



**SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA**  
Affiliated to World Psychiatric Association

## COMUNICATO STAMPA

Sono ancora oltre 1000 i detenuti-pazienti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

### **CHIUSURA DEGLI OPG, SCACCO IN SETTE MOSSE**

### **ECCO LA 'ROAD MAP' DEGLI PSICHIATRI ITALIANI**

*La proposta della Società Italiana di Psichiatria è progressiva, ma con tempi molto stretti: monitoraggio dei percorsi di cura, stop all'invio di pazienti alle strutture ancora operative, realizzazione nelle carceri di sezioni dedicate ai malati, aumento dell'assistenza ambulatoriale dei dipartimenti di salute mentale nelle carceri, chiusura di un OPG ogni sei mesi, percorsi extradetentivi e soprattutto passare dal concetto di 'pericolosità sociale' a 'bisogno di cura'*

Roma, 12 marzo 2013 – Tempi brevi e maggiori certezze, ma senza rischi sociali, per gli oltre 1000 detenuti con malattie psichiche che si trovano sottoposti a regime carcerario negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani. Strutture definite “esempi di inciviltà umana e sociale” dal Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano. Per questo La Società Italiana di Psichiatria, da sempre favorevole ad una profonda revisione del sistema, ritiene che non si possa più continuare a rinviare la chiusura degli OPG per mancanza di strutture alternative, e che si debba individuare una “road map” per ‘svuotarli’ e renderli quindi inutili. Un progetto condiviso per porre fine a strutture ormai fuori dal tempo. Questi i punti principali: 1 – Utilizzare le commissioni regionali sul superamento degli OPG (istituite dal 2008) per ‘monitorare’ i percorsi di cura dei pazienti autori di reato. A questo scopo è opportuno che siano rappresentati oltre ai Dipartimenti di Salute Mentale e alla Medicina Penitenziaria delle ASL, anche il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), la Procura Generale e il Tribunale di Sorveglianza, nonché rappresentanti degli organismi di garanzia dei detenuti e la società scientifica. In questo modo sarà possibile realizzare le linee guida nel rispetto delle reciproche competenze e individuare soluzioni specifiche alle criticità che deriveranno dall'avvio dei nuovi percorsi di cura a tutela delle persone coinvolte; 2 – interrompere dal 1 aprile 2014 l'invio negli OPG dei pazienti per osservazione psichiatrica. Tale funzione, infatti, può essere adeguatamente effettuata nelle sezioni di osservazione o “reparti sanitari”, che devono essere realizzati in breve tempo in almeno un istituto di pena di ogni regione; 3 – Realizzare entro l'anno le sezioni carcerarie cosiddette per “minorati psichici” in almeno un istituto di pena di ciascuna regione per recuperare i detenuti che sono attualmente nelle omonime sezioni degli OPG che parallelamente verrebbero chiuse; 4 – Proseguire le dimissioni dei pazienti ancora internati e incrementare l'assistenza psichiatrica ambulatoriale dei DSM nelle carceri, in modo da iniziare precocemente i trattamenti necessari a far sì che i malati di mente autori di reato non debbano nemmeno transitare, oggi, negli OPG o, domani, nelle costruende Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS); 5 – Programmare la chiusura di un OPG ogni sei mesi/un anno, a partire dal 1 aprile 2015, iniziando da Reggio Emilia e terminando con Castiglione delle Stiviere, completando così il percorso in un tempo massimo di 3/5 anni in rapporto alle effettive esigenze residue del circuito penitenziario; 6 – Favorire i percorsi extradetentivi di tutti i carcerati per ridurre il sovraffollamento nelle carceri, e impedire quello nelle sezioni psichiatriche degli Istituti di Pena e nelle REMS; 7 – riprendere le proposte di riforma del Codice penale, come quella Grosso che già nel 1998 prevedeva la cancellazione della “sociale pericolosità” e la sua sostituzione con il concetto di “bisogno di trattamento” da riservare ai soli pazienti a cui è riconosciuto il vizio totale di mente.

“Il superamento culturale e reale dell'OPG – spiega **Claudio Mencacci**, presidente della Società Italiana di Psichiatria, e direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Neuroscienze dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano – parte proprio con la cancellazione del concetto di ‘sociale pericolosità psichiatrica’ e quindi

con l'abolizione delle misure di sicurezza psichiatriche così come sono concepite oggi, con gli OPG aperti. È bene chiarire – continua il presidente Mencacci – che l'intervento dello psichiatra e dei servizi sanitari in generale non è 'sociale' ma diagnostico e terapeutico, cioè rivolto alla difesa e al trattamento delle persone affette da patologie e solo con risvolti indiretti di difesa sociale, compito del sistema giudiziario. È indispensabile il confronto e il dialogo tra gli operatori dei due ambiti per la realizzazione concreta di questi programmi terapeutici che garantiscano la "sicurezza della cura".

“Uno dei punti rilevanti dell'attribuzione alla sanità della funzione di esecuzione delle misure di sicurezza – aggiunge **Enrico Zanalda**, Segretario della SIP e direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Torino 3 – è che rimangano dei percorsi di cura. Sosteniamo che si passa “dalla misura di sicurezza alla sicurezza della cura”, ovvero un percorso di cura vincolato che può iniziare in carcere, proseguire nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), nelle strutture territoriali della Salute Mentale fino al domicilio, in rapporto alla salute del soggetto e alla sua collaborazione”.

“Vi è anche un problema di formazione e omogeneità di valutazione da parte dei Consulenti Tecnici d'Ufficio o periti – precisa il prof. **Emilio Sacchetti**, Presidente Eletto della SIP, Professore Ordinario di Psichiatria dell'Università di Brescia e Direttore del Dipartimento di Salute Mentale degli Spedali Civili di Brescia – che dovrebbero conoscere e collaborare con i DSM per l'individuazione dei programmi residenziali o domiciliari di trattamento più adeguati da proporre al Giudice. Protocolli di intesa tra Tribunale, Procura ASL facilitano la realizzazione dei percorsi nel rispetto delle reciproche possibilità e organizzazioni. Il percorso di superamento degli OPG implica investimenti sull'assistenza psichiatrica nei luoghi di detenzione e il rispetto dei parametri efficaci dell'assistenza sanitaria”.

“Si dovrebbero realizzare delle équipes multiprofessionali che dialogano con l'Amministrazione Penitenziaria per l'erogazione delle prestazioni sanitarie nel rispetto degli aspetti custodiali a carico di quest'ultima - aggiunge il prof **Massimo Di Giannantonio** Docente di Psichiatria, Università di Chieti –. Si deve assolutamente evitare che il sovraffollamento dei luoghi di detenzione vanifichi i progetti terapeutici. Nell'immediato inoltre bisogna prevedere un adeguato filtro di accesso alle REMS per essere certi che ad esse siano assegnati pazienti che possano beneficiare di un trattamento ad esempio limitandole alle persone a cui è riconosciuto il vizio totale di mente. Quelle con vizio parziale rimarrebbero nel circuito detentivo normale beneficiando dell'assistenza sanitaria delle ASL adeguatamente potenziata”.

“La vera premessa per il superamento dell'OPG – conclude il prof. **Mencacci** – è – per usare un concetto caro al prof. Roberto Catanesi, presidente della Società Italiana di Criminologia e ordinario di psicopatologia forense all'Università di Bari – **l'abolizione delle misure di sicurezza psichiatriche e la cancellazione della sociale pericolosità psichiatrica**. Chiudere gli OPG e non chiudere il rubinetto che li ha alimentati in tutti questi anni vuol dire solo spostare su altre strutture il problema lasciandolo immutato, anzi aumentando i costi sociali ed elevando i rischi professionali. In altri termini è necessario passare dal concetto di *sociale pericolosità* intesa come probabilità di nuovi comportamenti delittuosi (prospettiva intrinsecamente legata alla difesa sociale) al *bisogno di trattamento*, inteso come necessità clinica che un paziente giudiziario può anche soggettivamente non avere e che può essere imposta da un Giudice. I manicomi, nel '78, furono abbattuti insieme al concetto di “*pericoloso a sé e agli altri*”. Furono chiuse le strutture insieme al pregiudizio del malato sempre pericoloso. Gli OPG si possono (e devono) chiudere insieme ad una riforma profonda delle misure di sicurezza (e anche dell'imputabilità) e alla cancellazione della sociale pericolosità psichiatrica”.

Ufficio stampa SIP

Carlo Buffoli

[www.cb-com.it](http://www.cb-com.it)

Ph. 349.6355598

## DOCUMENTO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

### SUPERAMENTO OPG

#### *“Dalle misure di sicurezza alla sicurezza delle cure”*

ovvero

#### **Percorsi di cura per i pazienti sottoposti a misure di sicurezza**

La premessa del percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e delle loro sezioni di Casa di Cura e Custodia (CCC) è che dopo il 1978 (L180/1978 e L833/1978) il modello di riferimento della psichiatria pubblica in Italia è divenuto quello della psichiatria di comunità. Con questo termine si intende l'organizzazione coordinata dell'insieme dei servizi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri che compongono il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) per la prevenzione e il trattamento delle malattie mentali di una comunità (popolazione) definita all'interno di un determinato ambito territoriale (settore).

Con i Progetti Obiettivi sulla Tutela della Salute Mentale 94/96 e 98/00 (DPR 7.04.1994 e DPR 10.11.1999) sono state definite le strutture del DSM e le funzioni che dette strutture devono svolgere su tutto il territorio nazionale. Da questa organizzazione sono stati esclusi i malati di mente autori di reato che hanno continuato ad avere come risposta sanitaria l'OPG e le sue sezioni di CCC.

Il recente passaggio della medicina penitenziaria alle Aziende Sanitarie Regionali (DL 230 del 1999) e la sentenza n 253 della suprema corte del luglio 2003 che ha superato l'automatismo tra pericolosità sociale per malattia mentale e applicazione della misura di sicurezza in OPG, sono stati i presupposti operativi delle successive azioni definite nel DPCM del 1 aprile 2008 per il superamento degli OPG e delle CCC e della L9/2012, del DL n 24 del 25.03.2013 che stabiliscono, al momento, il termine del funzionamento degli OPG al 01.04.2014.

Dal momento che non ci saranno più gli OPG, le misure di sicurezza per le persone malate di mente e autori di reato, benché stabilite da un giudice, verranno eseguite in strutture sanitarie ove **non vi è la funzione di custodia degli agenti della Polizia Penitenziaria**, peraltro come già avviene da molti anni nell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Castiglione delle Stiviere (MN).

Uno dei punti rilevanti dell'attribuzione alla sanità della funzione di esecuzione delle misure di sicurezza è **che rimangano dei percorsi di cura**, cioè che non siano caratterizzate in maniera prevalente dall'aspetto detentivo a scapito di quello terapeutico.

Per meglio sottolineare tale concetto si potrebbe sostenere che per le persone considerate pericolose socialmente per infermità mentale si passa **“dalla misura di sicurezza alla sicurezza della cura”** con percorsi vincolati che mantengono la possibilità di rendere l'aspetto della custodia via via meno rilevante per l'aumento della collaborazione e della consapevolezza di malattia del paziente. La misura di sicurezza dovrebbe essere intesa come un percorso di cura vincolato che può iniziare in carcere, proseguire nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), nelle strutture territoriali della Salute Mentale fino al domicilio, in rapporto alla salute del soggetto e alla sua collaborazione.

Per poter realizzare tali percorsi è utile istituire a livello regionale un **tavolo di coordinamento** che comprenda gli organi competenti per la sanità (DSM e Medicina Penitenziaria delle Aziende Sanitarie), i Servizi Sociali, il Tribunale Ordinario, quello di Sorveglianza e il Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria (DAP). Attraverso il lavoro del Coordinamento regionale per il monitoraggio e la realizzazione dei percorsi di cura/misure di sicurezza, si deve riuscire a governare il processo evitando di inserire impropriamente nei circuiti sanitari persone con pericolosità sociale non derivante da malattia mentale e viceversa evitando di lasciare in condizioni di detenzione persone con malattia mentale. A questo proposito **l'incremento dell'assistenza psichiatrica negli istituti di detenzione** e soprattutto il suo

coordinamento con la rete dei servizi delle ASL permette di intercettare precocemente la malattia mentale e supportare il Magistrato competente ad assumere le decisioni più opportune per la salute del paziente, nel rispetto delle norme. Fin dalla fase di cognizione della pena i Magistrati sono generalmente propensi ad attribuire, quando è possibile, i pazienti ad agenzie sanitarie esterne ai luoghi di detenzione. Nella fase di esecuzione della pena o della misura di sicurezza la competenza giuridica transita dalla Magistratura ordinaria a quella di Sorveglianza.

## **Procedura per il percorso di cura nella fase di cognizione della pena**

Nella fase di giudizio l'eventuale misura di sicurezza applicata è sostenuta da un giudizio di pericolosità sociale connesso ad una iniziale "presunzione" di diminuzione della capacità di intendere e volere. La misura di sicurezza è di tipo "provvisorio" in quanto la sua applicazione, e la corrispettiva revoca, è subordinata alla successiva fase di accertamento della effettiva pericolosità sociale. In tale fase il compito di valutazione della pericolosità sociale è ordinariamente attribuito al **Consulente Tecnico d'Ufficio**. Cionondimeno, negli ultimi anni si è verificato con sempre maggiore frequenza la possibilità di revoca della misura stessa con revoca della misura e trasformazione della stessa in misura non detentiva di "libertà vigilata". Fondamentale in tale fase è la messa in atto di misure di trattamento terapeutico che affrontino le condizioni di urgenza clinica e la successiva individuazione di percorsi alternativi alla misura detentiva, nella garanzia delle condizioni di sicurezza che eventualmente il Magistrato ritiene necessarie per la tutela della sicurezza sociale.

Ordinariamente in tale fase la valutazione della pericolosità sociale è affidata al Consulente Tecnico dell'Ufficio, individuato dal Giudice competente, ma di notevole importanza è la formulazione di programmi di presa in carico da parte dei Servizi del territorio e la messa a disposizione di strutture di accoglienza che possano dare la garanzia di adesione al trattamento ed al programma residenziale, o domiciliare, proposto. A questo proposito sarebbe corretto che il Consulente Tecnico d'Ufficio si limitasse ad indicare al Giudice quali possono essere i provvedimenti atti a contenere la pericolosità sociale del periziando, specificandoli e individuandoli solo attraverso le indicazioni e l'approvazione dei servizi dell'ASL che devono poi sostenerne la realizzazione e l'onere economico. **Protocolli di intesa tra il Tribunale, la Procura e l'ASL di ciascun territorio facilitano la realizzazione dei percorsi nel rispetto delle reciproche possibilità e organizzazioni.**

## **Il percorso di cura nella fase di esecuzione delle misure di sicurezza**

Le misure di sicurezza definitive ricadono nelle competenze del Magistrato di Sorveglianza dove ha sede attualmente l'OPG. Per tali misure (Casa di Cura e Custodia, se non associata a detenzione da scontare, ed Ospedale Psichiatrico Giudiziario) si possono descrivere una serie di percorsi che si sintetizzano brevemente nelle seguenti fasi:

1. Accertamento dell'eseguibilità della misura di sicurezza (art. 679 del CPP): successivamente alla sentenza che applica la misura di sicurezza detentiva il Magistrato di Sorveglianza deve rendere eseguibile la misura ed in tale fase può essere proposto un progetto di presa in carico e di accoglienza nella rete dei Servizi;
2. Esecuzione della misura di sicurezza: nel corso della misura stessa può essere definito in anticipo alla scadenza fissata eventualmente in sentenza (2,5,10 anni) un programma di presa in carico e di accoglienza. La revoca della misura può essere anche sostituita da una trasformazione in libertà vigilata. E' necessario concordare con il Magistrato e la Direzione dell'Istituto e con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE), o tramite accordo con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, le modalità di flusso documentale e la competenza, laddove presente, della struttura penitenziaria;

3. Licenza Finale Esperimento: concessa dal Magistrato negli ultimi 6 mesi della misura di sicurezza, è attualmente la forma di dimissione più seguita. Si realizza con prescrizioni che il Magistrato applica al programma di adesione al trattamento di cura ed alla soluzione residenziale o domiciliare individuata dal Servizio. Analogamente è necessario concordare con il Magistrato e la Direzione dell'Istituto e con l'UEPE, o tramite accordo con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), le modalità di flusso documentale e la competenza, laddove presente, della struttura penitenziaria.

**È ovvio che bisogna rivedere quanto sopra in funzione della nuova situazione che si viene a realizzare con il superamento degli OPG e l'attribuzione delle funzioni di esecuzione delle misure di sicurezza alla sanità** ed in particolare alle strutture sanitarie REMS. Si deve trovare un accordo tra gli organi giuridici competenti e quelli sanitari per garantire la valenza terapeutica delle strutture REMS utilizzandole come periodo transitorio di un percorso di cura/misura di sicurezza che evolve con il miglioramento clinico delle condizioni del paziente e con la sua maggiore consapevolezza e collaborazione. Il processo di superamento degli OPG prevede anche che la funzione di osservazione ai sensi dell'art. 112 venga realizzata in **sezioni psichiatriche realizzate in collaborazione con le ASL in almeno un istituto di pena di ciascuna regione.**

Il percorso di superamento degli OPG implica investimenti sull'assistenza psichiatrica nei luoghi di detenzione poiché oltre alle **sezioni di osservazione psichiatrica** è necessario che si formalizzi la collaborazione tra il personale sanitario delle ASL, il personale del DAP e quello per il supporto trattamentale dei detenuti.

I DSM nel cui territorio insistono degli istituti di pena devono individuare il personale necessario all'erogazione di **un'assistenza psichiatrica ambulatoriale** integrandosi con la medicina penitenziaria dell'ASL ed in particolare con il Ser.T, gli psicologi, gli educatori e gli assistenti sociali che operano all'interno del luogo di detenzione, oltre a dialogare con il DAP che decide gli eventuali invii alle sezioni di osservazione psichiatrica regionali. All'interno dei luoghi di pena vi sono i vari circuiti di sicurezza e gli eventuali spostamenti da un istituto all'altro o da una sezione all'altra non possono prescindere dalle decisioni e dalle esigenze del DAP. Si dovrebbero realizzare delle **mini equipe complete delle varie figure professionali che dialogano con il DAP** e possono, attraverso di esso, coordinarsi con la **sezione di osservazione psichiatrica** regionale e con la **sezione per i minorati psichici.**

**La sezione di osservazione psichiatrica** [Art.112, comma 1, D.P.R. 230/2000] regionale istituita ai sensi del DPCM del 2008 in almeno un istituto di pena di ciascuna regione, ha una capienza variabile in rapporto alla numerosità della popolazione regionale ma dovrebbe essere costituita da un nucleo minimo di 10 PL, disposti in celle singole videosorvegliate, con un forte incremento dell'assistenza sanitaria specialistica. Tale sezione viene denominata, all'interno del carcere, "reparto sanitario psichiatrico" e prevede l'impiego del personale del DSM di riferimento dell'ASL in cui insiste l'istituto di pena; il direttore della Struttura Complessa (SC) Psichiatrica dell'ASL di riferimento ha la responsabilità clinica della sezione mentre la direzione sanitaria resta a carico del direttore sanitario del carcere come per le rimanenti attività sanitarie garantite dalla Medicina Penitenziaria dell'ASL. L'assistenza sanitaria specialistica per un nucleo di 10 PL prevede: 20 ore settimanali di Dirigente Medico Psichiatra del DSM; 12 ore giornaliere di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere e 12 ore di Educatore Professionale o Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica contemporaneamente presenti, tutti i giorni della settimana; 5 ore diurne di Dirigente Psicologo nei 6 giorni feriali (trenta ore alla settimana). L'equipe sanitaria multiprofessionale è garantita dalla SC del DSM dell'ASL di competenza territoriale anche per eventuali altre esigenze della sezione. Ulteriori ore di dirigente medico specialista della SC sono necessarie per l'attività di consulenza specialistica nelle rimanenti sezioni ordinarie dell'istituto di pena, in aggiunta a quelle da destinare alla "sezione di osservazione psichiatrica" o "reparto sanitario specialistico", come

viene denominata dal DAP.

**La sezione per minorati psichici** [Art.65, L296/1993] sostituirà le omonime sezioni presenti all'interno degli OPG e deve rimanere separata dalla sezione di osservazione psichiatrica ex art 112. Anche in questo caso per un nucleo di 10 posti letto deve essere garantita la presenza contemporanea dell'infermiere e dell'educatore per 12 ore al giorno tutti i giorni; incrementata l'assistenza medica di base, garantita la presenza di un dirigente medico psichiatra 8 ore alla settimana e di un dirigente psicologo per 24 ore settimanali. Tali parametri potrebbero essere rivisti in base alle esperienze esistenti e in rapporto all'incremento numerico. Da valutare l'opportunità di una sezione con alcune celle singole e celle da due o tre persone con la possibilità di usufruire delle regole di detenzione attenuata al fine di facilitare la partecipazione ad interventi terapeutici riabilitativi individuali e di gruppo.

## **SUPERARE L'EQUIVOCO**

**PROF. ROBERTO CATANESI**

*Presidente della Società Italiana di Criminologia  
Ordinario di psicopatologia forense all'Università di Bari*

La vera premessa per il superamento dell'OPG (e delle CCC) non è chiudere (o trasformare) le strutture, è **l'abolizione delle misure di sicurezza psichiatriche**, è la **cancellazione della sociale pericolosità psichiatrica**.

Qualsiasi provvedimento che intenda davvero incidere su questo problema non può prescindere da questo punto.

Chiudere gli OPG e non chiudere il rubinetto che li ha alimentati in tutti questi anni vuol dire solo spostare su altre strutture il problema lasciandolo immutato, anzi aumentando i costi sociali ed elevando i rischi professionali.

**La pericolosità sociale è un concetto vecchio** (e inadeguato) almeno quanto gli OPG. Nessuna categoria di esperti che ad essa si sia avvicinata, negli ultimi decenni, si è esentata dal chiederne l'abolizione, "tout court", per manifesta inadeguatezza. Si tratti di giuristi esperti, criminologi o psichiatri, tutti ne hanno denunciato l'assoluta obsolescenza. Vi è sterminata letteratura scientifica (ins cit.) che ne chiede l'abolizione.

Più di dieci anni or sono (2003), un gruppo di delegati ufficiali delle Società Scientifiche che più di ogni altre hanno dedicato attenzione anche dottrinarialmente al problema – le Società Italiane di Medicina legale, di Criminologia e di Psichiatria – in un documento congiunto inviato all'allora estensore del progetto di riforma del Codice penale, dott. Nordio, così si espressero: *"La sostituzione delle misure di sicurezza con misure a finalità trattamentali, riabilitative, risocializzanti, il passaggio dalla sociale pericolosità al bisogno di trattamento è un principio oggi condiviso dalla comunità scientifica, così come lo è il coinvolgimento delle strutture territoriali – tanto di salute mentale quanto delle tossicodipendenze – nella gestione della tutela della salute del paziente-reo. In questo modo si rende difatti possibile articolare le strategie terapeutiche secondo le reali necessità del caso e senza necessariamente ricorrere a misure restrittive, laddove queste non siano necessarie"*.

Ci riconosciamo ancor oggi in quel parere, ma dobbiamo denunciare che è sempre la pericolosità sociale a muovere le fila di questo processo, pure oggi, mentre si chiudono gli OPG. E' sempre la pericolosità sociale ad innescare il meccanismo che conduce alla misura di sicurezza, leggi OPG oggi, "libertà vigilata" o REMS domani. Non è il bisogno di trattamento, è la sociale pericolosità, piena o "attenuata" che sia.

Se non si aboliscono le misure di sicurezza psichiatriche si continuerà a perpetrare l'equivoca richiesta alla psichiatria – questa sì, socialmente pericolosa – di curare e proteggere la società. Lo diciamo con forza e consapevolezza tecnica: curare e proteggere sono obiettivi differenti, dai percorsi a volte paralleli a volte no, con esiti potenzialmente sovrapponibili ma tante volte invece divergenti.

E' comprensibile che la Corte Costituzionale (18.7.03 n. 253), a normativa vigente, chieda che le misure di sicurezza psichiatriche siano idonee *"ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale... rispondano contemporaneamente... a finalità di cura e tutela dell'infermo e contenimento della sua pericolosità"*.

La psichiatria non può tuttavia accettare questo invito senza denunciarne l'equivoco di fondo. La suggestione che si annida al cuore di queste sentenze (di questa come della "parallela" del 17-29.11.04 n.367) è che una buona cura produca "automaticamente" anche riduzione del rischio di recidiva comportamentale violenta. Errore. A volte ciò accade, a volte invece no. Cura del disturbo e controllo del comportamento non sono concetti analoghi, espressi magari con parole diverse. I farmaci, le cure psicologiche o riabilitative possono talvolta ottenere successo terapeutico ma non necessariamente il controllo del comportamento, perché il comportamento umano è variabile molto più complessa, che affonda le radici nella storia personale dell'individuo, nel "senso" soggettivo delle sue azioni. **Sono le**

**persone a compiere i delitti, non le malattie.**

La pericolosità sociale non è un concetto scientifico, e neppure può essere efficacemente riempito di contenuti scientifici. **Psichiatri e criminologi** possono identificare fattori di rischio di comportamento violento, possono agire su alcuni di essi (a volte, non sempre), ma di certo non hanno strumenti per “prevedere” comportamenti futuri, in specie nel medio e a lungo termine, **non possono davvero distinguere la probabilità richiesta dall’art. 203 cp da generiche possibilità di mettere in atto nuovi delitti.** Accettare la sfida della chiusura degli OPG è, per la Psichiatria, una battaglia di civiltà e culturale che non può che essere accettata. Ma la Psichiatria non può vicariare bisogni sociali che non le appartengono. Bisogna sapere dunque se si cura per tutelare la salute di un malato o se si è chiamati a curare per evitare che il paziente compia nuovi reati. Perché sono cose diverse.

Si può sciogliere questo nodo solo cancellando le misure di sicurezza psichiatriche, sostituendole con misure terapeutiche o riabilitative. In altri termini **è necessario passare dal concetto di sociale pericolosità intesa come probabilità di nuovi comportamenti delittuosi (prospettiva intrinsecamente legata alla difesa sociale) al bisogno di trattamento, inteso come necessità clinica che un paziente giudiziario può anche soggettivamente non avere e che può essere imposta da un Giudice.**

Non intendiamo sostituirci al Legislatore e non crediamo di poter proporre noi stessi soluzioni. Sappiamo peraltro che il mondo del Diritto da anni affronta questo tema sul piano Dottrinale, pensiamo, a titolo di esempio, al progetto di riforma del Codice penale Grosso, che non a caso già nel '98 prevedeva la cancellazione della sociale pericolosità e la sua sostituzione concettuale con il concetto di “bisogno di trattamento”.

L’intero impianto (che tocca anche il nucleare tema dell’**imputabilità**) potrebbe essere utilizzato oggi, a maggior ragione se si pensa alla chiusura degli OPG. Bisogna avere il coraggio di riformare il capitolo delle misure di sicurezza, non si può davvero credere che cancellando gli OPG si cancellino anche tutti gli equivoci ad esso connessi.

I manicomi, nel '78, furono abbattuti insieme al concetto di “*pericoloso a sé e agli altri*”. Furono chiuse le strutture insieme al pregiudizio del malato sempre pericoloso. **Gli OPG si possono (e devono) chiudere insieme ad una riforma profonda delle misure di sicurezza (e anche dell’imputabilità) e alla cancellazione della sociale pericolosità psichiatrica.** Nell’immediato bisogna prevedere un adeguato **filtro di accesso alle REMS – più in generale alle strutture riabilitative** - per essere certi che ad esse siano assegnati pazienti che possano davvero beneficiare di un trattamento utile ad esempio **limitandole alle persone a cui è riconosciuto il vizio totale di mente.** Quelle con vizio parziale rimarrebbero nel circuito detentivo normale beneficiando dell’assistenza sanitaria delle ASL adeguatamente potenziata alle condizioni di restrizione.