

TRATTAMENTO GIURIDICO DEI MALATI DI MENTE (*)

1. - I termini del problema non sembrano esattamente posti in relazione agli infermi di mente. In effetti, la loro emarginazione sociale non è un prodotto delle strutture giuridiche, ma deriva da fattori culturali vari, sorti spontaneamente nelle collettività storiche: per la qual cosa, non è il caso di parlare di «emarginazione e giustizia», ma converrebbe meglio parlare di emarginazione sociale *tout court*. Non bisogna dimenticare che nella storia del passato le infermità mentali erano trattate come segni di maledizione divina (e talvolta, come segni di predilezione: nella Bibbia, nelle tragedie greche, nel medioevo cristiano), e ciò suscitava un senso di orrore nella collettività, che teneva lontani (o faceva oggetto di una cauta reverenza) gli insani. L'approccio religioso è espressione di un notevole atteggiamento sociale, che è andato poi assunto altre forme da quando la concezione teocratica della società ha aperto le strade ad altre concezioni ispirate a valori non confessionali. Anche nelle epoche più recenti si è avuta una emarginazione dei folli o dei quasi folli, contro i quali le masse hanno manifestato insofferenza e chiusura, con azioni di difesa che comportavano la loro esclusione. Nella formazione della morale dominante, la rocca dei valori di base (l'Acropoli che custodisce il Palladio) è stata costruita in modo da giustificare l'estromissione degli anormali psichici, la loro privazione di diritti, la loro relegazione in istituti chiusi o in collettività controllate.

Questo obiettivo è stato realizzato, di solito, con la procedura del *labelling*, dell'etichettamento. La razionalizzazione delle strutture sociali, che trova il suo sbocco nel diritto, ha portato a stabilire alcuni limiti al di là dei quali è lecito fare scattare i meccanismi di emarginazione e al di sotto dei quali è possibile avere tolleranza: ad esempio, nella legislazione italiana sugli ospedali psichiatrici, è stata definita la categoria dei malati di mente pericolosi per sé o per gli altri (legge 14 febbraio 1904, n. 36) per fissare le condizioni del ricovero in ospedale. Questo etichettamento rappresenta, in certo modo, la base dell'emar-

(*) Da *Rass. Studi Penit.* 1976, pp. 203 ss.

ginazione, poiché coloro che sono ufficialmente qualificati infermi di mente pericolosi passano *ipso-facto* in una sotto-categoria di persone che, agli occhi dei consociati, è considerata con diffidenza o almeno con cautela. La conseguenza inevitabile è quella che questi stessi individui, vistisi etichettati in senso negativo, si percepiscono come esclusi e sviluppano dinamiche di difesa e talora di reazione che non giovano né ad essi, né alla comunità circostante (1): in tal modo gli altri attribuiscono loro, ed essi si riconoscono, uno *status* particolare, che nuoce al loro adattamento sociale in maniera spesso irreparabile. Non c'è bisogno di ricorrere alle teorie psicoanalitiche, specialmente a quella della società primitiva e del capro espiatorio (2) per comprendere il fenomeno.

A ciò bisogna aggiungere la profonda modificazione che si opera nella psiche di colui che non solo subisce il trauma dell'etichettamento negativo come folle, ma prova la durezza del trattamento dell'ospedale psichiatrico. Nell'interno degli istituti di ricovero psichiatrico si rafforza il senso di emarginazione per l'atteggiamento del personale di assistenza, che tende a porre una incolmabile distanza con i degenti, i quali si vedono considerati più come oggetto che come soggetti di un rapporto. Il concetto che inizialmente egli aveva di sé, inquadrato in un certo mondo familiare ed ambientale, perde rapidamente la sua consistenza, poiché il trattamento in internato, fatto in massima parte di interventi coattivi, si risolve in una continua profanazione del «ruolo soggettivo» che egli si era formato e fa venir meno quella base di sicurezza che è indispensabile per un minimo di equilibrio psichico (3).

Anche in caso di ricovero volontario l'interessato viene a trovarsi in una situazione di emarginazione, almeno nei rapporti con il personale addetto all'istituto: ciò alimenta l'insicurezza e l'ordinamento giuridico aggrava la situazione, stabilendo alcune menomazioni di diritti nei confronti dei folli qualificati come tali. I ricoverati negli ospedali psichiatrici sono privati senz'altro, indipendentemente da ogni pronuncia, della facoltà di esercitare taluni diritti, come l'elettorato e la potestà familiare. Ne confronti degli infermi di mente, ricoverati in ospedali o lasciati fuori di essi, vengono adottate misure privative o limitative della loro capacità giuridica (come l'interdizione e l'inabilitazione, nella legislazione italiana). L'emarginazione assume così aspetti particolarmente significativi, che si cumulano con gli inconvenienti dell'etichettamento. Quando a ciò si aggiungono le mortificazioni dell'internamento, la rottura fra i soggetti e la società diventa piena e le possibilità di recupero si rendono scarsissime.

(1) T.I. SCHEFF, *Being Mentally Ill.*, III, Chicago, 1966; *Mental Illness and Social Processes*, New York, 1967.

(2) P. REIWALT, *Die Gesellschaft und ihre Verbrecher*, Frankfurt a Mein, 1973.

(3) E. GOFFMAN, *Asylums*, Nuovo politecnico, Einaudi, 1974.

Inoltre, le risorse dell'ammalato di mente lo rendono spesso incapace di ricostruire la sua personalità su nove basi. Già durante il ricovero le sue condizioni non gli permettono di ricorrere a quei metodi di adattamento secondario di cui si fa spesso uso nelle collettività coatte (caserme, collegi, campi di concentramento e stabilimenti penali), che sboccano nella creazione di abitudini personali di chiusura ideologica e di accomodamento, di piccole associazioni interne, di compromessi con i superiori.

Egli perde quota sempre più e rimane veramente emarginato, perché viene percepito come oggetto più che come soggetto dal personale dell'istituto, dagli altri ricoverati e dagli estranei.

Quando è dimesso, anche se con provvedimento che lo riabilita giuridicamente, egli si trova in maggiori difficoltà per il rientro nella collettività, per il visibile disadattamento in cui si è venuto a trovare. D'altra parte l'etichettamento da lui subito, quando è stato qualificato folle, non viene facilmente dimenticato, e ciò peggiora le cose.

La permanenza dell'etichettamento negativo nel ricordo dei consociati opera in tutti i casi, anche quando sia mancato il ricovero. Una pronuncia di interdizione o di inabilitazione lascia un segno indelebile e non consente una ripresa totale nella pubblica considerazione, sì che il soggetto si sentirà emarginato anche dopo la revoca.

2. — La legislazione italiana in materia è piuttosto antiquata. La legge fondamentale resta quella del 14 febbraio 1904, n. 36, integrata dal regolamento approvato con r.d. 16 agosto 1909, n. 615. Altre norme sono dettate dalla legge 18 marzo 1958, n. 431, modificata dalla legge 13 marzo 1969, n. 83 e dalla legge 30 maggio 1970, n. 383.

Il principio basilare è quello che debbono essere ricoverate e curate negli ospedali psichiatrici le persone, affette da alienazione mentale, che siano pericolose per sé e per gli altri oppure suscitino pubblico scandalo, sempreché non possano essere convenientemente custodite e curate altrove. La spedalizzazione è quindi considerata come regola ed il ricovero deve avvenire esclusivamente in istituti speciali (manicomî pubblici o case di cura private): ciò favorisce l'emarginazione in massa degli alienati che siano considerati pericolosi per sé o per gli altri o che siano considerati fonte di scandalo. L'etichettamento è praticato attraverso una procedura ben stabilizzata: richiesta di ricovero da parte di familiari o di terzi, provvedimento di ammissione provvisoria da parte del pretore, osservazione psichiatrica, provvedimento di ricovero definitivo da parte del tribunale, sentito il pubblico ministero. Insieme con l'ordine di ricovero definitivo scattano i provvedimenti di limitazione della capacità civile di agire: nomina di un amministratore provvisorio e procedimento d'interdizione. Anche il licenziamento degli alienati guariti è contrassegnato da un provvedimento giudiziario, del presidente del tribunale. Lo *status* di alienato

viene così ad essere ben circoscritto e stabilizzato: il provvedimento del tribunale applica solennemente l'etichetta di alienato, da isolare e da privare della normale capacità di agire.

Questo sistema è oggetto di vivaci critiche, che si sono intensificate negli ultimi venti anni. Risale al 1954 il convegno per la riforma della legislazione sugli ospedali psichiatrici tenuto a Milano dal Centro di prevenzione e difesa sociale, che trattò il problema nei suoi aspetti più importanti. Le dispute hanno avuto per oggetto parecchi punti: a) l'opportunità di far coesistere gli ospedali psichiatrici pubblici e le cliniche private, con trattamento privilegiato; l'opportunità di distinguere nettamente fra l'organizzazione ospedaliera in generale e l'organizzazione degli ospedali psichiatrici; b) l'opportunità di dare al trattamento in ospedale psichiatrico un tipico aspetto custodialistico, prevalente su quello terapeutico; c) l'opportunità di mantenere l'intervento dell'autorità giudiziaria in una materia che ha precipui caratteri sanitari. Su quest'ultimo punto, vi è contrasto fra medici e giuristi, in quanto i primi considerano che l'assistenza psichiatrica debba essere regolata sul modello di ogni altra forma di assistenza sanitaria, senza complicazioni definitorie e procedure giudiziaria (in particolare, si critica la definizione di «pericolosità sociale» come condizione per l'applicazione di determinate misure, le quali dovrebbero avere una funzione meramente terapeutica), mentre i giuristi reputano necessario il controllo dell'autorità giudiziaria sia al fine di garantire la libertà degli individui contro il pericolo di internamenti attuati in base a diagnosi insicure o per abusive disposizioni dei poteri pubblici, sia al fine di garantire la sicurezza sociale contro il pericolo di dimissioni affrettate.

Ricordiamo che nel recente convegno tenuto a Roma il 21 e il 22 febbraio 1976 a cura dell'AMOPPI, è stata formulata una mozione per l'abrogazione della legge in vigore, perché questa:

«- ha determinato la emarginazione e segregazione di persone in base ad un concetto di pericolosità non meglio definita e perciò arbitraria, molte volte solo presunta e accertata in modo superficiale e inadeguato da persone incompetenti;

- ha permesso quasi sempre che una pericolosità occasionale sancisse la necessità di un ricovero durato poi decenni o tutta la vita;

- ha favorito la costruzione di enormi reclusori per i quali sia i politici, sia gli stessi operatori psichiatrici, sia l'opinione pubblica in generale non hanno esitato negli ultimi anni a trovare la definizione di *Lager*;

- ha sancito un tipo di emarginazione particolarmente distruttivo riservandolo alle persone di una determinata classe sociale, dal momento che affida alle Province l'onere finanziario del mantenimento degli alienati «poveri»;

– deresponsabilizzando gli altri operatori ha accentrato nella figura del direttore competenze quali la dimissione, per le quali è privo di elementi conoscitivi sufficienti pur potendo opporre che l'unico a rispondere è lui. Tale situazione comporta l'immobilismo all'interno della istituzione e rende impossibile il lavoro di gruppo e la collaborazione;

– ha impostato in modo talmente rigido ed autoritario il funzionamento del manicomio, che la subordinazione gerarchica ostacola ogni processo di democraticizzazione e ha degradato la maggior parte del personale a compiti essenzialmente di «sorveglianza» e di «custodia»;

– mediante la procedura del ricovero coatto, ha reso custodialistico e quindi fondamentalmente antiterapeutico e assurdo ogni tentativo di cura, mentre anche il ricovero volontario, non essendo mutate le strutture, continua ad essere repressivo».

3. – La legislazione italiana prevede altre forme di ricovero obbligatorio in ospedale nei confronti di infermi di mente che abbiano commesso dei reati e siano giudicati socialmente pericolosi. L'art. 222 cod. pen. prescrive che, in caso di proscioglimento di un imputato perché ritenuto incapace d'intendere e di volere (quindi, anche a causa di infermità psichica), deve essere obbligatoriamente disposto il suo internamento in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore a dieci anni, se si tratta di reato punibile con l'ergastolo, non inferiore a cinque anni, se si tratta di reato punibile con pena edittale minima non inferiore a dieci anni, a due anni se si tratta di reato punibile con pena meno grave, (tranne che per le contravvenzioni o per i delitti colposi). L'art. 219 cod. pen. prescrive poi che, in caso di seminfermità mentale, insieme con la pena (diminuita) deve essere disposto l'internamento in altro stabilimento chiuso, che è denominato casa di cura e di custodia.

Il ricovero in tali istituti comporta gli stessi effetti della emarginazione, ed anzi in misura maggiore. Si parla, invero, di «folli criminali» o di «criminali folli» e questa etichetta è fortemente pregiudizievole per gli interessati.

La dottrina penalistica e psichiatrica è orientata criticamente nei confronti di tali istituzioni e sono state invocate riforme legislative per la loro soppressione.

4. – Sono state già presentate al Parlamento italiano varie proposte di legge per la modificazione del sistema in vigore, ma esse sono piuttosto generiche e frammentarie. Una proposta dei deputati Mariotti ed altri, presentata alla Camera il 21 febbraio 1975 (n. 3501), sulla «riforma dei servizi per la sanità mentale» tende ad affidare alle

Regioni la competenza per l'assistenza psichiatrica, con la creazione di dispensari, ambulatori, laboratori ed aziende agricole protette, ospedali diurni e notturni. Nulla si dice però circa l'organizzazione degli ospedali psichiatrici, i quali pure dovrebbero passare alle Regioni: quindi, si avrebbe semplicemente il trapasso da un'organizzazione ad un'altra.

Un'altra proposta, presentata alla Camera il 25 maggio 1972 dal deputato Corti, prevede la concessione di sussidi economici alle persone ricoverate negli ospedali psichiatrici, la partecipazione delle stesse a lavori organizzati confinalità ergoterapiche e la istituzione di corsi di formazione professionale per i dimessi.

Ancora una proposta, presentata al Senato dai Senatori Minocci ed altri (n. 2258), riguarda il passaggio degli ospedali psichiatrici alle Regioni, con riferimento alla riforma sanitaria in corso. Così pure la proposta presentata alla Camera il 15 ottobre 1975 dai deputati Morini ed altri (n. 4009).

Infine, una proposta, presentata al Senato il 4 febbraio 1975 (n. 1923) dai senatori Ossicini ed altri, contempla la soppressione degli ospedali psichiatrici giudiziari ed il passaggio dei degenti negli ospedali psichiatrici comuni.