



Prot.n. 2570 /GP/cb

Bologna, 1° dicembre 2015

Al Ministro della Salute
On. Beatrice Lorenzin

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

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

Al Presidente del Comitato Centrale FNOMCeO
Dott.ssa Roberta Chersevani

Ai Presidenti Ordini d'Italia
Loro Email

Oggetto: L'apertura delle REMS psichiatriche: premesse e conseguenze

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 e 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 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 sposta 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

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; Carta di Castel di Sangro, 2015).

² Sul tema della chiusura degli OPG si rinvia anche alla discussione a più voci (Angelozzi, 2015; Pellegrini, 2015; Pozzi, 2015; Tarantino, 2015) nella rubrica “Dibattiti” sul n. 3/2015 della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it) che dedica circa 40 pagine all'argomento.

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 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 ad 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 per sé e per gli altri" bisogna *in primis* difendere la società e si ritorna daccapo alle mura manicomiali... così i rei-folli finivano, spesso *sine die*, nella zona grigia chiamata OPG!)⁵. La sentenza del 2007 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 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

³ In questi decenni è cresciuta, attraverso l'esperienza, la capacità di costruire percorsi terapeutici tra i Servizi territoriali e Comunità Terapeutiche. 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.

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 Psichiatri (Catanesi et al., 2013)

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*» 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 che si trovava 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 ghettizzante 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 ad esigenze di controllo sociale.

Questo consiglio direttivo auspica che le SSLL 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

Dott. Giancarlo Pizza



Bibliografia

- Angelozzi A. (2015). Sorvegliare e curare. Riflessioni sul percorso di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIX, 3: 464-475.
- Carta di Castel di Sangro (2015). Documento approvato dalla Assemblea della *Società Italiana per la Formazione in Psichiatria* (SIFIP). *L'altro*, XVIII, 1: 4. Internet: www.sifip.com.
- 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.
- Gruppo di lavoro S.I.P. (2013), *La posizione di garanzia in psichiatria*, Catanesi R., Scapati F., De Rosa C., Loretto L., Martino C., Peroziello F. e Villari V. (a cura di), in internet: www.psichiatria.it/.../Gruppo-di-lavoro-Posizione-di-garanzia.pdf.
- Montanari E. (2013). Il nodo della pericolosità tra psichiatria e diritto in Italia. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 137, 1: 79-94.
- 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.
- Pellegrini P. (2015). Riflessioni sul superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIX, 3: 476-479.
- Pozzi E. (2015). Posizione di garanzia: premessa necessaria per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIX, 3: 480-486.
- 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>.