

DANIELA RONCO

La categoria sociologica della pericolosità e il trattamento delle eccedenze. Il caso dei cripto-imputabili

SOMMARIO: 1. Giustizia penale attuariale e neutralizzazione delle underclass. – 2. Chi sono i cripto-imputabili? – 3. Aree di confine: aggressività, paura e la metafora della sporcizia. – 4. Un passo indietro. Le perizie, tra imputabilità e medicina difensiva. – 5. Dunque, dove mandarli? L'assenza della rete e del territorio. – 6. Rimpalli di competenze e meccanismi di esclusione.

1. *Giustizia penale attuariale e neutralizzazione delle underclass*

Il cambio paradigmatico «dalla pena che include alla pena che esclude»¹ è stato da tempo messo in luce dalla letteratura sociologica sulla penalità. Il passaggio dallo stato sociale allo stato penale² si è concretizzato in primis attraverso la progressiva centralità assunta dal carcere come dispositivo di disciplinamento e, in secondo luogo, dall'affermazione di un modello attuariale di controllo penale³. Il concetto di giustizia attuariale fa riferimento a quel modello di eser-

¹ M. PAVARINI, *Governare la penalità. Struttura sociale, processi decisionali e discorsi pubblici sulla pena*, numero monografico, Ius17, p. 101.

² L. WACQUANT, *Punir les pauvres. Le nouveau gouvernement de l'insecurité sociale*, Marseille, 2004. La fiducia di derivazione illuminista nell'ingegneria sociale aveva consentito, dalla fine della seconda guerra mondiale, l'applicazione dei principi e degli strumenti del Welfare State al sistema penale. A partire dagli anni '70 (dapprima negli Stati Uniti e nel Regno Unito e poi via via negli altri paesi occidentali), tale modello è entrato progressivamente in crisi, per lasciar posto allo sviluppo e affermazione del cosiddetto stato penale, connotato da un aumento del carattere repressivo delle politiche penali, soprattutto nei confronti dei gruppi sociali più emarginati. Sul punto si rimanda anche a D. GARLAND, *La cultura del controllo. Crimine e ordine sociale nel mondo contemporaneo*, Milano, 2001, p. 259.

³ M. FEELEY e J. SIMON, *The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and its Implications*, in *Criminology*, 30, 1992, pp. 449-474; P. MARY, *Pénalité et gestion des risques: vers un justice «actuarielle» en Europe?*, in *Déviance et Société*, 25,1, 2001, pp. 33-51.

cizio del controllo penale che non pone più l'accento sul trattamento dell'individuo, principio cardine attorno a cui ruota il modello positivista, bensì sul controllo e la sorveglianza dei gruppi sociali considerati a rischio, attraverso l'adozione di un linguaggio e strumenti operativi presi in prestito dalle discipline statistiche e manageriali.

La crisi del Welfare è stata infatti accompagnata, sul piano penale, dal superamento dell'ottimismo di derivazione correzionale-positivista sulla possibilità di intervenire sul singolo autore di reato in chiave preventiva. Nella cornice della New Penology⁴ ha preso piede invece l'incapacitazione selettiva delle classi pericolose attraverso l'individuazione dei profili di rischio. L'enfasi sulle finalità sociali e inclusive della pena è stata così oscurata, fortemente ridimensionata, o relegata al piano dei discorsi sulla penalità. Sono soprattutto le «underclass»⁵, gruppi sociali perennemente marginali, ad essere ritenute non integrabili e per questo pericolose, di conseguenza sottoposte a un controllo penale rafforzato, che viene giustificato con il ricorso a vocabolari motivazionali incentrati sul rischio e la pericolosità.

La letteratura socio-giuridica che si è occupata di analizzare tali evoluzioni tende ad inserirle nel più ampio processo di trasformazione dall'economia industriale capitalistica di tipo fordista al progressivo affermarsi del modello post-fordista, ossia «il passaggio da un regime di piena occupazione a una condizione in cui la disoccupazione rappresenta un fatto «strutturale»; il passaggio da un'economia orientata alla produzione a un'economia dell'informazione; il passaggio dal lavoro industriale al lavoro immateriale; il passaggio dalla centralità della classe operaia alla costituzione di una forza lavoro globale»⁶.

Attraverso la criminalizzazione sia primaria (nella selezione cioè dei beni oggetto di tutela tramite le leggi penali) che secondaria (ossia nella selezione degli individui in concreto perseguiti come criminali), il sistema penale e penitenziario contribuiscono a rafforzare quelle dinamiche di marginalizzazione ed esclusione sociale nei confronti delle *underclass* e la loro preclusione dal mercato del lavoro che si è

⁴ M. FEELEY e J. SIMON, *The New Penology*, cit., p. 458.

⁵ Nel concetto di underclass, declinazione attuale del concetto di «sottoproletariato», confluiscono quei soggetti «afflitti dalla disoccupazione e dalla povertà, scarsamente scolarizzati, dequalificati, a volte psichicamente instabili o dediti al vizio, discriminati sulla base della loro appartenenza a gruppi di minoranza, spesso mancanti di riferimenti familiari e relazionali stabili» (A. SBRACCIA, F. VIANELLO, *Sociologia della devianza e della criminalità*, Roma-Bari, 2010, p. 84).

⁶ A. DE GIORGI, *Il governo dell'eccedenza. Postfordismo e controllo della moltitudine*, Verona, 2002, p. 74.

venuto a configurare in epoca post-fordista. L'implicita equazione tra marginalità sociale e criminalità riflette così l'affermazione del paradigma neoliberista, per cui alla crescente insicurezza generalizzata prodotta dall'erosione del salario stabile, proprio dei decenni di espansione fordista, si accompagna, in epoca post-fordista, il rinforzo dell'apparato punitivo, in parallelo alla ritirata dello stato sul fronte economico e sociale⁷.

Se le evoluzioni del controllo penale sono state analizzate in prevalenza rispetto all'istituzione carceraria, non mancano le riflessioni sull'impatto della New Penology su tutto «l'arcipelago carcerario»⁸, metafora introdotta da Foucault per rappresentare l'intera ramificazione del complesso di istituzioni che esercitano una qualche forma di controllo sociale. L'ampliamento del controllo comunitario, dove i confini tra libertà e privazione della libertà sono meno evidenti e chiari che in carcere, rivela spesso l'affermazione di una tendenza al *net-widening*, quel fenomeno di espansione del controllo penale che spesso accompagna l'introduzione o l'implementazione di dispositivi alternativi al carcere. In base a tale fenomeno, la propulsione verso il maggior utilizzo di strumenti di *diversion* o di sanzioni comunitarie ha come effetto perverso quello di aumentare le maglie e le dimensioni della rete, provocando un effetto complessivo di espansione del controllo penale⁹.

Ciò che accomuna i dispositivi di controllo applicati tanto all'interno delle mura del carcere quanto nel più ampio arcipelago carcerario dai confini offuscati, è quella che Cohen ha definito la «teoria del comportamento»: bersaglio del controllo non sono più né il corpo, né la mente, bensì i comportamenti in quanto si ritiene «meglio cambiare il modo di comportarsi delle persone, piuttosto che cambiare le persone»¹⁰.

La pericolosità è dunque sempre più associata alla marginalità sociale che caratterizza talune categorie sociali. Il cambio di paradigma ha evidentemente rilevanti ripercussioni anche in termini di predittività, laddove, appunto, al centro non si pone più il singolo, bensì il gruppo di appartenenza ritenuto problematico. Parallelamente al progressivo venir meno della fiducia negli specialisti nel prevedere i

⁷ L. WACQUANT, *Punir les pauvres*, cit.

⁸ Cfr. M. FOUCAULT, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, 1993, p. 328.

⁹ S. COHEN, *The Punitive City: Notes on the Dispersal of Social Control*, in *Contemporary Crises*, 3, 1979, pp. 339-363.

¹⁰ S. COHEN, *Lo sviluppo del modello correzionale: chiacchiere e realtà del controllo sociale*, in *Dei delitti e delle pene*, 1, 1985, p. 37.

futuri crimini commessi da specifici individui¹¹, si sono insinuati quei metodi attuariali che tendono a interpretare la pericolosità sempre più in termini di probabilità di rischio rappresentato da popolazioni pericolose¹². L'attenzione si sposta quindi dalla pericolosità che il singolo commetta (o reiteri) un reato (ipotesi ritenuta via via sempre più difficile da giustificare *scientificamente*), alla pericolosità associata ai fattori di rischio rappresentati dal gruppo sociale cui appartiene il soggetto (affidandosi alla scientificità dei saperi statistici e attuariali).

Oggetto del presente saggio è dunque l'impatto di tali dinamiche nel campo specifico dell'esecuzione delle misure di sicurezza, dove uno dei gruppi sociali maggiormente rappresentati e definiti dagli operatori come particolarmente «problematici» è quello dei cosiddetti cripto-imputabili. La trama di questo lavoro si sviluppa quindi attorno ai seguenti interrogativi: chi sono i cripto-imputabili? In che modo i vari attori coinvolti nel campo dell'esecuzione delle misure di sicurezza concorrono a creare e definire tale categoria, rappresentando le persone che vi rientrano come «eccedenze» impossibili da includere nella società?

Utilizzando un approccio socio-giuridico e, nello specifico, il materiale empirico raccolto attraverso interviste e focus group al personale operante in alcune REMS e comunità terapeutiche per pazienti psichiatrici, si indagherà il campo dell'esecuzione delle misure di sicurezza attraverso la lente della giustizia attuariale¹³. L'applicazione delle misure di sicurezza per pazienti psichiatrici si rivela un terreno particolarmente fertile per vedere all'opera le dinamiche dell'esclusione e della neutralizzazione tipiche di tale modello di controllo penale. La categoria del cripto-imputabile rappresenta da questo punto di vista un esempio paradigmatico di materializzazione della neutralizzazione delle eccedenze che deriva in gran parte dall'applicazione del modello della gestione del rischio al campo della giustizia penale.

Come emerso da molte interviste infatti, il soggetto cripto-imputabile, che rappresenta nella percezione degli operatori una categoria sociale ad alto rischio, si trova a trascorrere la sua intera esistenza

¹¹ D. GARLAND, *La cultura del controllo*, cit., p. 259.

¹² R. CASTEL, *From dangerousness to risk*, in G. BURCHELL, C. GORDON, P. MILLER (a cura di), *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*, London, 1991, pp. 281-298; E. SANTORO, *Crime and punishment*, in *Political Concepts*, 2018, disponibile online: www.manchesteropenhive.com/view/9781526137562/9781526137562.00010.xml

¹³ Nel capitolo verranno utilizzati stralci di interviste e focus group e, più in generale, il materiale empirico raccolto attraverso una ricerca qualitativa il cui impianto metodologico viene descritto nel contributo di P.A. ALLEGRI, B. GIORS e M. MIRAVALLE al quale pertanto si rinvia.

entrando ed uscendo da un'istituzione all'altra (nel caso specifico, dal carcere alla casa di lavoro, alla REMS, alla comunità terapeutica, ecc.). Tipico esempio del fenomeno della *transcarceration*¹⁴, secondo cui alcuni soggetti finiscono per condurre tutta o gran parte della loro esistenza transitando attraverso una pluralità di agenzie e istituzioni, ognuna delle quali esercita nei loro confronti una qualche forma di controllo penale, senza riuscire a trovare una collocazione reale e stabile nel contesto sociale¹⁵.

2. Chi sono i cripto-imputabili?

Il Consiglio Superiore della Magistratura, nella Risoluzione del 17 aprile 2017, ha definito cripto-imputabili «quei soggetti che, pur vivendo l'esperienza del disturbo mentale, non sarebbero da considerare propriamente non imputabili e dovrebbero, eventualmente, soggiacere alla sanzione penale ordinaria per il reato connesso e veder protetto e tutelato il loro «bisogno di cure», in sede di esecuzione penale ordinaria»¹⁶.

È evidente come tale definizione sia al centro del dibattito che ruota attorno al tema del trattamento degli autori di reato con disagio psichico¹⁷, in quanto tocca alcuni nervi scoperti ben noti agli addetti ai lavori: il ruolo e l'impatto delle perizie in sede processuale, le relazioni tra i vari attori coinvolti nella presa in carico e, soprattutto,

¹⁴ Per un approfondimento sul tema si rinvia ai capitoli di P.A. Allegri e M. Miravalle contenuti nel presente volume.

¹⁵ J. LOWMAN, R. MENZIES e T. PALYS, *Transcarceration; essays in the Sociology of Social Control*, Aldershot, 1987.

¹⁶ Cfr. F. CORLEONE (a cura di), *Il muro dell'imputabilità. Dopo la scelta dell'OPG, una scelta radicale*, Fiesole, 2019, p. 153.

¹⁷ Sul punto occorre sottolineare in particolare l'impatto della sentenza n. 9163 dell'8 marzo 2005 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, che ha inserito i disturbi di personalità tra i fattori che possono escludere o limitare la capacità di intendere e di volere (per una descrizione dettagliata si rimanda al contributo di F. PENNAZIO, V. VILLARI in questo volume). L'aleatorietà del concetto di «disturbo di personalità» ha inevitabilmente scoperchiato e messo in evidenza le criticità che derivano dall'applicazione dei concetti stessi di imputabilità e semi-imputabilità. Sul piano sociologico, si tratta di un interessante esempio di applicazione delle categorizzazioni e del loro impatto soprattutto in termini di processi di criminalizzazione secondaria (intesa come la selezione di quegli individui o gruppi sociali concretamente perseguiti come criminali). Sui processi di criminalizzazione, indagati soprattutto dai contributi teorici ed empirici di matrice costruzionista e critica, si rimanda, su tutti, a A. BARATTA, *Criminologia critica e critica del diritto penale. Introduzione alla sociologia giuridico-penale*, Milano, 2019.

lo status e la collocazione nel contesto sociale e giuridico degli stessi soggetti che vengono così etichettati¹⁸.

Si tratta, inoltre, di una delle questioni considerate più critiche sostanzialmente da tutti gli operatori coinvolti nella ricerca di cui qui si presentano alcuni risultati, a prescindere dalla categoria professionale di appartenenza (psichiatri, psicologi, educatori, infermieri, assistenti sociali, ecc.), sia che si tratti dei ruoli dirigenziali che di quei professionisti maggiormente a contatto con i pazienti. Non tutti li definiscono cripto-imputabili, ma tutti hanno ben chiaro il prototipo di paziente considerato «difficile»: non compliant, spesso tossico-dipendente/in doppia diagnosi, aggressivo, restio a sottoporsi a un trattamento terapeutico. Più in generale, si tratta di quei soggetti che si ritiene mettano in atto comportamenti anti-sociali. Si legga, a titolo esemplificativo, questo interessante confronto fra operatori nell'ambito di un'equipe di coordinamento, che ben descrive un paziente unanimemente considerato «difficile»:

- *è stato provato di tutto... a farlo stare in casa da solo, in comunità... Non si riesce a trovare una soluzione per C.*
- *per capirci, noi ci troviamo ancora in pochissimi casi, alle prese con i problemi di gestione di persone che hanno storie lunghissime, qui stiamo parlando di C., che stava in OPG nel 2007, è stato ad Aversa, a Napoli, a Barcellona...*
- *è stato ovunque, si è provato di tutto con lui, ma anche a livello di comunità, ti ripeto c'è stato pure quel periodo in cui lui è stato in appartamento, da solo, con un operatore, in modo di cercare di dargli degli spazi, delle cose, di seguirlo meglio... di tutto abbiamo provato*
- *è stato per tutto il 2018, tutto il 2019, parte del 2020 dimesso, in carico al DSM per capirci... rientrato in REMS per un allontanamento*
- *è complesso proprio... scappò dalla struttura, ha fatto di tutto, ha picchiato gli operatori (sorride, nda), si sono provate anche strutture diverse... si è provata una struttura in Puglia... però non lo so, con lui è complesso proprio con C. eh?*
- *sì, stiamo parlando per capirci di una persona che non ha un disturbo psichiatrico, ma ha un disturbo anti-sociale e quant'altro, siamo in quelle situazioni che sono problematiche per loro natura, cioè mettiamo così, stiamo parlando probabilmente di un cripto-imputabile... però c'ha una storia talmente lunga...*

(equipe coordinamento regionale)

¹⁸ Il rimando qui è evidentemente a quel settore di studi che, a partire da Goffman, ha applicato i principali postulati della teoria dell'etichettamento ai soggetti con disagio psichico. E. GOFFMAN, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione*, Torino, 2001; ID., *Stigma. L'identità negata*, Verona, 2003.

Un elemento riportato da pressoché tutti gli operatori riguarda il rischio che questi soggetti rappresentano in termini di rottura dei delicati equilibri che si devono mantenere all'interno di una struttura come quella di una REMS. Si tratta infatti di strutture comunitarie, piccole, in cui la quotidianità è caratterizzata da un'alta densità di condivisione degli spazi, in cui gli equilibri relazionali sono reputati fondamentali perché non si sviluppino situazioni di difficile gestione¹⁹. In tal senso, la presenza di un certo numero di soggetti così categorizzati costituirebbe un forte rischio di destabilizzazione degli equilibri della struttura.

La difficoltà, aggiungerei io, che ci sono anche dei pazienti che non rientrano nella sfera psichiatrica, quindi la gestione è sicuramente diversa rispetto a quella che è una gestione di un paziente psichiatrico [...] sono quegli ospiti che purtroppo arrivando in REMS creano più disagi, perché creano dei conflitti, delle dinamiche di gruppo nettamente diverse, quando si crea un gruppo tra i pazienti psichiatrici, il paziente che non è psichiatrico sconvolge tutto l'equilibrio di quel gruppo, quindi è di difficile gestione, spesso noi riserviamo parecchio tempo a risolvere delle problematiche che appunto sono dovute da questi soggetti, da questi ospiti.

(educatrice, REMS)

L'impatto sul gruppo era perché in questo periodo difficile, in cui avevamo tutte queste situazioni di tensione, ovviamente l'attenzione era sempre proiettata verso questo paziente principalmente, quindi togliendo anche delle attenzioni e del tempo agli altri utenti. E questa cosa diciamo che dopo una decina di giorni comunque ha creato degli scombussolamenti anche su pazienti che in realtà non hanno dato mai nessun tipo di problema e che hanno iniziato comunque ad avere delle reazioni come per dire «se li chiamate per lui i Carabinieri li dovete chiamare anche per me perché neanche io sto più bene, anch'io voglio andarmene».

(infermiera, REMS)

Tali pazienti assorbirebbero molte energie degli operatori coinvolti, il che andrebbe a discapito dei pazienti considerati davvero psichiatrici. Inoltre emerge tra gli operatori delle REMS spesso l'idea della mancanza di competenze professionali nella gestione delle problematiche espresse da persone borderline, in doppia diagnosi, ecc.

¹⁹ La questione della fragilità degli equilibri che vengono a costituirsi all'interno di una REMS è stata di recente evidenziata anche da F. CANCELLARO, *Le nuove Residenze per le misure di sicurezza viste da vicino. Un'indagine sui percorsi biografici e giudiziari degli internati nelle REMS di Ceccano e Pontecorvo*, in *Sociologia del diritto*, 2, 2019, pp. 111-136.

Diciamo che spesso i provvisori sono pazienti legati all'area delle tossicodipendenze e quant'altro, no, il paziente psichiatrico che ha ricevuto una sentenza definitiva per incapacità, quindi con diagnosi di primo livello, quindi schizofrenie o quant'altro, sono una tipologia di pazienti su cui si può strutturare meglio una tipologia di intervento, almeno per come noi abbiamo inteso di strutturare il nostro intervento riabilitativo perché il nostro intervento è mirato, diciamo così, al di là di questa fase pandemica, è stato mirato alla socializzazione massima nel luogo dove è situata la REMS. Cioè la REMS è situata in una piccola comunità di circa 700 abitanti e ciò che ci siamo subito messi in testa era fare in modo che la REMS fosse una parte del paese, ma io direi che a un certo punto il paese doveva essere parte della REMS, cioè c'è stata un'osmosi, per cui i pazienti hanno avuto sempre la possibilità di frequentare la comunità locale, di andare al bar, di andare a messa, di frequentare così come tutti i cittadini, di andare dal medico di famiglia, cioè abbiamo inteso di lavorare nell'ambito di un'istituzione, di una capacità di socializzazione massima, mettendo al primo posto ovviamente trattamenti farmacologici dove erano necessari, trattamenti riabilitativi, ma grosso obiettivo era quello della socializzazione, lo abbiamo fatto in maniera anche spinta, fino ad oggi è andato bene. Chiaro che questo è più difficile laddove ci sono personalità che magari hanno problematiche altre, dipendenza o quant'altro insomma.

(psichiatra, REMS)

La preoccupazione che emerge dagli operatori è sostanzialmente duplice: da un lato, viene espressa in termini di incapacità di gestire talune problematiche e di difficoltà a perseguire dunque la propria mission professionale/istituzionale. Nel caso qui sopra richiamato, questo si traduce per esempio anche nella difficoltà a perseguire l'obiettivo della risocializzazione nel contesto in cui è collocata la REMS, per via del difficile superamento del pregiudizio verso i pazienti da parte della comunità, soprattutto nei confronti dei pazienti «difficili». Qui emerge il doppio/triplo/multiplo stigma verso soggetti che sono considerati, prima ancora che pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, delinquenti, ecc. Quello di *sick-role*²⁰ diventa status ausiliario rispetto a quelli di tossicodipendente, criminale, ecc., che vengono considerati alternativamente status egemoni e dunque maggiormente caratterizzanti il soggetto in questione²¹.

²⁰ Il concetto di *sick-role* è stato coniato da Parsons per identificare una sorta di «deviante involontario», con una certa attenuazione dunque della responsabilità nella non conformità alle norme. T. PARSONS, *The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered*, in *Health and Society*, 53, 3, pp. 257-278.

²¹ La distinzione tra status egemone e status ausiliari è stata introdotta da E. HUGHES, *Dilemmas and Contradictions of Status*, in *American Journal of Sociology*, 50,

In secondo luogo, emerge più volte la necessità di tutelare gli «altri» ospiti da chi viene identificato come problematico. Tale preoccupazione peraltro pare trasversale a vari servizi. È quanto emerso per esempio anche nelle interviste agli operatori di comunità terapeutiche, i quali spesso evidenziano proprio la grossa difficoltà di inserire tali soggetti all'interno di contesti di gruppo, per cui è forte la necessità da loro avvertita di tutelare gli «altri» pazienti. In tal senso gli operatori, pur riconoscendo e affermando la complessità dei percorsi di vita individuali, paiono avere ben chiara la distinzione tra tipologie di pazienti e condividere e dare per scontata la categorizzazione del cripto-imputabile come soggetto problematico, scomodo e su cui non è facile intervenire né prospettare percorsi di re-inclusione nel contesto territoriale.

3. *Aree di confine: aggressività, paura e la metafora della sporcizia*

Queste sono le solite storie. È un ex tossicomane di lunga data, adesso c'ha un quadro, a mio parere di deterioramento insomma, in cui s'innestano anche sintomi psicotici, quindi molto spesso gli hanno dovuto fare un haldol vegano che lui rifiuta sistematicamente. Lui ha fatto per tanti anni l'alcover per cui è diventato anche dipendente da alcover. Ma tutto questo gli ha determinato, secondo me, sempre un grave deterioramento, lui figurati che è giovane, c'ha tra i 40 e i 45 anni credo, c'ha questo deterioramento e un innesto psicotico che molto spesso non ci riesci a parlare più di tanto anche perché delira insomma. [...] Fuori non riesce a stare, è pericolosissimo, minaccia il padre anziano ottantenne, c'ha anche una famiglia con una storia di tipo delinquenziale, da quello che ho capito io, non lui personalmente, mi pare il fratello, quindi il contesto è anche quello che è, però non riescono a gestirlo in famiglia, è pericoloso, non ha mai voluto accettare una comunità, cosa che insomma i colleghi si erano anche attivati, lui non aderiva, lui praticamente scappa da tutto, gli hanno dovuto pure fare un TSO quando stava fuori e gli hanno dovuto fare l'haldol vegano per contenerlo.

(psichiatra, equipe coordinamento regionale)

Tu mi riporti il paziente in REMS, paziente che in realtà non dovrebbe stare in una struttura sanitaria, perché a nostro parere non è gestibile una

5, pp. 353-359 e poi ripresa dalla teoria dell'etichettamento per argomentare il modo in cui la reazione sociale al comportamento deviante o criminale fa sì che quello di deviante/criminale diventi sempre status egemone, mentre gli altri status in capo al soggetto passano necessariamente in secondo piano.

persona del genere in una struttura sanitaria e non è neanche corretto che si chieda ai sanitari di gestire una persona così che non viene neanche gestita dalla polizia, allora io credo che forse almeno noi sanitari dovremmo avere una voce comune, questo è un po' quello che penso io [...] Ci sono delle modalità comportamentali delinquenziali, una struttura fisica di una persona di un metro e novanta che utilizza metabolizzanti e quando non li utilizza comunque fa palestra, per cui è veramente violento e pericoloso...

(psichiatra, equipe coordinamento regionale)

Le categorie della violenza e dell'aggressività vengono simbolicamente e materialmente rappresentate attraverso il riferimento alla stazza, alla mole di questi pazienti, che costituiscono fonte di paura per molti operatori, ma anche di senso di inadeguatezza del tipo di intervento sanitario adottato. Per descrivere le situazioni più critiche, spesso si aggiunge la metafora della «sporcizia». Si tratterebbe cioè di casi che approdano alla REMS perché i servizi dei territori non se ne vogliono occupare, in quanto situazioni complesse, per cui si riscontra ovunque incertezza rispetto ai possibili interventi da attuare.

Sono comunque quelle situazioni sporche di cui si parlava prima, ma d'altronde a noi arrivano quasi esclusivamente queste situazioni sporche no? Cioè lo schizofrenico ormai è destinato ai territori, noi non li vedremo più secondo me.

(psichiatra, equipe coordinamento regionale)

Questi sono un po' i cul de sac dell'area territoriale, cioè sono un po' le aree dove i territori non si sporcano le mani, perché son pazienti difficili. Son pazienti difficili con cui nessuno ci vuole avere a che fare.

(psichiatra, REMS)

La metafora della sporcizia è stata in letteratura spesso associata all'ecedenza²². Le impurità rappresentano un rischio soprattutto in termini di contaminazione, sia all'interno del corpo, sia all'esterno. Se intendiamo la REMS come *corpo*, la contaminazione può dunque

²² In tema di sicurezza urbana, ad esempio, Pitch (p. 17) ha messo in luce l'effetto simbolico delle ordinanze sindacali volte a cacciar fuori lo «sporco», il quale «ha a che vedere con tutto ciò che eccede, tutto ciò che è contaminante, impuro. Gli eccessi variano a seconda dei tempi e delle circostanze, ciò che è considerato impuro e contaminante invece si moltiplica, si allarga continuamente, per un verso all'interno, comprendendo non solo il corpo in quanto tale, ma parti sempre più piccole del corpo stesso, e per altro verso all'esterno, dai confini della propria casa alla città e poi a porzioni sempre più vaste del mondo», T. PITCH, *Il decoro, ovvero: questo non è (era)? Un paese per giovani*, in *Studi sulla questione criminale*, 3 2011, pp. 13-23.

riguardare sia gli altri pazienti presenti nella struttura, sia, all'esterno, la comunità nel suo complesso. E questo si ricollega alle criticità più sopra evidenziate in termini di possibilità di attivare percorsi di risocializzazione attraverso il coinvolgimento della e nella comunità territoriale di appartenenza.

Sono estremamente rari i casi in cui gli operatori manifestano un'apertura, una disponibilità all'ampliamento dell'accoglienza. In altre parole, sono pochi gli operatori (che in genere fanno riferimento a una posizione minoritaria all'interno della categoria degli psichiatri) che riconoscono la necessità di superare logiche di ragionamento a compartimenti stagni, in modalità parcellizzante e di specializzazione degli interventi. Questa minoranza di operatori evidenzia come si tratti di situazioni che si trovano in aree di confine, trasversali a vari ambiti di intervento e nei confronti delle quali, come vedremo, quasi tutti gli altri attori coinvolti mettono in atto strategie di de-responsabilizzazione.

Se il Dipartimento di Salute Mentale continua, sto parlando in generale, si dispone dicendo «io mi occupo soltanto dei miei», per cui se ha un problema di dipendenze non mi interessa, se ha un problema di disabilità non mi interessa, ecc. ecc., non se ne esce, perché il DSM è il tramite. Il DSM ha l'obbligo di prendere in carico chiunque abbia una misura di sicurezza di questo tipo e di definire all'interno della sua azienda gli effettivi bisogni, esplicitata questa regolamentazione con particolare riferimento proprio a disabilità, condizioni di questo tipo e disturbo da dipendenza [...] sono, se volessi semplificarla, direi che sono delle situazioni, delle aree di confine, con la salute mentale.

(psichiatra, equipe coordinamento regionale)

Non possiamo mettere nei manuali diagnostici i disturbi di personalità e poi lamentarci che vengano diagnosticati. La variabile determinante è il contesto di vita...

(operatore, comunità terapeutica)

Qualche testimonianza di prese in carico di questi soggetti andate a buon fine esiste, anche nel caso specifico di pazienti che hanno avuto dei percorsi complessi fatti di doppia diagnosi, tossicodipendenza, aggressività, ma che, se accolti in REMS in maniera adeguata, come necessario in un percorso di «comunità», alla fine portano a una re-inclusione nel territorio. Si tratta di esempi «virtuosi» dunque, in termini di gestione alla fine efficace di pazienti anti-sociali, così come esiste qua e là la manifestazione di disponibilità a farsi carico di queste situazioni ritenute ampiamente critiche e di difficile gestione. Ma si tratta per l'appunto di rare eccezioni, mentre l'opinione più diffusa è

quella di chi ritiene necessario (ed esprime pertanto l'istanza di) trovare un'altra destinazione per gli utenti considerati cripto-imputabili.

La riluttanza di molti operatori a prendere in carico i pazienti difficili spesso viene ricondotta alla minor propensione di questi soggetti a rispettare le regole. Si legga a tal proposito il seguente estratto da un focus group con medici psichiatri.

Domanda: qual è la più grande difficoltà che incontrate nel vostro lavoro? Medico_1 e Medico_2: il rispetto delle regole

Domanda: in che senso?

Medico_1: nel senso che per la tipologia di pazienti che arrivano qui sono nella maggior parte dei casi persone che non hanno mai saputo rispettare le regole o non le hanno mai subite, nessuno gliele ha mai imposte, quindi qui forse duro penso sia questo.

Domanda: potete farci un esempio concreto di questo

Medico_2: anche... noi siamo adesso chiuse dentro a chiave (dentro al piccolo ufficio intende, nda) perché già hanno bussato e abbiamo detto che siamo impegnate, che abbiamo una videoconferenza in atto ma continuano a bussare e chiederci...

Medico_1: cose qualsiasi

Medico_2: cose qualsiasi, anche semplicemente fare una telefonata

(focus group medici, REMS)

Sebbene molti operatori ribadiscano con forza che le strutture in cui operano e il loro mandato professionale sono ben distanti dai dispositivi di controllo che connotavano gli OPG, la REMS, ma altresì le comunità psichiatriche, mantengono evidentemente un ruolo disciplinare che viene spesso rappresentato attraverso il riferimento alla propensione dei pazienti a rispettare o meno le regole. Da questo punto di vista, la dislocazione dell'ossessione correzionale evidenzia confini offuscati tra sistemi di disciplina sia pure non penale ma «rafforzati» e sistemi di disciplina «soffici» e «aperti»²³. In tal senso restano sfumati i confini tra gestione comunitaria del paziente psichiatrico autore di reato e rischi di re-istituzionalizzazione in contenitori più piccoli²⁴.

²³ M. PAVARINI, *Fuori dalle mura del carcere. La dislocazione dell'ossessione correzionale*, in *Dei delitti e delle pene*, 2, 1986, pp. 251-287 (p. 272)

²⁴ T. BELLINIA, *Comunità terapeutiche o piccole istituzioni totali? La riabilitazione psichiatrica e le sue contraddizioni*, in *Studi sulla questione criminale*, 3, 2014, pp. 7-25; sul punto si vedano anche M.G. GIANNICHEDDA, *Introduzione, L'utopia della realtà, Franco Basaglia e l'impresa della sua vita*, in F. BASAGLIA, *L'utopia della realtà*, Torino, 2005, pp. VII-LII, nonché le riflessioni sul raffronto fra le insopportabili «istituzioni violente» e le almeno apparentemente più sopportabili «istituzioni tenere», M. MIRAVALLE, *Roba da matti. Il difficile superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, Torino, 2015, p. 195.

4. Un passo indietro. Le perizie, tra imputabilità e medicina difensiva

Il grosso problema vero è la tipologia di pazienti che arriva e che dovrebbero essere screenati meglio da un punto di vista, diciamo, delle perizie. Il grosso problema sono le perizie. Quindi siamo noi psichiatri, nel senso che quando arrivano persone con patologie psichiatriche vere, conclamate, noi non abbiamo nessun problema di gestione. Le persone a cui vengono date patologie psichiatriche che riguardano l'area dell'antisocialità, quindi l'area delle dipendenze e quant'altro, ovviamente la REMS è in sofferenza. Quindi tutta l'area della marginalità non psichiatrica, in senso strutturale, questo crea delle grandissime difficoltà.

(psichiatra, REMS)

Quello delle perizie è un tema spinosissimo, definito come criticità da moltissimi degli operatori delle REMS. Emerge innanzitutto la percezione diffusa di un certo livello di non corrispondenza tra quanto scritto nelle perizie (alla base della definizione di imputabilità, semi-imputabilità o non imputabilità) e quanto riscontrato dagli operatori che poi prendono in carico i pazienti²⁵. Su questo alcuni operatori evidenziano un'incongruenza tutta interna all'area della psichiatria, considerato che coloro che fanno le perizie e coloro che spesso poi ne lamentano la non fondatezza appartengono a questa stessa categoria professionale. L'interrogativo quindi diventa: perché tali incongruenze, all'interno della stessa professione? Le proposte interpretative sono varie: da un lato c'è chi fa riferimento al modo in cui vengono formati e selezionati i periti e, più in generale, alla cultura professionale che si sviluppa all'interno di un tribunale.

Il problema è che qui andiamo ad aprire un argomento ancora più delicato, cioè sulla formazione dei periti, su chi fa le perizie psichiatriche, su come vengono selezionati i periti da parte dei giudici, va bè qui apriamo un capitolo enorme, enorme, veramente enorme. Sono esclusi i servizi

²⁵ Con le efficaci parole di Pavarini (p.150) «La perizia psichiatrica – quella che dovrebbe confermare scientificamente tanto dell'incapacità di intendere e volere quanto della pericolosità del prosciolto – si svela socialmente come occasione di ulteriori finzioni. Mentre il giudice, affidando la perizia d'ufficio a quel psichiatra che «canta» proprio come a lui piace ascoltare. Mentre lo psichiatra, «inventandosi» un qualche vaneggiamento che sappia di scienza, ma che aggrada il giudice. Ma c'è anche e sempre più lo psichiatra che riconosce quanto il proprio sapere sia incerto, sovente equivoco se chiamato ad intendere il passato rispetto ad una categoria normativa quale la imputabilità o a scrutare il futuro del sofferente periziato rispetto ad una valutazione di pericolosità», M. PAVARINI, *Il folle che delinque: rapsodia sul margine*, in *Psichiatria e Giustizia*, 1, 2011, pp. 145-154.

pubblici per esempio da queste valutazioni, non c'è interfaccia tra perito e servizio pubblico, insomma c'è molta materia su cui si può discutere, sicuramente, sicuramente. Chiaro che io dico i primi responsabili siamo noi eh, noi psichiatri. Poi la materia è estensibile in qualche modo, però... certo che siamo noi responsabili, noi psichiatri che facciamo le perizie.

(psichiatra, REMS)

Altri operatori fanno riferimento alla variabile tempo. Le perizie vengono prodotte in seguito ad osservazioni molto brevi, nei confronti di soggetti che non si conoscono se non attraverso pochi e brevi incontri e le cui storie di vita vengono sostanzialmente ricostruite dalla lettura di fascicoli. Ben diverso è il livello di conoscenza del paziente da parte degli operatori delle REMS, luogo che consentirebbe un'osservazione quotidiana costante, approfondita e nel lungo periodo. La variabile tempo viene dunque considerata spesso dirimente per l'individuazione di un trattamento efficace.

Medico_2: Il problema per noi alla base sono le perizie fatte dai nostri colleghi con diagnosi importanti psichiatriche ma che secondo noi in un tempo di osservazione di tre o quattro mesi abbiamo capito che non corrispondono alla realtà. Quindi quello che secondo noi non funziona è questo passaggio, o quanto meno permettere poi dopo un periodo di osservazione anche a noi che lavoriamo qui dentro di comunicare al giudice determinate cose che abbiamo visto ed eventualmente cambiare...

Medico_1: il percorso

Medico_2: il percorso del paziente stesso. Il problema è che un perito fa una perizia dopo aver visto una persona per 30 minuti al massimo, 40 minuti e quindi...

Medico_1: il periodo di osservazione è brevissimo

Medico_2: allora probabilmente in quella mezzora di visita fa un certo tipo di diagnosi. E secondo noi è troppo poco per fare una diagnosi psichiatrica. Cioè noi qui abbiamo pazienti con diagnosi di schizofrenia e invece per noi assolutamente non è così.

(focus group medici, REMS)

C'è poi chi mette in luce un atteggiamento difensivo, tipico della medicina soprattutto quando si trova ad interagire con il campo giuridico e giudiziario nello specifico²⁶.

Medico_1: Chiunque fa le perizie, ma ti parlo del 90%, non dirà mai che qualsiasi paziente, tossico, non tossico, psichiatrico ecc., non sia pericoloso.

²⁶ Sul tema, ampio e complesso, della medicina difensiva si rimanda a F. POGGI, *La medicina difensiva*, Modena, 2018 e a M. BOBBIO, *Troppa medicina. Un uso eccessivo può nuocere alla salute*, Torino, 2017, p. 97 ss.

È una medicina difensivistica che bisogna smontare. E questa è la logica, loro hanno il loro consulente privato, che ovviamente cerca sempre di tutelarsi, nel bene e nel male.

Medico_2: scusami, però il consulente privato è un nostro collega eh?

(equipe coordinamento regionale)

Il tema delle perizie evoca spesso indirettamente anche l'immagine di uno scollamento tra i vari pezzi dell'intervento proposto. Da più parti emerge in questo senso una richiesta ad un maggior confronto con i periti (oltre che, come vedremo, più in generale con i servizi territoriali), che nella percezione degli operatori consentirebbe di avere una maggiore reciproca consapevolezza del tipo di intervento attuato e strutturare meglio i percorsi.

5. *Dunque, dove mandarli? L'assenza della rete e del territorio*

Dato per assodato e per quasi unanimemente condiviso (tranne le eccezioni di cui si è trattato più sopra) che la REMS non è la destinazione ritenuta adeguata per i soggetti definiti cripto-imputabili, la riflessione sulle possibili collocazioni alternative apre a diversi scenari. Per qualcuno, la soluzione è il carcere.

Domanda: e questi pazienti dove dovrebbero andare, detto in maniera brutale, secondo lei?

Medico: in carcere (seccamente!).

Domanda: perché non hanno una patologia psichiatrica?

Medico: no. Anche per quanto riguarda i tossicodipendenti...

Domanda: voi avete molti casi di doppia diagnosi?

Medico: sì noi abbiamo molti casi con doppia diagnosi

Domanda: cioè per capirci su 20 pazienti più o meno?

Medico: dieci.

Domanda: metà...

Medico: sì, la metà sono tossicodipendenti

(focus group medici, REMS)

Parte degli operatori dunque sostanzialmente sarebbe favorevole all'idea del superamento del doppio binario e al trattamento dei cosiddetti cripto-imputabili attraverso la pena anziché la misura di sicurezza²⁷. Da questo punto di vista, c'è chi ritiene che anche per i destinatari della misura questa potrebbe essere un'ipotesi preferibile, sia in termi-

²⁷ Per la ricostruzione del dibattito che ruota attorno al doppio binario si rimanda in particolare al contributo di M. Pelissero pubblicato nel presente volume.

ni di certezza dei tempi della pena rispetto all'incertezza della misura di sicurezza, sia in termini di minor/diversa stigmatizzazione²⁸.

Ovvio che loro, cosa preferiscono del carcere rispetto a qua è innanzitutto che in carcere sei un delinquente e delinquente è meglio che un matto. Cioè io preferisco definirmi delinquente, ma non un matto. Seconda cosa è: io in carcere ho finito la mia pena? Ciao, arrivederci e grazie, io esco di qua. Qui io finisco la misura? Continuo in una comunità.

(focus group operatori, REMS)

Più in generale, risulta comunque diffusa la convinzione della necessità del contenimento, che sia in carcere o all'interno di qualche altro tipo di istituzione.

Ad esempio, ci sono dei giovani che oltre a commettere reati che magari, insomma, dai più gravi ai meno gravi, hanno dei comportamenti molto auto-distruttivi. Il fatto di avere un contenimento anche – ovviamente non sono qui solo per quello, no? – però c'è anche questa componente qua, no? che magari un contenimento di quel tipo vale a salvare una vita. Non è questo il focus principale, però è una cosa marginale, però non irrilevante per alcuni giovani, perché poi hanno tutta la vita davanti e allora lì è importante magari fare un'attenzione di questo tipo. [...] serve un passaggio diciamo ospedaliero sicuramente, che io vedo rappresentato nella REMS, perché in una fase, dopo uno scompensamento psichico e dopo aver commesso un reato causato dallo scompensamento, il paziente ha bisogno di contenimento, anche di contenimento fisico nel senso di stare in un posto chiuso, protetto.

(operatore, comunità)

L'idea che il contenimento, se non in termini di contenzione meccanica, certamente in termini fisici, ossia come costrizione dei corpi all'interno di strutture chiuse, sia utile e auspicabile in quanto «protege» da se stessi e da comportamenti autodistruttivi, evoca una valenza «terapeutica» del contenimento stesso, che rimanda al tema più generale della medicalizzazione che produce controllo sociale e dell'ambivalenza tra lo stesso trattamento terapeutico e quello disciplinare²⁹.

²⁸ Questa considerazione si pone tuttavia in contrasto con l'idea, ben più diffusa, che la categoria della semi o non imputabilità si configuri come una possibilità cui appellarsi per evitare la pena e la carcerazione. La definizione di *sick role*, in questo caso, verrebbe in sostegno alla strategia, messa in atto in sede processuale, per contrastare il processo di criminalizzazione nella fase dell'esecuzione penale. Un rilevante approfondimento di ricerca empirica, in una cornice teorica di stampo costruzionista/conflittualista, avrebbe ad oggetto proprio le disegualianze nei percorsi dei soggetti a seconda della disponibilità di risorse attivabili in primis in sede processuale.

²⁹ Cfr. L. GARIGLIO, «La contenzione meccanica... è terapeutica» *Tecniche di-*

Tali considerazioni sono in una certa misura collegate peraltro anche alla percezione, ampiamente diffusa e condivisa, rispetto alla grave assenza del territorio: i dipartimenti di salute mentale e tutte le articolazioni territoriali sarebbero sostanzialmente molto restii alla presa in carico di queste categorie dei pazienti.

Coordinatrice infermieristica: abbiamo un paziente che ci chiama quasi tutte le settimane, che abbiamo accompagnato su un territorio che non avevano fatto nulla per lui, quando noi l'abbiamo accompagnato, io, l'assistente sociale e un'altra collega, lui ci teneva strette, perché aveva capito che non c'era niente per lui, e tanto è vero che poi l'hanno messo in una tendopoli, credo (guarda gli altri per conferma, nda).

Psicologa: in una roulotte

Coordinatrice infermieristica: in una roulotte, e lì sta ancora. È un anno? (chiede conferma agli altri, nda)

Psichiatra: sì è un anno

Assistente sociale: dottore', quando io l'ho accompagnato con la collega, ho dovuto lottare con la collega del territorio, perché diceva che non era di sua competenza, con tanto di documentazione inviata da noi, che doveva provvedere a collocare...

Coordinatrice infermieristica: e noi con i nostri cellulari abbiamo cercato una collocazione momentanea

Assistente sociale: che il paziente ha dovuto pagare

Coordinatrice infermieristica: che il paziente ha dovuto pagare con i suoi soldi

Assistente sociale: noi siamo tornate in struttura proprio disperate, proprio sconfortate al 100% perché questo povero cristo, dopo tanto tempo che è stato qui, accolto, ben inserito, si è trovato di nuovo da solo

Coordinatrice infermieristica: le lascio immaginare che le comprammo il pranzo e la cena, perché nemmeno questo aveva

Assistente sociale: purtroppo noi ci occupiamo anche di questo dottore, perché molti di questi pazienti non hanno soldi, oppure hanno una piccola pensione di invalidità che gli basta 10 giorni, perché fumano due, tre pacchetti al giorno, voi sapete che i pazienti malati mentali hanno questa brutta abitudine di fumare moltissimo, quindi hanno pochi soldi, noi dobbiamo provvedere, fra di noi facciamo colletta, facciamo sacrifici per farli stare a loro agio, per farli stare bene

Coordinatrice infermieristica: per questo motivo le dicevo piangono poi quando se ne vanno

(focus group operatori, REMS)

scorsive di neutralizzazione in un ospedale psichiatrico giudiziario, in Etnografia e ricerca qualitativa, 1, 2021, pp. 49-70; sul rapporto tra medicalizzazione e controllo sociale si rimanda a P. CONRAD, Medicalization and Social Control, in Annual Review of Sociology, 18, pp. 209-232.

Emblematico è da questo punto di vista il racconto che emerge da questo estratto da un focus group, in cui i vari operatori di una REMS raccontano l'assenza del territorio e quello che pare rivelarsi un caso tipico di sviluppo di dipendenza istituzionale³⁰, che denota peraltro la grande lontananza dall'obiettivo, spesso riportato dagli stessi operatori, del perseguimento dell'autonomia nei percorsi di reinserimento sul territorio.

6. Rimpalli di competenze e meccanismi di esclusione

Il cerchio si chiude quindi con l'amara constatazione che le persone si trovano a trascorrere lunghissimi periodi delle loro vite all'interno delle REMS (o di comunità terapeutiche ad elevato livello di contenimento, entrambe considerate istituzioni totali secondo la definizione classica³¹), sostanzialmente per mancanza di alternative.

- *E sono quelle persone che quando le guardi dici ma noi cosa possiamo fare? non sappiamo perché sono qua, cioè...*
- *ma sì, che sono qua perché non possono essere altrove.*

(focus group operatori, REMS)

Questo vale per tutti i pazienti che transitano in questi circuiti, ma a maggior ragione per coloro che vengono descritti come cripto-imputabili, in quanto nei loro confronti parrebbero riscontrarsi in maniera più frequente e accentuata quei meccanismi di deresponsabilizzazione e di rimpallo delle competenze, soprattutto qualora si tratti di persone aggressive e violente, resistenti alla compliance.

Amministratore: ecco io premetto non sono né psicologo né psichiatra, sono un amministrativo, però faccio questo lavoro da 32 anni, quello che posso dire è che se i pazienti non sono particolarmente violenti e aggressivi li possiamo tenere tranquillamente. Siamo un pò, non dico alternativi alla REMS, però probabilmente vista la poca... il basso numero di posti in REMS, probabilmente si potrebbe indirizzare alle REMS, non so se loro sono d'accordo con me (riferito agli operatori, nda), i pazienti particolarmente aggressivi e violenti e noi possiamo funzionare benissimo con gli altri.

³⁰ Sul tema della dipendenza istituzionale e, più in generale, nella relazione operatore-utente nei servizi sociali, cfr. O. DE LEONARDIS, *Il terzo escluso. Le istituzioni come vincolo e come risorse*, Milano, 1990; Id., *Verso un diritto dei legami sociali? Sguardi obliqui sulle metamorfosi della penalità*, in *Studi sulla questione criminale*, IV, 1, pp. 15-40.

³¹ E. GOFFMAN, *Asylums*, cit. Sul punto si rimanda al contributo di G. Torrente contenuto nel presente volume.

Psichiatra: cerchiamo di capire se la nostra offerta, che è terapeutico riabilitativa, quindi di cura e di acquisizione no della possibilità di vivere in un contesto insomma seguendo abbastanza le regole eccetera, quindi questa offerta terapeutico-riabilitativa è adeguata a quello che ci scrivono. L'esempio di prima, se ci chiedono vigilanza e custodia, noi facciamo cura e riabilitazione, anche dei pazienti difficili, ma ci deve essere quello spazio lì, che è il nostro spazio prioritario. Detta così può essere un pò astratta, ma se ci mandano un paziente che è stato in tre REMS, no cos'era? (rivolto alle psicologhe, nda), tre volte in OPG, nella REMS, una serie di reati infinita, mai stabilizzato, nessuna consapevolezza di malattia e ci chiedono vigilanza e custodia... rivolgetevi ad altri!

(focus group operatori, comunità terapeutica)

L'impressione che se ne ricava è quella della logica dello scaricabarile, per cui si assiste a una ritrosia nell'accogliere categorie di persone ritenute difficili da gestire, soprattutto da parte delle comunità terapeutiche, anche quelle maggiormente avvezze a trattare pazienti provenienti dalle REMS. Per quanto difficoltà comprensibile («Se sei nelle situazioni è diverso il problema. È molto diverso il problema, ve l'assicuro» - *Psichiatra REMS*), il risultato sistemico finale è che la REMS non svolga la sua funzione di extrema ratio, come previsto dalla legge, e che per queste persone di fatto i percorsi di istituzionalizzazione non abbiano mai fine.

C'è una persona complessa, difficile, che è difficile da trattare: REMS. Quindi la REMS non è come ultima istanza come dice la legge, no, la REMS non è l'ultima istanza di persone che non possono essere trattate altrove, in maniera alternativa. Invece la REMS diventa il primo step, se c'è posto nella REMS abbiamo risolto il problema, lo mettiamo lì dentro. [...] per scelta del magistrato, per l'assenza del servizio di salute mentale, per le difficoltà che hanno i servizi di seguire le persone complesse, i casi gravi, difficili come si faceva una volta quando c'erano ancora risorse, possibilità, ecc. quindi il rischio è che le REMS aumentino i loro posti letto proprio in virtù di questa richiesta securitaria no? Una logica sostanzialmente manicomiale, abbiamo bisogno di un posto altro dove scaricare l'incontrollabilità e la non adesione alle regole.

(operatore, comunità terapeutica)

Dalla testimonianza qui sopra, si evince in maniera emblematica il ruolo che la REMS svolge nel contesto più ampio del controllo penale delle eccedenze. Tale ruolo in parte viene svolto anche dalle comunità terapeutiche, laddove le differenze tra le prime e le seconde risultano più sfumate e, in entrambi i casi, si metta in atto una logica principalmente neutralizzante e di contenimento. La REMS/comunità terapeutica svolge sostanzialmente un ruolo di contenitore di quelle

marginalità sociali che, in epoca post-welfare e di sfiducia consolidata nell'inclusione³², non trovano collocazione nel contesto sociale più ampio. Se tali meccanismi di esclusione paiono per certi aspetti colpire la generalità degli ospiti delle REMS e delle comunità terapeutiche, in ragione dello stigma che li qualifica e della complessità che caratterizza i loro percorsi di vita, quegli stessi meccanismi paiono più accentuati qualora si tratti dei cosiddetti cripto-imputabili. In questo caso, infatti, i meccanismi di esclusione sono ancor più evidenti in quanto si tratta di soggetti cui la psichiatria e il mondo delle professioni sociali che operano nel contesto studiato non attribuiscono l'etichetta di *pa-ziente*. Il cripto-imputabile non viene considerato un «vero» malato e dunque non merita la presa in carico da parte di servizi che per loro natura perseguono una mission «psichiatrica».

Sembra riscontrarsi in tale rappresentazione quel meccanismo ben descritto da Massimo Pavarini secondo cui ogni organizzazione sociale sviluppa un atteggiamento che è al contempo bulimico e anoressico nei confronti di chi è percepito come pericoloso: fagocita per neutralizzare la pericolosità attraverso l'inclusione nel corpo sociale e vomita fuori di sé tutto ciò che è percepito come estraneo ed eccedente³³. Ogni società svilupperebbe dunque al contempo meccanismi di inclusione, riservati ad una parte delle classi pericolose, soltanto però all'interno di una certa soglia, oltre alla quale si registra la mera esclusione³⁴. Se caliamo tale meccanismo all'interno della micro-area della gestione dei pazienti autori di reato, riscontriamo una diffusa propensione degli operatori a mettere in atto tentativi di inclusione nei confronti dei «veri» pazienti, che, seppur essi stessi stigmatizzati e complessi, vengono considerati più meritevoli di attenzione e presa in carico, in quanto più complianti, rispettosi delle regole e degli equilibri della comunità in cui si trovano reclusi. Gli altri, le «situazioni sporche», diventano scarti sociali destinati a risposte di incapacitazione selettiva, alternativamente in carcere, nelle REMS o nelle comunità chiuse, intesi in questo caso come spazi custodiali che risultano di fatto estranei a qualunque logica trattamentale e correzionale.

³² D. GARLAND, *La cultura del controllo*, cit.

³³ M. PAVARINI, *Processi di ricarcerizzazione nel mondo (Ovvero del dominio di un certo «punto di vista»)*, in *Questione Giustizia*, 2-3. 2004, pp. 415-435 (431).

³⁴ È il meccanismo analogo a quello descritto da Wacquant relativamente allo «stato caritatevole», secondo cui le forme di sostegno, in epoca welfare destinate a una complessa e ampia platea di beneficiari, in epoca post-welfare vengono riservate esclusivamente a quella quota ristretta di cittadini, pur sempre ai margini del contesto sociale, ma che mostrano una volontà di riscatto e dunque suscitano compassione (L. WACQUANT, *Punir*, cit.).