SOTTERRANDO IL MANICOMIO GIUDIZIARIO
Contributi della Riforma Psichiatrica brasiliana nella garanzia del diritto alla salute

Ludmila Cerqueira Correia[*]

onde encontrarmos a razão da manutenção do
manicômio judiciário, não encontraremos o sujeito e
o campo dos direitos.
Fernanda Otoni Barros-Brisset

0. *Introduzione*

Il diritto alla salute è uno dei diritti umani che si materializza nelle azioni dello Stato che comprendono e valorizzano la società, considerandola come uno degli attori fondamentali per la realizzazione di quei diritti. Si applica alla salute mentale il principio secondo il quale tocca alla stessa società, interagendo con lo Stato, generare e compiere le disposizioni legali che le permettano di esercitare la propria costante e costruttiva partecipazione alle azioni dello Stato, specialmente nello svolgersi delle sue funzioni sociali.

Tra i diversi segmenti di popolazione che demandano attenzione differenziata, specialmente nell'ambito del diritto alla salute, si sottolinea quello formato dai pazienti psichiatrici autori di reato (i cosiddetti "pazzi criminali"). Storicamente situati al margine del sistema sanitario, queste persone sono trattate, per anni, nell'ambito della Giustizia criminale e, in generale, senza alcun inserimento preventivo nel servizio di riferimento del loro territorio. Così, dunque, il diritto alla salute risulta una questione fondamentale quando si tratta il tema del manicomio giudiziario, il luogo istituzionale destinato alle persone con disagio mentale che commettono crimine, tenendo in considerazione l'esclusione sociale a cui sono sottoposte.

[*] Università Federale di Paraíba (UFPB) - Dipartimento di Scienze Giuridiche.

La politica di internamento e disgregazione che vige nel pensiero medico del diciannovesimo secolo continua ad esistere al giorno d'oggi in ciò che riguarda il trattamento offerto a queste persone, le quali sono condotte, per la maggior parte, al manicomio giudiziario e «rimangono un microcosmo sociale, diverso e distaccato dal resto dei consociati» (Miravalle 2015: 9). In Brasile, questa istituzione è chiamata "Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)" – Ospedale di Custodia e Trattamento Psichiatrico (OCTP) – e si configura come una istituzione totale (Goffman 2003).

La manutenzione del modello egemonico di attenzione psichiatrica alle persone con disagi mentali autrici di reato favorisce un'assistenza di custodia, rendendo impossibile ogni tipo di cambiamento che possa integrare queste persone nella nostra comunità e, soprattutto, il rispetto dei diritti previsti nella Costituzione brasiliana del 1988. A tutt'oggi sono costanti la mancanza di un trattamento adeguato; l'uso eccessivo di medicine; le condizioni sanitarie precarie; i maltrattamenti; l'insalubrità; la mancanza di accesso alla giustizia; un ridotto numero di professionisti e la mancanza di preparazione di quelli esistenti; l'assenza di meccanismi che preservino i legami familiari. Tali violazioni dimostrano il compromesso di quest'istituzione con un modello arretrato, che considera il soggetto come oggetto delle sue azioni, e non gli garantisce i propri diritti (Correia 2007).

Ciononostante recentemente, in Brasile, è stata istituita una nuova Politica Nazionale di Attenzione Integrale alla Salute delle persone private della libertà nel Sistema Carcerario, che include coloro che sono sottoposti a misure di sicurezza, e prevede una possibilità di inserimento di questi nei servizi di riferimento del "Sistema Único de Saúde" – Sistema Sanitario Unificato (SSU)[1] – e il Servizio di valutazione ed accompagnamento delle misure terapeutiche applicabili alle persone con disagio mentale autrici di reato, nell'ambito del SSU. Tali strumenti rappresentano la risposta istituzionale alle costanti violazioni dei diritti umani sul suddetto gruppo sociale, come si vedrà in seguito.

Quest'articolo discute la garanzia del diritto alla salute per le persone con disagio mentale autrici di reato, nel contesto della Riforma Psichiatrica brasiliana, a fronte della completezza dei

[1] Il Sistema Sanitario Unificato è stato creato nel 1988 dalla Costituzione brasiliana per fornire l'accesso completo, universale e gratuito ai servizi sanitari per tutti i cittadini.

diritti umani. Si evidenziano le sfide che circondano il discorso giuridico-penale, riconoscendo come questo sia ancora asservito alla logica manicomiale; elenca il quadro giuridico e istituzionale del diritto alla salute in Brasile, evidenziando la Politica Nazionale di Salute Mentale; infine, presenta le esperienze di successo in Brasile in questo settore.

1. *La conquista del diritto alla salute in Brasile e le trasformazioni nella salute mentale*

Diversi documenti internazionali relativi ai diritti umani riconoscono il diritto alla salute, come la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, il Patto Internazionale dei Diritti Economici, Sociali e Culturali, fra gli altri, dei quali il Brasile è uno dei firmatari. Oltre a ciò, alcuni di questi documenti adottano il concetto di salute in maniera più ampia, partendo anche dal diritto di uguaglianza, come osservano Dallari - Nunes Júnior (2010), quando lo definiscono come un diritto implicito nelle azioni di salute di carattere collettivo per prevenire e curare epidemie od endemie.

Con la Costituzione Federale del 1988, la sanità passa ad essere un diritto di tutti ed un dovere dello Stato, che deve essere garantito attraverso politiche sociali ed economiche, e le azioni e servizi pubblici di sanità formano un sistema unico decentralizzato con assistenza completa e la partecipazione della comunità. Il diritto alla salute è incluso nel capitolo di Sicurezza Sociale della Costituzione, che comprende tutte le politiche di Previdenza e Assistenza Sociale, ed è governata dal principio di assistenza globale. Con questo principio, lo Stato deve assicurare cure e procedimenti necessari a tutti i problemi di salute attraverso il Sistema Sanitario Unificato (SSU). Questo modello sanitario, in Brasile, ha cominciato ad essere formulato alla fine degli anni Settanta dal movimento noto come Riforma Sanitaria (Paim 2008).

Il nuovo quadro normativo adotta una visione ampia della salute e stabilisce il diritto universale ad una cura completa: tutti i cittadini brasiliani, tra cui la popolazione carceraria, hanno ora il loro diritto alla salute garantito dalla legge, a differenza di ciò che avveniva prima della Costituzione del 1988, quando solo chi percepiva uno stipendio aveva diritto ai servizi sanitari pubblici. Così, la garanzia del diritto alla salute in quanto affermazione degli

obblighi di Stato dovrebbe essere realizzata attraverso l'attuazione di politiche pubbliche con la partecipazione della società nella sua formulazione ed attuazione, prestando attenzione alle specificità di gruppi considerati vulnerabili, come ad esempio le persone private della libertà. Il SSU è stato creato sulla base dei principi di universalità, completezza ed equità.

Dal momento che il SSU rappresenta un grande e complesso sistema e nonostante tutti gli sforzi compiuti per il suo adempimento, persistono ancora problemi di accesso, di resistenza da parte del settore privato e dei professionisti sanitari, creando tensioni in modo permanente nel sistema pubblico, che ostacola l'accesso da parte di ampi strati di popolazione, ivi compresi quelli con una condizione sociale più vulnerabile (MISEREOR *et al.* 2007), come le persone in disagio mentale ed in particolare i detenuti, internati in ospedali psichiatrici giudiziari del paese.

Durante il ventesimo secolo, ed all'inizio del ventunesimo, vari documenti internazionali nell'ambito della sanità sono stati elaborati per stabilire dei legami tra il diritto alla salute, i diritti umani e i diritti delle persone in disagio mentale (OMS 2005). Oltre a ciò, è necessario sottolineare gli strumenti nazionali, come la Costituzione Federale del 1988 e la legislazione sulla salute mentale.

Nel corso del XX secolo, sono stati compiuti sforzi per cambiare la realtà manicomiale attraverso lo sviluppo di altri modelli di assistenza che promuovono un maggior grado di interazione e di democrazia nei rapporti tra i lavoratori e le persone ricoverate in istituti psichiatrici. L'avvento del movimento di Riforma Psichiatrica segna un nuovo periodo che va dalla fine degli anni Settanta, e che propone di superare il modello egemonico di esclusione e discriminazione. Di tutti i modelli implementati nel corso di questo secolo, solo la proposta di Psichiatria Democratica, implementata in Italia, si è dimostrata, in realtà, una rottura efficace con il modello dell'ospedale psichiatrico (Basaglia 2000; Amarante 2003; Babini 2011). Il modello di asilo/prigione cominciò ad essere sostituito da una rete diversificata di servizi di assistenza quotidiana della salute mentale in una base territoriale e della comunità.

L'obiettivo era di smantellare gli apparati che sostengono la malattia mentale, il che denota un "processo sociale complesso" perché «suscita conflitos, crises e transformações dentro da rede mais ampla das estruturas institucionais [...] nas quais o circuito

psiquiátrico está inserido» (Kisoshita 1990: 76-80). Per il movimento italiano, la psichiatria è una delle istituzioni di violenza, e come tale dovrebbe essere negata (Basaglia 1998). L'esperienza italiana ha portato alla destrutturazione del manicomio, che ha permesso la costruzione di una rete di assistenza composta da centri di salute mentale, servizio psichiatrico di diagnosi e cura nell'Ospedale Generale, servizi di salute mentale nei distretti, servizi per le strutture residenziali, cooperative sociali, e la produzione di nuove forme di socialità e soggettività alle persone che avevano bisogno di assistenza psichiatrica (Rotelli - Amarante 1992; Dell'Acqua 2012).

In Brasile, ispirandosi a questo modello italiano, diversi settori delle aree della sanità pubblica e dei diritti umani hanno fatto convergere i propri sforzi in un tentativo di rottura e nella costruzione, come proposta alternativa, della strutturazione di una rete di servizi di assistenza quotidiana di salute mentale a base territoriale, corrispondente al modello dei Centri di Assistenza Psicosociale (CAPS), il cui progetto integra gli utenti nelle rispettive famiglie e nella comunità (Amarante 2007).

L'orientamento della Riforma Psichiatrica brasiliana è volto alla ricerca di una ricontestualizzazione delle persone in disagio mentale, garantendo loro diritti e cittadinanza. Frutto del Movimento Nazionale della Lotta Anti-Manicomiale, la suddetta riforma è in corso di attuazione a partire dalla decisione politica dei governanti, dalla capacità tecnica di formulare nuovi modi di comprendere e curare la follia da parte dei professionisti e dalla capacità congiunta degli utenti dei servizi di salute mentale e delle loro famiglie.

Il processo di superamento della centralità dell'ospedale psichiatrico è stato contemporaneo alle dinamiche di decentramento delle azioni e dei servizi sanitari formalmente inaugurati dalla Costituzione Federale del 1988, insieme con le leggi organiche della Salute e delle regole di funzionamento del SSU. Il consolidamento normativo dello Stato Democratico di Diritto si riflette pertanto anche nella sfera degli interessi dei cittadini, ivi compresi quelli con disagio mentale.

Lungo questa strada, è stata istituita la Politica Nazionale di Salute Mentale, con una nuova prospettiva nell'ordinamento giuridico del paese in relazione alle persone con sofferenza mentale, con l'emanazione della Legge n. 10.216, del 06 aprile 2001. Questa legge speciale prevede la protezione e i diritti delle

persone con disturbi mentali e la riformulazione del modello di assistenza nel campo della salute mentale (República do Brasil 2001), affidando allo stato e alla società la responsabilità di superare il modello di assistenza in corso fino a quel momento, basato esclusivamente sul ricovero tradizionale. Si afferma il diritto a un trattamento dignitoso ed umano di queste persone, preferibilmente nel settore dei servizi sostitutivi, strutturati secondo i principi di territorialità e di assistenza completa. Si considera anche l'ospedale psichiatrico come l'ultima risorsa terapeutica da adottare, e la sua attuazione subordinata al rilascio di un parere medico con la dovuta spiegazione delle sue motivazioni.

La rete di servizi di assistenza quotidiana nella salute mentale a base territoriale, strutturata partendo da questo nuovo modello, ha il "Centro de Atenção Psicossocial" – Centro di Assistenza Psicosociale (CAPS) come suo dispositivo centrale. Il CAPS costituisce la strategia principale del processo di riforma dell'assistenza pubblica nella salute mentale organizzato dal Ministero della Salute in tutto il paese. A differenza dei ricoveri psichiatrici che promuovono l'isolamento e l'esclusione sociale, l'obiettivo dei CAPS è quello di fornire assistenza clinica e riabilitazione psicosociale adeguate alle specificità di ogni singolo caso e, allo stesso tempo, sviluppare l'autonomia, la cittadinanza e la responsabilità, e promuovere l'inclusione sociale degli utenti nel proprio territorio (Amarante 2007). Oltre ai CAPS, altri servizi compongono la rete di attenzione psicosociale: unità basilare di salute, unità di cure primarie, centri sociali, residenze terapeutiche, servizio ospedaliero di riferimento e strategie di deistituzionalizzazione, come il "Programa de Volta para Casa" – "Programma di Ritorno a Casa".

Attualmente, le principali sfide della Riforma Psichiatrica brasiliana sono l'espansione e il consolidamento dei servizi sostitutivi previsti negli strumenti e nelle norme che garantiscono i diritti umani delle persone in disagio mentale, la formazione continua dei professionisti che operano nel campo della salute mentale (Rosato - Correia 2011), e l'effettivo riorientamento del modello di assistenza sanitaria delle persone con disagio mentale autrici di reato, con il loro carico dai servizi del SSU e l'estinzione degli ospedali psichiatrici giudiziari.

2. *Il riorientamento della politica di attenzione alle persone in disagio mentale autrici di reato*

In Brasile, ci sono 26 Stabilimenti di Custodia e Trattamento Psichiatrico (SCTP), che comprendono gli Ospedali di Custodia e Trattamento Psichiatricho (OCTP) e i Reparti di Trattamento Psichiatrico (RTP), situati nelle carceri o penitenziari statali, secondo il primo censimento condotto nel paese in questo campo. I risultati di questo studio indicano che, di 3.989 persone internate in questi stabilimenti, 2.839 erano sottoposte a misure di sicurezza, 1.033 erano internati temporaneamente, e 117 erano sottoposte a misure di sicurezza per la conversione della pena. Di questo totale di ricoveri per l'attuazione delle misure di sicurezza, il 25% (741) non dovrebbe esistere, a causa di situazioni come la "cessazione di pericolosità", la sentenza di sospensione del internamento, l'estinzione della misura di sicurezza o l'assenza di un giusto processo. Sempre secondo questo censimento, sono state trovate 18 persone ricoverate in OCTP per oltre trenta anni, e 606 persone ricoverate per un periodo superiore al massimo stabilito dalla pena per il reato commesso (Diniz 2013).

Questi dati mostrano che la popolazione che vive in OCTP è sconosciuta. Il "pazzo criminale" rimane invisibile, nonostante le modifiche introdotte dalla Riforma Psichiatrica in Brasile, prevista dalla Legge n. 10.216/2001, e il suo abbandono implica la creazione incipiente e l'attuazione di politiche pubbliche efficaci e un ostacolo alla cura della salute mentale. Fin dalla fondazione del primo manicomio giudiziario nel 1921 a Rio de Janeiro, non era stata effettuata a livello nazionale alcuna ricerca focalizzata su questo gruppo vulnerabile; effettivamente, lo studio di censimento citato è stato il primo ad affrontare questo problema, provocando una rottura con l'assenza di dati di forma politica e umana, al fine di mobilitare la popolazione intorno alle violazioni dei diritti umani di tale istituzione. Con la Riforma Penale del 1984, il manicomio giudiziario è stato rinominato Ospedale di Custodia e Trattamento Psichiatrico (OCTP), integrato nel sistema carcerario (Correia 2007).

Come regola generale, agli OCTP vengono inviate le persone con disagio mentale che hanno commesso un reato e hanno bisogno di essere sottoposte ad una perizia psichiatrica, come richiesto dal Codice di Procedura Penale, e, nel caso venissero considerati non imputabili, sarebbero rinchiuse lì in applicazione

della misura di sicurezza. La misura di sicurezza viene applicata ai semi-imputabili e non imputabili, prendendo come base l'analisi della pericolosità, la probabilità che possano commettere un nuovo reato.

Anche il Codice Penale stabilisce il diritto dei ricoverati ad essere curati in strutture ospedaliere, determinando che, in mancanza di queste, la persona debba essere ricoverata in un istituto appropriato. La funzione primaria della misura di sicurezza è quella di prendersi cura della salute della persona, come sostiene la Legge di Esecuzione Penale. Tuttavia, nonostante miri alla cura, la suddetta struttura (OCTP) si basa su un modello che gira attorno alla figura dell'ospedale, indipendente da un sistema integrato di cura della salute mentale. La misura di sicurezza non ha un contenuto terapeutico, né si identifica con la sanità, e non sta al passo con le norme in materia di diritto alla salute. Inoltre, per favorire una cura psichiatrica sotto custodia per le persone ricoverate in OCTP, lo Stato finisce per tenerle isolate, impedendo i cambiamenti che facilitino la loro integrazione nella comunità e il rispetto dei loro diritti previsti dalla Costituzione.

Quando si sceglie un istituto con le caratteristiche di un manicomio, come gli OCTP, per il trattamento di persone con disagi mentali autrici di reato, si presentano delle difficoltà nella personalizzazione della misura di sicurezza, il che impedisce la possibilità di combinare il trattamento e la responsabilità penale. In questa prospettiva, la riabilitazione di queste persone dovrebbe essere direttamente legata alla serie di azioni nel campo della salute mentale, adottate nel paese negli ultimi anni, che si sono verificate solo in alcuni stati (Correia 2007).

Le leggi in materia di persone con disagi mentali autrici di reato costituiscono un settore complesso, che comprende i sistemi di sicurezza e giustizia e della salute mentale. Ci sono variazioni nelle politiche e nelle prassi adottate dai diversi paesi, tuttavia, si osserva che nella maggior parte di essi, il tema della salute mentale di queste persone trova spazio maggiormente nell'ambito del diritto penale piuttosto che nella legislazione sanitaria (OMS 2005).

Il passo in avanti portato dalla Legge nº. 10.216/2001 è notevole; tuttavia, sono ancora presenti alcune questioni riguardo al campo di applicazione rispetto alle persone ricoverate in OCTP. Questa legge non fa eccezioni, nel proprio testo, per le persone con disagi mentali autrici di un reato, quindi non c'è alcuna ragione per escluderle dalla sua applicazione, in conformità con il suo art.

1, in cui si afferma che i diritti ivi previsti devono essere garantiti "senza alcuna forma di discriminazione" (República do Brasil 2001).

Dopo l'entrata in vigore della legge, i Ministeri della Giustizia e della Salute hanno iniziato a lavorare insieme, facendo prevalere l'idea per la quale il SSU e la rete dei servizi di salute mentale dovrebbero assumersi la responsabilità per la cura della persona oggetto di misura di sicurezza; ciò costituisce un passo importante verso il consolidamento della Riforma Psichiatrica e la garanzia dei diritti di queste persone (República do Brasil 2002). Si è convenuto, inoltre, che in Brasile non si sarebbero più costruiti ospedali psichiatrici giudiziari, e che sarebbe opportuno procedere alla dismissione di quelli esistenti fino al raggiungimento della totale sostituzione (Barros-Brisset 2010b).

I dibattiti sul nuovo orientamento della politica sanitaria per questo gruppo sociale ha generato una serie di norme e linee guida nell'ambito del Consiglio Nazionale sulla Politica Criminale e Penitenziaria (CNPCP)[2] ed il Consiglio Nazionale di Giustizia (CNG)[3]. Il CNPCP, tra il 2004 ed il 2010, ha prodotto delle norme, le quali prevedono che, nell'esecuzione della misura di sicurezza, occorre osservare i principi stabiliti dalla Legge 10.216/2001, con il trattamento e la cura della salute mentale da svolgersi in servizi sostitutivi in un ambiente aperto. Il CNG aveva già pubblicato la "Resolução n. 113/2010" (norma), che prevede, nel suo articolo 17: "Il giudice competente per l'attuazione della misura di sicurezza, ove possibile, cercherà di attuare politiche antimanicomiali come ratificato della legge nº. 10.216, del 6 aprile 2001". L'anno successivo, il CNG ha pubblicato la Raccomandazione n. 35/2011, che ratifica le linee guida da adottare per quanto riguarda i pazienti giudiziari e l'attuazione della misura di sicurezza, indicando che i giudici adottino una politica antimanicomiale.

Le norme di CNPCP e CNG non hanno alcun potere legale, ma agiscono come un meccanismo che dà impulso ad un'effettiva

[2] Organismo responsabile dell'organizzazione della politica penale e penitenziaria del Brasile, attraverso le norme e l'attuazione di piani nazionali di sviluppo rispetto agli obiettivi e le priorità della politica da eseguire.

[3] Organismo stabilito dall'Emendamento Costituzionale n. 45/2004, per agire come organo amministrativo e di fiscalizzazione della Magistratura. Per svolgere la sua funzione costituzionale, il CNG ha la prerogativa di emanare le norme di regolamentazione e di stabilire i programmi e gli obiettivi che competono direttamente a tutti i tribunali del paese.

politica di assistenza completa per le persone private della libertà. In questo caso, si rende necessario un controllo sociale da parte delle organizzazioni della società civile per fare pressione sui dirigenti responsabili perché applichino correttamente le direttive ivi illustrate.

I principali cambiamenti in campo delle norme si sono verificati all'inizio del 2014, quando il Ministero della Salute ha emesso nuovi documenti che assimilano le linee guida del CNPCP ed il CNG. Uno di questi è stato pubblicato insieme con il Ministero della Giustizia: la Ordinanza Interministeriale n. 1/2014, che istituisce la Politica Nazionale di Assistenza Completa alla Salute delle Persone Prive di Libertà nel Sistema Carcerario (PNAISP) nell'ambito del Sistema Sanitario Unificato (SSU). Inoltre, nello stesso anno si pubblicarono le Ordinanze n. 94 e 95, del Ministero della Salute, che istituiscono il Servizio di Valutazione e Monitoraggio delle Misure di Sicurezza e dei relativi finanziamenti nell'ambito del SSU. Questo meccanismo di reindirizzamento di modelli di cura per le persone con disagi mentali autrici di reato propone un'assistenza completa ed umana, nel rispetto dei diritti umani di questo gruppo sociale.

L'importanza di queste norme è proprio il fatto che si riconosce il diritto della popolazione confinata negli ospedali psichiatrici giudiziari nel paese a trovare una guida per la propria cura nella Politica Nazionale sulla Salute Mentale, il che rappresenta un importante passo in avanti nell'espansione di nuovi indicatori di linee guida per ripensare le politiche di assistenza al "pazzo criminale", raggiungendo così la stragrande maggioranza delle persone ancora incarcerate nei manicomi giudiziari (Barros-Brisset 2010a).

3. *La salute sta fuori dal manicomio giudiziario*

L'esperienza accumulata per oltre quindici anni dal Programma di Attenzione Completa al Paziente Giudiziario Portatore di Sofferenza Mentale (PAI-PJ) della Corte di Giustizia di Minas Gerais[4] (stato nel sudest del Brasile) sottolinea concrete possibilità

[4] Si veda la Ordinanza n. 25/2001, che crea, all'interno della città di Belo Horizonte, il Programma di Assistenza Completa al Paziente Giudiziario Portatore di Sofferenza Mentale - PAI-PJ. Disponibile all'indirizzo:

per riorientare il modello di assistenza per la salute delle persone con disagi mentali autrici di reato. Il PAI-PJ promuove un trattamento di salute mentale nella rete di sanità pubblica, attraverso il monitoraggio dell'attuazione delle misure di sicurezza sul soggetto reo, fornendo sussidi ai giudici per la loro decisione. Strutturato in modo multidisciplinare attraverso il partenariato intersettoriale, questo programma, pioniere nel paese, segue i "pazzi criminali" durante il tempo in cui questi rispondono di processi criminali senza ricorrere al ricovero in manicomio giudiziario (Barros-Brisset 2010a). Il PAI-PJ apre così una rottura con il processo storico e dogmatico:

> Em Belo Horizonte não precisamos mais desta estrutura manicomial judiciária, pois esta foi substituída por uma rede intersetorial que funciona desde o início do processo criminal; esta rede se encontra articulada com o PAI-PJ que, além de secretariar o sujeito no acesso aos recursos sociais e clínicos, também auxilia o Juiz, seja de conhecimento ou da execução, no acompanhamento destes casos desde o primeiro momento em que entram no sistema jurídico. [...]
>
> Ali nos colocamos ao lado dele, pois este tem o direito de assistência em saúde mental e deve ter ao seu alcance o acompanhamento necessário para o seu sofrimento. E serão os detalhes de sua trajetória na rede de social e de tratamento, bem como as respostas que construirão na relação com o sistema de justiça que irão subsidiar o acompanhamento jurídico, clínico e social de cada caso, no desenho de sua medida. (Barros-Brisset 2010b: 84)

Le pratiche di questo Programma, a differenza delle pratiche tradizionalmente esercitate in relazione ai "pazzi criminali", rivelano che la responsabilità per il reato commesso ripristina la dignità perduta quando si è dichiarata la non imputabilità. La loro differenza viene percepita nella realizzazione di mediazione tra la clinica, l'atto giuridico e il sociale. Nel corso del procedimento penale, il giudice ed il pubblico ministero accompagnano il percorso della persona attraverso il monitoraggio del PAI-PJ. Se la perizia indica la presenza di una malattia mentale, si applicherà una misura di sicurezza di ricovero o di trattamento ambulatoriale, a seconda del reato commesso. Il team di PAI-PJ continua «acompanhando as respostas do sujeito à resposta jurídica, ao seu tratamento e sua relação com a cidade. Recebeu uma medida ambulatorial: tratamento na rede pública de saúde. Se for uma

---

http://www.tjmg.gov.br/institucional/at/pdf/pc00252001.PDF. Consultato il giorno 02 Giugno 2016.

medida de internação: rede pública de saúde, também!» (Barros-Brisset 2010b: 87).

La Corte di Giustizia di Minas Gerais, in collaborazione con il SSU della città di Belo Horizonte, ha implementato la riforma psichiatrica in campo giuridico attraverso il PAI-PJ, ai sensi della Legge n. 10.216/2001 inserendo, nell'ambiente della rete di salute mentale di quel comune, le persone con disagi mentali autrici di reato, indistintamente dagli altri utenti dei servizi, prima e dopo la decisione che ha dichiarato la misura di sicurezza, favorendo così i legami sociali di questi con la famiglia, la comunità e la società in generale (Barros-Brisset 2010a).

Le esperienze dei partecipanti a questo programma sono state presentate nelle università francesi e nel Forum Sociale Europeo 2006 ad Atene. In Brasile, il PAI-PJ ha ispirato la creazione di un altro Programma statale, il "Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator" (PAILI) – Programma di Assistenza Integrale al Pazzo Criminale –, istituito nel 2006 nello stato di Goiás, sotto la responsabilità della Segreteria Statale di Salute, volto al trattamento e reinserimento sociale di questi individui in servizi collettivi ed aperti (Silva 2010).

Si prevede, dunque, la possibilità di rendere operativa una dinamica che assimila sia il principio di completezza, sia quello di equità nella prospettiva del SSU e dei diritti umani. Il riorientamento del modello per il trattamento nel territorio riduce la necessità di ricovero in ospedale, consentendo il reinserimento sociale. Questa logica, che si concentra sull'unicità dell'essere umano e la sua cittadinanza, supera il modello di assistenza egemonico, ispirato dalla presunta pericolosità, che fa sì che queste persone vengano segregate in manicomi giudiziari.

4. *Considerazioni finali*

L'ospedale psichiatrico è stato il grande "centro di accoglienza" per le persone con disagi mentali; con una struttura radicata nella violenza. Attualmente, con il Movimento di Lotta Antimanicomiale e con l'avvento della Politica Nazionale di Salute Mentale, si cerca la socializzazione e l'integrazione di queste persone nella comunità, che ha effetti positivi perché sfata molti miti che si sono creati intorno alla follia. L'adozione dei CAPS come strategia per le cure di salute mentale sono il segno di un

cambiamento culturale, in cui si punta a rompere i "desideri di manicomio" (Pelbart 1990).

Negli OCTP, le cure si basano sulla segregazione della persona, il che si propone come un meccanismo di "sicurezza sociale" contro un soggetto "pericoloso" per presunzione legale, e non su una base terapeutica. Il soggiorno del folle in manicomio serve esclusivamente a renderlo un paziente cronico: si presenta, in pratica, un peggioramento delle condizioni di salute e la perdita della possibilità di reinserimento sociale di coloro che entrano nel sistema psichiatrico. La difesa sociale ignora qualsiasi aspetto della salute mentale ed applica una misura di sicurezza che si caratterizza per l'indeterminatezza della sua durata e la mancanza di prospettiva di un servizio basato sul concetto di diritto alla salute, mostrando quindi una mancata corrispondenza con i principi del SSU e la legislazione sanitaria e sulla salute mentale.

Se consideriamo che la normativa di salute mentale brasiliana propone una struttura focalizzata sul trattamento e sostegno, e non sulla punizione, si rende necessaria una inter-relazione di questa struttura con il sistema di giustizia penale, al fine di garantire l'effettiva attuazione dell'accesso ai servizi di salute e agli altri diritti garantiti alle persone con disagio mentale autrici di reato.

Programmi innovativi come il PAI-PJ mostrano già risultati e suscitano riflessioni che producono alcuni indicatori utili per considerare nuove linee guida per il trattamento di persone con disturbi mentali autrici di reato. Questo programma dimostra che le soluzioni di socialità possono essere raggiunte solo quando la persona in difficoltà mentale conta sull'appoggio di un programma complesso e con il contributo di molte persone. Il team del PAI-PJ rileva che i pazzi criminali «foram aos poucos organizando um modo de tratar sua perturbação e se apresentando como sujeitos de direitos que respondem pelos seus atos na medida de sua singularidade, capazes de outras respostas que não aquelas imaginadas pela presunção de sua periculosidade» (Barros-Brisset 2010a: 24).

Anche con i recenti cambiamenti propiziati dalle esperienze di successo in Brasile in questo settore e dall'istituzione della Politica Nazionale di Attenzione Integrale alla Salute delle Persone Prive di Libertà, che prevede azioni per le persone con disturbi mentali autrici di reato e quelle sottoposte a misura di sicurezza, queste persone, per la maggior parte, sono ancora assistite sotto il

concetto di pericolosità sociale, diventando il bersaglio di un doppio stigma: pazze e criminali.

Nel progetto di riorientamento del modello vigente, è necessario costruire una rete di sicurezza sociale per accogliere queste persone. Pertanto, dobbiamo fare in modo che le sospensioni dell'internamento siano accompagnate da un processo che guidi queste persone verso servizi sostitutivi ed altri dispositivi di salute pubblica ed assistenza sociale. Inoltre, è essenziale poter contare su azioni efficaci da parte degli organi che compongono il sistema di giustizia, come la Corte di Giustizia, il Pubblico Ministero e l'Ufficio del Difensore Pubblico[5], considerando poi che la questione del "pazzo criminale" dovrebbe essere di interesse per tutta la società, e che i professionisti legali ricoprono un ruolo importante in ogni caso, in costante dialogo con l'area della salute mentale.

Solo con un sistema basato sulla garanzia dei diritti, implementato da un lavoro interdisciplinare basato sui principi della Riforma Psichiatrica, è possibile trasformare il modello di assistenza sanitaria per le persone con disagi mentali autrici di reato. La soggettività e la cittadinanza di queste persone sono condizioni che devono tenersi in considerazione in qualsiasi proposta di trattamento di salute mentale, producendo un sistema di attenzione e cura, piuttosto che uno di abbandono e incuria.

La traduzione dal portoghese all'italiano è di Chiara Olivieri - Dottoranda e ricercatrice del Dipartimento di Storia Contemporanea e dell'Istituto di Migrazioni dell'Università di Granada - Spagna

Riferimenti bibliografici

Amarante, Paulo Duarte de Carvalho
2003 *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
2007 *Saúde mental e atenção psicossocial*, Rio de Janeiro, Fiocruz.

[5] L'Ufficio del difensore pubblico è un'istituzione pubblica, istituita con la Costituzione Federale del 1988, la cui missione è di fornire assistenza giuridica completa e gratuita per le persone che non hanno i mezzi finanziari per pagare un avvocato privato.

Babini, Valeria P.
2011 *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia. Una storia del Novecento*, Bologna, il Mulino.
Barros-Brisset, Fernanda Otoni de
2010a *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*, Belo Horizonte,Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
2010b *Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante*, «Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano», 1, pp. 83-89, disponível em http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/11.pdf.
Basaglia, Franco
1998 *L'istituzione negata*, Milano, Baldini & Castoldi.
2000 *Conferenze brasiliane*, a cura di Franca Ongaro Basaglia e Maria Grazia Giannichedda, Milano, Raffaello Cortina.
Correia, Ludmila Cerqueira
2007 *Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental autoras de delito*. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
Dallari, Sueli Gandolfi - Nunes Júnior, Vidal Serrano
2010 *Direito sanitário*, São Paulo, Verbatim.
Dell'Acqua, Peppe
2012 *Dal superamento del manicomio ai servizi territoriali di salute mentale*, Roma, Ideass, disponibile all'indirizzo: http://www.ideassonline.org/public/pdf/BrochureTriesteT2.pdf.
Diniz, Débora
2013 *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*, Brasília, Letras Livres, Editora Universidade de Brasília.
Goffman, Ervin
2003 *Manicômios, Prisões e Conventos*, São Paulo, Perspectiva.
Kinoshita, Roberto Tykanori
1990 *Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana*, «Saúde Mental e Cidadania», São Paulo, Mandacaru, Plenário de Trabalhadore em Saúde Mental de São Paulo, pp. 67-83.
Miravalle, Michele
2015 *Roba da matti. Il difficile superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, Torino, Edizioni Gruppo Abele.

MISEREOR *et al.*
2007 *Contra informe da sociedade civil brasileira sobre o cumprimento do pacto internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais pelo Estado brasileiro*, Brasília, Passo Fundo, MISEREOR.
OMS
2005 *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde mental, Direitos humanos e Legislação*, Genebra, Organização Mundial de Saúde.
Paim, Jairnilson Silva
2008 *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*, Salvador, Edufba, Rio de Janeiro, Fiocruz.
Pelbart, Peter Pál
1990 *Manicômio Mental - A Outra Face da Clausura*, in Antonio Lancetti (org.), *SaúdeLoucura 2*, São Paulo, Hucitec, pp. 131-138.
República do Brasil
2001 *Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*, Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF.
2002 *Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico*, Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Justiça.
Rosato, Cássia Maria - Correia, Ludmila Cerqueira
2011 *Caso Damião Ximenes Lopes: mudanças e desafios após a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos*, «SUR, Revista Internacional de Direitos Humanos», 15, pp. 93-113.
Rotelli, Franco - Amarante, Paulo
1992 *Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos*, in Benilton Bezerra Júnior - Paulo Amarante (orgs.), *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, pp. 41-55.
Silva, Haroldo Caetano da
2010 *Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili*, «Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano», 1, pp. 112-115.