

IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI CONSIDERAZIONI E RIFLESSIONI

ALESSANDRO GRISPINI* - GIUSEPPE DUCCI**

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. Cosa dice la legge – 3. Punti di forza e punti di debolezza – 4. Lo stato dell'arte – 5. Alcune considerazioni critiche - 5.1 *Bisogni specifici e tipologia delle strutture* - 5.2 *L'imputabilità* - 5.3 *La pericolosità sociale* - 5.4 *La valutazione obiettiva dei fatti* - 5.5 *Salute mentale e carcere* – 6. Conclusioni – 7. Bibliografia.

1. Introduzione.

La chiusura degli OPG costituisce uno dei pochi temi di autentica novità e di dibattito all'interno del panorama della psichiatria italiana.

Il convegno organizzato dall'Associazione Prevenzione e Salute Mentale (PreSaM) dal titolo "*Chiudere gli OPG: problemi, alternative, modelli di intervento*", che si è tenuto a Roma il 16 marzo 2012, ha offerto l'opportunità per un confronto pubblico su questo importante, complesso e controverso tema. L'iniziativa era necessaria se consideriamo da un lato la rapidità degli eventi che hanno portato all'approvazione della legge n. 9 del 2012, dall'altro il diffuso stato di inconsapevolezza e di disinformazione negli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale italiani.

Ad oggi, il rinvio di 12 mesi della scadenza operativa non pregiudica il percorso delineato dalla legge 9, che porterà l'Italia nel 2014 ad una radicale trasformazione dell'assistenza e della riabilitazione dei soggetti autori di reato giudicati non punibili per disturbo psichiatrico, ma ritenuti socialmente pericolosi.

* Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma E, Segretario nazionale di PreSaM Prevenzione e Salute Mentale Associazione onlus.

** Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma E, Past President di PreSaM Prevenzione e Salute Mentale Associazione onlus.

La nuova legge, infatti, mette un punto fermo su due storici processi: a) la piena attuazione del riordino della medicina penitenziaria iniziato con la legge 230/99 e continuato con il DCPM del 1 aprile 2008, b) il completamento della riforma psichiatrica del 1978 (legge 180) che non aveva potuto incidere sulla realtà degli OPG. Una volta compresa la rilevanza delle questioni in gioco, polemiche e contrapposizioni non si sono fatte attendere.

Sappiamo che ogni problema è complesso e può essere letto da prospettive differenti, ognuna delle quali ha una propria legittimità che non può essere negata. Nella nostra prospettiva, il pluralismo teorico è un valore poiché rispecchia la complessità del reale. Detto in altri termini, non è corretto piegare la realtà ad un qualsivoglia modello; piuttosto è auspicabile adattare i modelli alla realtà cercando di essere pragmatici.

L'OPG è un potente dispositivo simbolico che genera rappresentazioni ed emozioni radicalmente opposte e quindi difficili da integrare. Basti vedere com'è stata accolta la legge 9: per alcuni si tratta di un testo equilibrato, realistico, rispettoso di varie esigenze e che richiede molti sforzi e molte risorse per essere realizzato in modo appropriato; per altri costituisce una minaccia alla sicurezza sociale; per altri ancora rappresenta invece una minaccia di altro tipo, cioè un pericoloso piano inclinato verso una nuova forma di manicomialità.

Quel che è certo è che si tratta di una questione irta di difficoltà e dalle molteplici implicazioni: si pensi alle ricadute sui concetti di pericolosità sociale e di imputabilità, il problema della salute mentale in carcere e, allargando ancor di più le maglie, l'intreccio sempre più frequente fra disturbi mentali, abuso di sostanze e degrado sociale che tanto spesso rappresenta il *pabulum* in cui si sviluppano comportamenti delinquenti.

Insomma, un tema altamente complesso che necessita di analisi accurate e risposte realistiche e non di prese di posizione unilaterali.

2. Cosa dice la legge.

L'art. 3 ter (*Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*) della legge n. 9 del 17 febbraio 2012 stabilisce quanto segue.

- 1) Il termine per la conclusione del processo di superamento degli OPG è fissato al 1° febbraio 2013 (ora rinviato al 31 marzo 2014).

- 2) A partire dal 31 marzo 2013 (ora 2014), gli OPG e le Case di Cura e Custodia cessano di funzionare e non possono essere più utilizzati per attuare le misure di sicurezza.
- 3) Entro il 31 marzo 2012 vengono definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi (inclusi quelli relativi alla sicurezza) di *nuove strutture* destinate ad accogliere le persone alle quali vengono applicate le misure di sicurezza.
- 4) Le nuove strutture avranno al loro interno una gestione esclusivamente sanitaria e, *ove necessario*, un'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna; esse accoglieranno persone provenienti dal territorio in cui sono ubicate.
- 5) Le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere immediatamente dimesse e prese in carico dai DSM di appartenenza.
- 6) Può essere assunto, in deroga, personale qualificato da destinare all'attuazione dei percorsi di reinserimento sociale.
- 7) Per la *realizzazione* e la *riconversione* delle nuove strutture vengono stanziati 120 milioni di Euro per il 2012 e 60 milioni di Euro per il 2013. Queste risorse vengono destinate alle Regioni ed alle Province Autonome.
- 8) Per l'assunzione del personale vengono stanziati 38 milioni di Euro per il 2012 e 55 milioni di Euro per il 2013, con rifinanziamento a regime.
- 9) La destinazione dei beni immobili degli ex OPG è determinata d'intesa tra il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, l'Agenzia del Demanio e le Regioni in cui essi sono ubicati.

3. Punti di forza e punti di debolezza.

Non vi sono dubbi sul fatto che il provvedimento abbia un valore storico di grande portata che, inevitabilmente, apre altri e complessi problemi. I suoi *punti di forza*, a nostro avviso sono i seguenti.

- Per la prima volta, viene fissato un termine certo per la chiusura degli OPG.
- Si mette fine alla triste pratica del prolungamento della misura di sicurezza in OPG *solo perché* non vi sono soluzioni praticabili nei territori di provenienza. Chi non è più socialmente pericoloso *deve immediatamente essere dimesso e preso in carico dai DSM competenti per territorio*.
- Vengono stanziare risorse economiche certe per le nuove strutture e per l'assunzione di personale qualificato e dedicato.

- Sono enfatizzate le funzioni sanitarie per i pazienti dimissibili, ma al contempo si presta attenzione alle ovvie ragioni di sicurezza per i pazienti non dimissibili.
- Si parla, opportunamente, di *nuove strutture* in senso ampio. Solo dove esistono evidenti ragioni di sicurezza (pazienti non dimissibili) sarà necessario combinare la gestione sanitaria a quella di vigilanza: solo per questi pazienti potrebbero configurarsi i cosiddetti *mini-OPG* di cui parlano i detrattori della legge. Per tutti gli altri pazienti (o ex pazienti) sarà compito dei tecnici di individuare un modello di intervento in cui vi siano risorse abitative di varia natura in funzione dei bisogni specifici (civili abitazioni, Strutture Residenziali Socio-Riabilitative, ecc.).
- C'è una chiara discontinuità con il passato, ma non una brusca rottura. Mi riferisco a tutta la complessa questione del mantenimento dell'istituto della *imputabilità e pericolosità sociale* che alcuni, invece, vorrebbero abolire seduta stante.

In conclusione, il provvedimento ha dei chiari elementi innovativi senza peraltro rompere bruscamente con la realtà attuale. Ci sembra un'impostazione pragmatica e realistica.

Non possiamo tuttavia dimenticare alcuni e rilevanti *punti di debolezza*, che, allo stato attuale, si configurano come elementi di *rischio* per la costruzione di un modello d'intervento appropriato. In breve, i rischi risiedono in ciò che non viene detto e che si annida nelle pieghe implicite del provvedimento: se non viene ben pilotato, questo *non detto*, può generare esiti inappropriati.

Proviamo ad esplicitare questi elementi di rischio.

- C'è innanzitutto la questione della tipologia e delle funzioni per le cosiddette *nuove strutture*. Una prima tipologia prevede una gestione mista (sanitaria e di vigilanza) – che di fatto configura dei *mini OPG* - mentre una seconda tipologia rimanda a strutture prevalentemente sanitarie. Qui sorgono una serie di problemi. Quante *strutture a gestione mista* sono necessarie? Verranno organizzate all'interno delle strutture carcerarie o no? Nel provvedimento non vi sono indicazioni. È certo che sono destinate ai pazienti non dimissibili attualmente ospiti negli OPG. Ma cosa accadrà per tutti i nuovi pazienti, in particolare durante la fase della cognizione penale, destinatari di misura di sicurezza detentiva provvisoria (artt. 206, 312 e 313 c.p.p.), visto che non è mutata la norma sulla pericolosità sociale? Non è dato sapere. Quali garanzie abbiamo che vi possano finire anche pazienti difficili che non hanno commesso un reato grave

e che oggi sono destinati all'OPG? In breve, ciò che non è detto, ma che si può facilmente evincere, è che il *mini OPG* conserva tutte le funzioni del vecchio OPG, seppur su scala ridotta e non ne corregge le distorsioni. Neppure è chiaro a chi sarebbero destinate le strutture a completa gestione sanitaria e, di conseguenza, quale profilo operativo esse realizzeranno. Ciò che manca nella legge - e che dovrà essere ben esplicitato nel decreto sui requisiti delle strutture destinate al superamento degli OPG - è la *corrispondenza fra bisogni specifici dei pazienti e tipologie di strutture*.

- Sia per quanto riguarda le strutture a completa gestione sanitaria, sia per quelle a gestione mista non viene fatto nessun riferimento preciso alla posizione di garanzia dello psichiatra. Riguarda solo il paziente o si estende in maniera improvvida all'intera collettività? È chiaro come questo punto rischia di confondere ulteriormente gli elementi legati alla cura con quelli legati al controllo, con il rischio che siano questi ultimi ad assumere il ruolo preponderante.
- Un altro elemento di debolezza è la mancanza di una chiara enunciazione del fatto che, per molti pazienti, la gestione dei programmi riabilitativi e di reinserimento sociale non è tanto una questione sanitaria, bensì *socio-sanitaria*. Non aver esplicitato questo fatto, può indurre (erroneamente) a ritenere che tutte le nuove strutture siano o dei *mini OPG* o delle *comunità terapeutiche*, quando in realtà è molto probabile che molti dei pazienti non più pericolosi e immediatamente dimmissibili abbiano soprattutto bisogni sociali e universali (un'abitazione, cibo, un minimo di sicurezza economica e sociale) e che le problematiche psicopatologiche siano del tutto secondarie; per costoro non sono necessarie strutture a prevalente valenza sanitaria, ma si tratta di individuare soluzioni abitative personalizzate o di tipo socio-riabilitativo in funzione dei bisogni specifici e della presenza/assenza di un tessuto familiare che può mancare del tutto o essere frammentato, inadeguato, espulsivo. In altri termini, c'è il concreto rischio che il superamento degli OPG si traduca in una mera *trans-istituzionalizzazione psichiatrica*, anche laddove non ve n'è più la necessità.
- Nella legge non viene escluso che il privato possa gestire alcune delle nuove strutture, come pure viene esplicitata la possibilità di *riconvertire* le strutture esistenti (comma 6 dell'art. 3 ter).
- Il decreto riguarda esclusivamente il problema degli OPG attualmente in funzione e dei loro internati, ma nulla dice su

cosa accadrà dopo il 31 marzo 2013 (2014) a tutti i nuovi casi che si presenteranno a partire da quella data in poi. Come si configura in termini di gestione e di responsabilità il rapporto fra funzioni sanitarie e funzioni penitenziarie nelle cosiddette *strutture a gestione mista*?

- I tempi di realizzazione del processo erano irrealistici; anche con la proroga di 12 mesi c'è il rischio di percorrere scorciatoie pericolose, come l'appalto di tali strutture a privati improvvisati che non offrono garanzie, delegando una fattispecie complessa di esecuzione penale detentiva al terzo settore.
- Il provvedimento si concentra solo sul superamento degli OPG, ma non dice nulla sulla questione, ben più grave, della gestione della salute mentale in carcere, né fa cenno, fosse solo come esigenza da riprendere successivamente, alla questione dell'imputabilità e della pericolosità sociale che costituiscono le fonti che alimentano gli OPG e, prevedibilmente, quella tipologia di strutture denominate, dai detrattori della legge, *mini OPG*.

Come si può constatare non si tratta di questioni di poco conto. È assolutamente necessario un ampio dibattito affinché i molti *non detti* non partoriscono soluzioni antiterapeutiche.

4. Lo stato dell'arte.

La situazione attuale è ben descritta nell'*Indagine sulle azioni regionali intraprese per il superamento degli OPG in ottemperanza all'Allegato C del DPCM 1 aprile 2008 e ai successivi Accordi in Conferenza Unificata*, a cura di Lega e Del Re dell'Istituto Superiore di Sanità, del novembre 2012.

Il rapporto, per quanto riguarda le azioni intraprese a livello regionale in tema di superamento dell'OPG, informa che "la Regione Emilia Romagna ha segnalato: a) l'istituzione di un gruppo di lavoro OPG/DSM per definire procedure atte a favorire la presa in carico del paziente internato; b) lo svolgimento di riunioni periodiche per approfondire criticità; c) la costituzione di un gruppo di lavoro con la magistratura; d) la realizzazione di un corso di formazione in psichiatria nei contesti penitenziari per lo sviluppo di specifiche competenze sul territorio regionale.

La Regione Friuli Venezia Giulia ha segnalato: a) che le strutture residenziali dei DSM, non specificatamente dedicate, si sono dimostrate idonee a cura, riabilitazione e inclusione sociale di pazienti psichiatrici autori di reato; b) la sperimentazione di programmi speciali

individuali per pazienti psichiatrici autori di reato con appositi finanziamenti (Progetti di Salute Personalizzati); c) la realizzazione di corsi di formazione per operatori di tutta la Regione; d) la presenza di costanti rapporti con Magistratura di Sorveglianza, Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna, Uffici Giudiziari e Servizi Sociali degli Ambiti dei Comuni; e) la disponibilità di servizi di consulenza e cura all'interno delle carceri; f) l'importanza del ruolo delle cooperative sociali nell'attività riabilitativa, con titolarità e responsabilità dei CSM.

La Regione Lazio ha segnalato: a) l'approvazione di uno schema di Accordo di programma tra Abruzzo, Campania, Lazio e Molise per la valutazione di efficacia ed efficienza degli interventi per il superamento degli OPG; b) l'approvazione di un Piano sperimentale di creazione di una rete di presa in carico degli ex internati in OPG della Regione.

La Regione Veneto ha segnalato: a) di aver intrapreso un costante monitoraggio degli internati veneti anche tramite la partecipazione agli incontri del Bacino interregionale di appartenenza; b) l'apertura di un reparto di Osservazione psichiatrica nella Casa Circondariale di Verona con 5 posti letto; c) l'approvazione della sperimentazione di una struttura intermedia di accoglienza per l'inserimento di pazienti attualmente in OPG a bassa pericolosità sociale; d) l'approvazione di un progetto su interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall'OPG in carico al servizio territoriale; e) l'approvazione di un protocollo operativo tra l'OPG di Reggio Emilia, DSM e Dipartimenti per le dipendenze della Regione Veneto per la presa in carico congiunta e dimissione degli internati.

Inoltre la Regione Abruzzo ha già svolto un corso di formazione regionale, la regione Campania ha messo a punto un documento preliminare per un sistema informativo della sanità penitenziaria e superamento OPG, il Gruppo di Approfondimento Tecnico Regionale (GAT) della Regione Lombardia sta organizzando un corso di formazione in tema di superamento degli OPG per gli operatori delle residenze sanitarie sostitutive, la Regione Umbria ha segnalato di aver individuato alcune strutture presenti sul proprio territorio per un futuro reinserimento territoriale graduale e terapeuticamente adeguato di pazienti socialmente non pericolosi di propria competenza dimessi dall'OPG".

5. Alcune considerazioni critiche.

Nell'esprimere un giudizio su qualità e limiti del provvedimento, come pure nell'avanzare proposte concrete, è necessario

esplicitare e prendere posizione su alcuni concetti di fondo tenendo conto che non c'è, infatti, solo il problema di come ricollocare i circa 1.200 internati attualmente presenti negli OPG, ma come immaginare il futuro assetto organizzativo.

In particolare, poniamo a fondamento delle nostre proposte 5 questioni fondamentali: 1) le strategie fondate sui bisogni, 2) l'imputabilità, 3) la pericolosità sociale, 4) l'uso di strumenti obiettivi in grado di valutare il rischio di recidiva, 5) il problema della salute mentale in carcere.

5.1 Bisogni specifici e tipologia delle strutture.

Cominciamo con quella che a noi sembra essere la questione centrale, sia per ricollocare gli ospiti attuali che per disegnare un nuovo assetto organizzativo: **la necessità di definire un modello integrato, strategie e percorsi fondati sull'analisi dei bisogni specifici e sui fatti.**

Dobbiamo inevitabilmente partire da una domanda che può suonare retorica: *un individuo che commette reati ed è affetto da un disturbo mentale grave ha diritto ad avere un percorso differenziato rispetto a chi il disturbo mentale non ce l'ha? La nostra risposta è sì, anche se volessimo sostenere, legittimamente, che egli è comunque imputabile.* Se questa posizione è fondata, sorge inevitabilmente un'altra domanda: *come garantire che un paziente schizofrenico autore di un reato grave, oltre che a scontare la pena prevista, possa essere curato in modo appropriato? Sorge subito il dubbio che il come non possa essere disgiunto dal dove. È realistico pensare che un malato mentale autore di un omicidio possa e debba restare in carcere per anni e lì essere curato, magari in un reparto psichiatrico chiuso di 4-6 posti letto, in una situazione logistica peraltro disastrosa qual è quella delle nostre carceri? Non ci sembra una risposta appropriata: in che cosa consisterebbe la cura in simili condizioni? Se non è il carcere il luogo dove realizzare un progetto terapeutico associato alla pena comminata, quale altra cornice potrebbe essere adeguata? Non potremmo certo utilizzare le nostre comunità terapeutiche e gli altri servizi presenti nei Dipartimenti di Salute Mentale, come alcuni pretenderebbero, a meno di non alterare gravemente il modello di funzionamento di un DSM. È evidente che individuare strutture sanitarie miste a funzioni penitenziarie per pazienti psichiatrici autori di reati gravi non è di per sé un'aberrazione, ma una necessità logica basata sui fatti e non sulle opinioni. L'OPG è una struttura di questo genere, ma è evidente che l'uso e l'abuso*

che se ne è fatto, la cultura disumanizzante tipica delle peggiori istituzioni (e non solo quelle manicomiali) che lo pervade, la rendono non solo antiterapeutica, ma anche generatrice di emarginazione per tutti quei pazienti autori di reati minori, quando non addirittura ridicoli, per i quali viene impropriamente emessa una sentenza di pericolosità che finisce, non di rado, col realizzare "ergastoli bianchi". La logica dei fatti dice che *non c'è alternativa all'individuazione di strutture miste*; se è possibile organizzarle all'interno delle carceri, rispettando i requisiti essenziali affinché possano funzionare come contesti curativi, *bene*, altrimenti sarà gioco forza individuare delle strutture esterne a misura di comunità terapeutiche, seppur a gestione mista per i pazienti che hanno commesso reati gravi. Conosciamo le obiezioni che molti autorevoli colleghi possono a questo punto avanzare riguardo alla deriva manicomiale insita in questa soluzione, ma non c'è ragione di credere che una struttura con funzioni penitenziarie e terapeutiche dovrà per forza tradursi in una struttura manicomiale di triste memoria, almeno non più di quanto possa accadere a qualsiasi comunità terapeutica, soggetta anch'essa a processi di manicomializzazione; dipenderà dalla qualità degli operatori e di chi li dirige, nonché dalla sensibilità politica in termini di cultura e di investimenti, far pendere il piatto della bilancia dalla parte della valenza terapeutica o dalla parte della manicomializzazione.

Torniamo alla questione dei percorsi fondati sull'analisi dei bisogni specifici.

- 1) Il **primo tipo di percorso** di un modello comprensivo e integrato consiste in una *struttura a gestione mista (penitenziaria e sanitaria), ad alta specializzazione, destinata ai pazienti autori di reati gravi, che non sono dimissibili e che hanno bisogno, nel periodo detentivo, di cure intensive ed appropriate*. L'ubicazione di una simile struttura potrebbe (o dovrebbe) essere all'interno delle carceri, se esistesse la concreta possibilità di avere spazi appropriati, ma questa possibilità non sembra, al momento, realistica.
- 2) Un **secondo tipo di percorso** riguarda pazienti psichiatrici autori di reati meno gravi, ma che denunciano, nel loro comportamento (violenza comune con conseguente impossibilità di convivenza, impulsività pericolosa, psicopatia e antisocialità, abuso di sostanze) chiare manifestazioni del disturbo. *Se viene riconosciuta la primarietà della componente psichiatrica* (e questo è un punto controverso e sempre problematico), per questi pazienti autori di reato può essere necessario un trattamento intensivo ed appropriato in *comunità terapeutico-riabilitative dove*

sia possibile attuare un trattamento sanitario prolungato per disposizione del giudice come misura alternativa al carcere. Per questo tipo di percorso possono essere utilizzate le normali Comunità Terapeutiche dipartimentali (a patto che non vi siano, per ogni CTR, più di tre pazienti sottoposti a restrizioni) e quelle accreditate.

- 3) Il **terzo tipo di percorso** riguarda pazienti psichiatrici, attualmente ospiti negli OPG per ragioni del tutto improprie, non più socialmente pericolosi e che quindi debbono essere dimessi. È possibile che molti di loro abbiano prevalenti bisogni sociali e debbano subito essere presi in carico dai DSM come accade per tutti i pazienti. Laddove non esiste una famiglia in grado di riaccolgerli, il DSM elabora progetti personalizzati in cui l'abitazione, il denaro, la tutela sociale, il reinserimento lavorativo e l'inclusione sociale costituiscono gli elementi fondamentali dei progetti stessi.

È chiaro che questi 3 percorsi possono idealmente essere utilizzati in senso evolutivo: ad esempio, con un paziente che entra nel secondo percorso si dovrà lavorare per farlo accedere al terzo. È altrettanto evidente che il "primo percorso" (pazienti autori di gravi reati) non può assolutamente essere realizzato nelle strutture dipartimentali già disponibili.

Il "secondo percorso" (violenza comune e privata, ecc.) è più articolato poiché, in funzione delle caratteristiche psicopatologiche e la gravità della dimensione "violenza", per i pazienti a basso rischio possono essere utilizzate le strutture residenziali esistenti, mentre per quelli ad alto rischio sono necessarie strutture più contenitive che non possono (e non debbono) essere garantite dalle attuali strutture residenziali. Per coloro che rientrano nel "terzo percorso" non vi è alcuna differenza rispetto a tutti gli altri pazienti in carico al DSM.

Sia le strutture miste relative al primo percorso, sia quelle pensabili per il secondo percorso sono a *gestione pubblica* e devono essere organizzate per **20 posti letto al massimo**. È poi necessaria una *valutazione epidemiologica ed economica* per definire quante realmente ne servono.

5.2 *L'imputabilità.*

La seconda questione su cui è necessario pronunciarsi è quella relativa all'*imputabilità del paziente psichiatrico autore di reato*. È un tema che ha la sua rilevanza, ma dal punto di vista

pratico, per le ragioni che abbiamo già anticipato al paragrafo precedente, non ha una grande ricaduta poiché, a nostro avviso, il paziente psichiatrico autore di un reato grave *deve* avere un percorso specifico che tenga conto, oltre che della detenzione, anche dei bisogni di cura.

Nel suo spirito più autentico la *non imputabilità* è pensata proprio come tutela delle esigenze terapeutiche e, quindi, come sistema di protezione del paziente che commette un reato. Ma nella realtà si verifica un tragico paradosso: la dichiarazione di non imputabilità, unita a quella di pericolosità sociale, avvia il percorso verso l'OPG per un tempo che spesso è ben superiore a quello previsto per il reato commesso e questo solo perché non vi sono soluzioni all'atto della dimissione, fatto che obbliga a reiterare la misura di sicurezza per mere esigenze asilari. Per molti pazienti, specie per quelli che commettono reati modesti, sarebbe meglio finire in carcere: uscirebbero certamente prima di quanto non accada nell'OPG.

Tornando al merito della questione, *siamo assolutamente d'accordo con quanti ritengono che il paziente psichiatrico autore di reato sia imputabile*. Un paziente delirante ha certamente motivazioni aberranti a sostegno del suo gesto, ad esempio l'omicidio del persecutore, ma è assolutamente consapevole che sta sopprimendo la vita di qualcuno e che ciò è un grave reato; semplicemente non è interessato alle conseguenze e agisce in nome di motivazioni personali che, per quanto deliranti, sono pur sempre le sue convinzioni.

Imputabile ma bisognoso di cure. Da questa evidenza nasce la necessità di un percorso differenziato che non può che realizzarsi in luoghi adeguati e ad alta professionalità e, in caso di reati gravi, luoghi a valenza mista (sanitaria, sociale, penitenziaria); in sostanza, *strutture dedicate e specifiche per questa tipologia di bisogni*.

5.3 La pericolosità sociale.

La terza questione preliminare riguarda il concetto di *pericolosità sociale*. Anche qui, come già per il concetto d'*imputabilità*, si realizzano situazioni paradossali perché *il concetto di pericolosità sociale può avere delle conseguenze paradossali quando si tratta di pazienti psichiatrici*. Può forse accadere che un criminale comune, non riconosciuto infermo di mente, non venga rimesso in libertà allo scadere della pena per il rischio di reiterare il reato? Certo che no, pur rimanendo indubbiamente "pericoloso" per la comunità. E per quale ragione un paziente psichiatrico, specie quando autore di

reati modesti, quando non ridicoli, dovrebbe essere condannato ad una reclusione *sine die* in OPG in quanto considerato socialmente pericoloso? Sappiamo che la reiterazione della misura di sicurezza per la presunta pericolosità sociale è spesso un mero espediente in assenza di soluzioni alternative, ma non possiamo non notare che questa pregiudiziale è la nota espressione dello *stigma* che da sempre si associa alla malattia mentale. In ogni caso, non possiamo chiudere gli occhi sul fatto che la tipologia degli utenti del DSM sta cambiando per effetto della combinazione del disturbo mentale associato all'abuso di sostanze eccitanti che facilitano la comparsa di condotte psico-sociopatiche, aggressive ed impulsive.

Il problema si complica ulteriormente in quanto è difficile affermare con certezza a cosa si leghi il concetto di pericolosità. Al disturbo psichico che ha determinato il reato o alla costituzione personologica del soggetto? E in questo secondo caso, quand'è che un soggetto cesserebbe di essere pericoloso? E quanti dei soggetti detenuti in carcere e affetti da disturbo di personalità dovrebbero ricadere in questo giudizio?

La questione della pericolosità sociale non può dunque essere elusa, ma se avessimo la concreta possibilità, una volta finito di scontare la pena, di dare delle risposte socio-terapeutiche, azzereremmo il tragico paradosso dell'istituzionalizzazione forzata per coloro che non sono più socialmente pericolosi.

Questa impostazione risolve solo una parte del problema, quella che definisce la porta d'ingresso nel sistema, ma necessita di ulteriori riflessioni per quel che concerne l'uscita. Se infatti possiamo convenire con la decisione di attivare un percorso penitenziario terapeutico (*primo percorso*) o un percorso di comunità terapeutica ad alta protezione (*secondo percorso*), molto più problematico è definire *come e quando* un paziente esce dai rispettivi percorsi. Cosa accade se il paziente, pur avendo scontato la pena, presenta ancora un quadro clinico ad alto rischio di recidiva violenta? In altri termini, e qui risiede il cuore paradossale della questione, *se assumiamo che la cosiddetta pericolosità è un sintomo psicopatologico* il paziente dovrà rimanere in trattamento, magari transitando nel *terzo percorso*, quello più tradizionalmente di tipo dipartimentale (comunità terapeutiche, comunità socio-sanitarie, progetti abitativi personalizzati). Ma chi decide, e vale soprattutto per i nuovi casi post-OPG, questo passaggio? È necessario riflettere bene su quest'aspetto e non prendere delle scorciatoie. E, soprattutto, è necessario fondare scientificamente la possibilità di valutare il rischio di recidiva violenta. Questo punto si collega strettamente al successivo.

5.4 *La valutazione obiettiva dei fatti.*

La *quarta questione*, collegata al problema della pericolosità, riguarda la necessità di utilizzare strumenti per valutare in modo obiettivo il rischio di recidiva di comportamenti violenti. Solo a titolo di esempio citiamo la *Psychopathy Check-List Revised (PCL-R)*³ per la misurazione della psicopatia nonché del grado di pericolosità sociale e del tasso di recidiva.

5.5 *Salute mentale e carcere.*

La *quinta questione*, che fa da sfondo a tutto il problema, riguarda *la salute mentale nelle istituzioni carcerarie*. I dati sono noti: poco meno del 20% dei detenuti è affetta da un disturbo mentale, il 25% dei detenuti presentano tossicodipendenza, 1 detenuto su 1.000 ogni anno si suicida.

Questi dati epidemiologici ci impongono di porre la questione della salute mentale in carcere fra le più urgenti priorità. Inoltre le carceri costituiscono uno dei serbatoi che alimentano oggi il circuito degli OPG e che alimenteranno domani la nuova organizzazione. Il problema è ancor più complesso se teniamo presente che la progressiva riduzione delle risorse vanifica il modello della psichiatria di comunità: questo vuol dire che in tempi di crisi economica e di tagli nei budget per la salute mentale, molti pazienti, specie quelli che abusano di sostanze, finiscono in carcere o sulla strada.

Il problema è rilevante in tutti i paesi. In una recente review britannica sul tema, Thornicroft e Steel (*Prison mental health inreach services*. The British Journal of Psychiatry, 2007) evidenziano come 9 detenuti su 10 presentino almeno un disturbo mentale, anche se molti di questi non vengono né riconosciuti, né trattati. L'articolo descrive l'impatto positivo dell'istituzione di team di salute mentale nelle carceri, con una riduzione dei suicidi del 18%. Gli stessi team potrebbero occuparsi dei rei con malattia mentale (*mentally disordered offenders in prison*), in un approccio combinato con le équipes territoriali di intervento sulla crisi e di Assertive Outreach Treatment: "For those persons judged to have the greatest need, the NHS will fund the establishment of multi-disciplinary teams, similar to community mental health teams (CMHTs) offering to prisoners the same

³ Per l'adattamento alla realtà italiana, vedi CARETTI V. *et Al.* (2011), Giunti OS, Firenze.

sort of specialised care they would have if they were in the community". Il punto chiave è rappresentato proprio dalla necessità di offrire a tutti equamente lo stesso modello di cura (the mainstream NHS framework to apply equally to prisoners).

Last but not least, c'è la questione di fondo: le leggi rappresentano un "soggetto terzo" che trascende tutti noi e nei confronti del quale tutti noi siamo chiamati a rispondere. È la ben nota questione dei limiti e della responsabilità. Non è lecito commettere un reato: questo vale per ogni persona; come pure non è tollerabile l'uso della violenza fisica nelle relazioni interpersonali. Se vogliamo liberare la psichiatria dal tragico dilemma cura/controllo che da sempre l'accompagna, dobbiamo rimandare il problema del controllo a quel soggetto terzo che è il rispetto della legge. Chi va contro le norme della convivenza deve ricevere una risposta dalle leggi; solo in un secondo tempo, quando sono presenti le condizioni per un intervento terapeutico, solo allora la psichiatria, con quel tanto o quel poco che caratterizza il suo sapere, sarà chiamata a intervenire. Non è più tollerabile che la psichiatria venga chiamata a svolgere funzioni che non le competono, cosa che accade di continuo, specie nelle situazioni di emergenza.

6. Conclusioni.

In estrema sintesi, si avanzano le seguenti proposte.

- Il superamento degli OPG va realizzato non con un'operazione di trans-istituzionalizzazione, ma attraverso la definizione di percorsi fondati sull'analisi dei fatti e dei bisogni. In particolare, s'individuano i seguenti percorsi: a) *strutture penitenziarie e terapeutiche* per pazienti non dimissibili autori di reati gravi, b) *comunità terapeutiche ad alta protezione* come misura alternativa al carcere per pazienti autori di reati minori (es. violenza comune), c) *strutture già esistenti nel DSM e progetti personalizzati socio-riabilitativi* per chi, stante le normative ancora vigenti, non sono più socialmente pericolosi. Le nuove strutture non devono avere più di 20 posti letto.
- Per tutti i nuovi casi, una volta che gli OPG cesseranno di funzionare, valgono i percorsi (a) e (b).
- Va svolta un'accurata analisi epidemiologica ed economica per definire il fabbisogno reale di nuove strutture.
- Va restituita la piena imputabilità al paziente psichiatrico.
- L'attribuzione della *pericolosità* va mantenuta per pazienti autori di reati gravi e per tutte le situazioni di violenza comune, ma

va ridefinita nelle sue caratteristiche e nella sua specificità, anche in accordo con le osservazioni delle recenti sentenze della Corte Costituzionale n. 253/2003 e n. 367/2004.

- Per i pazienti non più pericolosi, finito di scontare la pena, c'è l'immediata presa in carico dei DSM che forniranno le risposte personalizzate in funzione dei bisogni specifici.
- Va reso obbligatorio l'uso di strumenti obiettivi per la valutazione del rischio di violenza.
- Va compiuto un intervento strutturale sulle carceri per ridurre l'impatto devastante che esse hanno sulla salute mentale dei detenuti.

Abstract – *La legge n. 9 del 2012 ha sancito il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ponendo una scadenza, indicando modalità specifiche di intervento per i rei non punibili e socialmente pericolosi, stanziando risorse economiche.*

Il percorso, tuttavia, non appare affatto semplice e le opinioni in merito, sia nell'ambito della magistratura sia della psichiatria, appaiono molto contrastanti.

Vengono pertanto esaminati i punti di forza e i punti di debolezza del progetto complessivo, anche alla luce della legislazione e della prassi di altre nazioni europee, e lo stato di avanzamento del processo di superamento nelle diverse regioni italiane.

Inoltre, sono affrontati criticamente alcuni temi solo parzialmente risolti o del tutto irrisolti come la tipologia delle strutture alternative agli OPG, l'imputabilità, la pericolosità sociale e la cura della salute mentale in carcere.

Bibliografia

- BIRMINGHAM L. (2003) *The mental health of prisoners*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 191-201.
- BROOKER C., REPPER J., BEVERLEY C., *et al* (2002) *Mental Health Services and Prisoners: A Review*. School of Health and Related Research, University of Sheffield.
- CARRÀ G. *et al.*, (2004) *Prevalence of mental disorder and related treatments in a local jail: a 20-month consecutive case study*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. Volume 13, Issue 1, pp. 47-54.
- Department of Health (2006) *Procedure for the Transfer of Prisoners to and from Hospital under Sections 47 and 48 of the Mental Health Act*. Department of Health.

- Department of Health & HM Prison Service (2001) *Changing the Outlook: A Strategy for Developing Mental Health Services in Prisons*. Department of Health.
- Department of Health & National Institute for Mental Health in England (2005) *Offender Mental Health Care Pathway*. Department of Health.
- FAZEL S., SEEWALD K. (2012) *Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis*. The British Journal of Psychiatry 200: 364-373.
- Gore S.M. (1999) *Suicide in prisons. Reflection of the communities served, or exacerbated risk?* British Journal of Psychiatry, 175, 50-55.
- GUNN J., ROBERTSON G., DELL S., et al. (1978) *Psychiatric Aspects of Imprisonment*. Academic Press.
- HM Inspectorate of Prisons (1996) *Patient or Prisoner: A New Strategy for Healthcare in Prisons*. Department of Health.
- HM Prison Service & NHS Executive Working Group (1999) *The Future Organisation of Prison Health Care*. Department of Health.
- LEGA I. e DEL RE D. (2012) *Indagine sulle azioni regionali intraprese per il superamento degli OPG in ottemperanza all'Allegato C del DPCM 1 aprile 2008 e ai successivi Accordi in Conferenza Unificata*. Istituto Superiore di Sanità.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (2007) *Prison Psychiatry: Adult Prisons in England and Wales* (College Report CR141). Royal College of Psychiatrists.
- SINGLETON N., MELTZER H. & GATWARD R. (1998) *Psychiatric Morbidity among Prisoners in England and Wales*. Office for National Statistics.
- THORNICROFT G., STEEL J. et al. (2007) *Prison mental health inreach services*. The British Journal of Psychiatry 190: 373-374.