

IL MALATO DI MENTE NEL SISTEMA GIUDIZIARIO*

GAETANA RUSSO**, LOREDANA SALOMONE***

SOMMARIO: 1. - Introduzione - 2. - Obiettivo e metodologia della ricerca - 3. - Risultati - 4. - Conclusioni

1. - *Introduzione*

Da un paio di decenni numerosi Autori (ABRAMSON, 1972; AXELSON-WAHL, 1992; COTÈ-HODGINS, 1990; FAULK, 1985; GUNN-MADEN-SWINTON, 1991; JEMELKA-GREKIN-TRUPIN, 1994; LAMB-GRANT, 1982; MONAHAN-MCDONOUGH, 1980; PALERMO-SMITH-LISKA, 1991; TEPLIN, 1983; TEPLIN, 1990) hanno sottolineato con sempre maggiore evidenza la più frequente presenza del malato di mente all'interno delle istituzioni carcerarie.

Per molti di loro tale fenomeno va inteso come l'effetto di un processo di criminalizzazione conseguente alla politica psichiatrica degli ultimi anni, sempre più orientata alla deistituzionalizzazione dei pazienti ed al loro inserimento nella comunità.

Non tutti gli studiosi sono però concordi con questa tesi. Alcuni, ad es., (KELLERMAN-ROCK-BARKER, 1989; STEADMAN-RIBNER, 1980; STEADMAN-MONAHAN, 1984) ritengono che in realtà l'incidenza percentuale dei soggetti mentalmente disturbati sul totale della popolazione detenuta non sia mutata negli ultimi anni, anche se può essere aumentata in numero assoluto, per effetto di una più puntuale rilevazione degli stessi nonché dell'incremento della popolazione detenuta.

Nel nostro Paese, la progressiva chiusura dei manicomi e l'inserimento dei paziente nella comunità, conseguenti alla legge 180, hanno posto con forza il problema del percorso dei malati di mente tra le istituzioni della psichiatria e del controllo sociale nonché della capacità dei servizi psichiatrici di

(*) Ricerca presentata a: 6th European Conference on Psychology and Law, Siena, Italy, Agosto 1996.

(**) Istituto di Medicina Legale - Università di Messina.

(***) Centro Interdipartimentale - Elaborazione Statistica - Università di Messina

affrontare il problema del disturbo e della trasgressione del malato di mente.

Come è noto, la legislazione psichiatrica vigente fino al 1978 enfatizzava al massimo le istanze di controllo rispetto a quelle terapeutiche e concedeva al medico la più ampia discrezionalità nel disporre il ricovero del paziente sulla base di una generica nozione di "pericolosità a sé ed agli altri".

In base a tali norme, di fatto, molti comportamenti di disturbo e di microconflittualità posti in essere da soggetti disturbati portavano al ricovero in manicomio civile, che veniva utilizzato quale organo destinato ad esercitare, dietro l'alibi terapeutico, una funzione di controllo nei confronti del malato di mente.

Il sempre più frequente uso dei manicomio civile è evidenziato dai dati riportati in tabella 1, da cui risulta come fino alla metà degli anni '70 il numero dei soggetti entrati in manicomio abbia fatto registrare un costante incremento, fino ad arrivare a 104.266 ingressi nel 1975 (Tab. 1).

Con la promulgazione della legge 180 è andato affermandosi un orientamento volto a privilegiare l'aspetto "sanitario-

TABELLA 1 - *Soggetti entrati ed usciti negli istituti psichiatrici pubblici (Anni 1950-1975).*

ANNO	NUMERO ENTRATI	NUMERO USCITI
1950	40.049	32.532
1951	43.101	35.066
1952	44.042	36.828
1953	45.417	38.413
1954	46.532	39.690
1955	47.273	41.462
1956	53.140	45.039
1957	61.468	51.667
1958	60.034	52.935
1959	61.762	57.450
1960	65.711	60.000
1961	68.862	63.438
1962	72.290	66.564
1963	77.678	71.880
1964	77.818	72.313
1965	79.031	74.538
1966	79.650	75.852
1967	82.128	78.291
1968	86.859	82.605
1969	93.185	90.545
1970	97.942	96.763
1971	99.893	96.522
1972	102.617	101.797
1973	99.238	98.435
1974	101.267	100.932
1975	104.266	103.653

farmacologico” dei servizi psichiatrici ed a delegare ad altri organi il mandato sociale del controllo, ritenuto del tutto incompatibile con il ruolo dello psichiatra.

La rigida medicalizzazione di questi servizi si inquadra in una politica di *bifurcation* che ha portato ad una ridefinizione degli spazi di controllo e ad una ridistribuzione dei soggetti che si muovono all'interno del circuito di controllo.

In questa logica tende a prevalere una tendenza orientata ad espellere dai servizi assistenziali soprattutto quei pazienti che per l'intreccio inestricabile fra disagio psichico, disadattamento e disturbo sociale pongono maggiori problemi e risultano in definitiva meno gestibili (CHIOZZA, 1989).

Per altro verso si è assistito, negli ultimi anni, ad un rinforzo del sistema penale, come si rileva dai dati riportati in tabella 2.

Questi dati confermano che a partire dal 1978, pur rimanendo sostanzialmente stabile l'incidenza dei delitti denunciati, la popolazione detenuta è andata progressivamente aumentando, passando da 26.424 a 51.231 unità.

Tale andamento si è osservato anche nel distretto di corte d'appello di Messina, che costituisce l'area che è oggetto della ricerca.

I detenuti ristretti negli istituti di custodia preventiva di questo distretto, pari a 271 nel 1973, a 332 nel 1981, sono

TABELLA 2 – *Delitti denunciati e popolazione penitenziaria.*
(Italia 1978-1994).

ANNO	DELITTI DENUNCIATI	TASSI X 100.000	POPOLAZIONE PENITENZIARIA
1978	2.050.762	3.647.7	26.424
1979	2.101.169	3.727.8	28.606
1980	1.919.651	3.399.5	31.765
1981	1.952.478	3.453.4	29.506
1982	2.045.114	3.604.2	33.413
1983	2.042.770	3.588.3	40.704
1984	1.978.109	3.465.5	41.832
1985	2.000.436	3.497.1	42.297
1986	2.030.173	3.543.6	33.753
1987	2.204.986	841.5	31.938
1988	2.233.930	3.884.8	31.563
1989	2.274.095	3.949.7	30.989
1990	1.998.074	3.460.5	26.150
1991	2.817.063	4.875.3	35.485
1992	2.740.891	4.811.9	47.588
1993	2.679.968	4.699.5	50.212
1994	2.792.742	4.884.9	51.231

arrivati a 537 nel 1993 ed a 497 nel 1994 (presenze al 31 dicembre).

In questo arco di tempo è parimenti aumentata l'incidenza dei detenuti per i quali si è osservata una condizione di disagio psichico.

Nel periodo agosto '85 - agosto '86 su 250 detenuti sottoposti ad osservazione di routine nel carcere di Messina, l'équipe di esperti riscontrò una condizione di disagio psichico nel 4,38%.

Nel periodo agosto 1995 - agosto 1996, su 215 detenuti sottoposti ad osservazione di routine nello stesso istituto, venne riscontrata una condizione di disagio psichico nell'11,09% dei casi.

Nell'affermarsi di questo nuovo orientamento, caratterizzato dal progressivo passaggio di soggetti afflitti da varie condizioni emarginanti, dal sistema assistenziale al sistema penale, vi è stata una fase iniziale, tra il 1979 e il 1982, in cui la popolazione dei manicomi giudiziari, interrompendo un trend decrescente che durava ininterrottamente dal 1960, ha fatto registrare un consistente incremento (Tab. 3).

A partire da 1983 la popolazione dei manicomi giudiziari ha ricominciato a diminuire mentre la popolazione penitenziaria nel complesso è aumentata considerevolmente fino ad arrivare nel 1994, ad un numero che è quasi il doppio rispetto a quello registrato nel 1980.

TABELLA 3 - *Numero di pazienti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari (Italia 1961-1994).*

ANNO	N. DI PAZIENTI	ANNO	N. DI PAZIENTI
1961	2.182	1978	1.149
1962	2.110	1979	1.280
1963	1.999	1980	1.424
1964	1.981	1981	1.570
1965	1.958	1982	1.584
1966	1.813	1983	1.508
1967	1.774	1984	1.423
1968	1.726	1985	1.344
1969	1.639	1986	1.238
1970	1.542	1987	1.293
1971	1.538	1988	1.307
1972	1.533	1989	1.287
1973	1.453	1990	1.137
1974	1.239	1991	1.022
1975	1.256	1992	1.061
1976	1.035	1993	1.033
1977	1.116	1994	1.011

2. - Obiettivo e metodologia della ricerca

La ricerca parte dall'assunto che la progressiva caratterizzazione delle strutture psichiatriche in senso prevalentemente sanitario-farmacologico abbia comportato la fuoriuscita di una particolare categoria di utenza dal sistema sanitario e la sua redistribuzione all'interno del circuito giudiziario.

Tale studio mira quindi a verificare quali siano, attualmente, i criteri in base ai quali questa popolazione di soggetti mentalmente disturbati tende a ridistribuirsi all'interno delle due principali strutture di controllo giudiziario: carcere e o.p.g.

La ricerca è stata effettuata su soggetti detenuti nella casa circondariale di Messina e internati nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona P.G. (Messina).

Per consentire un confronto con quanto avveniva in passato, sono stati elaborati i dati relativi a due gruppi di soggetti affetti da disturbi psichiatrici e ristretti negli anni 1976-78 presso gli stessi istituti (Tab. 4).

La casa circondariale di Messina è un istituto destinato ad accogliere imputati in attesa di giudizio o condannati a pene brevi. La gran parte dei detenuti proviene dalla provincia di Messina o da altre zone della Sicilia e del Meridione d'Italia. Ha una ricettività di circa 280 unità anche se normalmente il numero dei detenuti presenti è assai più elevato (intorno alle 400 unità). Oltre il 95% della popolazione è maschile.

Fra il 1988 ed il 1994 sono stati sottoposti ad osservazione di *routine* da una di noi 1350 detenuti di questo istituto.

L'osservazione è avvenuta al momento dell'ingresso in carcere o nel corso della detenzione. Di questi, i soggetti che presentavano una condizione di disagio psichiatrico sono stati 103. La casistica è appunto costituita da questi 103 soggetti.

Tali soggetti (81 maschi e 22 femmine) sono stati messi a confronto con un gruppo di 117 infermi di mente, internati presso l'o.p.g. di Barcellona P.G. fra 1982 ed il 1988 (1)

L'o.p.g. di Barcellona P.G. è uno dei sei ospedali psichiatrici giudiziari esistenti in Italia ed ha una popolazione oscillante

(1) Purtroppo per ragioni contingenti non è stato possibile accedere ad una casistica di soggetti internati nell'o.p.g. dopo il 1988. Inoltre gli internati sono tutti di sesso maschile in quanto l'o.p.g. di Barcellona non ha sezioni femminili.

intorno alle 230 unità su un totale di circa 1300 pazienti distribuiti negli altri cinque istituti della Penisola (dati 1989).

I 117 internati sono stati selezionati secondo il criterio della casualità fra tutti i casi che erano stati esaminati, sempre da una di noi, nell'ambito dell'attività di osservazione e trattamento.

Le informazioni sono state raccolte, come si è detto, sempre dalla stessa persona, attraverso l'esame diretto dei detenuti o degli internati negli anni della loro permanenza in carcere o in o.p.g.

Anche la diagnosi (DSM III) è stata formulata sempre dalla stessa persona nel corso dell'esame diretto del detenuto. Ci si è

TABELLA 4 - *Confronto fra soggetti detenuti nella casa circondariale di Messina e internati nell'ospedale giudiziario psichiatrico di Barcellona P.G. (ME) Anni 1976-1978*

VARIABILI		CASA CIRCONDARIALE %	OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO %
Stato Civile (N=117 df=2)*	celibe	32,2	67,8
	coniugato/convivente	22,2	77,8
	separato/divorziato/vedovo	61,5	38,5
Titolo di studio (N=118 df=2) n.s.	nessuno/elementare	30,8	69,2
	licenza media	46,4	53,6
	licenza superiore/Laurea	20,0	80,0
Istituzionalizzazione precoce (N=114 df=1)***	si	51,3	48,7
	no	18,7	81,3
Precedenti penali (N=118 df=1) n.s.	no	26,5	73,5
	si	34,5	65,5
Diagnosi (N=117)**	disturbi ansiosi	17,6	82,3
	disturbi della sfera affettiva	9,1	90,9
	schizofrenia	19,4	80,6
	disordini della personalità	64,7	35,3
	oligofrenia	20,0	80,0
	altro	18,8	81,2
Precedente ricovero in strutture psichiatriche (N=119 df=1) n.s.	si	28,3	71,7
	no	33,3	66,7
Precedenti psichiatrici nella famiglia (N=110 df=1) n.s.	si	25,5	74,5
	no	33,3	66,7
Precedenti criminali nella famiglia (N=113 df=1) n.s.	si	27,9	72,1
	no	30,0	70,0

P<0,05 *

P<0,01 **

P<0,001 ***

basati sulla sintomatologia evidenziata al momento dell'osservazione e sulla storia clinica. Quest'ultima è stata desunta dalle informazioni del soggetto e dagli atti acclusi al fascicolo sanitario.

Tutte le informazioni, successivamente controllate ed integrate attraverso la documentazione giudiziaria e sanitaria, sono state riportate su un'apposita scheda e successivamente elaborate.

Da entrambi i gruppi sono stati esclusi quei soggetti per i quali la diagnosi principale era l'alcoolismo o la tossicodipendenza.

3. - *Risultati*

Caratteristiche dei malati di mente ristretti in carcere ed in o.p.g. (Tab. 5).

Età

I malati di mente ristretti in carcere hanno un'età media più bassa (anni 33,3 con un *range* da 18 a 63) rispetto a quelli ristretti in o.p.g. (35,4 con un *range* da 19 a 82). Dai dati riportati in tabella emerge con chiarezza che fra i soggetti di età superiore ai 44 anni, l'incidenza di coloro che vengono assegnati all'o.p.g. è nettamente prevalente, mentre fra i soggetti più giovani non si sono osservate differenze molto vistose in rapporto all'età.

Stato civile

L'assegnazione al carcere o all'o.p.g. è risultata significativamente correlata allo stato civile con una prevalenza di soggetti coniugati ristretti in carcere, mentre in gran parte i soggetti non sposati, vedovi o separati erano internati in o.p.g.

Livello d'istruzione ed attività lavorativa

Anche il livello d'istruzione è risultato un fattore in grado di influenzare significativamente l'assegnazione al carcere o all'o.p.g., come si rileva dalla circostanza che la gran parte dei soggetti in possesso di istruzione superiore o universitaria risultavano internati in o.p.g.

Non sono emerse invece differenze significative tra i due gruppi in rapporto all'attività lavorativa.

TABELLA 5 - *Confronto tra soggetti detenuti nella casa circondariale di Messina e internati nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona P.G. (ME) - Anni 1988-1994*

VARIABILI		CASA CIRCONDARIALE	OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO
Classi di età (N=220 df=3)*	<25	54,3	45,7
	25-30	44,2	55,8
	35-44	58,9	41,1
	>44	26,5	73,5
Stato civile (N=218 df=2)*	celibe/nubile	40,6	59,4
	coniugato/convivente	63,0	37,0
	separato/divorziato/vedovo	44,4	55,6
Titolo di studio (N=217 df=2)**	nessuno/1° elementare	44,5	55,5
	licenza media	60,9	39,1
	1° superiore/laurea	24,0	76,0
Posizione giuridica (N=212 df=1)***	in attesa di giudizio	78,6	21,4
	definitivi	25,8	74,2
Reato (N=213)**	omicidio	30,0	70,0
	altri crimini violenti	17,6	82,4
	crimini contro la proprietà	58,3	41,7
	traffico di droga		100
	mafia e criminalità		
	organizzata		100
	altri crimini	41,7	58,3
Istituzionalizzazione precoce (N=213 df=1)***	si	73,2	26,8
	no	36,3	63,7
Precedenti penali (N=213 df=2)***	no	27,3	72,7
	uno	60,0	40,0
	più di uno	61,3	38,8
Diagnosi (N=190 df=5)***	disturbi ansiosi	81,0	19,0
	disturbi della sfera affettiva	78,6	21,4
	schizofrenia	16,2	83,8
	disordini della personalità	72,9	27,1
	oligofrenia	30,8	69,2
	altre diagnosi	19,2	80,8
Precedente ricovero in strutture psichiatriche (N=215 df=1)***	si	29,4	70,6
	no	61,9	38,1
Tentativi di suicidio (N=213 df=1)***	si	77,8	22,2
	no	38,4	61,6
Precedenti psichiatrici nella famiglia (N=206 df=1)*	si	60,0	40,0
	no	41,7	58,3
Precedenti criminali nella famiglia (N=207 df=1)***	si	79,2	20,8
	no	35,8	64,2
Uso di droga (N=219 df=1)***	si	89,7	10,3
	no	37,2	62,8

P<0,05 *

P<0,01 **

P<0,001 ***

Posizione giuridica, reato e istituzionalizzazioni precoci

I due gruppi si sono differenziati in modo significativo per quanto riguarda la situazione giuridica, con una netta prevalenza di soggetti in attesa di giudizio in carcere e di definitivi in o.p.g.

Anche il reato è risultato un fattore significativamente associato alla destinazione in carcere o in o.p.g., con una netta prevalenza di soggetti incriminati di omicidio, crimini violenti e altri reati ristretti in o.p.g., mentre quelli incriminati per spaccio di droga erano tutti detenuti in carcere, al pari della gran parte dei soggetti incriminati per reati contro la proprietà.

Va altresì rilevato che si trovavano ristretti in carcere la quasi totalità dei soggetti che venivano ritenuti collusi con la criminalità organizzata.

Parimenti, i soggetti che avevano avuto esperienze di istituzionalizzazione precoce o che avevano uno o più precedenti penali risultavano in prevalenza ristretti in carcere, contrariamente a quanto avveniva per gli incensurati e quelli che non erano mai stati istituzionalizzati, i quali erano in gran parte internati in o.p.g.

Storia clinica

Sotto il profilo diagnostico gli infermi di mente detenuti in carcere si sono differenziati significativamente da quelli internati in o.p.g.

Infatti, i soggetti affetti da disturbi ansiosi, disturbi della sfera affettiva e disordini della personalità risultavano ristretti in prevalenza nelle strutture carcerarie, mentre quelli per i quali era stata formulata una diagnosi di schizofrenia, oligofrenia o altre diagnosi erano ristretti prevalentemente in o.p.g.

Non è stata rilevata alcuna correlazione fra l'esistenza di una storia di disagio psichiatrico e l'assegnazione al carcere o all'o.p.g. salvo il caso in cui il soggetto non fosse stato ricoverato in una struttura psichiatrica. E difatti mentre l'incidenza di internati e detenuti fra le persone con precedenti psichiatrici è risultata sostanzialmente sovrapponibile, fra le persone che erano state precedentemente ricoverate in strutture psichiatriche la gran parte risultava internata in o.p.g..

È interessante notare che fra le persone che avevano un tentativo di suicidio nell'anamnesi, la gran parte si trovava ristretta in carcere e molte volte tale atto autolesivo era stato commesso proprio all'interno della struttura.

Famiglia

L'anamnesi familiare è risultata un fattore in grado di influenzare l'assegnazione ad una struttura piuttosto che ad un'altra, come si rileva dal fatto che i soggetti nelle cui famiglie si registravano precedenti psichiatrici o i cui congiunti erano stati coinvolti in fatti criminosi, risultavano prevalentemente ristretti in carcere.

Uso di sostanze stupefacenti ed alcooliche

La quasi totalità dei soggetti con una storia di abuso di sostanze stupefacenti si trovava ristretta in carcere mentre non si sono riscontrate differenze significative fra gli alcoolisti, fra i quali è stata osservata un'incidenza sostanzialmente sovrapponibile di internati e detenuti.

4. - Conclusioni

Come si rileva dai dati sopra esposti, fra i malati di mente dirottati nel circuito giudiziario, risultano più frequentemente ristretti in carcere quelli più giovani, con un basso livello di scolarità, coniugati, incriminati di reati contro la proprietà, spaccio di droga ed ancora in attesa di giudizio.

Lo stesso avviene per quelli che hanno una storia di suicidio o di tossicodipendenza, che sono stati istituzionalizzati in età infantile e che hanno precedenti penali.

Sono soggetti che sono stati diagnosticati come affetti da disturbi ansiosi, disturbi della sfera affettiva e disordini di personalità. Essi provengono da famiglie i cui membri hanno presentato disturbi psichiatrici o sono stati coinvolti in fatti criminosi.

Si tratta in sostanza di soggetti in cui il disturbo psichico si intreccia con situazioni di disadattamento e di emarginazione che hanno facilitato un precoce coinvolgimento con le strutture di controllo, innescando un processo di stigmatizzazione e di esclusione.

La pesante situazione di disadattamento che caratterizza spesso la vita di questi soggetti "offusca" in qualche modo la loro condizione di sofferenza psichica. Sempre più spesso la loro persistente e disturbante conflittualità finisce con l'essere criminalizzata e gestita in una logica di controllo e di repressione.

Per converso si è osservato che i soggetti più anziani, non sposati (celibi, separati o vedovi), con un buon livello d'istruzione, autori d'omicidio o altri crimini violenti, incensurati e nei cui confronti è stata emessa una sentenza definitiva vengono invece più frequentemente ristretti in o.p.g.

L'assegnazione all'o.p.g. risulta inoltre più frequente fra i soggetti diagnosticati come schizofrenici ed oligofrenici e fra quelli che, prima del l'internamento, sono stati precedentemente ricoverati in strutture psichiatriche.

Si tratta cioè di soggetti la cui storia di sofferenza psichica appare, assai più decisamente rispetto all'altro gruppo, meno "contaminata" da situazioni di degrado esistenziale e di persistente disturbo sociale.

In questi soggetti, il reato, per la sua gravità ed estraneità allo stile di vita, si configura come il sintomo di una condizione patologica che viene percepita come allarmante ed incomprensibile.

La malattia viene quindi gestita in un circuito di separatezza caratterizzato dal permanere di forme di trattamento psichiatrico che si esplicano in una logica di controllo e di repressione.

Questo circuito di emarginazione e di controllo (costituito dal carcere e dall'o.p.g.), in cui viene convogliato una parte dei pazienti psichiatrici, di fatto innalza la soglia di tolleranza del contesto sociale nei confronti dei malati di mente.

Esso consente una limitata applicazione della nuova politica psichiatrica, ma solo nei confronti dei pazienti più trattabili. I costi vengono scaricati su quelli più disadattati, più disturbanti, con minore opportunità di recupero, che vengono appunto criminalizzati.

A questi ultimi di fatto viene negato il diritto di avvalersi dell'assistenza psichiatrica secondo quanto previsto dalla legge.

Infatti, quando vengono inseriti in carcere essi vengono assimilati ai delinquenti comuni.

Spesso la loro condizione di sofferenza psichica non viene identificata tempestivamente o viene comunque sottovalutata.

Questo si verifica soprattutto per quelle patologie la cui sintomatologia non è tale da turbare le esigenze di ordine e di disciplina della struttura carceraria.

Molte forme depressive, ad es., rimangono celate fino al momento in cui il detenuto pone in essere un gesto clamoroso quale può essere appunto un tentativo di suicidio, un atto di autolesionismo o un'aggressione (TEPLIN, 1990 a).

Va d'altra parte considerato che anche nei casi in cui i disturbi psichiatrici siano stati diagnosticati, le possibilità di trattamento sono molto limitate.

Il carcere infatti non dispone di reparti destinati a soggetti con disturbi psichiatrici né di personale stabile con una formazione specializzata.

Esso si avvale soltanto di specialisti esterni che operano in regime di consulenza.

Questi pazienti vengono inseriti nei reparti comuni o, al massimo, nei centri clinici (in comune con pazienti con patologie somatiche) e sottoposti alla disciplina valida per tutti i detenuti. Conseguentemente vanno incontro quasi sempre ad un aggravamento della loro condizione che, nell'ambiente oppressivo e violento del carcere, non di rado, innesca comportamenti aggressivi (BASKIN - SOMMERS - STREADMAN, 1991).

Il poco che è possibile fare e che di norma non va oltre la terapia farmacologica ed una qualche forma di sostegno psicologico risulta spesso vanificato dalla mentalità burocratica e punitiva esistente all'interno del carcere.

Molto spesso, infatti, le irregolarità di comportamento che sono attribuibili alla condizione di disagio psichico del soggetto vengono duramente sanzionate, ad es. con l'impossibilità di usufruire di misure alternative o con l'isolamento, come del resto viene riferito anche da Autori di altri Paesi (2) (AXELSON - WAHL, 1992; HODGINS - COTÈ, 1991).

(2) Proprio recentemente la stampa (S. Poli, *La Repubblica* 8 febbraio '98) ha riportato con grande clamore la notizia di una donna, presumibilmente affetta da disturbi psichici, suicidatasi in carcere dopo quattro mesi di isolamento.

Quando i disturbi evidenziati da questi soggetti sono tali da rendere eccessivamente problematica la loro permanenza in carcere, di fatto, l'alternativa è rappresentata soltanto dall'o.p.g..

Infatti, benché in molti casi sia teoricamente ipotizzabile una forma di libertà assistita, nella pratica questo non si verifica quasi mai a causa della carenza dei servizi psichiatrici territoriali o comunque della loro riluttanza a farsi carico di questo tipo di pazienti.

Il manicomio giudiziario diviene così il luogo di emarginazione curativa in cui vengono convogliati quei pazienti che vengono percepiti come portatori di una pericolosa diversità. In esso si perpetua una prassi di stigmatizzazione e di esclusione attraverso la pratica medica come strumento di controllo.

In sostanza nel momento in cui la psichiatria si è liberata di un ruolo di controllo, si è verificato un effetto perverso.

Tale ruolo di fatto è stato delegato ad altri e viene esercitato con strumenti e modi che non tengono conto in alcun modo delle esigenze di tutela del paziente psichiatrico.

Tra un controllo "forte" della psichiatria manicomiale e la rinuncia al controllo da parte della nuova psichiatria, occorre trovare una terza via.

Occorre pensare ad una rete di servizi psichiatrici differenziati capaci di farsi carico globalmente dei bisogni che si accompagnano alla malattia mentale nel rispetto dei diritti fondamentali dei pazienti. Soltanto questo può impedire l'esacerbazione del momento punitivo e far sì che il malato di mente, ancorché irregolare, deviante o autore di reati veri e propri venga curato secondo i principi stabili dalla riforma sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAM K. M. – TEPLIN L. A. (1991), *Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees*, in *American Psychologist*, 10, p. 1036;
ABRAMSON M. F. (1972), *The criminalization of mentally disordered behavior. Possible side-effect of a new mental health law*, in *Hospital and Community Psychiatry*, XXIII, p. 101;
ADAMS K. (1992), *Who are the clients? Characteristics of Inmates Referred for Mental Health Treatment*, in *The prison Journal*, LXXII, 1-2, p. 120;
AXELSON G. L. – WAHL O. F. (1992), *Psychotic versus nonpsychotic misdeameants in a large county jail*, in *International Journal of Law and Psychiatry*, XV, p. 379;

- BASKIN D.R. - SOMMERS I. - STEADMAN H. J. (1991), *Assessing the impact of psychiatric impairment on prison violence*, in *Journal of Criminal Justice*, XIX, 3, p. 271;
- CHIOZZA M. B. (1989), *Psichiatria e controllo sociale: Una ricerca sui trattamenti sanitari obbligatori effettuati presso il S.P.D.C. dell'Ospedale Galliera di Genova nel periodo 1978-1986*, in *Rassegna di Criminologia*, 1, p. 119;
- COTÉ G. - HODGINS S. (1990), *Co-occurring mental disorders among criminal offenders*, in *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, XVIII, 3, p. 271;
- DAVIS S. (1994), *Factors associated with the diversion of mentally disordered offenders*, in *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, XXII, 3, p. 389;
- DE LEONARDIS O. - GALLI G. - MAURI D. - PITCH T. (1988), *Curare e punire*. Edizioni Unicopli, Milano;
- FAULK M. (1985), *Secure facilities in local psychiatric hospitals*, in GOSTIN L. (Ed.), *Secure Provisions*, Tavistock Publications, London;
- FIORAVANTI L. (1993), *Nuove prospettive di riforma del trattamento penale del sofferente psichico. A proposito del recente schema di disegno di legge delega per l'emanazione del nuovo codice di procedura penale*, in BANDINI T. - LAGAZZI M. - VERDE A. (Eds.), *La tutela giuridica del sofferente psichico*, Giuffrè Editore, Milano;
- GUNN J. - MADEN T. - SWINTON M. (1991), *How may prisoners should be in hospital?*, in *Home Office Research and Statistics Department Research Bulletin*, 13, p. 9;
- HODGINS S., COTÉ G. (1991), *The mental health of penitentiary inmates in isolation*, in *Canadian Journal of Criminology*, XXXIII, 2, p. 175;
- JEMELKA R. - GREKIN P.M. - TRUPIN E.W. (1994), *Racial differences in the criminalization of the mentally ill*, in *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, XXII, 3, p. 411;
- KELLERMAN S.L. - ROCK M.A. - BARKER J.A. (1989), *The prisoner as patient*, in ROSNER R., HARMON R. (Eds.), *Correctional Psychiatry. Critical Issues in American Psychiatry and the Law*. Plenum Press, New York, London.
- LABERGE D. - MORIN D. (1995), *The overuse of criminal dispositions: failure of diversionary policies in the management of mental health problems*, in *International Journal of Law and Psychiatry*, XVIII, 4, p. 389;
- LAMB H.R. - GRANT R.W. (1982), *The mentally ill in an urban county jail*, in *Archives of General Psychiatry*, XXXIX, p. 17;
- MONAHAN J. - McDONOUGH L.B. (1980), *Delivering community mental health services to a county jail population*, in *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, VIII, p. 28;
- PALERMO G.B. - SMITH M.B. - LISKA F.J. (1991), *Jails versus mental hospitals: a social dilemma*, in *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, XXXV, 2, p. 97;

- RUSSO G. (1993), *L'accertamento dell'imputabilità e della pericolosità sociale presso il Tribunale di Messina: Studio su 93 perizie psichiatriche*, in *Quaderni di Psichiatria Forense*, II, 2, p. 273;
- STEADMAN H.J. – RIBNER S.A. (1980), *Changing perceptions of the mental health needs of inmates in local jails*, in *American J. of Psychiatry*, CXXX, p. 1115;
- STEADMAN H. – MONAHAN J. (1984), *The movement of offender populations between Mental Health and Correctional facilities*, National Institute of Justice, New York;
- STEADMAN H.J. – MCCARTY D.W. – MORRISSEY J.P. (1989), *The mentally ill in jail. Planning for Essential services*, The Guilford Press, New York;
- TANTALO M. – COLAFICLI A. (1994), *Controllo o trattamento del reo malato di mente. Riflessioni critiche sul sistema giudiziario italiano*, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, p. 565;
- TEPLIN L.A. (1983), *The criminalization of the mentally ill: Speculation in search of data*, in *Psychological Bulletin*, XCIV, p. 54;
- TEPLIN L.A. (1990 a), *Detecting disorder: the treatment of mental illness: among jail detainees*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, LVIII, 2, p. 233;
- TEPLIN L.A. (1990 b), *The Prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the epidemiologic catchment area program*, in *American Journal of Public Health*, 6, p. 663;
- WHITMER G.E. (1980), *From hospitals to jails: the fate of California's deinstitutionalized mentally Ill*, in *American Journal of Orthopsychiatry*, L, p. 65.

RIASSUNTO

In Italia il passaggio da una dimensione in cui il sistema sanitario svolgeva un ruolo di controllo forte del malato di mente attraverso misure custodialistiche, ad un'altra, connotata in senso prevalentemente terapeutico, ma caratterizzata dalla totale assenza di strutture intermedie e di adeguati supporti territoriali, ha determinato un ampliamento della sfera di controllo del sistema penale che ha finito con l'assorbire un certo tipo di utenza problematica che non trova più spazi di gestione all'interno del sistema sanitario.

La ricerca, effettuata su 103 malati di mente detenuti nella casa circondariale di Messina e 117 internati nel manicomio giudiziario di Barcellona P. G. (Messina) mira a verificare in base a quali criteri questi soggetti, espulsi dal sistema sanitario, tendono a ridistribuirsi all'interno dell'una o dell'altra di queste due strutture giudiziarie.

RÉSUMÉ

En Italie, le passage d'une dimension où le système sanitaire jouait un rôle considérable de contrôle du malade mental à travers des mesures de détention, à une nouvelle dimension, envisagée dans un sens essentielle-

ment thérapeutique, mais caractérisée par l'absence totale de structures intermédiaires et de supports territoriaux adéquats, a donné lieu à un élargissement de la sphère de contrôle du système pénal qui a fini par absorber un certain type d'usagers problématiques qui ne trouvent plus d'espaces de gestion au sein du système sanitaire.

La recherche, effectuée sur 103 malades mentaux détenus dans l'établissement pénitentiaire de Messine et sur 117 internés dans l'asile judiciaire d'aliénés de Barcellona P.G. (Messine) vise à vérifier selon quels critères ces sujets, expulsés du système sanitaire, tendent à être redistribués au sein de l'une ou de l'autre de ces deux structures judiciaires.

SUMMARY

This research builds up from the hypothesis that the progressive characterization of the psychiatric structures in a strictly therapeutic sense has brought about the emargination of a particular category of subjects from the health system and the redistribution of this category inside the judiciary circuit. The research aims at ascertaining by which criteria these subjects, emarginated from the health system, tend to be de-routed within the prisons or special hospitals. Research was carried out on subjects detained in the Jail of Messina (n. 103) and in the special hospital of Barcellona P.G. (Messina) (n. 117).