hanno difficoltà a inserirsi nella vita sociale, tendono a condurre esistenze marginali, compiendo reati di basso profilo criminale ma dove, tuttavia, il concomitante uso di sostanze crea le condizioni per le quali spesso queste persone hanno pene elevate, in gran parte dettate dal possesso o spaccio di droghe. Di fatto in Italia vi sono 23.263 uomini e 1011 donne ristretti per reati connessi agli stupefacenti[8] su un totale di 62.536 persone incarcerate. Non è difficile valutare che proprio questa popolazione di detenuti consumatori di tossici è quella in cui la prevalenza di malattia mentale è più elevata, come è ben noto agli operatori dei Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) e agli psichiatri penitenziari.

A fronte di questa situazione di sovraffollamento penitenziario, il Governo, dopo la controversa esperienza dell'indulto del 2006, ha varato una politica di progressiva decarcerazione, con il cosiddetto "decreto svuota carceri" del 2013[9].

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.138 Wed, 09 Jul 2025, 08:31:54

Il decreto tenta di ridurre i flussi in entrata dei detenuti e di ampliare le possibilità di misure alternative per i soggetti meno pericolosi. In particolare, la custodia cautelare in carcere può essere disposta solo per i reati che hanno pene non inferiori ai cinque anni (artt. 280 e 274 cpp), si implementa la liberazione anticipata (art. 656 cpp) facendo sì che i condannati possano attendere da liberi la misura alternativa alla detenzione, ampliando la discrezionalità del giudice per la concessione di misure alternative per i reati commessi da tossicodipendenti. È stata, inoltre, estesa la possibilità della misura di detenzione domiciliare per i soggetti recidivi per piccoli reati. Nelle stime del Governo queste misure dovrebbero far uscire dal carcere circa 10.000 persone. Il decreto prevede, inoltre, l'ampliamento delle possibilità per i tossicodipendenti di svolgere lavori di pubblica utilità.

Questa serie di dati evidenzia due problematiche rilevanti per la psichiatria e che non sono sufficientemente o per nulla considerate nel dibattito relativo alla chiusura degli OPG e all'apertura delle Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza (REMS):

1. sono i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) dopo il DPCM del 1/4/2008 a doversi fare carico della salute mentale nelle carceri, dovendo fornire standard analoghi a quelli erogati sul territorio;
2. la fuoriuscita di un così gran numero di persone affette in buona parte da disturbi mentali non può che ricadere sui DSM, anche se i SerT ne sono parimenti coinvolti, sebbene DSM e SerT quasi mai siano coordinati organizzativamente.

Inoltre, va considerato che dal 1 marzo 2015 gli psichiatri penitenziari non potranno più inviare in misura di sicurezza detentiva i detenuti che si scompensano (artt. 111 e 112 Ordinamento Penitenziario) o a cui è sopravvenuta una malattia mentale (art. 148 c.p), ma dovranno gestirli in ambiente penitenziario, nelle articolazioni sanitarie previste dalla L. 9/12 ma in realtà non attuate, o attuate solo parzialmente dal Ministero di Giustizia.

Quella a cui stiamo assistendo, con le misure determinate dalla chiusura degli OPG e con il decreto svuota carceri, è una opera massiccia di deistituzionalizzazione. In teoria non si può che condividere un simile progetto. Va ricordato, tuttavia, che la storia della chiusura dei manicomi in Italia e l'intensa opera di deistituzionalizzazione di strutture residenziali per pazienti psichiatrici attuata in moltissimi Paesi del mondo occidentale dalla seconda metà degli anni '60 del secolo scorso ha avuto notevoli limiti organizzativi, in particolare di pianificazione, con il risultato che i servizi comunitari non erano in grado di far fronte alle effettive esigenze delle persone. Molte di queste persone non si considerano malati mentali, non hanno consapevolezza di malattia e sono "difficili da trattare". In termini clinici, sebbene non si possa che condividere la tendenza a voler ridurre il numero di persone prive di libertà, va anche osservato che questi pazienti hanno però una evidente necessità di struttura per poter vivere con successo nella comunità. È perciò necessario chiedersi chi fornirà questa struttura in questa popolazione, dal momento che il problema non può essere esclusivamente delegato a organi a forte impostazione medico-sanitaria e dove le esigenze di struttura di queste persone sono ampiamente variabili. Le capacità dei servizi di fornire psicoterapie a coloro che soffrono di gravi disturbi di personalità, o forme assertive di trattamento, sono molto limitate.

È perciò necessario pensare il processo di chiusura degli OPG solo come una parte del problema. L'altra parte è costituita dalla popolazione penitenziaria, dall'esigenza di salute mentale in un sistema avverso come il carcere, dalla necessità di trattamento di un'ampia popolazione "mista" e dove l'obiettivo è la riduzione del rischio di recidiva, ovvero un buon esito del reinserimento nella società. Questo compito non può essere solo medico, altrimenti si rischia di saturare completamente i DSM.

BIBLIOGRAFIA

1. Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo dell'8 gennaio 2013 - Ricorsi nn. 43517/09, 46882/09, 55400/09, 57875/09, 61535/09, 35315/10 e 37818/10 - Torreggiani e altri c. Italia. Reperibile al sito: http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_20_1.wp?previsiousPage=mg_16_1&contentId=SDU810042. Ultimo accesso 22.02.2015.
2. Rapporto degli Ispettori Europei sullo stato delle carceri in Italia. Palermo: Sellerio Editore, 1995.
3. http://www3.unil.ch/wpmu/space/space-i/annual-reports/
4. Carrà G, Restani L, Dal Canton F. L'Addiction Severity Index (ASI-X) EasyASI CD-ROM & software. www.eikondata.com (2004).
5. 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.
6. 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.
7. Roma P, Pompili M, Lester D, Girardi P, Ferracuti S. Incremental conditions of isolation as a predictor of suicide in prisoners. Forensic Sci Int 2013; 233: e1-2.
8. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_DETENUTI
9. D.L. n.78 del 1 luglio 2013 "Disposizioni urgenti in materia di esecuzione della pena" convertito nella L. n. 94 del 9 agosto 2013 pubblicata sulla G.U. n. 193 del 19.8.2013.