

DAL DELINQUENTE AL MALATO

**OPG:
Quale
Futuro
Per
Gli
Ospedali
Psichiatrici
Giudiziari?***

Vittorino
Andreoli

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), oltre che specifiche strutture che in sei Istituti ospitano 1282 pazienti (rilievo del 12 marzo 2001), sono luoghi del nostro immaginario collettivo carichi di significati e di proiezioni contraddittorie. Una tappa fondamentale della loro vicenda è segnata dalla legge 180/1978 che ha imposto la chiusura degli Ospedali Psichiatrici ordinari: una decisione che non ha condizionato soltanto in modo diretto e indiretto le dinamiche di *gestione della follia*, ma l'immagine stessa della follia e del folle che attraversa inquietante e spaesante il mondo della normalità. Chiusi i manicomi provinciali, sono rimasti aperti quelli giudiziari - che erano figli della stessa ideologia e della stessa logica di gestione del malato - con tutta una serie di drammatiche domande sul loro destino e la difficoltà di giungere a decisioni che coinvolgono una molteplicità di aspetti giuridici e sanitari, di concezioni della malattia mentale e della pericolosità sociale.

Sia i manicomi civili che giudiziari nascono sul comune terreno teorico del positivismo, della scuola di Bianchi, Lombroso e Sighele che si era occupata della follia, criminale e non, teorizzando che in entrambi i casi si trattasse di una degenerazione mentale insanabile e che, dunque, i problemi si ponevano fondamentalmente in termini di controllo e reclusione per impedire l'iterazione dei comportamenti di follia criminale.

Si tratta di una concezione che ha subito un radicale ripensamento scientifico fra i cui esiti c'è stata la chiusura dei manicomi provinciali ma non la modifica in profondità di quelli giudiziari. Il superamento dell'approccio lombrosiano e del positivismo della scuola criminale italiana, nasce dalla dimostrazione della irriducibilità delle condotte folli e criminali alla struttura biologica del cervello e al patrimonio genetico. Oltre a questi elementi è necessario prendere in considerazione la componente psicologica legata alle esperienze del singolo, in modo particolare alla sua prima infanzia, e una componente ambientale, cioè il

* L'articolo riprende i temi più diffusamente trattati nel volume da me curato, *ANATOMIA DELLO SPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI ITALIANI, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali, Roma 2002. (V. A.)*

[Sul problema degli OPG Dignitas ospiterà altri contributi; la discussione non potrà non tenere conto della significativa pagina di civiltà giuridica scritta dalla Corte Costituzionale con la sentenza 253/2003 (www.dignitas.it)]

luogo inteso in senso geografico ma soprattutto come spazio di relazionalità. L'aspetto biologico non può, fuori dalla combinazione con gli altri due, spiegare il comportamento folle o delinquente: ciascuno dei tre fattori ha un suo rilievo, diverso caso per caso, e non è plausibile attribuire ad uno soltanto di essi la capacità di determinazione meccanica di quel comportamento, lasciando spazio al fatalismo di matrice lombrosiana. Sulla base di queste acquisizioni scientifiche non è in alcun modo possibile sostenere la tesi del *criminale nato* e del *criminale immodificabile*, e si impone a maggior ragione tutto il complesso e decisivo lavoro sia di prevenzione dei comportamenti criminali, che di riabilitazione.

Non si può in nessun caso abdicare alla idea fondamentale di ogni ordinamento giuridico che una pena deve essere sempre temporanea e riabilitante; ed è insostenibile ogni ipotesi di pena indefinita o addirittura preventiva, come la scuola di criminologia positiva aveva sostenuto.

Mentre il rinnovamento del quadro teorico da cui erano nate le istituzioni manicomiali ha prodotto la chiusura dei manicomi provinciali, lo stesso non si può dire per quelli della giustizia, che non sono altro che manicomi in cui entra la follia sfociata in reati.

Va sottolineato tuttavia che anche i manicomi giudiziari sono stati segnati dal clima culturale che ha alimentato la riforma dei manicomi provinciali. Due, essenzialmente, gli effetti. Il primo è costituito dalla diminuzione della popolazione manicomializzata. Il secondo si è avvertito nella conduzione delle strutture manicomiali che sempre più hanno perso il rigore e la rigidità della custodia per aprirsi a veri e propri interventi di terapia riabilitativa, con la ristrutturazione dei luoghi e l'adozione di terapie che si erano imposte anche nella psichiatria *territoriale*, come la *terapia occupazionale*, la *arte terapia*, gli *interventi di gruppo*. Insomma, se gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sono rimasti fuori della riforma legislativa, non sono stati tuttavia esclusi da iniziative di rinnovamento, proprio perché a dirigerli c'erano degli psichiatri e quindi una cultura che cambiava esattamente come quella di chi lavorava nella *nuova psichiatria*.

Sarebbe perciò ingiusto verso coloro che operano in queste strutture, affermare che sono rimaste immobili, come se nulla fosse accaduto nella psichiatria in generale: sono cambiati infatti i medici psichiatri, e gli stessi agenti di polizia penitenziaria sono più attenti ai bisogni del malato. Già il termine *malato*, subentrato a *delinquente*, è un segnale del cambiamento.

GIUDICARE E CURARE

Ci si può porre a questo punto la domanda se i manicomi giudiziari avrebbero potuto seguire un percorso analogo a quello dei manicomi ordinari; a simile domanda ritengo di dover rispondere con chiarezza che non era possibile e sarebbe stato un errore accomunarli nello stesso destino. La legge 180 ha cambiato la definizione di folle: non più "chi è pericoloso a sé e agli altri o è di pubblico scandalo", come recita la legge del 1904, ma, con la 180/1978,

una caratterizzazione del *disturbo psichico* esclusivamente medica e senza riferimenti alla *pericolosità*, categoria considerata estranea - o quanto meno non specifica - al malato psichico. Violenza e pericolosità non sono, in questo quadro, materia della psichiatria, ma riguardano, ove si manifestino, le forze dell'ordine. Si era effettivamente messo in luce - e ciò risulta vero anche oggi - che i malati di mente non contribuiscono più del resto della popolazione alla crescita della violenza la quale, pertanto, non può diventare la misura della follia e della sua gravità.

Il malato psichico era, per quella legge, un malato che andava curato, come tutti gli altri malati, in ospedali civili, da medici che dovevano svolgere una attività sanitaria secondo i criteri della medicina in generale, sulla base della preparazione scientifica e della deontologia medica. Tutto ciò che non rientrava in questo orizzonte era compito d'altri, incluso il controllo della violenza che, se dispiegatasi, era da assumere come elemento aggiuntivo della malattia mentale, e non sua caratteristica strutturale.

Questi principi non si possono però applicare al malato di mente sottoposto a misure giudiziarie, che si fondano sull'aver egli commesso un reato e sulla possibilità della sua reiterazione.

Non si può cancellare la violenza che è alla base del reato per il quale si è proceduto.

Una psichiatria che neghi la pericolosità è inconciliabile con l'operare giuridico che è attivato proprio per valutarla e che si pone il problema se il soggetto in causa sia responsabile: né può cancellare il motivo stesso dell'obbligo dell'azione penale, né può dividere il soggetto incriminato in un malato di mente da dare agli psichiatri della nuova psichiatria e un violento da dare invece alla reclusione. Nel caso una persona malata di mente abbia commesso un reato e usato violenza, non si può negarne la pericolosità connessa alla patologia mentale. Non la si può negare e separare come ha fatto la Legge 180. Qui esiste il reato, un capo di imputazione, una provata colpevolezza.

Se la legge 180 è compatibile con la cura, non lo è con la responsabilità della giustizia che muove da una violenza espressa di cui si deve occupare, anche se è compiuta da chi è affetto da disturbo psichico. Non può consegnare chi ha commesso reato ad uno psichiatra della legge 180 che afferma per principio di non volersi occupare di pericolosità perché "è compito di altri". Se è così, certo quel malato pericoloso non lo si può dividere, non si può darne un pezzo all'organizzazione penitenziaria e un pezzo alla psichiatria del territorio.

La pericolosità è il problema reale anche ai giorni nostri: la psichiatria può negarlo e chiamarsene fuori, ma non lo può fare il magistrato per il quale la pericolosità non solo esiste, ma è la preoccupazione stessa della sua funzione per prevenirla e ridurla.

È mia convinzione che la legge 180 e i suoi principi sono in grado di dare risposta ai bisogni del malato psichico e quindi che si deve mettere la parola fine ai manicomi e ad ogni nostalgia per quella realtà; non posso però non ribadire, nello stesso tempo, che la *pericolosità esiste all'interno della follia*: il *delirio*, per esempio, ha un alto rischio di errata interpretazione della realtà e di reazioni violente proprio per interpretazioni inadeguate: basti pensare al *delirio persecutorio*. Sostengo dunque che la pericolosità è parte della psichiatria e che solo una psichiatria che voglia gestire la pericolosità potrà occuparsi anche di chi ha commesso reato e soffre contemporaneamente di disturbi mentali, anzi lo abbia commesso in quanto malato. Fino a che la psichiatria ordinaria, quella della legge 180, non ammette questa possibilità, non sarà possibile cancellare gli

Ospedali Psichiatrici Giudiziari, dove *si cura* la follia che ha commesso delitti e dunque si è espressa in una pericolosità configurata nei reati per i quali esiste l'obbligo dell'azione penale.

Questo andava ribadito, per mostrare che in queste condizioni storiche la asimmetria tra legislazione psichiatrica dei malati ordinari e quella dei malati con comportamenti criminali è necessaria e allo stato presente non sanabile. Ciò non significa, tuttavia, che le strutture debbano necessariamente essere quelle odierne, ma che alla giustizia servono di certo luoghi che si occupino di disturbati psichici violenti.

E non importa se sono tanti o pochi e se la violenza non sia percentualmente più elevata rispetto alla popolazione in generale: ciò che conta è che esistono e che la legge se ne deve occupare. L'ammissione di principio, nella situazione attuale, di luoghi per questo tipo di combinazione: disturbo psichiatrico e violenza, che significa, nella mia prospettiva, "disturbo psichiatrico con la violenza come sintomo strutturale", determina la necessità di una psichiatria che non affermi categoricamente di non volersi occupare di ciò.

Né può giocare sulla affermazione che di fatto se ne occupano i *Trattamenti sanitari obbligatori* (TSO) ¹ poiché è noto che la degenza media in questi casi è di pochi giorni, spesso con reingressi ritmici: c'è quindi un rischio inammissibile nel caso di soggetti che abbiano commesso un delitto, con possibilità di reiterazione ad ogni dimissione.

UN ABITO IDEOLOGICO PER CORPI TOTALMENTE IMPREVISTI?

Una psichiatria che neghi la pericolosità, sostiene, ed anzi sancisce, i manicomi giudiziari e una psichiatria del delinquere: ciò a me non piace, ma il punto di osservazione deve centrarsi sulla psichiatria, non sul sistema giudiziario.

Se la psichiatria ufficiale nega la pericolosità, continueranno a vivere i manicomi giudiziari: a tenerli in vita non è la giustizia, ma la psichiatria.

Da queste considerazioni ha preso avvio la ricerca ANATOMIA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI ITALIANI da me curata per il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Le domande entro cui questa ricerca intende inserirsi sono:

I. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari come sono oggi? Quale è la loro popolazione, quali i reati che portano in questi luoghi, quali le dinamiche

1 I TSO sono disposti, secondo l'art. 32 della Costituzione, con provvedimento del Sindaco, su proposta motivata di un medico; riguardano persone che, in ottemperanza dell'art. 32 della Costituzione e ai sensi della legge n. 833 del 1978 (artt. 13, 33, 34, 35), vengono, nel loro interesse, per la loro incolumità e diritto alla salute, sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio per un tempo determinato.

e gli esiti? Una vera anatomia del luogo, giustificata dalla necessità di seguire una realtà in forte cambiamento.

2. Come è possibile monitorarli per cogliere i segnali che possono aiutare nei cambiamenti maggiormente rispondenti ai bisogni dei loro ospiti e alle esigenze di formazione del personale? Certo è necessaria una visione d'insieme, tanto più importante quanto più le modifiche possibili dipendono da una Amministrazione centrale: il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero di Giustizia.

3. Se si impongono modifiche, quali? e dunque quali ipotesi si profilano al legislatore che voglia basarsi sulla situazione reale? E' necessario che si riesca ad evitare un approccio ideologico ad una realtà poco e male conosciuta: un abito ideologico per corpi totalmente imprevisi. Da questa preoccupazione la spinta ad una ricerca completa, fatta su tutta la popolazione degli OPG, con criteri uniformi, come richiesto da una corretta metodologia scientifica.

4. Attraverso i dati raccolti, porre le basi per incontri sempre più frequenti (e sempre meno ideologici) tra psichiatria ordinaria e psichiatria giuridica. Gli psichiatri fanno assai poco delle problematiche sorte in ambito giuridico: ha dominato infatti una psichiatria accademica, dai guanti bianchi, perfino restia ad andare nelle carceri a peritare i detenuti. Siamo in pochi quelli che hanno amato questo aspetto della psichiatria e quasi tutti ai gradi più bassi dell'accademia. Questo *hiatus* va sanato e le manifestazioni della follia assunte in giudizio devono diventare uno dei temi principali della psichiatria, non fosse altro per il peso della violenza - e di quella giovanile in particolare - nella società attuale.

La ricerca, consegnata ad un volume di 114 pagine con dozzine di tabelle, non può essere riassunta in poche battute. Ne tento un riepilogo nei termini seguenti.

VALUTAZIONE DI PERICOLOSITÀ

Risulta in maniera netta che gli attuali Ospedali Psichiatrici Giudiziari sono una istituzione spuria, nel senso che combinano in modo ambiguo esigenze di sicurezza (controllo della pericolosità di chi, pur avendo commesso reato, non può essere tenuto in carcere) ed esigenze di cura del comportamento che è alla base della "incapacità di intendere o di volere" e della pericolosità sociale. Un'ambiguità che è apparsa in tutta la sua evidenza da quando il *riduzionismo biologico* della Scuola italiana di criminologia ha cessato d'essere condiviso, non corrispondendo più alle acquisizioni scientifiche sul comportamento e sul criminale. Una contraddizione che era insita anche nei manicomi ordinari che, del resto, avevano la stessa origine ideologica in quel Positivismo che riduceva la follia alla degenerazione cerebrale assegnando un ruolo del tutto trascurabile all'ambiente. La concezione del *folle nato* e del *criminale nato* sono coestensive, non diversificandosi se non per la pericolosità sociale, o quanto meno per il suo grado.

Sarebbe tuttavia un grave errore (che questo studio dei 1282 soggetti ricoverati ha reso del tutto chiaro anche a chi scrive) ritenere che la contraddizione sia risolvibile applicando i principi e i metodi della legge 180, che basti una estensione di quest'ultima anche ai manicomi giudiziari.

Il problema della pericolosità rimane centrale e occorre, a venticinque anni dalla promulgazione di quella legge, ormai lontani dal particolare clima che l'aveva propiziata, avere il coraggio e l'onestà di affermare che si tratta di una leg-

ge che si è mostrata capace di risolvere i problemi della assistenza ai malati psichici senza manicomi, ma che non è in grado di affrontare il problema della pericolosità insita in alcuni comportamenti che sono strutturalmente a rischio di diventare reati.

Bisogna ammettere che una degenza di 12 giorni di media per i Servizi di Diagnosi e cura è un tempo assolutamente inadeguato per seguire quei casi in cui la pericolosità si può esprimere.

Dopo quarantadue anni di psichiatria devo affermare che il problema - o il sintomo - *pericolosità* non può essere cancellato dalla psichiatria e che occorre anzi prevedere luoghi di lunga terapia (fino a sei mesi di degenza), proprio per alcuni pazienti anche se non hanno nulla a che fare con la giustizia e che pure sono a rischio di comportamenti violenti.

I casi degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sono una scrematura, una selezione di quelle patologie psichiatriche che non solo contengono strutturalmente una possibile pericolosità, ma l'hanno espressa e quindi possono ripresentarla, se persistono il disturbo psichiatrico o le condizioni che ne favoriscono la estrinsecazione, e che possono essere di natura sociale. Per questo sarebbe irresponsabile abbandonarsi ad affermazioni semplicistiche sulla abolizione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari o sul passaggio dei casi correnti alla psichiatria del Sistema sanitario nazionale. Sarebbe un continuare a fare ideologia e negare la pericolosità, anche per quei casi in cui si è manifestata con la gravità del crimine.

Dalla nostra indagine abbiamo visto che ciò è vero almeno per l'80% dei casi ricoverati. Dal punto di vista dei reati, quelli *minori* rappresentano il 20%. Solo il 5% dei casi di patologia grave non risulterebbe rilevante in termini di pericolosità.

È possibile ipotizzare che questa frangia non indifferente sia prodotta da difficoltà burocratiche e di collocamento, da inefficienze di varia natura: si tratta di casi che dovrebbero rapidamente sparire dai ricoveri attuali. Fatta questa precisazione, sarebbe a mio avviso assurdo chiedere semplicemente la chiusura e il passaggio ai Servizi psichiatrici territoriali: ciò equivarrebbe a mettere in circolazione un potenziale violento altissimo, consumare una vera ingiustizia tanto per la società che la subisce, quanto per coloro che la esprimono e che hanno il diritto di essere curati e non di delinquere.

Non va infine dimenticato che l'ospedale Psichiatrico Giudiziario non è una esigenza della psichiatria, ma dell'ordine giudiziario che lo prevede nel suo ordinamento e quindi che la sua abolizione è possibile solo se si modificheranno il codice di procedura penale e il codice penale. Non si può nemmeno indulgere alla semplificazione che anziché all'ospedale Giudiziario basterebbe ricorrere a quello ordinario: in questo secondo caso la gestione e la responsabilità passerebbero alla sanità, con gli esiti conflittuali facilmente prevedibili; sarebbe inoltre ben difficile per il magistrato applicare misure di sicurezza di una certa durata (tre o cinque o più anni), imponendo un regime e un criterio che non sono conformi e compatibili con la organizzazione dei servizi della sanità e con la logica terapeutica che li domina.

Per cancellare l'ospedale Psichiatrico Giudiziario occorre modificare le leggi e la prassi ordinaria del sistema giudiziario. *Personalmente lo auspico*, ma ora occorre prendere atto che non esiste una formula facile per farlo: non c'è che da intensificare lo studio e la ricerca quale terreno di un possibile incontro fra magistrati e psichiatri.

Un passo in avanti potrebbe forse realizzarsi se la psichiatria ordinaria fosse dotata di possibilità di degenze e di controllo del comportamento più lunghi: di fatto oggi ciò non esiste anche se si fanno ipotesi affinché ogni Unità sanitaria locale preveda 10-15 posti per questo tipo di degenza terapeutica prolungata. Non c'è che da augurarsi che nessuno parli per questo di riapertura dei manicomî: si tratterebbe di attivare 800 posti letto in tutto il paese, mentre nei manicomî prima della legge 180 si avevano 45.000 degenti.

Comunque questi presidi oggi non esistono.

L'alternativa è dunque, a mio avviso, che gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari rimangano, ma notevolmente modificati - e non solo *esteticamente* - come è oggi Castiglione delle Stiviere rispetto agli altri: una cosmesi forse utile, ma non tale da risolvere il problema.

Da questa ricerca risulta chiaramente che trasformare tutti gli istituti in sei 'Castiglione delle Stiviere' sarebbe soltanto uno spreco di denaro. Questo istituto è affidato alla psichiatria del Servizio sanitario nazionale e ha infermieri civili al posto degli agenti di polizia giudiziaria, ma a parte ciò non si distingue in nulla dagli altri, né per differenziazione della popolazione né per criteri di cura.

Rimane un Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Personalmente, poi, non mi pare che sia qualificante la sola affermazione che qui non ci sono gli agenti di polizia carceraria, come si trattasse di un dato negativo.

Sono convinto che gli agenti stiano per acquisire, e sempre più devono farlo, una dimensione di *operatori del carcere* non solo per fini di custodia, ma quali collaboratori della riabilitazione: non troverei affatto disdicevole che una loro parte dovesse essere formata per svolgere anche compiti sanitari.

Sarebbe assurdo prevedere, per le attuali strutture, la trasformazione tipo Castiglione delle Stiviere e dunque dare la delega al Servizio sanitario nazionale che fa, a costi più elevati, quanto fanno gli altri.

Ciò non chiude il problema della qualità dei servizi che, se sono migliori a Castiglione delle Stiviere, lo possono e lo devono essere anche altrove; ma ciò non ha nulla a che fare con le scelte strategiche e strutturali. Si tratta di dare fondi che permettano di usufruire di ambienti fisici e di personale più preparato e in numero adeguato.

LA TRASFORMAZIONE POSSIBILE

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, dunque, oggi non possono che rimanere operativi, ma in maniera sostanzialmente diversa, indipendentemente da leggi di riforma. È possibile farlo semplicemente attraverso una diversa organizzazione promossa dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, senza bisogno di nuove leggi.

Ci pare insomma che al presente si debbano operare rilevanti trasformazioni non legislative, per le quali è necessario chiarire le esigenze della legge e del procedimento penale, procedendo ad un confronto tra psichiatria e magistratura in tema di pericolosità, di patologia e crimine.

Incontri auspicabili ma al momento inesistenti: tra magistratura e psichiatria non si va infatti al di là di rapporti formalmente corretti, sui quali pesa però una reciproca sfiducia, solo che si pensi allo svolgimento del lavoro peritale e alle motivazioni di ricorso alla perizia da parte del magistrato.

Ecco dunque la proposta che emerge dalla ANATOMIA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI ITALIANI e che riferiamo sinteticamente per punti anche perché vuole rappresentare una proposta aperta alla discussione.

1. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari rimangono attivi come riferimenti previsti dalla procedura giudiziaria.

2. Gli attuali sei Istituti vengono chiusi e si creano strutture enormemente più piccole a distribuzione regionale. In termini teorici gli attuali 1282 degenti vengono divisi in venti strutture di cinquanta soggetti ciascuna. La regionalizzazione ha enormi vantaggi proprio nell'ambito psichiatrico poiché permette una maggiore relazione con le persone (familiari, istituzioni comunitarie, volontariato), utili, anzi indispensabili, a non isolare il soggetto (essendo l'isolamento favorito già dalla semplice distanza). Del resto è un vero assurdo che si regionalizzino gli Istituti penitenziari ordinari, si regionalizzino sanità e psichiatria e rimanga una distribuzione nazionale e casuale per gli ospedali Psichiatrici Giudiziari.

3. Ciascun Ospedale giudiziario regionale (*Ospedale di psichiatria forense*) viene organizzato con il criterio dei primariati, con un responsabile dei medici e uno degli agenti di polizia penitenziaria preparati a svolgere, da soli oppure con personale infermieristico specializzato (psichiatrico), i compiti assistenziali. Si dovrà prevedere un organico secondo le nuove esigenze.

4. Queste strutture devono diventare psichiatriche e mettere il punto di partenza operativa nella diagnosi e dunque nel collegare la pericolosità sempre all'interno della patologia, poiché deve dominare il principio che la pericolosità psichiatrica si risolve solo curando il disturbo psichiatrico di base che la determina o la include come sintomo.

5. Queste strutture favoriranno lo scambio di interessi e di collaborazione con la psichiatria del Sistema Sanitario Nazionale, sia sul piano del trattamento sia su quello dello studio criminologico dei casi.

Siamo convinti che questa proposta non sia insostenibile sul piano degli oneri, solo che si scelga di alienare le aeree degli attuali istituti per usarne il ricavo nelle nuove strutture e lavorare sull'attuale personale da inserire in adeguati percorsi formativi. Un progetto, quindi, che non ha nulla di lunare, ma in grado di rispondere con concreta operatività ad una sfida umana e scientifica che non può più tollerare atteggiamenti elusivi ed omissivi.