

---

## EDITORIALE

---

Dal 1 aprile 2008 per Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri le funzioni sanitarie in Carcere e in OPG sono state trasferite dal Ministero di Grazia e Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale. Il Decreto è l'esito di un complesso percorso di riforma della sanità penitenziaria avviato a sua volta dal D.lvo n. 330/1999 "Riordino della Medicina Penitenziaria", che ha avuto una fase intermedia di sperimentazione in Toscana, Lazio, Puglia ed attenzioni alterne negli anni successivi.

Questo cambiamento significativo di cornice normativa riporta bruscamente all'attenzione il problema della gestione della pericolosità sociale dei pazienti psichiatrici; il nuovo scenario scotomizza i principi della legislazione penale speciale, che riguardano l'istituto della non imputabilità per infermità di mente e il giudizio di pericolosità sociale presupposto delle misure di sicurezza e della esistenza degli OPG. Un soggetto autore di reato prosciolto per infermità di mente è considerato socialmente pericoloso se è probabile che commetta di nuovo un reato a causa della condizione di malattia mentale. La previsione di recidiva di comportamento violento considera a sua volta alcuni fattori: natura e modalità del crimine, caratteristiche della vittima, gravità e decorso della malattia, storia di vita e personalità, aspetti situazionali, aderenza al trattamento e risposta terapeutica, rete di servizi e contesto, ma nessuno di questi fattori ha dimensioni oggettivamente misurabili.

Inoltre, per effetto di nuovi profili psicopatologici caratterizzati da condotte a maggiore rischio anti giuridico, un approccio più estensivo dovrebbe considerare la pericolosità come capacità potenziale di compiere un agito violento e la sua valutazione dovrebbe avere valore preventivo in soggetti che non hanno ancora commesso alcun reato.

Si complica così una situazione già estremamente confusa e contraddittoria: da un lato il DPCM sollecita il superamento degli Istituti Speciali e dall'altro si continua a registrare un flusso di pazienti "pericolosi" sottoposti a misura di

sicurezza con trend in aumento, tra cui anche i disturbi di personalità; si auspica la individuazione di strutture territorializzate mentre viene riconfermata la inalienabilità delle funzioni di sicurezza e vigilanza. Non si rintraccia nel Decreto alcun riferimento ai contenuti del serrato dibattito in corso in questi anni sulla evoluzione delle misure di sicurezza in misure trattamentali e sulla sostituzione del criterio di pericolosità con quello di bisogno di trattamento.

I Dipartimenti di Salute Mentale, a loro volta, si trovano impreparati nella gestione dei pazienti “pericolosi” ma anche dei pazienti a rischio di primo comportamento violento; la difficoltà di attrezzare modelli organizzativi specializzati e di garantire risorse dedicate continua a sostenere la necessità di delegarne il trattamento ad un luogo altro ed extra-territoriale come l’ospedale psichiatrico giudiziario. Ciò contribuisce a mantenere irrisolte le ambiguità tra mandato di cura e controllo, che da sempre caratterizzano il lavoro psichiatrico. Mancano a livello territoriale soluzioni articolate per i pazienti più gravi, già autori di reato o con un profilo primario di rischio antiggiuridico, che famiglie e Servizi non riescono a gestire; si tratta di una quota numericamente piccola ma estremamente impegnativa per le caratteristiche clinico-strutturali, l’eventuale doppia diagnosi, la resistenza al trattamento e/o le vicissitudini dell’aderenza terapeutica; per essi la cura deve declinarsi insieme ad interventi di tutela modulabili nel tempo. Le trasformazioni sociali e culturali proprie di questa epoca insieme all’effetto patoplastico e alle caratteristiche dei nuovi Servizi di Salute Mentale accompagnano l’emergere di questi nuovi profili di pericolosità caratterizzati da fenomeni di deriva terapeutica e da una nuova cronicizzazione, che può esprimersi attraverso comportamenti antisociali.

Eppure accogliere la sfida della presa in cura del paziente pericoloso potrebbe inaugurare per i Dipartimenti di Salute Mentale una nuova cultura e nuove pratiche della responsabilità: assumere il mandato di controllo all’interno di quello terapeutico consentirebbe di porre attenzione al riconoscimento del conflitto tra disagio mentale ed ambiente sociale, di lavorare sulle soglie di tolleranza del contesto attraverso la mediazione e il sostegno alla capacità di comunicazione tra le parti; potrebbe infine rappresentare una opportunità per avviare una riflessione più organica e lungimirante sui bisogni dei nuovi utilizzatori dei Servizi e per una definizione più realistica della controversa posizione di garanzia dello psichiatra.

Questo numero di RSF intende sollecitare attraverso l’abituale prospettiva transdisciplinare la riflessione sul complesso rapporto tra società psichiatria e giustizia, sulla insanabile dicotomia tra istanze di cura e di controllo che continua ad attraversare tutto il lavoro psichiatrico, sulle prospettive di trattamento del paziente “pericoloso”.

*Pina Lalli*, sociologo della comunicazione, sottolinea come nel mondo della tarda modernità le combinazioni di significato relative a cosa viene socialmente rappresentato come pericoloso siano molteplici e controverse, perché molteplici e promiscue sono le arene in cui diversi attori sociali lottano per affermare il proprio orientamento; perché alla esperienza diretta si associa quella a distanza mediata da tecnologie comunicative capaci di contaminare orizzonte scientifico e senso comune. Ne deriva un rinforzo culturale della pericolosità attribuita alla malattia mentale per effetto di una ricostruzione selettiva dei fatti attraverso una concatenazione semplicistica causa-effetto o, peggio, della rappresentazione della follia come raptus, paradigma di tutto ciò che è incomprensibile ed incontestabile. Il vuoto di significato alimenta di nuovo a sua volta lo stigma del pericolo.

*Francesco Paoletta*, storico e ricercatore, evidenzia come la conoscenza delle origini di una istituzione ne agevoli la comprensione nella attualità. Nel caso dei manicomi criminali scopo iniziale della loro fondazione era proteggere la comunità da persone prosciolte per vizio di mente e considerate socialmente pericolose. Questa istituzione ha sempre svolto storicamente una funzione essenzialmente segregativa. La marginalità istituzionale e culturale degli OPG nell'ambito della psichiatria e dello stesso sistema penale è rimasta stabile nel tempo; le riforme psichiatriche del 1904 e del 1978 e la riforma penitenziaria del 1975 ne hanno fatto un punto cieco riconfermandone il destino verso una "non-storia" istituzionale.

*Liliana Loretto e Giancarlo Nivoli*, docenti universitari di psichiatria, affrontano il complesso rapporto tra psichiatria e giustizia a proposito del malato di mente autore di reato. Essi mettono in evidenza come l'evoluzione dell'assistenza psichiatrica non sia stata accompagnata da un parallelo cambiamento in ambito giuridico. Nondimeno, sebbene la definizione di pericolosità sociale sia rimasta immutata per i pazienti psichiatrici autori di reato, a partire dal 1986 viene sancita l'esigenza di accertare la pericolosità sociale di ciascun prosciolto abolendone nei fatti la presunzione. Gli Autori evidenziano almeno quattro aspetti critici nella gestione del paziente autore di reato: la valutazione della pericolosità sociale, la individuazione di luoghi di trattamento appropriati, la opportunità di interventi mirati al comportamento violento e la responsabilità dello psichiatra.

*Alessandro Margara*, già magistrato di sorveglianza ed attuale presidente della Fondazione Michelucci, descrive il processo storico di relativizzazione del concetto di pericolosità sociale e le conseguenti proposte di superamento degli OPG. L'Autore evidenzia come i principi del Codice Penale Rocco (1930) – che ha istituito le misure di sicurezza – rispondano alla rappresentazione sociale del malato mentale incurabile e pericoloso per sé ed altri e di pubblico scandalo codificata dalla legge del 1904. Coerente con questa prospettiva è

la presunzione di pericolosità assoluta del malato di mente reo, internato in manicomio giudiziario per un principio di difesa sociale. Ma già a partire dagli anni '70, grazie a sentenze della Corte Costituzionale, si sviluppa una prassi che consente di accertare la pericolosità sociale caso per caso prima dell'internamento in OPG. Il DPCM 2008 rappresenta l'ultima tappa di questo lungo percorso: scandisce il superamento per fasi dell'OPG attraverso un processo di progressiva territorializzazione della responsabilità di trattamento; il ritardo attuativo costringe però l'Autore ad un atteggiamento di sospensione interlocutoria.

*Michele Sanza*, psichiatra, esamina l'evoluzione dei disturbi psichici dal punto di vista epidemiologico per evidenziare l'irruzione sui percorsi di afferenza ai servizi dei disturbi di personalità spesso in comorbilità con la dipendenza da sostanze. L'Autore mette in risalto le dimensioni psicopatologiche generalmente correlate con il comportamento violento ovvero impulsività, disregolazione affettiva, narcisismo e pensiero paranoide. Ed esamina inoltre l'impatto delle sentenze della Corte Costituzionale, 2003 e della Corte di Cassazione, 2005 che modificano lo scenario dei servizi proponendo da un lato alternative al ricovero in OPG e dall'altro estendendo la non imputabilità anche ai disturbi di personalità. Ne deriva la necessità di integrare tali cambiamenti all'interno di nuovi modelli di servizio da cui discendano competenze cliniche e percorsi di cura appropriati. E in questo nuovo scenario va realisticamente ridefinito il profilo di responsabilità dello psichiatra.

*Luigi Ferrannini e Paolo Peloso*, psichiatri, concludono il percorso di riflessione di questo numero di RSF interrogandosi sul rapporto esistente tra pratiche di salute mentale e nuovi profili di pericolosità sociale. Essi sottolineano che la psichiatria risponde sin dalle origini ad un duplice mandato: soccorrere e vigilare. Tuttavia, la riforma del 1978 ha combattuto "(...)l'illusione che la questione psichiatrica potesse essere risolta delegandola in toto alla psichiatria". Essi descrivono le criticità di una richiesta impropria di vigilanza e presentano un'analisi statistica dei dati di attività di un centro di salute mentale dell'area genovese: utenza, problematiche affrontate e carico di lavoro degli operatori. La vigilanza psichiatrica h. 24 ha riguardato nel corso degli anni un numero sempre più esiguo di pazienti, ora ricoverati in SPDC e residenze; per tutti gli altri la funzione di cura deve essere continuamente negoziata con loro stessi e i familiari in un clima di co-responsabilità e partecipazione. Gli Autori concludono affermando che più che un'estensione impropria del mandato di controllo è necessario stabilire alleanze e condividere responsabilità; le parole-chiave sono continuità terapeutica, adesione al trattamento, psicoeducazione di paziente e famiglia, lavoro di rete sociale e sanitario. Il lavoro psichiatrico quotidiano

è permanentemente interessato dal binomio fiducia/controllo nello sforzo di trovare situazione per situazione il miglior equilibrio possibile tra libertà e tutela.

Il campo di riflessione che tutti gli Autori contribuiscono a delineare rimane caratterizzato da domande in cerca di risposta e soprattutto rilancia e mantiene aperta una questione di fondo: quale psichiatria di comunità per il futuro prossimo?

*Maria Bologna, Yvonne Bonner*