

## PSICHIATRIA E CARCERE

A cura di Massimo Clerici e Silvio Scarone

*Scritti di* Alecci, Bertolotti Ricotti, Buffa, Candotti, Carrà, Cechini, Clerici, Dal Canton, Demartini, D'urso, Ferrannini, Ferriani, Fioritti, Giacobone, Gualco, Loi, Lorettu, Marasco, Melega, Mencacci, Milia, A. Nivoli, G. Nivoli, L.F. Nivoli, Pellegrino, Peloso, Pirfo, Pozzi, Rucci, Santarini, Scaramelli, Scarone, Segagni Lusignani, Venco

*Direttore*  
Gaspare Vella  
*Direttore*  
Associato  
Alberto  
Siracusano

# NÓOS<sup>43</sup>

## AGGIORNAMENTI IN PSICHIATRIA

VOL 12, N 1, GENNAIO-APRILE 2006



Il Pensiero Scientifico Editore

# NÓOCS

AGGIORNAMENTI IN PSICHIATRIA

Rivista quadrimestrale

*Direttore:*  
Gaspare Vella

*Direttore Associato:*  
Alberto Siracusano

*Comitato Scientifico:*  
Eugenio Aguglia, Alfredo Carlo Altamura,  
Giovanni Battista Cassano, Giuseppe Ferrari, Pierluigi Giordano,  
Giordano Invernizzi, Gabriel Levi, Carlo Maggini, Mario Maj,  
Giovanni Muscettola, Emilio Sacchetti, Michele Tansella

*Segreteria di Redazione:*  
Cinzia Niolu

*Segreteria Editoriale:*  
Manuela Baroncini

*Direttore Responsabile:*  
Francesco De Fiore

Iscritto al Registro della Stampa  
al n. 270/95 con ordinanza del  
Tribunale di Roma

*Finito di stampare:*  
Giugno 2006

*Direzione, Redazione e  
Amministrazione:*

Il Pensiero Scientifico Editore srl  
Via Bradano 3/c, 00199 Roma  
Tel. (+39) 06 862821  
Fax (+39) 06 86282250  
Internet: <http://www.pensiero.it>  
E-mail: [pensiero@pensiero.it](mailto:pensiero@pensiero.it)

*Fascicolo singolo:* € 20,00

*Progetto grafico ed  
Impaginazione:*  
Sudler & Hennessey  
Milano

*Stampa:*  
Tipografia Grafica 10  
Via G. Antonucci  
06012 Città di Castello (PG)

*Garanzia di riservatezza per gli abbonati*

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati relativi agli abbonati e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a Il Pensiero Scientifico Editore, ufficio Promozione, via Bradano 3/c, 00199 Roma.

Le informazioni custodite nell'archivio verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati vantaggiose proposte commerciali (legge 675/96 tutela dati personali).



Il Pensiero Scientifico Editore

Con accreditamento  
della Società Italiana di  
Psichiatria

# NÓOS

**AGGIORNAMENTI IN PSICHIATRIA**

Volume 12, Numero 1, Gennaio-Aprile 2006

## **PSICHIATRIA E CARCERE**

A cura di

Massimo Clerici e Silvio Scarone

### *Sommario*

<b>Prefazione</b>	<b>5</b>
MASSIMO CLERICI, PIETRO BERLOTTI RICOTTI, SILVIO SCARONE	
<hr/>	
<b>Ordinamento penitenziario e assistenza sanitaria. Realtà e prospettive</b>	<b>9</b>
BARBARA GUALCO	
<hr/>	
<b>Disturbi mentali in una casa circondariale: uno studio di prevalenza</b>	<b>23</b>
GIOVANNI SEGAGNI LUSIGNANI, CATERINA GIACOBONE, FLORINDA POZZI, FRANCESCA DAL CANTON, PASQUALE ALECCI, GIUSEPPE CARRÀ	
<hr/>	
<b>Un servizio di consulenza psichiatrica in ambito penitenziario. Quali bisogni, quali risposte?</b>	<b>35</b>
MASSIMO CLERICI, PIETRO BERLOTTI RICOTTI, NAZARIO D'URSO, MARIA MARASCO, SARAH CANDOTTI, SILVIO SCARONE	
<hr/>	

<b>Intervento psichiatrico in carcere: l'esperienza e i progetti del DSM di Genova</b>	<b>59</b>
LUIGI FERRANNINI, PAOLO FRANCESCO PELOSO, MAURIZIO CECHINI, MARCO DEMARTINI	
<hr/>	
<b>L'esperienza di psichiatria penitenziaria a San Vittore (Milano)</b>	<b>69</b>
MARINA LOI, CLAUDIO MENCACCI	
<hr/>	
<b>Attenzione al disturbo psichico e territorializzazione della cura: nuovi metodi dell'intervento psichiatrico in carcere</b>	<b>77</b>
PIETRO BUFFA, ANTONIO PELLEGRINO, ELVEZIO PIRFO	
<hr/>	
<b>I percorsi assistenziali del paziente reo: il punto di osservazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario</b>	<b>91</b>
ANGELO FIORITTI, VITTORIO MELEGA, ELISA FERRIANI, PAOLA RUCCI, CRISTINA VENCO, ANNA ROSA SCARAMELLI, FABIO SANTARINI	
<hr/>	
<b>Il colloquio con il detenuto: aspetti antropologici</b>	<b>97</b>
GIANCARLO NIVOLI, LILIANA LORETTU, PAOLO MILIA, ALESSANDRA NIVOLI, L. FABRIZIA NIVOLI	
<hr/>	



In copertina:  
opera di  
Ugo Nespolo  
Tecnica: Acrilico su legno  
Si ringrazia l'Autore  
per la gentile  
concessione.

***“Tutte le cose erano insieme; poi venne la mente (ὁ νοῦς)  
e le dispose in ordine”***

***(Anassagora, Diog. Laer., Vite dei Filosofi, II, cap. III)***

*I limiti della nostra conoscenza psichiatrica ci fanno descrivere, in molti modi e con metodi diversi, la co-presenza, nel biologico, del somatico e dello psichico. Abbiamo scelto la parola NÓOS, mente, per indicare lo spazio, il tempo e la trama di quel che ci appare un intreccio significativo della natura umana, nel suo benessere o nel suo malessere; e, pertanto, l'analisi delle componenti di questo intreccio, e del loro modo di correlarsi, ci sembra irrinunciabile nella teoria e nella pratica clinica.*

*NÓOS vuole costituire uno strumento ed un'occasione di incontro e di confronto dei diversi stili della ricerca psichiatrica, al fine di “aggiornare”, di trattare, cioè, i temi psichiatrici esponendo i dati recenti e corrispondendo all'esigenza del tempo presente; esigenza che ci sembra essere quella di un orientamento, metodologicamente fondato, che escluda tanto un eclettismo acritico, quanto un cieco riduttivismo, e che si sforzi di correlare i fenomeni somatici con i fenomeni psichici e psicopatologici (e viceversa), nella speranza di una prossima capacità di integrare ogni ordine di fenomeni in una visione, realistica e terapeuticamente efficace, dell'uomo come un tutto unico.*

*In tale ottica, ciascun numero della rivista, che avrà cadenza quadrimestrale, si occuperà di un argomento monotematico, di particolare attualità, e verrà affidato a singoli curatori.*

*Gaspere Vella  
Alberto Siracusano*

La pubblicazione  
di questa rivista  
è resa possibile  
grazie al sostegno  
di Lundbeck Italia S.p.A.

## Prefazione



*1. Le relazioni tra malattia mentale e criminalità sono state oggetto di riflessione, in ambito psichiatrico, fin dalla nascita della disciplina freniatria – nella seconda metà del XIX secolo – informata ai principi del positivismo, fondantesi sulla matrice eziopatogenetica organicistica, ma attenta ad enfatizzare, contemporaneamente, anche gli effetti sociali di tali relazioni, intesi ora negli aspetti di alienazione, ora di devianza e reciprocamente marcati da evidente incompatibilità proprio nei confronti della società nella quale si declinavano.*

*Coerentemente con questo assunto, l'importanza data all'approfondimento delle relazioni tra psicopatologia e crimine è cresciuta nel tempo, non di rado tendendo alla dimostrazione della loro possibile identificazione come espressione di devianze dalla comune eziologia ereditaria (ad esempio nella teoria della degenerazione, da cui si cercava di evidenziare correlati anatomici riconoscibili fin nella fisionomia individuale). All'epoca, l'aspetto epistemologico centrale di tale tentativo risultava essere il principio di causalità, il carattere di consequenzialità necessaria nella relazione tra eredità, anatomofisiologia e manifestazione sintomatica/comportamentale che, nell'assenza di strumenti terapeutici e riabilitativi adeguati alla risocializzazione se non alla cura, indirizzava comunque all'istituzionalizzazione "permanente" e, in ogni caso, realizzava l'obiettivo della difesa sociale.*

*Parte della criminologia contemporanea oggi rifiuta, però, l'ipotesi della relazione malattia-crimine (anche dal punto di vista metodologico), mostrando come la dimensione categoriale della corrente nosografia psichiatrica sia insufficiente rispetto alla comprensione dei percorsi criminogenetici e crimino-dinamici: sarebbe più utile considerare, invece, il criterio funzionale che, in tale prospettiva, indica la dimensione della trasgressione – fondata sulle polarità potere/piacere – e anche quella delle capacità di comprensione della legge come necessarie almeno nella parziale spiegazione del problema. Tali dimensioni non hanno certo un rapporto di causalità stabile con la psicopatologia, ma piuttosto si riferiscono ad ascendenze etiche e socio-culturali importanti che rimangono, inevitabilmente, di difficile misurabilità. Infatti, uno schema di questo tipo non sembra affatto essersi affermato; anzi, dopo più di un secolo di psicanalisi (che, peraltro, in uno dei suoi esponenti più praticati in quest'area – Otto Kernberg – indica come "intrattabili" proprio i pazienti con personalità antisociale!), cinquant'anni di psicofarmacologia, trenta di de-istituzionalizzazione e un sistema diagnostico medico di impostazione epistemica decisamente differente dai precedenti, all'interno della psichiatria clinica corrente sembrano, nei fatti, riemergere le ipotesi concettuali enunciate "in tempi di freniatria" e, non di rado, le richieste oggettive di un'istituzione custodialistico-terapeutica rivolta ancora alla difesa sociale. Quest'ultima, dimentica dell'ideologia prodotta dal movimento antipsichiatrico (malattia mentale e crimine come comune prodotto del sistema sociale e valoriale alienante), tende sempre di più a*

*disconoscere l'affascinante tema della causalità e valorizza piuttosto, pragmaticamente, l'obiettivo della risposta ai "bisogni di contenimento del deviante" grazie ai nuovi strumenti offerti dalla diagnostica: l'esempio dell'interesse – tutto statunitense – al tema dell'antisocialità e i drammatici dati di prevalenza psicopatologica nelle carceri americane sono sotto gli occhi di tutti, ivi compresa la sostanziale delega al "sistema medico" di obiettivi inerenti la prevenzione dell'evoluzione criminale del singolo come riconoscibile, tra gli altri, nella progressiva farmacologizzazione del disturbo da deficit di attenzione/iperattività, principale fattore di rischio per i disturbi antisociali e i disturbi della condotta in età evolutiva.*

*Anche nella realtà europea e italiana, almeno rispetto alla storia più recente, è in atto una tendenza ad una sempre maggiore patologizzazione dei comportamenti antisociali e inversamente, di fronte al rischio di condotte violente, a una maggiore criminalizzazione della malattia mentale con programmi orientati alla difesa sociale. Nella tendenza ad una maggiore severità verso le condotte criminali del malato di mente, conviene ricordare, ad esempio, la ridiscussione o la rielaborazione – da parte della giurisprudenza di alcuni paesi – del concetto di non imputabilità legato ad "incapacità di intendere e di volere per vizio di mente" (per noi, secondo la terminologia degli articoli 85, 88 e 89 del Codice Penale italiano) o, addirittura, la proposta di interpretazioni maggiormente restrittive che possano limitare la definizione di incapacità di intendere alla comprensione dell'illiceità dell'atto. Una conseguenza di questa interpretazione sarebbe, ad esempio, l'imputabilità di un paziente delirante che pure abbia commesso un'azione criminosa per un fine coerente con il proprio delirio, qualora non risultasse compromessa la facoltà di comprendere che la sua azione costituiva reato e, sempre nel caso che la capacità volitiva fosse adeguata, la possibilità di sottrarsi all'azione criminosa. Analogamente può essere interpretato il fatto che l'incapacità di intendere e di volere, anche parziale, venga ampiamente discussa in relazione ad atti dove sia chiaro il rapporto con la criminogenesi nei pazienti portatori di disturbo della personalità clinicamente significativo.*

*2. Le esperienze descritte in questo numero di Nooς, e le possibili considerazioni che ne derivano, risultano quindi collocate entro più cornici di riferimento, delle quali almeno due devono essere citate: la prima di ordine normativo-organizzativo, mentre la seconda di ordine epidemiologico-clinico. Ma l'esperienza con questi pazienti è anche riflessione antropologica, perché la dimensione carceraria apre a versanti e prospettive che ben difficilmente si esauriscono nella polarità diagnosi/trattamento e che la relazione offerta dai setting tradizionali, psichiatrico e psicoterapico, non può certamente esaurire. I contributi che questo gruppo di lavoro – da tempo operante nell'ambito della Società Italiana di Psichiatria (SIP) e della sua sezione speciale, la Società Italiana di Psichiatria Forense – propone e sviluppa cercano di rispondere, almeno embrionalmente, ad alcuni dei problemi citati e, forse, di offrire indicazioni preliminari rispetto ai limiti, ancora evidenti e a tutt'oggi aperti, della pratica clinica in ambito carcerario.*

*Perché l'universo carcere rivela oggi una consistenza numerica e una dimensione sociale sempre più drammatiche: al 30 giugno 2005, 59.125 reclusi*



(3000 in più rispetto a dicembre 2004; erano 35.500 nel 1991) affollavano le carceri italiane. Di questi 15.558 sono tossicodipendenti, il 32% è immigrato (fino al 70% in alcuni penitenziari del centro nord) e rappresenta il 43% dei nuovi ingressi nell'ultimo anno (fonte DAP, dalle agenzie di stampa). Inoltre 40.000 persone stanno scontando una pena usufruendo di una misura diversa dalla detenzione (oltre 15.000 solo nel primo semestre 2005, un terzo dei quali tossicodipendenti; fonte DAP, dalle agenzie di stampa). Secondo il III Rapporto Antigone (2005) sulle condizioni di detenzione in Italia, le carceri italiane – “tornate a essere luogo di pura sofferenza” – vedono la popolazione ivi reclusa sempre più “arruolata negli strati sociali con minori risorse: il 35% non ha la scuola dell'obbligo... il 71% era operaio... e oltre il 40% viene dal Sud”. Per quanto riguarda i dati sulla capienza delle carceri, i detenuti immigrati sarebbero le “prime vittime del sovraffollamento, risultando i più sfavoriti nell'accesso alle terapie e i maggiori protagonisti dell'autolesionismo”. Le donne, invece, sono soprattutto tossicodipendenti e immigrate (43%), mentre i minori vivono con le madri detenute ed in massima prevalenza risultano essere meridionali, migranti e nomadi.

Tali dati sintetici – sostanzialmente verificabili anche nell'ultimo rapporto ufficiale del Ministero della Giustizia (DAP, 2003) – aprono senza dubbio alla riflessione sociale, ma non possono non esporsi anche a quella medica nei suoi aspetti più variegati e, nel contempo, aprirsi ad un'attenzione particolare proprio alla dimensione crescente di quel disagio psichico che sempre meno si maschera tra le righe delle molteplici sofferenze osservate in carcere e traspare, invece, con maggiore evidenza psicopatologica, pure nella pratica clinica territoriale dei Dipartimenti di Salute Mentale.

I contributi di questo volume testimoniano quindi che fare psichiatria in carcere è possibile, che lo sforzo di adeguare gli standard terapeutico-assistenziali a quelli della psichiatria di comunità è praticabile pur nell'ambito di leggi e regolamenti non certo flessibili e in contesti “chiusi” che ancora guardano a chi viene da fuori con timore e sospetto, ma soprattutto che la moltiplicazione delle sperimentazioni è fattore necessario ed ineliminabile per migliorare quanto esistente oggi. La diffusione e la lettura di questo numero di *Nooç* ci sembrano pertanto fondamentali per contribuire ad un incremento delle conoscenze sul fenomeno e per poter aprire nuovi orizzonti di sviluppo clinico anche nelle istituzioni di reclusione.

Massimo Clerici, Pietro Bertolotti Ricotti, Silvio Scarone  
Dipartimento di Salute Mentale, Polo Universitario  
Azienda Ospedale San Paolo, Università di Milano