

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO: SOTTOSISTEMA PENITENZIARIO

R. CASTELLANI (*)

R. CORREANI (**)

SOMMARIO: 1. - Considerazioni sul ruolo e le funzioni degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. — 2. - Reato e malattia mentale. — 3. - Il trattamento degli internati negli O.P.G. Analisi e proposte.

1. - *Considerazioni sul ruolo e le funzioni degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*

Per una chiara visione della reale funzione che nel nostro Paese hanno svolto e svolgono gli O.P.G., ci pare essenziale fare una breve disamina della storia dell'istituzione manicomiale giudiziaria e dei suoi rapporti con l'istituzione psichiatrica civile.

Con la legge Giolitti del 1904 e il codice Zanardelli si distinse tra reclusione e internamento, tra repressione e cura, tra delinquenti folli e folli delinquenti. Prevalse sulla impostazione positivista della pena (1), quella classica che vedeva, in essa, un risarcimento che il colpevole pagava alla società per aver violato le sue leggi e prevedeva una specie di misura di sicurezza in presenza di malattia mentale: l'internamento in un manicomio che poteva anche essere, ma non in via esclusiva, giudiziario.

E' in questo periodo, infatti, che sorgono i primi manicomi giudiziari del paese: Aversa, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia.

(*) Educatore presso l'Ufficio studi, ricerche e documentazioni della Direzione generale per gli istituti di prevenzione e pena.

(**) Esperta psicologa presso il Ministero di Grazia e Giustizia per la Corte d'Appello di Firenze.

(1) La scuola positivista concepiva la pena come rieducazione del condannato e isolamento a scopo di difesa sociale.

Il codice Rocco del 31, in relazione alla accresciuta pretesa repressiva del sistema politico fascista, riuscì a fondere i postulati della scuola positivista e classica, accolse nel sistema punitivo sia la pena che la misura di sicurezza, applicabili allo stesso soggetto e per lo stesso reato.

Tale sistema è stato definito a doppio binario perché investe contemporaneamente il reato e la personalità del colpevole.

La normativa del '31 stabilì, inoltre, la differenza funzionale tra manicomio civile e giudiziario, riservando a quest'ultimo, a scopi terapeutici, sia l'internamento di soggetti sottoposti a misura di sicurezza che l'internamento dei cosiddetti « prosciolti folli». Il manicomio giudiziario rappresentò l'intersecazione tra criminalità e malattia mentale, congiungendo le funzioni della pena e della cura.

Nel corso degli anni l'O.P.G. ha privilegiato delle funzioni affidategli quella di controllo, costituendosi all'interno dell'apparato penitenziario come struttura di contenimento più rigida rispetto al carcere comune.

Già dal 1972 l'O.P.G. fu oggetto di lotte da parte degli operatori della giustizia e della salute mentale, oltretutto di autodenucie da parte di detenuti in esso internati o ex-internati. Si rilevò da queste testimonianze come le strutture edilizie non garantissero il minimo igienico, il personale sanitario e parasanitario fosse scarso e non specializzato, prevalente la funzione di custodia e frequente l'uso del letto di contenzione a scopo punitivo.

Nel 1975 la legge di riforma penitenziaria n. 354 apportava un cambiamento culturale nella concezione del trattamento del deviante in carcere e attuava delle grosse modifiche nel sistema penitenziario italiano (tra cui l'instaurazione delle cosiddette « misure alternative »), ponendo l'accento soprattutto sulle funzioni educative e di risocializzazione.

Tali innovazioni non sono state compiute, certo, scotomizzando le implicazioni giuridiche che i comportamenti lesivi e l'inosservanza delle norme che regolano la convivenza umana generano, ma riflettendo su di un dato ormai inequivocabile, che il reato è anche frutto di un disadattamento individuale spesso legato a fattori ambientali, di personalità e familiari. In considerazione di ciò la riforma ha contemplato la possibilità

di aprire contatti tra il carcere e il territorio, perseguendo una linea di proiezione all'esterno.

La Società, poiché informata nel suo essere a compiti atti a garantire il benessere di ogni soggetto, è giunta a ridefinire il detenuto e a considerarlo non più solo come soggetto colpevole di reato, ma individuo portatore di uno stato di disagio personale e/o sociale. In questo modo si sono fatti strada i concetti di osservazione, trattamento e riadattamento sociale del detenuto.

L'Amministrazione penitenziaria vide, quindi, come prospettiva di superamento della realtà degli O.P.G. e ancora di salvataggio l'ospedale psichiatrico civile, a cui delegare se non l'intero problema (cosa resa impossibile dalla normativa sulla pericolosità sociale e sulle misure di sicurezza) almeno i casi più gravi e clamorosi: i cosiddetti prosciolti folli non imputabili per vizio totale di mente.

L'art. 100 del Regolamento di esecuzione della legge penitenziaria regolamenta, infatti, tale orientamento mediante l'uso di convenzioni con gli ospedali psichiatrici civili, onde realizzare il passaggio degli internati agli ospedali dei propri luoghi di residenza. Tale procedura costitutiva il primo rapporto con l'istituzione manicomiale civile e assumeva la forma di parziale delega dell'O.P.G. alla struttura pubblica. Essa sanciva il passaggio del detenuto malato di mente da una forma di controllo ad un'altra avente analoga funzione, anche se maggiormente mistificata da una sovrastruttura tecno-scientifica, quale quella dell'ospedale psichiatrico civile.

Le correnti di pensiero dell'antipsichiatria, fiorita agli inizi degli anni '70 sulle indicazioni di autori quali, a titolo di esempio, BASAGLIA, LAING, SZASZ, denunciavano, infatti, la reale funzione di controllo che lo stesso manicomio civile svolgeva sotto pretestuosa forma di cura della malattia, e dimostravano l'assurdità di qualsiasi terapia all'interno di una istituzione totale, che con i suoi meccanismi di repressione e controllo provoca l'irrigidimento e la stabilizzazione di un disagio, cronicizzando il più delle volte la malattia, piuttosto che operare il reinserimento del malato nel suo habitat socio-culturale. « Il carcere crea il suo criminale, e il manicomio crea il suo pazzo » (DE LEO).

Il movimento anti-istituzionale e un nuovo modo di concepire la psichiatria culminavano nel 1978 con le leggi n. 180 e

833 che hanno modificato il regime della assistenza psichiatrica e sanitaria in Italia. La riforma sanitaria stabilisce il definitivo superamento del manicomio come presidio sanitario adibito alla cura e al ricovero dei malati di mente, fornendo al cittadino attraverso i servizi psichiatrici territoriali delle U.S.L. la continuità degli interventi terapeutici e delle azioni preventive.

Nonostante le modifiche apportate dalla suddetta riforma sanitaria e l'avvio di una nuova operatività per il superamento del manicomio civile, la situazione negli O.P.G. è rimasta invariata, anzi per certi aspetti si è aggravata: prima si poteva far ricorso al pronto soccorso psichiatrico esterno e agli ospedali psichiatrici civili, ora, in assenza di tale alternativa, c'è un aumento all'interno degli O.P.G. di casi rilevanti dal punto di vista psichiatrico.

Gli attuali manicomi giudiziari (Aversa, Montelupo Fiorentino, Barcellona, S. Eframio, Reggio Emilia) sono costituiti da strutture architettoniche antiche che, nonostante gli interventi dell'Amministrazione penitenziaria, non garantiscono all'interno spazi agibili e idonei a trattare dei malati.

La difficoltà a dare una veste almeno ospedaliera agli O.P.G. è dovuta, oltre che ai vecchi edifici, anche alla eterogeneità della popolazione in essi ristretta: i prosciolti folli (art. 222 C.P.); gli imputati a procedimento sospeso e i condannati a pena sospesa per infermità psichica sopravvenuta (art. 88 C.P.P. e art. 148 C.P.); i soggetti che devono essere sottoposti a perizia psichiatrica; i soggetti ricoverati per osservazione.

L'aumento dei casi di prosciolti avvenuto di riflesso con l'entrata in vigore della legge 180/1978 e la territorializzazione del servizio psichiatrico, l'incremento di detenuti in osservazione e di periziandi, provenienti da strati di criminalità organizzata, hanno aggravato pertanto la situazione degli istituti, accrescendo proporzionalmente all'eterogeneità degli ospiti i problemi di sicurezza. Sul piano operativo tale situazione ha di conseguenza provocato un restringimento degli interventi socioterapeutici per i malati mentali.

L'Amministrazione penitenziaria nel 1979 a tal proposito ha elaborato un progetto di riforma sugli O.P.G., in cui il ricovero nel manicomio giudiziario veniva sostituito con due diversi provvedimenti: l'internamento in « sezione giudiziaria » e l'internamento in « sezione riabilitativa », facendo divieto di uti-

lizzare tali sezioni per l'accertamento delle condizioni psichiche e per l'esecuzione della perizia. Tali ipotetiche alternative rischiano, però, di operare un cambiamento meramente nominale e di riproporre nella sostanza agli individui sottoposti alla misura di sicurezza, lo stesso tipo di trattamento che privilegia il controllo e la sicurezza rispetto al bisogno di cura e assistenza.

Alla luce delle nuove disposizioni in campo sanitario, la possibilità di internamento in un manicomio giudiziario appare una contraddizione, poiché perpetua una discriminazione in materia di malattia mentale tra cittadini che presentano identiche patologie.

2. - *Reato e malattia mentale*

Il concetto generale di devianza costituisce lo schema di riferimento sia per i disturbi cosiddetti mentali, sia per le condotte criminose.

Le teorie biologiche sulla devianza hanno creduto di individuare le cause di essa nelle anomalie costituzionali. Il superamento del modello organicista da parte di teorie psicologiche e psicoanalitiche, che pongono l'accento sulle dinamiche intrapsichiche, non ci pare esaurisca convenientemente la complessità del fenomeno, mentre, a nostro avviso, una chiave di lettura più generale e completa necessita anche dell'uso dei modelli conoscitivi centrati sul sociale. Molto si è discusso negli anni passati sulla opportunità e sulla efficacia terapeutica del ricovero in istituti psichiatrici dei malati di mente. La psichiatria è giunta a considerare la malattia mentale non più come esclusivo «fatto» personale ma come effetto, anche se non unico, della complessa rete di interazioni che legano l'individuo al suo ambiente, alle prescrizioni e sanzioni morali, alle regole comportamentali suggerite dal contesto sociale.

Questa affermazione non vuole nuovamente riproporre l'annoso e ancora irrisolto problema delle origini e delle cause dei disturbi psichici, scagionando ora l'ambiente sociale ora l'individuo, né vuole negare la esistenza della follia. Tuttavia, l'essersi interrogati su questi temi ha portato come conseguenza una modificazione delle finalità e delle modalità nel trattamento in campo psichiatrico, che si sono concretizzate con la legge

180. Da supporto a questa legge, che, pur partendo da premesse quanto mai accreditate, non ha saputo con sguardo lungimirante prevedere la operatività di strutture che sul territorio si prendessero cura del dimesso, è stata anche l'intuizione di attribuire all'isolamento del malato mentale effetto rinforzante e quindi ulteriormente disadattante lo stato psichico del soggetto.

Tuttavia permane ancora oggi immodificato l'atteggiamento « sociale » che sanziona con l'allontanamento e la stigmatizzazione i comportamenti che derivano dalle norme e diventano pericolosi per la sopravvivenza di un dato sistema e delle sue regole. L'internamento in una istituzione sancisce l'effettiva diversità ed emarginazione e accomuna in un unico destino il malato di mente e il delinquente.

Abbiamo accennato genericamente al malato mentale e al delinquente, e al loro « ruolo » socialmente emarginante, poiché ci sembrava il presupposto di base per trattare del rapporto intercorrente tra malattia mentale — reato e le conseguenze di tale interazione. Intendiamo partire nella nostra esposizione da due considerazioni:

1) il reato assume significato in rapporto al tipo di patologia del soggetto. Esso, a seconda dei casi, esaurisce e soddisfa bisogni ed esigenze comunicative del malato;

2) esistono dei fattori esogeni intermediari tra malattia e condotta criminosa.

Per quanto attiene al punto uno, possiamo rilevare dalla casistica psichiatrica criminologica come il reato assolva nell'individuo malato la funzione di risposta o comunicazione « congrua » alla percezione del proprio ambiente e delle sue relazioni con esso.

Nel caso delle forme schizofreniche paranoidei vediamo che il malato dà luogo a determinate condotte in linea con il delirio; egli ha dei nemici immaginari e deve far fronte ad essi, pertanto è proprio nei tentativi di autodifesa che spesso si originano atteggiamenti di aggressione e di ribellione che possono generare ogni specie di reato: dalla ingiuria, alla diffamazione, all'omicidio. Nelle psicosi maniaco depressive la comparsa di atti antisociali, di violenze e di suicidio, è la « reazione » del soggetto

alla percezione della propria realtà: alla connotazione drammatica, di rovina, di sventura che essa assume ai suoi occhi indipendentemente da un obiettivo riscontro.

Altre patologie, come ad esempio la tossicomania, trovano nel reato la risposta ai propri bisogni; nel caso specifico il tossicomane può soddisfare il proprio imperativo desiderio attraverso il ricorso ai reati contro il patrimonio, spaccio e/o traffico di stupefacenti.

Nei casi di insufficienza mentale in cui il soggetto delinque — sono frequenti le anomalie del comportamento sessuale, delitti sessuali, furto, falsificazioni — il suo scopo è quello di mettersi in mostra, compensando la propria emarginazione, gli insuccessi lavorativi, relazionali, spesso non afferrando in pieno il significato delle sue azioni, la cui valenza è strettamente in rapporto al suo vissuto.

Come vediamo da questi brevi esempi il reato connesso al disturbo psichico assume la veste di sintomo che, anche se violento e contro le leggi, è pur sempre sintomo da ricollegare alla storia individuale e sociale del « reo » malato e come tale elemento per la diagnosi e la cura.

Riguardo al punto due riteniamo che gli elementi ambientali e sociali, prevalenti nella genesi di molti disturbi funzionali, costituiscano ulteriormente un elemento di differenziazione tra il malato di mente che non commette reati e il malato mentale cosiddetto criminale.

Lo psichiatra H. MANNHEIM in alcune sue ricerche ha messo in luce la elevata incidenza di insufficienti mentali tra i delinquenti, sottolineando come cause ambientali (motivi economici, patologie familiari) e sociali (strutture preventive e di trattamento, emarginazione, disoccupazione) siano influenti nel determinare se un deficiente mentale diventa o meno delinquente.

Anche MILNER rileva l'importanza dei fattori ambientali nella eziopatogenesi della paranoia criminale, ritenendo che spesso si tratta di reazioni ad una situazione intollerabile e apparentemente inevitabile, che il malato vive come unici modi per sfuggire. In altre forme patologiche come le psicosi affettive, le neuropatie giocano un ruolo molto importante i fattori di prevenzione socio-sanitaria, la cui azione viene ad avere un grosso peso nella dinamica malattia-reato.

All'interno dello stesso gruppo degli individui affetti da disturbi psichici, fattori sociali, di classe, ambientali, economici operano delle differenze, formando quel sottosistema che chiameremo dei « malati di mente criminali », la cui patologia in rapporto con le cause suddette può dar luogo ad atti penalmente perseguibili.

Nel momento in cui il malato di mente diventa « pericoloso » in quanto delinque scattano le esigenze di controllo della legge che si sovrappongono a quelle della cura della salute mentale e culminano nella segregazione per misura di sicurezza. L'internamento nei manicomi giudiziari determina il rovesciamento del rapporto malattia mentale-reato in reato-malattia mentale. Prevale il controllo sulla « presunta pericolosità », rimane sullo sfondo quello della cura. Il reato-sintomo dipendente da una patologia o disturbo mentale viene così a sancire, nel nostro attuale sistema penale, una doppia forma di emarginazione per il soggetto malato, il quale riveste il ruolo anche di « criminale », perdendo nella pratica il diritto alla cura e acquisendo l'obbligo dell'isolamento e della contenzione.

L'istituzionalizzazione del malato di mente che compie reati e il rapporto tra malattia mentale e reato sono indubbiamente problemi che per modificarsi esigono un cambiamento legislativo. Preferiamo affidare la discussione dei quesiti giuridici a sedi più idonee, soffermandoci sul trattamento del malato mentale in O.P.G. e sui possibili interventi terapeutici alternativi alla situazione mentale.

3. - *Il trattamento degli internati negli O.P.G. Analisi e proposte*

La vita quotidiana del malato internato nell'O.P.G. si svolge in forme simili a quelle del carcere, con l'aggravante di una maggiore rigidità soprattutto per quanto riguarda i rapporti interpersonali e gli spazi di socializzazione, oltre che gli effetti della lungodegenza dell'internamento sulle patologie.

Le norme istituzionali, il ritmo della giornata, le procedure di ingresso, i comportamenti da usare sono tutti mezzi di cui l'istituzione penitenziaria si serve per adattare il detenuto alla micro-realtà interna e favorire l'assorbimento del sistema di valori in esso vigente.

I meccanismi alla base di tale processo di «adattamento» sono quelli della manipolazione, spersonalizzazione, spoliazione, GOFFMAN parla del trattamento in termini di destrutturazione e ristrutturazione del sé del detenuto su modelli stigmatizzanti. Attorno alla devianza o al disadattamento della personalità del detenuto si assommano patologie relazionali e sociali tipiche della nuova forma di «diversità da istituzionalizzazione» che il soggetto viene ad assumere.

Nel caso del malato di mente le procedure usate per far fronte al suo adattamento alla realtà istituzionale sono quelle dell'isolamento, della contenzione fisica, della somministrazione di terapie da shock e di trattamenti psicofarmacologici, al puro scopo di sedare e controllare i suoi comportamenti disturbanti. Tale tipo di intervento non può che aggravare la patologia del malato, determinando l'aggiunta della «malattia da istituzione» al danno psicopatologico iniziale.

Dalla lettura di una indagine condotta per conto del Ministero di Grazia e Giustizia nei manicomi criminali dai Prof. A. PAOLELLA e C. CITTERIO, si evince una maggiore incidenza tra la popolazione detenuta di pazienti affetti da disturbi di tipo psicotico, seguiti percentualmente da soggetti con disturbi psiconevrotici, psicopatici, con disturbi legati all'assunzione di alcool e disturbi della intelligenza (oligofrenie).

Isolare uno psicotico, ad esempio, i cui disturbi originano da patologie relazionali, significa rinforzare la destrutturazione della sua personalità, il delirio quale unica modalità reattiva in condizioni di assenza di rapporto con la realtà e l'altro. La deprivazione sensoriale di stimoli fisici e sociali, la limitazione della libertà di movimento hanno avuto spesso come tragico epilogo casi di suicidio, omicidio, lesioni e danni alle persone e cose.

Una indagine condotta dal Prof. FERRACUTI sulla popolazione detenuta per reati comuni, conferma le indicazioni date da CLEMMER circa il potenziale effetto di deterioramento delle funzioni intellettive svolto dalla prisonizzazione.

La ricerca rileva che «il deterioramento si distribuisce in modo diverso nella popolazione penitenziaria, colpendo in modo maggiore alcuni detenuti, i meno preparati e meno protetti dalle loro risorse interiori ad affrontare l'ambiente uniforme, non stimolante e coartante del carcere».

Sulla base dello studio su menzionato e della tipologia della popolazione ristretta in O.P.G., potremmo supporre che gli effetti della prisonizzazione giungano non solo a sottolineare ulteriormente il processo psicopatologico in atto, che non può rimanere escluso, ma che inoltre vadano a rendere più labili anche i processi intellettivi, limitando così maggiormente la possibilità per il soggetto di pervenire, opportunamente aiutato, ad una ridefinizione delle proprie problematiche psichiche ed esistenziali.

L'immobilità, la cristallizzazione sono aspetti della vita istituzionale che il soggetto è obbligato a condurre, se manifesta il suo disagio « le terapie » tenderanno a persuaderlo a ritornare verso il comportamento « giusto ».

Il risultato di questa operazione è che la maggior parte degli internati alla fine si identifica con le regole dell'istituzione, le fa proprie, divenendo « adattato » al regime, adeguato alle aspettative istituzionali.

Strumenti pseudo-scientifici di tale intervento sono, purtroppo, gli operatori e i tecnici dell'istituzione manicomiale, il cui approccio al « malato internato » si esprime in termini di custodia e di controllo. La mediazione operata dai tecnici tra i valori ideologici dominanti nell'istituzione e il comportamento dell'internato si esplica in una attività di informazione-formazione, tendente alla stabilità del sistema totale e al suo funzionamento e non all'accertamento dei reali bisogni dell'internato.

Gli interventi terapeutici pratici sono principalmente di tipo farmacologico. Ben poco interesse è stato fino ad oggi mostrato verso indirizzi non organicisti, i cui orientamenti potrebbero essere utilizzati da supporto alle prescrizioni farmacologiche tentando, già all'interno dell'istituto, di ricostruire l'unità somato-psichica del malato. Nel far questo si promuoverebbe, contestualmente, nel personale paramedico e militare un nuovo atteggiamento nei confronti del paziente, da considerare malato, ma prima di ogni cosa uomo.

La possibilità di umanizzare gli strumenti operativi scaturisce da una diversa organizzazione del rapporto operatore-malato che permetta una cogestione del disturbo, avvii un processo attivo di conoscenze dei bisogni del malato da parte de-

gli operatori e una riappropriazione del proprio corpo, del proprio spazio soggettivo, delle proprie possibilità comunicative da parte dell'internato.

Ciò depone a favore di un superamento del manicomio giudiziario nella sua struttura e nelle sue funzioni verso una risposta alle esigenze del malato criminale che coinvolga il suo ambiente, intervenga su di lui senza sradicarlo dalla sua storia e dalla sua vita.

La territorializzazione della risposta psichiatrica e l'adeguamento del settore penitenziario e penale alle vigenti normative nazionali in materia sanitaria, ci appaiono gli obiettivi ultimi di un processo di smantellamento di una struttura quale l'O.P.G. In attesa di risoluzioni legislative, in via amministrativa è comunque necessario affrontare con urgenza la situazione degli O.P.G., operando in vista di tale obiettivo finale.

Sia la revisione della attuale struttura del manicomio giudiziario che il riordinamento del tipo di utenza che ad esso perviene costituiscono la base di una modificazione delle condizioni di vita in esso, e allo stesso tempo il presupposto per umanizzare le relazioni di tale sistema.

Innanzitutto gli istituti dovrebbero essere organizzati il più possibile sul modello ospedaliero, al fine di accentuare il loro inserimento nella generale organizzazione del servizio sanitario nazionale; il regime di vita dovrebbe essere liberalizzato, dando ampio spazio agli interventi socio-sanitario territoriali per avviare un rapporto con il malato, finalizzato alla sua deistituzionalizzazione e reintroduzione nell'ambiente sociale. Il personale penitenziario (educatori, psicologi, assistenti sociali) dovrebbe essere potenziato e qualificato per garantire una sufficiente presenza e capacità operativa.

Anche per quanto riguarda l'utenza sarebbe necessario limitare la presenza negli O.P.G. solo ai « malati di mente » (prosciolti, semi-infermi, ecc.) con esclusione di categorie quali quelle dei « periziandi » e « osservandi », al fine di neutralizzare la funzione dell'O.P.G. quale serbatoio di detenuti « speciali o difficili » e pervenire ad una classificazione delle patologie presenti per la creazione di istituti che si occupino di alcuni internati e non di altri, giungendo ad una specializzazione e qualificazione degli interventi.

L'istituzione della « Semilibertà » rappresenta, infine, lo strumento che attualmente possiamo usare per favorire la proiezione dell'internato all'esterno, restituendogli il diritto alla gestione della propria salute, in questo caso l'O.P.G. potrebbe funzionare da *night hospital*.

Concetti di incomprendibilità, inguaribilità, pericolosità del malato vanno rovesciati e visti nella loro reale luce: quali razionalizzazioni dell'ideologia del controllo. La storia del malato, al di là delle manifestazioni sintomatiche, è comprensibile e pertanto presupposto di base per avviare lo stesso processo terapeutico.

Dare una dimensione fisica e operativa diversa all'O.P.G., come abbiamo sinteticamente illustrato, rappresenta, date le sue arretrate condizioni, solo un passo intermedio.

Nasce da queste considerazioni la necessità di promuovere ricerche, tavole rotonde, dibattiti che attraverso un confronto interdisciplinare pongano quesiti sull'utilità della conservazione dei manicomi criminali così come sono oggi.

RIASSUNTO

Alla luce delle innovazioni verificatesi in questi ultimi anni nel campo sanitario nazionale e in quello penitenziario, nonché nell'ambito teorico-metodologico della psichiatria, la realtà istituzionale del manicomio giudiziario necessita di una radicale revisione delle sue finalità e funzioni.

L'internamento nei manicomi giudiziari determina il rovesciamento del rapporto malattia mentale-reato in reato-malattia mentale, privilegiando il controllo sulla « presunta pericolosità » del malato rispetto alla cura della patologia.

E' proprio a partire dal sintomo psichiatrico e dalle esigenze comunicative del malato che, in realtà, dovrebbe iniziare il processo terapeutico e riabilitativo.

Processo che deve ricondurre il soggetto malato mentale nel suo ambiente e non sradicarlo dalla sua storia e dalla sua vita, istituzionalizzandolo in un regime ancora più rigido di quello del penitenziario comune.

La reintegrazione nella società e il recupero mentale debbono essere mediati da strumenti operativi socio-sanitari che, agendo in una dimensione il più possibile ampia (lavoro, famiglia, ambiente, territorio), favoriscano la riappropriazione del proprio spazio soggettivo e sociale da parte del malato.

L'isolamento manicomiale rappresenta un processo opposto a quello terapeutico: esso ha l'effetto di aggravare le patologie psichiatriche assommando ad esse quelle tipiche della prisonizzazione e allo stesso

tempo costringe il malato cosiddetto criminale in una dimensione storica e anonima, allontanandolo «precauzionalmente» dalla società.

Un cambiamento nella attuale gestione dell'O.P.G., che accentui il suo inserimento nella generale organizzazione del servizio sanitario nazionale, costituisce il passo intermedio in attesa di modifiche legislative che permettano, attraverso una nuova regolamentazione del rapporto tra malattia mentale e reato, il superamento di tale istituzione.

RESUME

A la suite des innovations introduites au cours des dernières années dans les secteurs sanitaire et pénitentiaire nationaux, ainsi que dans le domaine théorique et méthodologique de la psychiatrie, la réalité institutionnelle de l'asile judiciaire exige une révision radicale de ses objectifs et de ses fonctions.

L'internement dans les asiles judiciaires provoque le renversement du rapport de maladie mentale/crime à crime/maladie mentale, en privilégiant le contrôle du « caractère supposé dangereux » du malade par rapport au traitement de la pathologie.

En réalité c'est justement à partir du symptôme psychiatrique et des exigences de communication du malade que devrait commencer le processus thérapeutique et de réhabilitation.

Ce processus doit ramener le sujet malade mental à son milieu et non pas le déraciner de son histoire et de sa vie, en l'institutionnalisant dans un régime encore plus stricte que celui de l'établissement pénitentiaire normal.

La réintégration dans la société et le recouvrement de la santé mentale doivent être mis en relation au moyen d'instruments opérationnels sociaux et sanitaires qui, en agissant dans la plus vaste dimension possible (travail, famille, milieu, territoire), favorisent le recouvrement de la part du malade de son espace subjectif et social.

L'isolement dans les asiles représente le processus contraire à celui de la thérapie: son résultat est d'aggraver les pathologies psychiatriques en y ajoutant les effets négatifs typiques de l'emprisonnement et en contraignant en même temps le malade soci-disant criminel dans une dimension anonyme et sans aucun sens historique, due à son éloignement « de précaution » de la société.

Un changement dans la gestion actuelle de l'Hôpital Psychiatrique Judiciaire, qui en accentue l'intégration dans l'organisation générale du service sanitaire national, représente le passage intermédiaire dans l'attente de modifications législatives permettant, à travers une nouvelle réglementation du rapport entre maladie mentale et crime, de surmonter cette institution.

SUMMARY

In the light of the innovations that have taken place in recent years in the national health service and prison system, as well as in the theoretical and methodological bases of psychiatric treatment, the institutional reality of lunatic asylums for the criminally insane requires a radical overhaul of their aims and functions.

Detention in psychiatric hospitals for the criminally insane determines a reversal of the mental illness-crime relation into one of crime-mental illness, and privileges the control of the patient's « presumed dangerousness » at the expense of the treatment of his pathology.

It is just on the basis of the patient's psychiatric symptoms and communicative needs that the therapeutic and rehabilitational process should effectively begin. This process must be aimed at restoring the mentally ill patient to his environment, and not uproot him from his history and life by institutionalizing him in an even stricter regime than that of the common prison.

Reintegration in society and mental recovery must be mediated by social and health-care facilities which act in as wide a dimension as possible (work, family, environment, territory) and favour the patient's own reappropriation of his role and place in society.

Isolation in a lunatic asylum represents a process opposed to the therapeutic one: it has the effect of aggravating the psychiatric pathologies by compounding them with those typically induced by imprisonment, and at the same time forces the so-called criminal patient into an ahistorical and anonymous dimension by means of his «precautionary» isolation from society.

A change in the current administration of criminal psychiatric hospitals, aimed at accentuating their incorporation in the general organization of the national health service, represents an intermediate step while awaiting legislative amendments which will permit their eventual supersession by means of a new regulation of the relation between mental illness and crime.

RESUMEN

La realidad institucional del manicomio judicial necesita una revisión radical de sus finalidades y funciones considerando las innovaciones llevadas a cabo en estos últimos años en el campo sanitario nacional y penitenciario así como en el ámbito teórico-metodológico de la psiquiatría.

La internación en los manicomios judiciales provoca la inversión de la relación enfermedad mental-delito a delito-enfermedad mental, privilegiando el control de la «presunta peligrosidad» del enfermo respecto a la cura de la patología.

Y justamente a partir del síntoma psiquiátrico y de la necesidad de comunicación del enfermo es que, en realidad, se debería empezar el proceso terapéutico y de rehabilitación.

Un proceso que debe devolver el sujeto enfermo mental a su ambiente y no desarraigarlo de su historia y de su vida, institucionalizándolo en un régimen aún más rígido que el del penitenciario común.

La reintegración en la sociedad y la recuperación mental deben lograrse mediante instrumentos de acción socio-sanitarios que, obrando en una dimensión lo más amplia posible (trabajo, familia, ambiente, territorio), favorezcan la reappropriación del propio espacio subjetivo y social por parte del enfermo.

El aislamiento del manicomio es un proceso opuesto al terapéutico: produce el efecto de agravar las patologías psiquiátricas a las que se agregan otras propias del encarcelamiento y, al mismo tiempo, constriñe al enfermo considerado «criminal» a una dimensión a-histórica y anónima, alejándolo «por precaución» de la sociedad.

Un cambio de la actual dirección del Hospital Psiquiátrico Judicial que, mediante una nueva reglamentación de la relación entre enfermedad mental y delito, acentúe su inclusión en la organización general del servicio sanitario nacional, constituye el paso intermedio en la espera de las modificaciones legislativas que permitan la superación de tal institución.

ZUSAMMENFASSUNG:

Im Lichte der Erneuerungen, zu denen es in den jüngsten Jahren im Bereich des nationalen Gesundheitswesens und in dem der Strafanstalten wie auch im theoretisch-methodologischen Rahmen der Psychiatrie gekommen ist, macht die institutionelle Wirklichkeit der gerichtlichen Irrenanstalt eine radikale Überprüfung ihrer Zwecke und Funktionen erforderlich.

Die Einweisung in eine gerichtliche Irrenanstalt führt zu einer Umkehrung des Verhältnisses Geisteskrankheit-Vergehen in Vergehen-Geisteskrankheit, wobei die Kontrolle der «vermutlichen Gefährlichkeit» des Kranken gegenüber der Heilung der Pathologie vorrangig gesehen wird.

Gerade von dem Psychiatrischen Symptom und von den Kommunikationszwängen des Kranken müsste jedoch der therapeutische und rehabilitierende Prozess beginnen.

Ein Prozess, der den Geisteskranken in seine Umwelt zurückführen und nicht ihn aus seiner Geschichte und seinem Leben entreissen sollte, und ihn in ein noch härteres Regime als das der gewöhnlichen Strafanstalt einschaltet.

Die Wiedereinschaltung in die Gesellschaft und eine geistige Besserung müssen durch sozial-gesundheitliche Mittel erreicht werden, die in einer möglichst breiten Ebene wirken (Arbeit, Familie, Umwelt, Territorium) und die Wiedererlangung des eigenen, subjektiven und sozialen Raumes des Kranken begünstigen.

Die Isolierung in einer Irrenanstalt bedeutet einen der Therapeutik entgegengesetzten Prozess: dadurch wird die psychiatrische Pathologie verschlechtert und hinzu treten die typischen Folgen der Einkerkierung, und der sogenannte kriminelle Kranke wird gleichzeitig in eine historisch feindliche und anonyme Dimension hineingezwungen und wird «vorsichtshalber» aus der Gesellschaft entfernt.

Eine Veränderung der derzeitigen Führung der O.P.G. die zu einer stärkeren Einschaltung in die allgemeine Organisation des Nationalen Gesundheitsdienstes führt, wäre in erster Schritt in Erwartung von gesetzlichen Änderungen, die durch eine neue Regelung des Verhältnisses zwischen Geisteskranken und Verbrechen die Überwindung dieser Institution ermöglichen.

BIBLIOGRAFIA

- BALLONI A.: *Criminologia e psicopatologia*. Patron, Bologna, 1976.
- BASAGLIA e coll.: *Crimini di pace*. Einaudi, Torino, 1975.
- BASAGLIA F.: *L'istituzione negata*. Einaudi, Torino, 1971.
- BENIGNI B., CIAMPI F., GERMANO G., MARTINI P.: *Il nuovo servizio psichiatrico*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1980.
- BONAZZI A.: *Squalificati a vita. Inchieste e testimonianze sui manicomi criminali italiani*. Gribaudo, Torino, 1975.
- CARASSAI V.: «Concetto di normalità ed anormalità: criterio di valutazione criminologica...», da *Rassegna dell'Arma dei Carabinieri*, n. 6, 1968.
- CLEMMER D.: *The prison community*. New York, Rinehart and Co, 1958.

- COPPOLA P.: *La personalità del delinquente nei suoi aspetti psicologici e patologici*. Rappolla, Napoli, 1971.
- DE BERNARDI A., DE PERI F., PANZERI L.: *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne, il caso milanese*. Franco Angeli, Milano, 1980.
- DE LEO G.: *L'interazione deviante*. Giuffrè, Milano, 1981.
- DE VINCENTIS G. e coll.: *Trattato di psicopatologia e psichiatria forense*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1972.
- DEVOTO A.: *Problemi dell'organizzazione manicomiale: dalla custodia al recupero sociale*. Scaravagli, Torino, 1966.
- Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati*. Legge n. 36 del 14 febbraio 1904.
- GALIMBERTI U.: *Psichiatria e fenomenologia*. Feltrinelli, Milano, 1979.
- GIBBENS, T.C.N.: «Psychiatry and the abnormal offender», in *The Medico Legal Journal*, vol. XXIV, IV, 1956.
- GOFFMAN E.: *Asylum*. Einaudi, Torino, 1968.
- IZZO R.: *Diritto Sanitario-Ospedaliero. Il disegno di legge sulla riforma sanitaria*. Simone, Napoli, 1977.
- MANACORDA A.: *Il manicomio giudiziario*. De Donato, 1982.
- MANNHEIM H.: *Trattato di criminologia comparata*. Einaudi, Torino, 1975.
- MARSIGLI M. L.: *La Marchesa e i demoni. Diario da un manicomio*. Feltrinelli, Milano, 1973.
- Ministero di Grazia e Giustizia: «Deterioramento mentale da detenzione», da *Quaderni dell'Ufficio Studi, Ricerche e Documentazioni* n. 13, Roma, 1976;
- Ministero di Grazia e Giustizia: «Manicomi giudiziari e case di cura e di custodia», da *Quaderni dell'Ufficio Studi, Ricerche e Documentazioni* n. 2, 1972.
- PARKER T.: *The Fryng-pan. A prison and its prisoners*. Foreword by doc. I.G.W. Pickering, London Hutchison and Co, 1970.
- RAGOZZINO D.: «Sui limiti dell'osservazione psichiatrica del detenuto (Relazione critica sui risultati clinici di 100 casi esaminati)», da *Rassegna di Studi Penitenziari*, 1958.
- Regio Decreto n. 615 del 16 agosto 1909.
- SEMERARI A., CITTERIO C.: *Medicina criminologica e Psichiatria forense*. Vallardi, Milano, 1975.
- SEYMOUR L. HALLEK, WALTER BROMBERG: *Psychiatric aspects of criminology*. Springfield, Illinois, C.C. Thomas, 1968.
- SPIROLAZZI G.: *Dizionario di psicopatologia forense*. Giuffrè, Milano, 1969.
- TAYLOR L.: *Deviance and society*. Michael Joseph, London, 1971.
- VALCAREGGI M.: *I manicomi criminali*. Mazzotta, Milano, 1975.