

DIBATTITI

NOTA REDAZIONALE. Nella rubrica “Dibattiti” degli ultimi due numeri di *Psicoterapia e Scienze Umane* (3/2015 e 4/2015) sono stati pubblicati alcuni interventi sulla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e l’apertura delle Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) (Tarantino, 2015; Angelozzi, 2015, Pellegrini, 2015a, 2015b; Pozzi, 2015). Nella rubrica di questo numero, dopo una premessa di Euro Pozzi pubblichiamo un documento del Presidente dell’Ordine dei Medici di Bologna (in cui il lettore può notare che vengono ripresi brani della rubrica “Dibattiti” del n. 3/2015 di *Psicoterapia e Scienze Umane*), un documento della Società Italiana di Psichiatria (SIP), una mozione del Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), un articolo apparso su *Quotidiano Sanità*, e un intervento di Giovanni de Girolamo. Prosegue in questo modo il dibattito sullo stato e sulle prospettive della psichiatria italiana iniziato nel n. 3/2005 e proseguito negli anni seguenti con circa 25 interventi (si rimanda alla Nota redazionale a p. 447 della rubrica “Dibattiti” del n. 3/2015 di *Psicoterapia e Scienze Umane*).

Sulla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e l’apertura delle Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)

*Premessa di Euro Pozzi**

Il Decreto Legislativo 81/2014, disponendo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ha demandato l’assistenza dei “rei folli” al Servizio Sanitario Nazionale. Sui Dipartimenti di Salute Mentale ricadono ora sia i compiti di cura che quelli di custodia. A legislazione e a Codice Penale invariati, gli psichiatri si trovano ora nell’obbligo di far coincidere cura e custodia.

La rubrica “Dibattiti” del n. 3/2015 di *Psicoterapia e Scienze Umane* ha dedicato 40 pagine a una discussione a più voci (Tarantino, 2015; Angelozzi, 2015, Pellegrini, 2015a; Pozzi, 2015) su questo delicato tema che per tutta la “gestazione” della legge non aveva suscitato particolari riflessioni tra gli addetti ai lavori; un intervento è apparso anche nella rubrica del n. 4/2015 (Pellegrini, 2015b).

Le problematiche incontrate nella concreta realizzazione del progetto legislativo, ma anche le considerazioni sviluppate negli articoli della rivista, stanno ora suscitando significative prese di posizione.

* Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL di Bologna, Via Benni 44, 40054 Budrio (BO), E-Mail <euro.pozzi@ausl.bo.it>.

Un primo documento, redatto dalla Commissione “Responsabilità medica in ambito psichiatrico” istituita dall’Ordine dei Medici di Bologna, ha raccolto il consenso di 35 psichiatri. Il documento “L’apertura delle REMS psichiatriche: premesse e conseguenze” è stato poi approvato all’unanimità dal Consiglio dell’Ordine e il suo presidente se ne è fatto interprete inviandolo il 1° dicembre 2015 al Ministro della Sanità, alla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, alla 12ª Commissione Permanente “Igiene e Sanità” del Senato, al Presidente del Comitato Centrale della *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri* (FNOMCeO) e agli altri Ordini dei Medici. Il Comitato Esecutivo della *Società Italiana di Psichiatria* (SIP), che già nel 2014 aveva espresso la sua ponderata e autorevole opinione alla Commissione Sanità del Senato, ha immediatamente risposto all’Ordine dei Medici con un documento dal titolo “Il dialogo necessario tra la Sanità che Cura e la Giustizia che Custodisce. Valutazioni e proposte della SIP”. Nei giorni successivi (12 dicembre 2015) il Consiglio Nazionale della FNOMCEo ha condiviso all’unanimità quel documento ritenendo di dover raccomandare che nell’approvanda Legge di Stabilità fosse esplicitato che lo «psichiatra non è penalmente responsabile degli atti penalmente rilevanti compiuti dal proprio paziente». A pochi giorni di distanza (18 dicembre 2015) è stato pubblicato sul *Quotidiano Sanità* un preoccupato documento firmato da 10 autori, tra cui 8 responsabili di Dipartimenti di Salute Mentale, dal titolo “Chiusura OPG. Benissimo, ma gli psicopatici non possono stare nelle nuove REMS”, in cui si indicano i limiti delle possibilità di cura della psichiatria. Alla fine viene pubblicato un intervento di discussione di Giovanni de Girolamo.

In sostanza, si sta profilando da parte degli addetti ai lavori una precisa assunzione di responsabilità, che indica la stretta strada che consentirà di realizzare tutto l’indiscutibile valore etico di quella legge senza compiacenze di tipo ideologico.

Ad impossibilia nemo tenetur.

Riassunto. Vengono presentati cinque documenti: una dichiarazione del Presidente dell’Ordine dei Medici di Bologna sull’apertura delle Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG); un documento del Comitato Esecutivo della *Società Italiana di Psichiatria* (SIP) sul rapporto tra “cura” e “custodia” in psichiatria; una mozione del Consiglio Nazionale della *Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri* (FNOMCeO) che dichiara che lo psichiatra non è penalmente responsabile dei crimini commessi dal proprio paziente; un articolo uscito il 18 dicembre 2015 sul giornale *Quotidiano Sanità*, firmato da otto psichiatri che ricoprono ruoli di responsabilità nella psichiatria italiana, sul problema del ricovero dei pazienti antisociali; un intervento di Giovanni de Girolamo. [PAROLE CHIAVE: Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), sicurezza in psichiatria, pazienti antisociali, crimini commessi da pazienti psichiatrici]

Abstract. Introduction to the discussion on the closing of Forensic Psychiatric Hospitals in Italy. Five documents are presented: a declaration of the President of the Medical Board of Bologna (Italy) on the opening of “Residences for the Execution of Safety Measures” (REMS) as alternative to Forensic Psychiatric Hospitals in Italy; a document of the Executive Committee of the Italian Psychiatric Association (SIP) on the relationship between “care” and “custody” in psychiatry; a resolution of the Italian National Board of Psychiatry stating that psychiatrists are not legally responsible for crimes committed by their patients; an article that appeared in the journal *Quotidiano Sanità* on Dec. 18, 2015, authored by eight psychiatrists with key roles in Italy, on the problem of antisocial patients in psychiatric facilities; an intervention by Giovanni de Girolamo. [KEY WORDS: Forensic Psychiatric Hospitals, alternatives to forensic hospitals, safety in psychiatry, antisocial patients, crimes committed by psychiatric patients]

L'apertura delle REMS psichiatriche: premesse e conseguenze

Giancarlo Pizza*

Bologna, 1 dicembre 2015 (Prot. n. 2570/GP/cb):

Al Ministro della Salute, On. Beatrice Lorenzin

Al Presidente della XII Commissione della Camera dei Deputati (Affari Sociali), On.le Mario Marazziti

Al Presidente della 12ª Commissione Permanente del Senato (Igiene e Sanità), Sen. Emilia Grazia De Biasi

Al Presidente del Comitato Centrale FNOMCeO, Dott.ssa Roberta Chersevani

Ai Presidenti degli Ordini dei Medici d'Italia

Egregi Signori, si mettono a parte delle considerazioni relative all'oggetto espresse dal Consiglio Direttivo di questo Ordine in data 27 novembre u.s., delibera n. 165.

Il "superamento" degli OPG

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) sono strutture carcerarie, facenti capo all'Amministrazione giudiziaria, in cui sono detenuti soggetti autori di reato giudicati non imputabili al momento della commissione del fatto per infermità mentale e tuttora a rischio di recidiva. Con Decreto Legislativo del 30 maggio 2014 n. 81, a far data 31 marzo 2015 ha preso avvio il progetto di chiusura degli OPG e il progressivo passaggio di questa disperata umanità ai Dipartimenti di Salute Mentale. L'intento, più che condivisibile, è innanzi tutto quello di superare le condizioni di indecenza riscontrate in alcuni OPG e offrire anche a questi cittadini cure sanitarie più appropriate in luoghi più idonei. È un progetto encomiabile. Alcuni parlano di "superamento" dell'OPG usando una parola oggi molto in voga quando si vuole alludere all'obsolescenza dell'esistente e si magnifica il nuovo che avanza.

A Codice Penale e legislazione invariati, la data di chiusura definitiva è stata fissata per il 31 dicembre 2015. In loro vece si apriranno, entro due anni, strutture sanitarie nuove e nel frattempo i pazienti ritenuti tuttora pericolosi saranno affidati alle AUSL di provenienza. Alcune Regioni si sono attrezzate creando delle strutture provvisorie denominate Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) con compiti di cura e di vigilanza (solo perimetrale). Tra queste l'Emilia-Romagna si è distinta con l'apertura di due REMS (Bologna e Parma) che dovrebbero coprire il fabbisogno di posti previsto. Tutto in apparenza chiaro e ben definito, tuttavia non è così e buona parte della comunità psichiatrica è preoccupata perché permangono ampie zone d'ombra e i problemi irrisolti sembrano ricadere unicamente sulle spalle degli specialisti. Ad esempio all'apertura della REMS bolognese ben 41 psichiatri della stessa AUSL si sono rivolti a un avvocato al fine di rappresentare all'AUSL tutte le loro preoccupazioni «a tutela dei pazienti e della loro professionalità».

Dalla ricostruzione dell'*iter* che ha portato al provvedimento e leggendo il testo di legge appare evidente che si tratta di un decreto calato dall'alto, dal sapore emergenziale, che grazie a un contesto emotivo ben disposto è riuscito a coagulare attorno a

* Presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna, Via Zaccherini Alvisi 4, 40138 Bologna, tel. 051-399745, fax 051-303864, E-Mail <presidente@odmbologna.it>.

una critica morale un consenso trasversale tra i vari partiti (Tarantino, 2015). In effetti non esistono ragioni “tecniche” a monte tali da giustificare una decisione che avrà un forte impatto su tutta la psichiatria. Né vi è stato alcun dibattito tra gli psichiatri. Il percorso che ha portato al decreto è esattamente l’opposto del fermento culturale e di idee che condusse alla chiusura dei manicomi e alla Legge 180/1978. Oggi gli psichiatri tacciono¹.

Pertanto non esistono ragioni “cliniche”, ovvero interne alla psichiatria, che hanno reso possibile questo cambiamento, ma solo fattori di contesto: retorici, emotivi, morali e ideologici. Purtroppo il cambiamento non è solo “formale”, né riguarda esclusivamente una parte della psichiatria, ma avrà profonde ripercussioni su tutto il campo psichiatrico². Oggi, a più di trentacinque anni dalla Legge 180/1978, torna in mano agli psichiatri il compito di “governare” il “malato di mente” socialmente pericoloso. Questo sembra riportare la psichiatria alla sua storia, ma indubbiamente sin da ora spostata tante risorse, a cominciare dal pensiero degli psichiatri ma anche risorse economiche, verso la gestione della “pericolosità” potenziale o reale di tutti i propri assistiti. Problema antico, ma negli ultimi anni tornato attuale.

La pericolosità è stata storicamente il tema centrale della psichiatria, il che la collocava più in rapporto al diritto che alla medicina (Montanari, 2013). Sin del tardo Ottocento, nelle leggi che avevano preceduto la Legge 180/1978 la “pericolosità del malato di mente” era stata lo specifico oggetto di competenza della psichiatria che ne legittimava il prestigio, il potere scientifico e quello di intervento. La Legge 180/1978 ha deliberatamente abbandonato il concetto di pericolosità, né lo menziona più, per mettere al centro del suo dispositivo il concetto di malattia mentale, la volontarietà delle cure e il diritto alle stesse; collocando a pieno titolo la psichiatria nell’ambito medico. Tuttavia il tema della pericolosità comprensibilmente permaneva nel Codice Penale, nelle aule dei tribunali e inevitabilmente nella sensibilità sociale, e la sua gestione, nel caso dei soggetti non imputabili autori di reato, era stata interamente demandata agli OPG. Si è detto che dalla Legge 180/1978 a oggi non vi è stata alcuna acquisizione scientifica (teorica, tecnica o terapeutica)³ tale da giustificare questo provvedimento, tuttavia qualche cosa è accaduto. In questi anni c’è stata una novità: la definizione per via giudiziaria di una specifica “posizione di garanzia” in capo allo

¹ Vi sono eccezioni a questo silenzio: la costante attenzione al tema da parte di *Psichiatria Democratica*; l’interesse di alcuni addetti ai lavori (psichiatri forensi, medici legali e alcuni psichiatri che lavorano presso gli OPG) e il lavoro di una specifica Commissione Interministeriale per il superamento degli OPG (Ditta *et al.*, 2006). Recentemente alcuni psichiatri hanno indicato con precisione i nodi più problematici (Valvo, 2012; Cimino, 2014; *Società Italiana per la Formazione in Psichiatria* [SIFIP], 2015).

² Sul tema della chiusura degli OPG si rinvia anche alla discussione a più voci (Angelozzi, 2015; Pellegrini, 2015a; Pozzi, 2015; Tarantino, 2015) nella rubrica “Dibattiti” dei n. 3/2015 e 4/2015 di *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it) che ha dedicato circa 45 pagine all’argomento.

³ In questi decenni è cresciuta, attraverso l’esperienza, la capacità di costruire percorsi terapeutici tra i Servizi territoriali e le Comunità Terapeutiche. Sono esperienze importanti e spesso positive, ma che non consentono alcun trionfalismo; anche oggi non siamo in grado di avere successi terapeutici con tutti i disturbi mentali e in molti casi, ben che vada, otteniamo solo un’attenuazione del quadro clinico.

psichiatra. Nel 2007, trent'anni dopo la Legge 180/1978, la giurisprudenza penale ha rimesso il tema della "pericolosità" al centro della psichiatria stabilendo che lo psichiatra ha l'obbligo di controllare la pericolosità del malato di mente attraverso la pratica terapeutica, ovvero in ragione della sola competenza medico-specialistica⁴. È questa elaborazione giurisprudenziale che oggi consente di attribuire allo psichiatra la responsabilità dei comportamenti dei propri pazienti. Tutti i medici, compresi gli psichiatri, sono giustamente responsabili del loro operato, ma solo gli psichiatri possono essere ritenuti responsabili anche delle azioni-reati dei loro assistiti.

L'evoluzione della giurisprudenza in tema di "posizione di garanzia" nelle professioni sanitarie e in psichiatria

La "posizione di garanzia" era presente nel Codice Penale italiano sin dal 1930 (Codice Rocco), ma è stata usata per sanzionare i comportamenti professionali dei medici solo nel 1999, settant'anni dopo. Dal 1999 al 2005 la IV Sezione della Cassazione Penale ha emesso sei sentenze nelle quali tale obbligo è stato progressivamente esteso toccando prima i medici e poi tutto il personale sanitario. Ci troviamo di fronte a un'evoluzione giurisprudenziale che ha toccato tutti i professionisti della Sanità interpretando la posizione di garanzia esclusivamente nei termini della *posizione di protezione*: la vita e la salute del paziente sono beni che devono essere protetti da pericoli esterni.

D'altro canto, nei vari processi che sino al 2007 avevano visto imputati psichiatri per il suicidio-omicidio commesso da un loro assistito si era più volte espressamente esclusa la sussistenza di una posizione di garanzia in capo al medico perché avrebbe inevitabilmente riaperto il tema del controllo-custodia del malato che era esplicitamente escluso dalla legge vigente (se il malato è "pericoloso a sé e agli altri" bisogna *in primis* difendere la società e si ritorna daccapo alle mura manicomiali... così i reifolli finivano, spesso *sine die*, nella zona grigia chiamata OPG!)⁵. La sentenza del 2007⁶ costituisce uno spartiacque per la psichiatria riformata perché supera abilmente questo ineludibile paradosso: in quella sentenza fu condannato uno psichiatra per il delitto commesso da un proprio assistito. La magistratura è giunta a quel pronunciamento interpretando quell'omicidio come una sorta di "delitto di terapia": la vittima non è stata uccisa solo dal coltello del paziente-omicida, ma anche dall'errore terapeutico dello psichiatra.

È indispensabile entrare nel merito della sentenza per ricostruire i passaggi che hanno portato all'assimilazione della custodia al concetto di cura. Si è ricordato sopra come ogni medico abbia l'obbligo di proteggere il paziente da qualsiasi evento possa causarne danno alla salute, all'integrità fisica e alla vita. La sentenza del 2007 declina

⁴ Corte di Cassazione, Sezione IV, sentenza n. 10795 (udienza del 14 novembre 2007, depositata l'11 marzo 2008).

⁵ Sulla assoluta particolarità della "posizione di garanzia" in ambito psichiatrico si segnala l'importante documento del Gruppo di lavoro voluto dalla *Società Italiana di Psichiatria* (Catanesi *et al.*, 2013).

⁶ Per un resoconto dell'episodio che ha portato a questa sentenza, si rimanda all'intervento di Euro Pozzi, "Posizione di garanzia: premessa necessaria per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari", a pp. 480-486 del n. 3/2008 di *Psicoterapia e Scienze Umane*. [N.d.R.]

questo obbligo in modo specifico: lo psichiatra deve proteggere il paziente anche dalla sua stessa malattia quando questa può essere causa di pericolosità sociale e/o degenerare in comportamenti violenti. In questo modo l'obbligo impeditivo, proprio dell'art. 40 del Codice Penale, non è in alcun modo speciale, ma "specialistico", cioè dovuto alle caratteristiche della malattia mentale da cui sono affetti i pazienti psichiatrici e di cui lo psichiatra dichiara di sapersi occupare.

Il pensiero dei magistrati è questo: il paziente è diventato la prima vittima del suo crimine. Il crimine a sua volta è il diretto prodotto comportamentale della patologia, quindi quel crimine non è stato compiuto da una persona ma da una malattia che non è stata curata bene: con i farmaci giusti e i dosaggi adeguati non sarebbe accaduto. Dopo quel pronunciamento non esiste più solo una connessione causale tra malattia mentale e commissione del reato (come stabiliva la Legge del 1904 dove la "pericolosità a sé e agli altri" della malattia era la premessa per essere "custoditi" dalle mura manicomiali), ma tra malattia mentale e reato la Suprema Corte inserisce un terzo elemento, la terapia, stabilendo un'inedita connessione causale tra trattamento psichiatrico-farmacologico e commissione del reato: curata "bene" la malattia, si evita il crimine. L'idea del controllo dell'individuo attraverso l'internamento è stata sostituita dalla più moderna, e in apparenza medica, idea del controllo della malattia attraverso la somministrazione della terapia farmacologica. Con i farmaci giusti la malattia è sotto controllo, e il malato, come scrivono gli stessi giudici della Suprema Corte, è al riparo dalle «conseguenze negative che la sofferenza psichica cagiona» (sentenza n. 10795/2007) compresa la commissione di gesti violenti su di sé o verso terzi. In questo modo non si distingue più tra la cura della malattia mentale e il controllo dell'individuo. A riprova di questo, il fatto che in tutta la sentenza di terzo grado non è in alcun modo citata la "pericolosità".

In poche righe non è possibile entrare nel merito della discutibile scientificità e dell'anacronistico riduzionismo di queste affermazioni, ma occorre rintracciarne le conseguenze nell'operatività psichiatrica.

Il "terricomio"

Quest'articolazione giudiziaria del concetto di "posizione di garanzia" suggerisce l'idea che oggi è lo psichiatra a doversi "fare manicomio" (Montanari, 2013), ovvero le mura manicomiali sono state abbattute ma per essere ora ricostruite sulle spalle del singolo psichiatra, poiché oggi la cura farmacologica e la relazione "terapeutica" devono fare le veci dell'istituzione chiusa. Dopo la Legge 180/1978, e abbattute le mura manicomiali, bisognava pur individuare qualcuno che rispondesse dei comportamenti dei tanti potenziali "irresponsabili" a spasso liberi per il mondo, e ora i giudici, con l'aiuto di alcuni psichiatri, lo hanno trovato. In questo senso può essere utile un neologismo: siamo passati dal manicomio (prima del 1978), al territorio (dopo il 1978) per approdare, dopo il 2007, al "terricomio".

Solo dopo avere stabilito che la cura ha funzioni di custodia e controllo, è possibile attribuire delle responsabilità agli psichiatri anche nel trattamento di soggetti autori di reato. Ad esempio nell'AUSL bolognese esiste già da alcuni anni una Residenza per il Trattamento Intensivo facente capo al Dipartimento di Salute Mentale denominata "Arcipelago-Carcere". È il "terricomio" già esistente che oggi rende possibile la chiusura degli OPG. Infatti, se quanto detto sopra vale per qualsiasi paziente in carico

allo psichiatra, a maggior ragione varrà per i pazienti ex-OPG (non imputabili e pericolosi) e fornisce la premessa necessaria per l'affidamento dei rei-folli alle cure esclusive del Servizio Sanitario.

Le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) sono state create *ex-novo* e occupano un posto cruciale nella "rete" di strutture del Dipartimento di Salute Mentale che interverranno nell'assistenza a questi pazienti. Alla chiusura degli OPG gli ex-internati non saranno tutti destinati alle REMS, ma solo quelli più gravi e problematici, ovvero coloro nei cui confronti «sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate a far fronte alla sua pericolosità sociale» (Legge n. 81 del 30 maggio 2014, art. 1), per cui le REMS ospiteranno pazienti per definizione tuttora particolarmente "pericolosi". Gli psichiatri, in quanto medici, non hanno strumenti né farmaci né tecniche che consentano di curare né ridurre la "pericolosità", ma la "posizione di garanzia" così come è stata argomentata dalla Cassazione lo presume, lo formalizza e glielo impone. E questo al legislatore è bastato.

È importante sottolineare un ulteriore aspetto: all'interno dell'intero processo di affidamento ai Servizi, lo psichiatra è di fatto l'unico responsabile di quanto potrebbe accadere. Osserviamo tutte le figure coinvolte nella gestione del paziente ex-OPG: lo psichiatra, il giudice, il Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU) e il "reo folle". Tra queste quattro figure il reo, in quanto folle, per definizione non è imputabile; il CTU, che ha in mano tutto il dispositivo, non risponde delle proprie affermazioni-azioni che sono attribuite al Giudice; il Giudice, nella sua parte di *perito peritorum*, a propria volta è incompetente in materia psichiatrica e pertanto è presumibile che non si senta nemmeno moralmente responsabile. In sostanza, tra i quattro agenti concretamente coinvolti lo psichiatra è l'unico chiamato a rispondere delle azioni proprie e altrui (e non solo quelle del paziente, ma anche quelle del CTU e del magistrato!). Se così stanno le cose, la zona d'ombra è rilevante e sembra un'anomalia lontana da qualsiasi concezione del Diritto.

Sintesi e conclusioni

Così, anche se nulla è cambiato nella legislazione psichiatrica e nelle reali possibilità di cura delle malattie mentali, certamente tutto è cambiato nel mandato di cura dello psichiatra. Al punto tale che può accadere di trovarsi in una curiosa inversione dei ruoli: il magistrato prescrive la cura e lo psichiatra ha l'obbligo di attuare la pena, che ora però si chiama cura. E nessuno degli attori può sottrarsi.

Un piccolo aneddoto documentato. Alcuni anni or sono, in data successiva all'entrata in vigore delle sentenze della Corte Costituzionale (253/2003 e 367/2004) sull'applicazione delle misure alternative all'internamento negli OPG, pervenne dall'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna del Ministero di Giustizia a un Centro di Salute Mentale la specifica richiesta di riferire su un paziente in condizioni di libertà vigilata in seguito a una pena per molestie sessuali. Il paziente era in cura per altri motivi clinici, ma il magistrato chiedeva circa «l'adesione alla terapia farmacologica e la conseguente azione sulle capacità di controllo del soggetto». Sempre per lo stesso caso, successivamente (in seguito a un alterco con la convivente) lo psichiatra fu esortato a che «l'affidato fosse sottoposto a maggior controllo farmacologico al fine di ridurre il rischio del verificarsi di eventuali/futuri episodi di perdita di controllo».

Dalle richieste del magistrato si vede bene come questi si attenga al suo dovere, ma si intravede anche come l'asse dell'intervento psichiatrico possa, lungo un malinteso e con le migliori intenzioni, essere facilmente portato a scivolare dalla cura (atto medico) verso un grottesco, perché impossibile e illusorio, tentativo di gestione della pericolosità e di "controllo sociale" (atto che riguarda le forze dell'ordine). Gli psichiatri si occupano di cura delle malattie mentali, e sono medici che non hanno alcuno strumento per gestire la pericolosità sociale, né per ridurla, a meno che non si intenda proporre il coma farmacologico come forma di terapia. Ma questo, ovviamente per assurdo, apre il campo al lavoro dei colleghi anestesisti!

All'indomani della lettera dell'avvocato, i 41 psichiatri bolognesi sono stati tacciati di "paura" da un responsabile della REMS bolognese. Ritengo sia un riconoscimento che ha il valore di un complimento perché è il correlato emotivo che deriva dal fatto che, in scienza e coscienza, non possiamo assumere la responsabilità di problematiche così gravi e complesse nei cui confronti gli strumenti tecnici derivanti dalla nostra professionalità sono totalmente inadeguati. Da cui la preoccupazione per i pazienti, per la collettività e per il futuro della professionalità.

La scelta di chiudere gli OPG si allinea alle indicazioni normative che dal 1978 hanno affermato la volontà sociale di abbandonare una visione ghetizzante e custodialistica nei confronti delle persone affette da malattia mentale. Gli psichiatri sono stati e sono quotidianamente impegnati nel miglioramento delle strategie di trattamento sia farmacologiche sia di reinserimento sociale dei propri pazienti, ma non possono accettare una surrettizia delega della funzione di custodia. Fa quindi parte della concretizzazione di tale volontà sociale la richiesta di un intervento normativo che affermi in maniera inequivoca che gli psichiatri non possono essere chiamati a rispondere penalmente, né civilmente, delle azioni penalmente rilevanti compiute dai propri pazienti. L'automatismo giuridico che, a fronte dell'incapacità giuridica dell'imputato, sposta la responsabilità, finanche colposa, da questo al suo curante è inaccettabile.

Nessun medico potrà mai accettare di sottoporre le sue scelte terapeutiche a esigenze di controllo sociale.

Questo consiglio direttivo auspica che le Signorie Loro in indirizzo vorranno intraprendere ogni iniziativa di Loro competenza al fine di evitare di costringere di fatto il medico psichiatra a connotarsi strutturalmente quale professionista semplicemente succedaneo dell'abolito frenocomio.

Distinti saluti.

Il Presidente, Dr. Giancarlo Pizza

Riassunto. Viene pubblicata una dichiarazione del Presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna sulla apertura delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), inviata al Ministro della Salute e ai presidenti della XII Commissione della Camera dei Deputati (Affari Sociali), della 12^a Commissione Permanente del Senato (Igiene e Sanità), del Comitato Centrale FNOMCeO e degli Ordini dei Medici d'Italia. Vengono discussi i seguenti temi: il "superamento" degli OPG, l'evoluzione della giurisprudenza in tema di "posizione di garanzia" nelle professioni sanitarie, il conseguente rischio che lo psichiatra si debba "fare manicomio" (cioè, con un neologismo, che si crei un "terricomio") e più in generale che il suo ruolo scivoli dalla cura a un tentativo di gestione della pericolosità. [PAROLE CHIAVE: Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), "posizione di garanzia" dello psichiatra, controllo sociale, rapporto tra cura e controllo, REMS]

Abstract. The opening of “Residences for the Execution of Safety Measures” (REMS) in the Italian psychiatric services: Premises and consequences. A declaration of the President of the Medical Board of Bologna (Italy) on the opening of “Residences for the Execution of Safety Measures” as alternative to Forensic Psychiatric Hospitals in Italy is published. This declaration was sent to the Italian Minister of Health and to the presidents of the XII Committee of the House of Representatives (Social Affairs), of the 12th Permanent Committee of the Senate (Health and Hygiene), and of the Central Committee of the Medical Boards of Italy (FNOMCeO). The closing of Forensic Psychiatric Hospitals is discussed, with the risk that legal responsibility on the part of the psychiatrist changes his/her role from patients’ care to social control and prevention of danger. [KEY WORDS: Forensic Psychiatric Hospitals, psychiatrist’s legal responsibility, social control, relationship between care and custody, safety in psychiatry]

Bibliografia

- Angelozzi A. (2015). Sorvegliare e curare. Riflessioni sul percorso di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIX, 3: 464-475. DOI: 10.3280/PU2015-003009.
- Società Italiana per la Formazione in Psichiatria (SIFIP) (2015). La “carta di Castel di Sangro” (Documento approvato dall’Assemblea della SIFIP [www.sifip.com], Castel di Sangro [AQ], 9-12 marzo 2015). *L’Altro*, XVIII, 1: 4.
- Catanesi R., Scapati F., De Rosa C., Lorettu L., Martino C., Peroziello F. & Villari V., a cura di (Gruppo di lavoro della SIP) (2013). *La posizione di garanzia in psichiatria*. Internet: www.psichiatria.it/wp-content/uploads/2013/03/Gruppo-di-lavoro-Posizione-di-garanzia.pdf.
- Cimino L. (2014). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un’analisi critica. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, VIII, 2: 29-45.
- Ditta G., Fioritti A., Nuzzolo L., Starace F., Ferraro A., Rosania N., De Feo S. & Mancuso A. (2006). *Commissione Interministeriale Giustizia-Salute: gruppo di lavoro per i problemi degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Montanari E. (2013). Il nodo della pericolosità tra psichiatria e diritto in Italia. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 137, 1: 79-94. DOI: 10.3280/RSF2013-001005.
- Fiori A. (2007). La medicina delle evidenze e delle scelte sta declinando verso la medicina dell’obbedienza giurisprudenziale? *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 29, 4/5: 925-931.
- Tarantino C. (2015). La strategia della lumaca. Appunti sulla dismissione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIX, 3: 447-463. DOI: 10.3280/PU2015-003008.
- Pellegrini P. (2015a). Riflessioni sul superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIX, 3: 476-479. DOI: 10.3280/PU2015-003010.
- Pellegrini P. (2015b). Misure di sicurezza psichiatriche? *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIX, 4: 645-648. DOI: 10.3280/PU2015-004006.
- Pozzi E. (2008). La responsabilità in psichiatria: una nota. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLII, 2: 219-224. ID: 2214168.
- Pozzi E. (2015). Posizione di garanzia: premessa necessaria per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIX, 3: 480-486. DOI: 10.3280/PU2015-003011.
- Valvo G. (2012). Il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: la delicata attuazione dell’art. 3-ter d.l. 211/2011. *Diritto Penale Contemporaneo*, 21 novembre 2012. Vedi pagina Internet <http://www.penalecontemporaneo.it/upload/1353279203Valvo%20-%20II%20superamento%20degli%20ospedali%20psichiatrici%20giudiziari.pdf>.

Il dialogo necessario tra la Sanità che Cura e la Giustizia che Custodisce. Valutazioni e proposte della SIP

*Comitato Esecutivo della Società Italiana di Psichiatria (SIP)**

La chiusura degli OPG

Il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), certamente stimolato sul piano etico-sociale dalla presa di coscienza delle condizioni di insopportabile degrado in cui versavano gli OPG italiani, ha in realtà il suo fondamento tecnico-scientifico nella dimostrata antiterapeuticità degli Ospedali Psichiatrici, fondamento che fu alla base della decisione di chiuderli definitivamente nel 1978, a seguito della approvazione della Legge 180/1978. Sin dalla approvazione della Riforma Psichiatrica del 1978 la persistenza degli OPG venne quindi considerata una incongruenza da sanare. Peraltro, il superamento degli OPG trova i suoi fondamenti normativi nella Riforma della Sanità Penitenziaria disposta con il Decreto Legislativo 230/1999 e nella sentenza della Corte Costituzionale n. 253, del luglio 2003, nella quale veniva dichiarato illegittimo l'art. 222 del Codice Penale (Ricovero in un OPG) nella parte in cui non consentiva al Giudice, nei casi ivi previsti, di adottare una diversa misura di sicurezza, idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale. Grazie a questa sentenza, prima ancora della Legge 9/2012 e successive modifiche e integrazioni, molti pazienti hanno potuto usufruire dei percorsi alternativi all'internamento in OPG ed essere trattati secondo progetti di cura predisposti dagli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Una successiva sentenza della Suprema Corte (n. 9163 dell'8 marzo 2005) ha permesso di includere il grave disturbo di personalità tra le infermità di mente idonee ad escludere o scemare grandemente la capacità d'intendere e di volere del soggetto autore di reato⁷. Queste opportune interpretazioni giurisprudenziali del Codice Penale sono intervenute a migliorare delle rigidità normative che costringevano il Giudice ad assumere decisioni non favorevoli alla salute dei pazienti. Peraltro, *il processo di superamento degli OPG implicitamente propone all'attenzione del Legislatore la necessità di riconsiderare altri concetti giuridici come l'infermità di mente e la pericolosità sociale, che necessitano di una rivisitazione interpretativa, affinché le modalità di esecuzione del-*

* Viale Abruzzi 32, 20131 Milano, Tel. 02-36586015, E-Mail <segreteria@psichiatria.it>, <http://www.psichiatria.it>. Il Comitato Esecutivo della *Società Italiana di Psichiatria* è composto da: Claudio Mencacci (Presidente); Bernardo Carpiniello (Presidente Eletto), Emilio Sacchetti (*Past President*); Matteo Balestrieri, Liliana Dell'Osso, Gerardo Favaretto, Salvatore Varia (Vice Presidenti); Enrico Zanalda (Segretario); Guido Di Sciascio (Vice Segretario); Mario Amore, Bellomo Antonello, Emi Bondi, Lorenzo Burti, Salvatore Calò, Corrado De Rosa, Lucio Ghio, Antonio Lasalvia, Mauro Percudani, Pierluigi Politi, Francesco Riso, Rita Roncone, Paolo Santonastaso, Antonio Vita (Consiglieri Eletti). Ringraziamo per il permesso.

⁷ Si veda a questo proposito l'articolo di Fulvio Frati & Antonia Pellegrino "Il problema dell'imputabilità nei soggetti con disturbi di personalità alla luce dei più recenti orientamenti giuridici e clinici" a pp. 181-202 del n. 2/2006 di *Psicoterapia e Scienze Umane*. [N.d.R.]

le cure nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e le altre misure di sicurezza alternative che possono venire adottate possano avvenire secondo un percorso sanitario, nell'interesse del paziente, tenendo conto della necessità di tutelare il diritto alla salute anche degli operatori che vi lavorano. I disposti normativi sul superamento degli OPG sono stati confusivi poiché hanno trasferito una competenza penitenziaria nazionale alle diverse sanità regionali determinando sul piano pratico una ricaduta disastrosa sui DSM a cui sono state attribuite competenze "gravosissime" senza adeguate risorse e formazione.

Il consenso alle cure e la posizione di garanzia

Il compito del Servizio Sanitario Nazionale è di tutelare la salute dei cittadini. Esso eroga cure che di norma sono volontarie e che divengono obbligatorie solo nelle condizioni specificatamente previste dalle norme sul Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), così come previsto dalla Legge 833/1978, che esplicitamente escludono la eventuale pericolosità a sé e agli altri come prerequisito per la proposta del TSO stesso. *Non è compito del Servizio Sanitario, che tutela la salute mentale attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e le altre strutture psichiatriche pubbliche o convenzionate, ospedaliere o territoriali, avere compiti di sicurezza pubblica.* La stessa "posizione di garanzia" in capo agli operatori psichiatrici nei confronti della persona affetta da disturbi mentali, per quanto possa essere intesa anche come "posizione di protezione", deve intendersi come "protezione della salute e più in generale della vita" della persona curata. *La Società Italiana di Psichiatria (SIP) pertanto respinge come impropria e insostenibile l'estensione del concetto di "posizione di garanzia", nel senso che la recente Giurisprudenza ha indicato, sostanzialmente come obbligazione di risultato in termini di garanzia, che la persona affetta da disturbi mentali non eserciti atti di violenza verso terzi,* secondo il principio che la tutela della salute della persona ammalata si estenda all'obbligo di tutelare il soggetto curato anche dalle conseguenze comportamentali della sua malattia. Tale pretesa non ha fondamento tecnico-scientifico, nella misura in cui non sono noti metodi farmacologici e psicoterapeutici atti a evitare, con rilevante margine di sicurezza, i comportamenti aggressivi umani, anche se si tratta di comportamenti agiti da persone affette da disturbi mentali. Una mole enorme di evidenze scientifiche dimostra che il comportamento violento è determinato da una serie di fattori biologici e non biologici e che la presenza di alcuni disturbi mentali è solo uno dei molteplici fattori di rischio in gioco nel comportamento violento, senza che ne sia dimostrata la sua natura esclusiva o prevalente nelle persone affette da disturbi mentali stessi. Pertanto, se un'adeguata cura della persona ammalata implica ovviamente una riduzione o abolizione della presenza di una condizione psicopatologica quale fattore di rischio della violenza, nondimeno non è imputabile al medico psichiatra la responsabilità del comportamento violento dell'infermo di mente, così come non è imputabile a un cardiologo la morte di una persona per infarto se egli non fosse riuscito a ridurre o abolirne il rischio mediante farmaci appositi, sia in quanto non sempre i farmaci capaci di ridurre i livelli di colesterolo sono tali da portarlo a livelli sotto ai margini di rischio, ma anche e soprattutto perché la elevata colesterolemia è solo uno dei molteplici fattori di rischio di infarto miocardico.

La SIP ritiene che anche nel caso dei pazienti malati di mente autori di reato si deve ricercare il consenso alle cure e sollecitare il più possibile la partecipazione alle stesse. Il percorso di cura a cui vengono vincolati i pazienti autori di reato, attraverso la misura di sicurezza, deve consentire ai sanitari di mantenere i soggetti nei diversi luoghi di cura in relazione alle loro necessità terapeutico-assistenziali e alla loro collaborazione; in ogni caso, fermo restando l'obbligo dello psichiatra di predisporre la migliore delle cure concretamente possibili nel caso determinato, appare inopportuna, incongrua e lesiva della libertà terapeutica e degli stessi diritti del paziente la richiesta esplicita sempre più frequente da parte della Magistratura di provvedere a modifiche delle terapie farmacologiche al fine di contenere l'aggressività di pazienti autori di reato affidati ai servizi territoriali di salute mentale, nella erronea e illusoria credenza che gli psicofarmaci abbiano il potere effettivo di annullare l'aggressività stessa. Appare altresì inopportuno che gli stessi psichiatri curanti vengano chiamati dalla magistratura a esprimere valutazioni sulla pericolosità dei loro pazienti, nella misura in cui tale valutazione rischia di minare alla base il rapporto terapeutico medico-paziente, col rischio di rendere ancor più difficile l'obbligo posto in capo al medico di contenere i rischi di violenza. A tale scopo il Magistrato può ricorrere alla nomina di un perito che sia realmente esperto sul piano clinico e forense. Appare auspicabile altresì che le Aziende Sanitarie Locali (ASL) possano dotarsi di un'unità operativa di psichiatria forense, che collabori in tal senso con la Magistratura, secondo il modello adottato già in alcune realtà italiane, ribadendo che il Servizio Sanitario Nazionale non ha come mandato la tutela della sicurezza pubblica. *La SIP ritiene altresì che si dovrebbe poter prevedere anche il ritorno o il ricorso a situazioni di detenzione, nei casi di cessazione della collaborazione alle cure o violazioni delle disposizioni giuridiche, superando così la rigidità imposta al giudice di non poter disporre la detenzione del soggetto con vizio totale di mente anche qualora sia così pericoloso da non essere gestibile in una REMS.* È chiaro che si parla di casi limite e sporadici; in ogni caso il passaggio alle ASL della sanità penitenziaria e il miglioramento delle condizioni di detenzione, dovrebbe consentire di poter curare le persone nei luoghi più idonei a garantire loro di non poter commettere nuovi reati. Del tutto improprio è l'utilizzo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) come luogo di detenzione che avviene attraverso delle sentenze, soprattutto della Magistratura di Sorveglianza, laddove in virtù della Legge 81/2014, il Giudice deve dimettere dall'OPG o dalla casa circondariale dei soggetti che non vogliono o non possono essere trattati attraverso un progetto territoriale. Queste imposizioni risultano incongruenti all'organizzazione dei servizi psichiatrici e gravemente lesive del corretto funzionamento del SPDC che è invece destinato alle situazioni di emergenza-urgenza, con degenze medie di 10-12 giorni.

Infermità mentale e pericolosità sociale

Gli aspetti da approfondire in vista di una possibile e auspicabile rivisitazione delle norme vigenti riguardano i concetti di infermità mentale e di pericolosità sociale stessa. Essi derivano dall'incontro dei due diversi saperi e delle relative organizzazioni, quella medica e quella giuridica, che devono individuare momenti di dialogo sulle situazioni concrete, superando così la rigidità della separazione e riconoscendo le competenze di cura alla sanità e di custodia alla giustizia.

Il concetto giuridico di infermità mentale, alla base dell'applicazione del vizio parziale o totale di mente, non corrisponde alle sole patologie di interesse psichiatrico per le quali sono stati organizzati i DSM delle Aziende Sanitarie Locali. Il concetto giuridico d'infermità si fonda sulla capacità del sintomo o di un insieme di sintomi (sindrome) di ridurre grandemente o di escludere le capacità d'intendere e di volere del reo al momento del fatto, indipendentemente dal loro inquadramento o meno all'interno di un disturbo mentale, termine che nell'accezione moderna ha di fatto sostituito il termine di malattia mentale. Peraltro, il concetto di malattia-disturbo per il servizio sanitario si fonda sulla conoscenza scientifica della patologia e sulla possibilità di trattare o prevenire la sofferenza del paziente con tutte le competenze e le possibilità note. Da un lato si valorizza l'aspetto normativo, dall'altro quello terapeutico. In conseguenza di questi differenti presupposti, negli OPG venivano inviati soggetti con vizio parziale o totale di mente indipendentemente dalla natura della patologia che sosteneva l'infermità, vuoi propriamente psichiatrica, ovvero abuso di sostanze stupefacenti, o minorazione psichica, demenza o lesione neurologica cerebrale, epilessia, ecc. I servizi territoriali delle ASL, sorti in epoca post-manicomiale, sono stati organizzati per trattare le patologie in funzione delle necessità terapeutiche e assistenziali specifiche: DSM per la psichiatria, Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) per l'abuso di sostanze, Servizi distrettuali per disabili e per persone affette da demenza. È quindi rilevante programmare i percorsi di cura degli autori di reato adeguatamente alle necessità terapeutiche o, almeno, che questo sia l'aspetto prevalente rispetto alla necessità di custodia. La misura di sicurezza dovrebbe essere intesa come sicurezza della cura ovvero un percorso di cura vincolato che può iniziare in carcere, proseguire nelle REMS, nelle strutture territoriali della Salute Mentale o degli altri servizi delle ASL, fino al domicilio, in rapporto all'effettivo stato di salute del soggetto, alle sue necessità e alla sua collaborazione. *La Sanità non può avere compiti di esecuzione delle misure di sicurezza, ma solo la funzione di contribuire alla loro effettiva implementazione, per la parte che le compete, ovvero la cura.* Peraltro l'auspicabile potenziamento dell'assistenza psichiatrica in generale, attualmente gravata da pesanti e insopportabili carenze di organici che ne limitano fortemente i compiti istituzionali, ivi compresa quella all'interno degli istituti di pena, e il suo coordinamento con la rete dei servizi delle ASL, permetterebbe di garantire in maggior misura i bisogni di cura delle persone affette da disturbi mentali e così di supportare il Magistrato ad assumere le decisioni più opportune garantendo comunque le cure e la salute del paziente. *Soltanto un potenziamento dell'assistenza psichiatrica è in grado di sostenere l'atteggiamento per cui la Magistratura, fin dalla fase di cognizione, appare propensa, ovvero di riconoscere adeguatamente la presenza e il grado del vizio di mente e attribuire la responsabilità della cura, quando è possibile, ad agenzie sanitarie esterne ai luoghi di detenzione, nel rispetto delle procedure necessarie.*

Un secondo punto da considerare riguarda il concetto stesso di pericolosità sociale, che appare superato almeno quanto gli OPG. L'idea che si possa prevedere se l'infermità che ha escluso o ridotto grandemente la capacità d'intendere e di volere del reo al momento dei fatti determinerà nuovi comportamenti illeciti in futuro non ha un fondamento scientifico. Gli psichiatri possono mirare a identificare fattori di rischio di comportamento violento, e tentare di agire, come già detto, su alcuni di essi, incluse le alterazioni dello stato mentale che possono favorire la comparsa di agiti

violenti, ma non hanno strumenti per “prevedere” comportamenti futuri, in specie nel medio e lungo termine. Sono le persone e non le malattie che mettono in atto i comportamenti. In altri termini, è *necessario passare dal concetto di pericolosità sociale, ovviamente soltanto per quanto riguarda le persone affette da disturbi psichici autori di reato, intesa come probabilità di nuovi comportamenti delittuosi, al bisogno di trattamento in funzione curativa complessiva*, inteso come necessità clinica che un paziente sottoposto a procedimento giudiziario può anche soggettivamente non percepire, ma che di fatto può avere, e come tale possa essere vincolata dal provvedimento dell’autorità competente. Nelle more di una revisione delle norme, appare auspicabile che già nell’immediato, oltre quanto precedentemente detto per quanto concerne il ruolo dei Servizi territoriali, venga adottato dalla Magistratura un *adeguato filtro di accesso alle REMS, per essere certi che a esse siano assegnati pazienti che possano davvero beneficiare del trattamento sanitario e non ivi assegnati solo perché sono dei luoghi “chiusi”*. Ai fini del processo di svuotamento degli OPG dagli attuali ricoverati, considerato che il Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria (DAP) ha una competenza nazionale mentre il servizio sanitario è una incombenza organizzativa ed economica delle Regioni, con le difficoltà di dialogo e obiettivi che questo comporta, appare auspicabile che la puntuale definizione e realizzazione dei percorsi di cura vincolati dai provvedimenti giuridici sia sostenuta da uno sforzo culturale, economico e organizzativo di tutti gli attori coinvolti. Peraltro, *soprattutto nella implementazione delle REMS, gli operatori della psichiatria che si prendono in carico questi pazienti devono poter progettare il percorso di cura con sufficiente sicurezza, serenità e con risorse dedicate per non penalizzare la rimanente utenza dei DSM*. In particolare, appare fondamentale uno sforzo straordinario, anche economico, per una *specifica formazione o riqualificazione di tali operatori e più in generale di tutti gli operatori dei DSM* per quanto riguarda le competenze necessarie a gestire casi complessi come generalmente sono tutte le persone autori di reato affette da disturbi mentali. Come è già avvenuto per il passaggio dalla medicina penitenziaria alle ASL, anche il passaggio dagli OPG ai DSM della cura delle persone malate di mente autori di reato, considerate pericolose socialmente, non è stato definito con percorsi di accreditamento e attribuzione di risorse adeguate, oltre a non essere accompagnato da un’adeguata sensibilizzazione dell’opinione pubblica.

Si è venuta a determinare una paura diffusa nella cittadinanza che in molti luoghi d’Italia si è opposta alla realizzazione delle REMS o al trasferimento in alcune di esse di soggetti noti per i crimini commessi. Non dimentichiamo infine il possibile utilizzo improprio delle situazioni di cura da parte della malavita organizzata.

Proposta

In conclusione, la confusione tra funzioni di cura proprie del Servizio Sanitario e quelle di custodia dell’Amministrazione Penitenziaria determina una situazione estremamente pericolosa per i pazienti e per gli operatori poiché la normativa sulla chiusura degli OPG non ha previsto la necessaria rivisitazione dell’applicazione del Codice Penale. Al momento attuale, non è possibile trattare nei luoghi di detenzione soggetti considerati giuridicamente “infermi di mente” e che si siano dimostrati “non trattabili” nelle strutture sanitarie per i prevalenti aspetti devianti e antisociali, con grave rischio per gli operatori e per i pazienti che si trovano in situazioni di conviven-

za. Questa rigidità interpretativa del Codice Penale consente ai malviventi di tentare l'utilizzo dell'infermità di mente per sfuggire alla detenzione in carcere e rischia di vanificare gli aspetti positivi della normativa sul superamento degli OPG che deve essere completata dal superamento del doppio circuito della "pericolosità sociale". Sarebbe opportuno che quest'ultima fosse di competenza del Magistrato mentre al medico psichiatra, anche quando perito, spetti la puntuale definizione e descrizione delle "necessità di cura" dell'infermo reo.

Riassunto. La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e l'apertura delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) aprono una serie di problemi per l'assistenza psichiatrica in Italia. Vengono discussi alcuni di questi problemi, tra cui il consenso alle cure, la "posizione di garanzia" dello psichiatra riguardo a crimini commessi dai pazienti e la pericolosità sociale dei pazienti con infermità mentale. Vengono sottolineati i pericoli per lo psichiatra nella cura di "infermi di mente" in luoghi di detenzione, anche per evitare il rischio che il ruolo della psichiatria si riduca al mero controllo sociale. [*PAROLE CHIAVE:* Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), "posizione di garanzia" dello psichiatra, controllo sociale, rapporto tra cura e controllo, Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)]

Abstract. **A necessary dialogue between the concepts of "care" of the health system and of "custody" of the judicial system. Considerations and suggestions from the Italian Psychiatric Association (SIP).** The closing of Forensic Psychiatric Hospitals and the opening of "Residences for the Execution of Safety Measures" (REMS) in Italy poses several questions to psychiatric care. The following topics are discussed: the patient's consent to treatment and the psychiatrists' legal responsibility for crimes committed by their patients, insanity and danger to society, the risk that the psychiatrists' role becomes mere social control and prevention of danger. It is emphasized the danger for psychiatrists of treating forensic patients in custody. [*KEY WORDS:* Forensic Psychiatric Hospitals, psychiatrist's legal responsibility, social control, relationship between care and custody, safety in psychiatry]

Mozione del Consiglio Nazionale della FNOMCeO*

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunito a Roma il 12 dicembre 2015,
ritiene

di dover raccomandare l'inserimento nel Testo Unificato "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" della previsione che il medico psichiatra non è penalmente responsabile degli atti penalmente rilevanti compiuti dal proprio paziente.

Presentata dai dottori

*Leo Mencarelli (OMCeO di Pesaro-Urbino) e Giancarlo Pizza (OMCeO di Bologna)
Roma, 12 dicembre 2015*

* Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), Piazza Cola di Rienzo 80/A, 00192 Roma, tel. 06-362031, fax 06-3222794, E-Mail <segreteria@fnomceo.it>.

Chiusura OPG. Benissimo, ma gli psicopatici non possono stare nelle nuove REMS. Questi pazienti hanno bisogno di un percorso differenziato che non è identificabile nell'attuale strutturazione delle REMS, ma presentano peculiarità che per sicurezza e coerenza trattamentale non sono allo stato realizzabili nelle strutture residenziali*

*Massimo Biondi, Paolo Boccara, Giulio Corrivetti, Massimo Digiannantonio,
Stefano Ferracuti, Giuseppe Nicolò, Rinaldo Perini, Enrico Pompili,
Marco Vaggi, Franco Veltro***

Con l'attuazione della Legge 81/2014 si è proceduto alla pressoché definitiva chiusura dei famigerati Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). La riforma, nonostante timori e perplessità legate a pregiudizi e a mancanza di precedenti analoghi nel mondo, ha avuto un sostanziale successo dal momento che il numero degli internati si è rapidamente ridotto, passando da 1.200-1.300 persone a 300-400 persone in pochi anni. Tenendo conto delle difficoltà che questo processo ha comportato e comporta, si può affermare che si è riusciti a ridurre notevolmente una situazione di sostanziale iniquità che si era generata in Italia dopo la Legge 180/1978 con la chiusura dei manicomi civili.

L'attuazione della Legge 180/1978 ha, peraltro, comportato un lasso di tempo molto maggiore, dal momento che per la chiusura dei manicomi civili si partiva da una popolazione di circa 100.000 internati. Dopo la Legge 180 e per oltre trent'anni, però, nella stragrande maggioranza dei casi i malati di mente autori di reato e valutati non imputabili erano inviati negli OPG, affidati quindi a un sistema sanitario completamente autonomo rispetto a quello nazionale nel quale i manicomi civili erano stati progressivamente chiusi. Questa situazione produceva una incredibile sperequazione tra malati di mente, dove pazienti molto gravi erano spesso "dimenticati" negli OPG anche per periodi di tempo inaccettabilmente lunghi. I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) manifestavano uno scarso interesse ad assorbire questi pazienti, né esisteva una effettiva integrazione tra Sistema Sanitario Nazionale e penitenziario.

Dobbiamo alle norme europee il superamento di questa condizione dal momento che l'Unione Europea aveva più volte ribadito il diritto per i cittadini di un paese ad

* Articolo apparso il 18 dicembre 2015 sul giornale on-line *Quotidiano Sanità* alla pagina Internet www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=34633. Ringraziamo per il permesso.

** Massimo Biondi, Ordinario di Psichiatria, Sapienza Università di Roma; Paolo Boccara, Direttore DSM ASL Roma B; Giulio Corrivetti, Direttore UOC UOSM DS68 ASL Salerno; Massimo Digiannantonio, Ordinario di Psichiatria, Università di Chieti; Stefano Ferracuti, Associato di Psicologia Clinica, Sapienza Università di Roma; Giuseppe Nicolò, Direttore DSM e REMS ASL Roma G; Rinaldo Perini, Direttore UOC DSM G1 G2 ASL Roma G; Enrico Pompili, Direttore UOC DSM G5 G6 ASL Roma G; Marco Vaggi, Direttore DSM ASL 3 Genova; Franco Veltro, Direttore DSM Campobasso.

avere lo stesso trattamento sanitario, e già durante il governo D'Alema vi era stato un tentativo in tal senso. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008 e le successive norme hanno avuto l'innegabile merito di far sì che si sviluppasse una attenzione diversa a questi pazienti e, finalmente, i Dipartimenti di Salute Mentale hanno manifestato un interesse più attivo per questi soggetti, pur con comprensibili difficoltà e perplessità. Ovviamente il nostro legislatore non è stato capace di effettuare un'opera di revisione integrale delle norme anche perché ha agito su una pressione esterna, e il Codice Penale, negli articoli che riguardano la pericolosità sociale, non è stato sostanzialmente modificato se non per degli aspetti introdotti dalla Legge 81/2014, per i quali nel giudizio di pericolosità sociale il giudice non può più tener conto dei fattori socio-economici e dove si afferma che la misura di sicurezza detentiva non può superare il massimo della pena edittale.

Per cui, in questa situazione di stratificazione disordinata di disposizioni legislative derivanti da filosofie eterogenee, allo stato delle norme una persona, che è riconosciuta affetta da una condizione di "infermità mentale" tale da escludere o ridurre grandemente la capacità di intendere o di volere e in presenza di rischio di recidiva, è abitualmente avviata alla misura di sicurezza della libertà vigilata; in certi casi laddove il rischio di violenza o reiterazione sia molto elevato, è internata in una REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), ovvero ristretta in una forma di trattamento comunitario di durata (in teoria) il più possibilmente breve, finalizzato a una stabilizzazione di una condizione psicopatologica severa e all'inserimento in altri regimi trattamentali meno afflittivi rispetto alla limitazione della libertà personale. Le REMS sono istituzioni del Sistema Sanitario Nazionale gestite *in toto* da operatori sanitari, e dove non vi è personale interno di polizia penitenziaria. Alle prefetture, con una formula generica, è affidata la vigilanza esterna, verosimilmente per impedire le evasioni.

Il sistema è pensato per una popolazione di pazienti psichiatrici gravi, che si ritiene di poter identificare in pazienti affetti da una qualche forma cronica di psicosi, schizofrenia, gravi disturbi bipolari e disturbi schizoaffettivi. Purtroppo, la popolazione dei non imputabili include anche pazienti con grave ritardo mentale, dementi iniziali, pazienti con sindromi psico-organiche e gravi disturbi di personalità. Per le prime tre categorie di soggetti di solito sono concepibili collocazioni alternative presso strutture specializzate per questo tipo di patologie.

Un discorso a parte, invece, meritano i gravi disturbi di personalità. Nel dopoguerra e fino al 2005, vi è stato un serrato dibattito tra gli esperti del settore rispetto all'imputabilità dei pazienti con gravi disturbi di personalità, dal momento che spesso queste persone vanno incontro a scompensi psicotici che poi, trattati, regrediscono. La psichiatria forense classica ha sempre considerato che le personalità disturbate erano imputabili, anche se potevano esistere condizioni nelle quali si poteva sviluppare uno scompenso psicotico nell'ambito del disturbo di personalità. Nel 2005 la Corte di Cassazione a Sezioni Riunite, con la sentenza cosiddetta "Raso" (n. 9163/2005), ha stabilito che quando un disturbo di personalità è di tale "consistenza, intensità, rilevanza e gravità" da incidere concretamente sulla capacità di intendere o volere, anche i gravi disturbi di personalità possono essere giudicati non imputabili qualora esista

un nesso di causalità tra il fatto reato e la condizione psicopatologica⁸. Purtroppo, la Suprema Corte non ha stabilito che, qualora un disturbo di personalità grave vada incontro a uno scompenso psicotico e in questa condizione (psicotica) la persona compia un reato causalmente collegato alla sua psicopatologia, allora il soggetto vada qualificato come non imputabile, ma solo che quando il disturbo di personalità è molto grave allora la persona può essere giudicata non imputabile.

Ciò ha dato luogo a un crescendo di accessi alle misure di sicurezza di persone affette da gravi disturbi di personalità, di solito borderline, antisociale, paranoide o schizotipico, ma dove vi è, simultaneamente anche un rilevante aspetto psicopatologico. Per giunta, va osservato che la psicopatologia in generale ha subito negli ultimi vent'anni un mutamento sostanziale in buona parte legato alla ampia diffusione di nuovi tossici esogeni di abuso. Va anche rilevato che non vi sono limitazioni, sotto il profilo naturalistico, al fatto che una persona affetta da schizofrenia abbia anche una organizzazione di personalità psicopatica, sebbene sia un evento non molto frequente.

Con "psicopatia" si vuole qui intendere un insieme di tratti personologici che rendono il soggetto intollerante alle regole, manipolativo, proteso a utilizzare gli altri strumentalmente, spesso freddamente violento o abusante, mentitore, irrefrenabile, autoritario e prevaricatore se non addirittura tirannico. La condizione è molto complessa, ma quando si associa a una storia di vita caratterizzata da devianza e malattia mentale è sostanzialmente intrattabile. In effetti i dati della letteratura scientifica indicano che a oggi nessun trattamento né farmacologico né psicoterapeutico è efficace sui disturbi antisociali di personalità. Nessun trattamento modifica la psicopatia. A volte si associano anche parafilie. Questi soggetti costituiscono, allo stato, circa il 20-30% degli utenti delle REMS.

Se si guarda all'Europa e al resto del mondo i posti letto dedicati o specializzati per il trattamento dei pazienti "forensi" sono circa 1 ogni 15.000 abitanti: la gran parte dei posti sono in realtà strutture a bassa o a media sicurezza, case famiglia inserite nei programmi forensi, ovvero situazioni che sarebbero agevolmente gestibili sul territorio con misure trattamentali ordinarie da parte dei DSM. Circa il 20% dei posti sono, invece, in ospedali ad alta sicurezza, e nella fattispecie sono dedicati proprio a pazienti psicopatici o con gravissimi disturbi della personalità.

Le REMS per come sono concepite sia a livello strutturale che organizzativo corrispondono al massimo a strutture che universalmente si definiscono a sicurezza intermedia (*medium security*).

Lo schematismo giuridico che ha condotto all'attuale situazione della gestione dei pazienti psichiatrici non appare essere stato concepito per la sottopopolazione di pazienti con malattia mentale e psicopatia la cui entità numerica non è agevolmente stimabile, ma riteniamo non inferiore alle 100-200 persone le quali, tuttavia, sia il sistema sanitario sia quello giudiziario si troveranno a dover gestire. Queste persone non trovano una collocazione adatta nelle REMS: sono intolleranti alle regole, minacciosi e oppositivi verso il personale, spesso entrano in conflitto con gli altri degenti i

⁸ Si veda l'articolo pp. 181-202 del n. 2/2006 di *Psicoterapia e Scienze Umane*, citato alla Nota 7 a p. 130.

quali sono esposti al rischio di violenza da parte di questi soggetti, cercano di evadere o più eufemisticamente di allontanarsi, o di introdurre sostanze o altro nelle REMS e non hanno una effettiva prospettiva di cura. L'alta intensità assistenziale prevista nelle REMS non ha, come già evidenziato, alcuna efficacia per questi soggetti.

Sarebbero meglio gestiti in ambiente penitenziario o in strutture apposite, come avviene in quasi tutta Europa. Da noi, tuttavia, anche per l'irrefrenabile desiderio di porre termine rapidamente a una situazione di palese ingiustizia rispetto a pazienti dimenticati negli OPG si è negato il problema e comunque non è possibile, allo stato attuale delle norme, inviare una persona in misura di sicurezza detentiva in carcere (né viceversa). L'attuale normativa, non prevedendo alcuna struttura ad alta sicurezza, ha stabilito che tali pazienti nel nostro paese non esistono, anche se sarebbe sufficiente una presa d'atto di alcuni fatti di cronaca per capire che invece, anche se scarsamente numerosi, questi pazienti costituiscono un potenziale devastante per la sicurezza pubblica con serio rischio di allarme sociale e possibile mutamento dell'opinione pubblica rispetto a queste problematiche.

Questo sottogruppo di persone non deve essere minimizzato per i suoi possibili effetti negativi. Le condotte di queste persone fanno sì che gli operatori siano prevalentemente impegnati su questi soggetti che sono anche quelli che hanno meno possibilità di riabilitazione. Provocano incidenti che hanno un effetto profondamente stressante sugli altri pazienti e sul personale. Creano un clima di insicurezza e minacciosità e tendono a intimidire e a esporre a violenza personale quei pazienti affetti da patologia psichiatrica grave che proprio l'attuale riforma voleva tutelare.

Peraltro, proprio per via della cronicità di condotte etero-aggressive e per una storia di devianza, vi è da parte dei magistrati una maggiore tendenza a determinare la misura di sicurezza detentiva per queste persone. Vi è il concreto rischio che ogni singolo modulo di REMS si trovi a ospitare contemporaneamente 3-4 persone di tal fatta con evidente messa in crisi del sistema. Comunque sia, di fatto queste persone ripropongono in pieno il problema della cronicità delle condotte aggressive che invece si voleva superato dall'insieme di norme che hanno condotto allo smantellamento degli OPG. Se non si vuole rischiare di far fallire l'intero progetto di chiusura dei manicomi criminali, certamente encomiabile, va riconosciuto che vi è un sottogruppo di persone, piccolo, verosimilmente ancora più piccolo dei posti effettivamente progettati per le REMS, che non è gestibile in un trattamento comunitario dove non siano stabilite regole ipercoerenti, un sistema di controllo e protezione dove vi sia una effettiva sicurezza all'interno della struttura, con la consapevolezza che si ha a che fare con una piccola categoria di persone affette da malattia mentale grave che, purtroppo, sono anche cronicamente violente e per le quali non abbiamo trattamenti efficaci, ma dove al massimo possiamo sperare di ottenere una remissione degli aspetti maggiormente problematici tramite un rigido apprendimento di regole chiare e inderogabili. Sinteticamente questo concetto può essere tradotto con struttura ad alta sicurezza e ad alta sorveglianza.

Personalmente riteniamo che le REMS siano effettivamente necessarie ma non nella dimensione nella quale sono attualmente stimate: i pazienti psichiatrici privi di aspetti psicopatici possono agevolmente essere gestiti sul territorio e in comunità, pre-

sentando un rischio di recidiva molto basso qualora adeguatamente e continuativamente trattati. I pazienti psichiatrici gravi con un rilevante aspetto psicopatico hanno bisogno di un percorso differenziato che non è identificabile nell'attuale strutturazione delle REMS, ma presentano peculiarità che per sicurezza e coerenza trattamentale non sono allo stato attuale realizzabili nelle REMS.

Anche in questa occasione, non si può fare a meno di notare che si è molto insistito sull'abolizione di una istituzione (l'OPG) che effettivamente era fuori dal concetto di riabilitazione e cura, ma non si è tenuto in alcun conto che l'evidenza scientifica, della realtà clinica e dello stato delle norme – insieme di concetti che dovrebbe sempre guidare le nostre scelte in ambito sanitario – già aveva evidenziato con esperienze pluriennali che dimettere i pazienti dagli OPG è possibile, e che evitare la reiterazione del fatto reato è ipotizzabile attraverso percorsi di trattamento intensivo sia residenziale che territoriale di lungo termine. Per fare questo non basta abbattere ideologicamente una istituzione ma è necessario creare una rete altamente specializzata di assistenza che garantisca il miglior trattamento possibile (farmacologico, riabilitativo, psicoterapeutico) a quegli utenti che, a causa della gravità della malattia e a volte della inefficacia delle cure routinariamente erogate, hanno commesso un reato.

In Italia la rete post-REMS è affidata allo standard offerto dalla residenzialità per la gran parte privata già sovrabbondante in ambito psichiatrico, e vi è il rischio di popolare le REMS, altamente specializzate e costose, di utenti per i quali il trattamento concepito nelle stesse REMS non ha alcun effetto.

Sarebbe opportuno che, al di fuori di ideologismi sclerotizzati, si desse atto che, se si vuole portare a termine il processo di chiusura dei manicomi, vanno riconosciute specifiche eccezioni, che per fortuna sono rare ma comunque esistenti.

Riassunto. Viene ripubblicato un articolo, firmato da 10 autori tra cui 8 responsabili di Dipartimenti di Salute Mentale italiani, uscito il 18 dicembre 2015 sul giornale on-line *Quotidiano Sanità*. Vengono mostrati i limiti delle possibilità di cura in psichiatria e argomentato, tra le altre cose, che i pazienti antisociali hanno bisogno di un percorso differenziato che non è identificabile nell'attuale strutturazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS); infatti i pazienti psicopatici presentano peculiarità che per sicurezza e coerenza di trattamento non sono allo stato attuale realizzabili in queste strutture residenziali. [PAROLE CHIAVE: Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), pazienti antisociali, sicurezza in psichiatria, coerenza del trattamento, limiti del trattamento psichiatrico]

Abstract. **The closing of Forensic Psychiatric Hospitals in Italy is a good thing, but antisocial patients cannot be admitted to the “Residences for the Execution of Safety Measures” (REMS).** An article that appeared in the journal *Quotidiano Sanità* on Dec. 18, 2015, authored by ten Italian psychiatrists (eight of them are Directors of Community Mental Health Centers), is reprinted. The limitations of psychiatry are discussed, and argued, among other things, that antisocial patients need a specific treatment that is not available in the newly opened “Residences for the Execution of Safety Measures” (REMS), which do not guarantee sufficient safety and consistency of treatment deemed necessary for these difficult patients. [KEY WORDS: Residences for the Execution of Safety Measures (REMS), antisocial patients, safety in psychiatry, consistency of treatment, limitations of psychiatric treatment]

La chiusura degli OPG: un'altra occasione perduta?

Giovanni de Girolamo*

«Molto è stato fatto comunque. A confronto di quello che fu il clima culturale della psichiatria italiana alla fine degli anni cinquanta (...), si può ben dire che è tutto un altro mondo. Non c'è alcun motivo di rimpiangere il passato; ma, forse, si poteva fare meglio» (Jervis, 2008, in: Corbellini & Jervis, 2008, p. 170). Le sagge parole scritte da Jervis nel 2008 a proposito della Legge 180/1978 si applicano perfettamente al processo che ha condotto alla progressiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) – operazione peraltro eticamente irrinunciabile – e alla (non pianificata) apertura delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), e dimostrano ancora una volta che le istituzioni e i gruppi hanno una insopprimibile coazione a ripetere, analoga a quanto accade ai singoli individui. Gli stessi clamorosi errori che hanno accompagnato la pianificazione e realizzazione della Legge 180 sono stati esattamente replicati a oltre 35 anni di distanza, in totale spregio del ben noto aforisma: “Apprendere dall'esperienza”.

Tre sono in particolare i problemi che si sono ripresentati:

1. *L'illusione del “topos”*. Thornicroft (2000) ha efficacemente descritto l'illusione posta dietro l'enfasi esclusiva sui “luoghi” del (cosiddetto) trattamento: «Il trattamento di comunità è uno strumento di erogazione del servizio (un veicolo del trattamento). Esso può far sì che al paziente venga offerto un trattamento, ma non è il trattamento stesso. La distinzione è importante, perché gli ingredienti specifici del trattamento sono stati insufficientemente enfatizzati» (p. 703). La chiusura degli OPG e l'apertura delle REMS, nel goffo e spesso sconclusionato dibattito che ha preceduto l'approvazione della legge sugli OPG, è stata presentata spesso come una soluzione magica, che avrebbe da sola potuto cambiare il decorso e l'esito dei disturbi mentali gravi sofferti dalle persone prima internate in OPG, ora collocate nelle REMS. Come hanno chiaramente dimostrato i 38 anni trascorsi dall'approvazione della Legge 180, questa è una ingenua illusione, ed è drammatico che molti vi siano tuttora aggrappati.

2. *Il buco della formazione*. Nel dibattito sugli OPG, esattamente come accadde in occasione del varo della Legge 180, è stata del tutto dimenticata la necessità di una *formazione* degna di questo nome, in questo caso relativa al tema “prevenzione, valutazione e gestione del rischio di violenza”: non è nemmeno possibile sostenere che essa sia di bassa qualità, in quanto manca del tutto sia nelle scuole di specialità, che dovrebbero formare i professionisti del settore, che nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), in quest'ultimo caso con l'eccezione di estemporanee e spesso non particolarmente qualificate iniziative di training. Come si può pensare di affrontare seriamente tale complessa tematica (ivi comprese le delicate questioni di carattere medicolegale a ciò connesse, meritoriamente messe per anni in evidenza dall'amico Euro Pozzi⁹) se i professionisti (psichiatri, infermieri, psicologi, etc.) non hanno mai rice-

* Unità Operativa di Psichiatria Epidemiologica e Valutativa dell'IRCCS Fatebenefratelli, Via Pilastroni 4, 25125 Brescia, Tel. 030-3501590, E-Mail <gdegirolamo@fatebenefratelli.eu>.

⁹ Si vedano ad esempio gli interventi di Euro Pozzi nei numeri 2/2008 e 3/2015 di *Psicoterapia e Scienze Umane*.

vuto una formazione rigorosa su questo tema? Ciò è peraltro chiaramente dimostrato anche dalla estrema esiguità delle ricerche italiane in questo ambito, come chiunque può facilmente verificare facendo una ricerca su *PubMed*. A ciò si accompagna il bassissimo livello scientifico della psichiatria forense italiana, molto spesso ridotta a operetta da *talk-show* televisivo: anche in questo caso tale asserzione è facilmente dimostrabile facendo una rapida verifica sulle principali banche-dati biomediche e psicologiche internazionali. Il confronto con il livello del dibattito scientifico proprio della psichiatria forense anglosassone o scandinava fa semplicemente rabbrivire.

3. *Gli standard e il monitoraggio mancati*. Un'attuazione razionale della nuova legge avrebbe dovuto prevedere la definizione di standard quantitativi e qualitativi precisi e uniformi su tutto il territorio nazionale: ciò non è avvenuto, ed è stato tutto demandato alle 21 Regioni e Province Autonome italiane, con la conseguenza, facile da prevedere, che accadrà nuovamente quanto già avvenuto per i Centri di Salute Mentale (CSM), ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e alle strutture residenziali: ossia Regioni confinanti, con politiche del tutto distoniche in questo settore, avranno dotazioni di REMS (e di personale addetto) del tutto diverse a fronte di una ovvia e dimostrata uniformità dei tassi di incidenza e prevalenza dei disturbi mentali gravi. Allo stesso modo, il Ministero della Salute, direttamente o attraverso il suo principale organo tecnico-scientifico (Istituto Superiore di Sanità), avrebbe dovuto predisporre un attento monitoraggio sia del processo di dimissione/dismissione dagli OPG, che di ammissione/permanenza nelle REMS. Ciò avrebbe fornito informazioni assolutamente preziose sia per correggere i problemi emergenti che per pianificare i nuovi servizi, e avrebbe anche reso disponibili dati di straordinario valore scientifico.

Nulla di tutto ciò è stato fatto, e questi tre – peraltro semplici – punti di riflessione sono stati del tutto negletti nel dibattito di questi ultimi anni: è quindi ancora una volta un'occasione perduta.

Riassunto. La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) non ha tenuto conto degli insegnamenti della Legge 180/1978: ha enfatizzato in modo irrealistico le “virtù” terapeutiche delle nuove Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), non ha previsto un'adeguata formazione degli operatori della salute mentale nel valutare e trattare i pazienti a rischio di comportamenti violenti, e non ha predisposto standard uniformi sul territorio nazionale né l'attivazione di un adeguato monitoraggio. [*PAROLE CHIAVE*: violenza, disturbi mentali, recidiva, fattori di rischio, decorso]

Abstract. **The closing of Forensic Psychiatric Hospitals in Italy: Another missed opportunity?** Three problems are critically discussed regarding the openings of “Residences for the Execution of Safety Measures” (REMS) as alternative to Forensic Psychiatric Hospitals in Italy: the illusion that a change of treatment setting implies a change of treatment itself; the lack of training for mental health professionals; the absence of a nationwide research on epidemiology and utilization of psychiatric services. [*KEY WORDS*: violence, mental disorders, reiteration, risk factors, course of illness]

Bibliografia

- Corbellini G. & Jervis G. (2008). *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Thornicroft G. (2000). Testing and retesting assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 51, 6: 703. DOI: 10.1176/appi.ps.51.6.703.