



PARERE
di Alessandra Carlotto

Il diritto dei detenuti alla salute psichica

Un'occasione perduta per la psichiatria. Sono queste le riflessioni che sollecita la riforma del sistema carcerario entrata in vigore il 10 novembre dopo un iter durato 3 anni. In questa riforma, infatti, anche se vengono affrontate alcune tematiche importanti come quelle del lavoro dei detenuti e dei minori, continuano tuttavia ad essere trascurati alcuni aspetti fondamentali. Mi riferisco al rispetto della salute psichica. Nella mia esperienza di lavoro presso gli istituti penitenziari ho sempre avuto la sensazione che entrando in carcere, nel momento in cui si varca quella soglia, non si attraversa solo una porta ma si entra in un universo parallelo. Forse tutto ciò è legato a quel senso di "vulnerabilità intrinseca" del detenuto come ben descrive il [Garante dei detenuti](#) nella sua relazione al Parlamento del 2018: «...La privazione della libertà è sempre tema che richiede particolare attenzione circa la scrupolosa tutela dei diritti proprio per la vulnerabilità intrinseca legata alla situazione di restrizione... indipendentemente dalle ragioni che lo hanno portato alla privazione della libertà». Sappiamo però, che vi sono alcune persone detenute particolarmente a rischio che richiedono maggiore attenzione e protezione rispetto ad altre, come afferma anche il Garan-

te: coloro affetti da malattia psichica. Da anni questa rappresenta la patologia più spesso rilevata all'interno delle strutture detentive. Secondo una recente indagine epidemiologica, il 41,3% dei detenuti ha un disturbo psichico di lieve o maggiore entità. È allarmante poi



Peso:52-68%,53-64%

il picco di suicidi: 53 casi dall'inizio dell'anno. Il disagio psichico è stato trascurato nella riforma che non ha equiparato la malattia psichiatrica a quella fisica. Ma al di là della vulnerabilità in generale del soggetto in custodia, ci interessa affrontare il tema della tutela del diritto alla salute psichica del reo. Tale intervento va fatto in maniera adeguata e differenziata da caso a caso. Sappiamo infatti che nel caso di detenuti affetti da patologia psichiatrica non imputabili, saranno ricoverati nelle Rems. Dal 1° aprile 2015 l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive, che consisteva nella custodia degli Opg, è sostituita dal ricovero nelle Rems. La nuova riforma però ha trascurato i detenuti rei imputabili, ma comunque affetti da malattie di natura psichiatrica all'ingresso in carcere. Per questi attualmente si prevede che in istituto

sia presente, come si legge nella relazione del Garante, almeno uno specialista in psichiatria e anche degli psicologi. Inoltre i "nuovi giunti" devono avere un colloquio psicologico contestualmente alla prima visita medica e qualora emergano disagi particolari, le persone detenute devono ricevere un sostegno. Tale impostazione, come in più occasioni il Garante ha affermato, «si tratta di un sostegno debole». Poi continua: «Non vi è traccia di un'assistenza psicoterapeutica effettiva, centrata su un percorso individualizzato e scandito da incontri periodici, a orario definito, nell'ambito del quale un operatore specializzato si occupi precipuamente della persona privata della libertà e delle sue fragilità». Infine, c'è il problema dei detenuti imputabili che hanno sviluppato in carcere una malattia mentale. In questo caso è necessario equiparare la malattia psichica a quella fisica, cosa che è stata negata nella nuova riforma carceraria. Per quale motivo? Forse qui si tratta di affrontare il problema della malattia mentale da un punto di vista culturale prima che sociale,

altrimenti i cambiamenti sono inefficaci. Nel convegno "Change in Psychiatry. La salute mentale nel terzo millennio" che si è svolto a Roma (8-9 novembre) una relazione con dati riferiti a ricerche epidemiologiche, poneva l'attenzione sul fatto che nonostante l'efficacia di determinati protocolli ancora non vengono assolte determinate richieste fondamentali per la cura dei malati in psichiatria. E poi ancora il relatore si chiedeva perché ciò non accade quando i protocolli riguardano altre branche della medicina come l'oncologia, l'epatologia e così via. Il problema dell'identità medica della psichiatria non è quindi solo un problema relegato all'interno della struttura carceraria. A questo punto bisogna chiedersi quali sono i presupposti culturali e talora ideologici che impediscono tale equiparazione. Forse negli ultimi decenni l'approccio al malato psichiatrico spesso non ha promosso un'adeguata ricerca sull'idea di cura per la guarigione del malato facendo prevalere l'aspetto assistenzia-





le. Dalla mia esperienza oltre che di psichiatra, di medico interno faccio notare che nella medicina del corpo - come è accaduto negli ultimi tempi con la scoperta della cura con guarigione completa dell'epatite C- c'è un'evoluzione continua con nuove linee guida di cura, basate su dati clinici relativi a ricerche dei fenomeni fisiopatologici e delle nuove evidenze scientifiche. Sono quindi i presupposti scientifici e non ideologici, che modificano gli ambienti stessi di terapia adeguandoli alle esigenze cliniche e terapeutiche. Bisogna quindi avere una base teorica che preveda una fisiopatologia della malattia con possibile cura per la guarigione delle malattie mentali proprio come per le malattie fisiche. Forse si è troppo spesso fatta coincidere l'identità del paziente con lo stato di malattia, non considerando più la malattia come uno stato temporaneo di infermità dell'individuo, remissibile. Proprio come accadrebbe in un reparto di cardiologia ad un malato cardiologico. Si tratta di allontanarsi da una certa cultura che porta ancora in sé l'idea di "mancanza primordiale" di derivazione lacaniana e heideggeriana, che incide sulla possibilità di recupero di un paziente psichiatrico e quindi "vulnerabile" e dello stesso paziente quando detenuto, ovvero con una "vulnerabilità" doppia. Far coin-

cidere lo stato di vulnerabilità con uno stato di mancanza primordiale, impedisce in maniera efficace di fare ricerca sui possibili percorsi terapeutici del detenuto affetto da malattia psichica ed allo stesso tempo di fare ricerca più in generale in psichiatria. Opponendosi all'idea di una mancanza originaria incolmabile associata ad un'assenza di un io alla nascita, Massimo Fagioli teorizza la carenza naturale di vitalità alla nascita che essendo carenza è colmabile nel rapporto con un altro essere umano e prevede la presenza di un io. La teoria della nascita fagioliana a partire dal secondo capitolo di *Istinto di morte e conoscenza* (1972) presuppone che la biologia del neonato reagisce di fronte alla natura non umana (la luce) con la pulsione di annullamento e contemporaneamente con la traccia mnesica del liquido amniotico, come fantasia di sparizione. Per questa traccia mnesica, che è la base della vitalità, non vi è una mancanza originaria. La ricerca sulla psichiatria condotta su questa base scientifica medica, piuttosto che ideologica e filosofica porta con sé una possibilità di cura per la guarigione. Questa ricerca può rappresentare la risposta alle richieste del **Garante dei detenuti** di individuare un approccio adeguato alla doppia vulnerabilità del detenuto affetto da malattia psichica e assume un senso nuovo la necessità di una psichiatria in carcere e di un spazio fondamentale per la psicoterapia con equiparazione della malattia mentale a quella fisica.

L'autrice

Alessandra Carlotta
è medico internista,
psichiatra e psicoterapeuta

Nella riforma entrata in vigore non c'è l'equiparazione della malattia mentale a quella fisica

