

## Cura e controllo. Come cambia la pericolosità sociale psichiatrica

*Treatment and control. How has the concept of psychiatric social danger changed*

R. Catanesi, F. Carabellese,  
I. Grattagliano

Sezione di Criminologia  
e Psichiatria Forense, Dipartimento  
Medicina Interna e Medicina  
Pubblica (DiMIMP), Università  
di Bari, Policlinico Universitario,  
Bari

### Key words

Social danger • Treatment • Control

### Summary

*Some recent Supreme Court judgments have changed the perspectives for the treatment of socially dangerous mental illnesses. Consequently, the public mental health services widened their area of interest. Authors have responded positively to this change. However, they have indicated various problems that could hamper its immediate implementation. We discussed current precautionary measures for socially dangerous pa-*

*tients to prevent crime. We suggest that clinical psychiatrists and forensic psychiatrists should closely cooperate regarding perspectives and limits involving any arrangement for mental illness treatment and social danger. We hence suggest to carry-out modifications regarding the current laws on treatment for socially dangerous mental illnesses, the quality of rehabilitative communities for mentally ill patients, and the specific training of community staff.*

### Introduzione

Cosa è cambiato, nella valutazione della pericolosità sociale psichiatrica, dopo la Sentenza 18/7/03 n. 253 della Corte Costituzionale. Come è noto la Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p. nella parte in cui obbliga il prosciolto per vizio totale di mente al ricovero in OPG laddove è invece possibile, per gli infermi con vizio parziale di mente, adottare "una diversa misura di sicurezza", nei fatti rappresentata dalla libertà vigilata. Questa Sentenza ha aperto scenari trattamentali nuovi, più ampi di quelli finora percorsi per il malato di mente autore di reato ritenuto socialmente pericoloso, certamente più duttili. Per questa ragione è stata positivamente salutata, in ambito psichiatrico-forense <sup>1</sup>, lasciando finalmente intravedere concrete possibilità di evitare il ricorso all'OPG per pazienti che non necessitano di trattamento ospedaliero e di adottare progetti terapeutici personalizzati da includere nella misura di sicurezza della libertà vigilata.

Salutata dunque con soddisfazione la sentenza, a breve seguita dalla n. 367 del 17-29/11/04 che ha esteso il principio anche alla fase cautelare (art. 206 c.p.), è emersa con sempre maggiore chiarezza l'altra faccia della medaglia, ovvero l'aver intimamente saldato – da parte della Corte – trattamento e controllo, cura e pericolosità sociale.

La Corte Costituzionale difatti, nel ricordare che "l'attuale configurazione della misura di sicurezza si muove fra le polarità di trattamento e controllo", ha sottolineato come "i due aspetti sono collegati e non scindibili", di fatto sancendo che le finalità trattamentali del malato di mente autore

### Corrispondenza

prof. R. Catanesi, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Dipartimento Medicina Interna e Medicina Pubblica (DiMIMP), Università di Bari, Policlinico Universitario, piazza G. Cesare, 70124, Bari, Italia • Tel. +39 080 5478347 • Fax 39 0805478248  
• E-mail: r.catanesi@criminologia.uniba.it

di reato debbano concretamente prefigurarsi come adatte a garantire anche contestuale “controllo”. In altri termini la sentenza ha ribadito il legame inscindibile fra istanze di difesa sociale – insite nella connotazione stessa di “sociale pericolosità” – e più ampie opportunità terapeutico-riabilitative che è oggi possibile garantire al malato di mente socialmente pericoloso.

Nelle more di un intervento legislativo che organicamente ristrutturati la materia – che tarda storicamente a giungere nonostante da tempo invocato – la Corte Costituzionale continua a demolire, pezzo a pezzo, il sistema delle misure di sicurezza, aprendo di volta in volta nuovi varchi, finestre attraverso cui gli operatori cercano, affannosamente, di far passare nuove prassi. Quella attuale non è dunque una rivoluzione, ma di certo rappresenta una modifica importante.

È oggi possibile, quale alternativa all’OPG, il ricorso alla misura di sicurezza non detentiva<sup>a</sup> della libertà vigilata. Si tratta di misura disciplinata dall’art. 228 c.p. che prevede come “alla persona in stato di libertà vigilata sono imposte dal giudice prescrizioni idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati” (comma II). Lo stesso articolo ne fissa la durata in non meno di un anno, mentre l’art. 232 c.p. ne condiziona l’attuazione alla concreta possibilità di “affidare” il paziente socialmente pericoloso “a coloro che abbiano obbligo di provvedere alla sua educazione o assistenza, ovvero a istituti di assistenza sociale”. Adattato alle esigenze dell’infermo di mente significa immaginare un progetto terapeutico che divenga parte integrante delle “prescrizioni imposte dal Giudice” e che venga attuato dai servizi in regime di “affidamento”.

Se durante la libertà vigilata il paziente si rivelasse nuovamente pericoloso – violando le prescrizioni, commettendo un reato o presentando elevato rischio di metterlo in atto – si applicherà la misura di sicurezza detentiva psichiatrica del ricovero in Casa di Custodia e Cura (art. 232 c.p., III c.).

Questo, in sintesi, il riferimento normativo.

Uno dei primi motivi di apprezzamento di queste sentenze, come si diceva, è giunto da tutti coloro che, svolgendo attività psichiatrico forense, erano di fatto costretti nelle perizie a formulare giudizi di pericolosità “astratti”, del tutto “ipotetici” e talvol-

ta fumosi, spesso celati dietro generiche espressioni del tipo: “non è socialmente pericoloso a condizione che svolga adeguati trattamenti territoriali” oppure “che venga inserito in una struttura comunitaria riabilitativa”. Pur rappresentando questa prassi un passo in avanti rispetto ai tempi in cui al perito era richiesto un giudizio secco, dicotomico, indipendente dalle terapie praticabili (pericolosità sì/no), restava comunque aleatorio, poiché non c’era alcuna verifica prioritaria sulla fattibilità dell’intervento, che non veniva neppure specificato nella sua essenza. Nulla che lo rendesse concretamente attuativo, nulla neppure che garantisse che il paziente si sarebbe sottoposto a quelle cure, che restavano volontarie e non condizionate.

Dopo le due citate sentenze si apre, di fatto, una nuova stagione, nella quale il perito deve invece formulare ipotesi trattamentali concrete, che debbano naturalmente tener conto – come dice la Corte – della effettiva “presenza sul territorio di efficaci presidi socio-sanitari in grado di assistere il soggetto o di contenere, attraverso la somministrazione di opportune terapie, la pericolosità sociale evidenziatasi al momento del fatto”.

Potremmo dunque dirci giunti alla terza fase di un percorso che, dalla pericolosità intensa come connotazione quasi “naturale” di un individuo, intrinseca ed indipendente dal trattamento è transitata in quella della cosiddetta “pericolosità condizionata” alle cure, per giungere – oggi – ad un progetto terapeutico personalizzato, concreto, specifico, in grado di soddisfare un ambizioso (e rischioso) duplice obiettivo: curare ed evitare la recidiva delittuosa. Un programma indicato dal perito ma “imposto” dall’Autorità Giudiziaria come condizione per beneficiare della libertà vigilata, che per funzionare richiede necessariamente che il paziente “collabori proficuamente” al programma, rispettandone cioè tutte le prescrizioni previste ed aderendo ad esse.

È un apprezzabile cambiamento di rotta rispetto al passato, che va nella direzione di offrire al malato di mente-reo più possibilità terapeutiche ma che contestualmente trasferisce sulle spalle dei servizi, degli psichiatri, nuovi obblighi, impegni ed anche responsabilità.

Che, del resto, negli ultimi anni qualcosa si stesse

<sup>a</sup> Le Misure di sicurezza previste dall’art. 215 c.p. si distinguono in “non detentive” e “detentive”; fra le prime la Libertà Vigilata; fra quelle detentive “psichiatriche” la Casa di Cura e Custodia (per soggetti riconosciuti affetti da vizio parziale di mente ex art. 89 c.p.) e l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (per soggetti prosciolti per vizio totale di mente ex art. 88 c.p.).

muovendo in questa stessa direzione ce lo rammenta il contenuto del Decreto Legge n. 230 del 22 giugno 1999 <sup>b</sup>, quello che sancì il progressivo passaggio al Servizio Sanitario Nazionale dell'assistenza sanitaria intra-carceraria, prima affidata alla esclusiva competenza della Amministrazione Penitenziaria <sup>c</sup>. Da sottolineare che il decreto, solo in questi ultimi tempi in via di attuazione nelle varie realtà del Paese, contiene uno specifico richiamo agli "interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico" (art. 1, comma 2).

In linea con questo passaggio di consegne al SSN si inserisce anche il progetto di riforma degli OPG, che ha visto collaborare di concerto il Ministero della Salute e quello della Giustizia della precedente Legislazione <sup>d</sup>. Il progetto, molto articolato nelle sue tappe attuative e diluito nell'arco di alcuni anni, prevede, in tempi più brevi, per un verso la dimissione degli internati autori di reati minori le cui condizioni cliniche lo consentono e la loro immissione in strutture sanitarie del SSN inserite nel territorio di provenienza e, per altro verso, una più forte connotazione riabilitativa del trattamento per quanti vi rimangono internati; nel medio tempo, l'istituzione di Centri Diagnostici Terapeutici Psichiatrici (CDTP) all'interno degli Istituti di pena, nel numero di almeno 1 per ogni regione, in stretta collaborazione con le ASL territorialmente competenti; nel lungo periodo, il ridimensionamento degli OPG e la loro trasformazione in senso più chiaramente sanitario, in stretta collaborazione col SSN.

Una serie di cambiamenti, dunque, che sembrano voler riportare in toto la responsabilità delle cure del paziente psichiatrico – vuoi detenuto nelle carceri, vuoi internato perché socialmente pericoloso – all'interno della modalità organizzativa ed assistenziale dei Dipartimenti di Salute Mentale <sup>e</sup>. Una sfida, quella della cura del malato di mente autore di reato che, come dimostra una recente

*Consensus Conference* <sup>f</sup>, la Società Italiana di Psichiatria sembra voler accettare. Molte perplessità – e resistenze – solleva invece l'altra richiesta insita nella sentenza della Corte Costituzionale, ovvero tornare a svolgere, in sostanza, una funzione di "controllo sociale". Resistenze che promanano, in parte almeno, dalla oggettiva difficoltà di questo compito, che nel frattempo, è già realtà.

## **Il trattamento territoriale del malato di mente autore di reato**

Si sente spesso sostenere, in ambito psichiatrico, che le modalità trattamentali di un paziente non possano modificarsi in caso di eventuale commissione un reato. È la malattia che detta la scelta dei provvedimenti e le scelte trattamentali.

È vero, ma non del tutto e non sempre. Esistono difatti, a nostro parere, specifiche questioni che segnano la differenza, non solo cliniche. Per almeno tre ordini di motivi: perché diverso è l'inviante, il contesto e la finalità.

### *Inviante*

Non è il paziente, o i familiari, a richiedere un trattamento bensì l'Autorità Giudiziaria, con tutti i "limiti" ed i condizionamenti che questo comporta. Si tratta talvolta di pazienti non conosciuti dai servizi, a questi "affidati" inaspettatamente, quasi imposti, "calati dall'alto" o vissuti come tali. Anche quando conosciuti, poi, quando sono in carico al servizio, vi giungono con invio ben diverso, deciso da "altri", con un programma già scritto che deve essere solo attuato.

È difatti ancor oggi previsto – perché nessuna modifica vi è stata, in tal senso – che sia il perito ad indicare tipo e modalità di esecuzione della misura di sicurezza. Oggi è di comune esperienza che nei quesiti al perito venga espressamente chiesto dai Giudici di indicare se il soggetto "sia socialmente

<sup>b</sup> ... i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali ... Il comma 2 (art. 1) prevede che il SSN assicuri ai detenuti ed agli internati ... livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi ... ed interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale ... ed inoltre che ogni ... Azienda Unità Sanitaria Locale, nel cui ambito è ubicato un istituto penitenziario, adotta un'apposita Carta dei servizi sanitari per i detenuti e gli internati ...

<sup>c</sup> L'ordinamento penitenziario (art. 11, L. n. 354, 26/7/1975) prevede, in ogni istituto di pena, la presenza di un servizio medico e farmaceutico, nonché di uno specialista in psichiatria.

<sup>d</sup> Commissione Interministeriale Giustizia-Salute Gruppo di lavoro per i problemi degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

<sup>e</sup> DPR del 7 aprile 1994 e DPR del 10/11/1999. Progetto Salute Mentale 94-96/99-01.

<sup>f</sup> Consensus Conference: "Percorsi diagnostico-terapeutici per pazienti psichiatrici negli istituti penitenziari: Strategie dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Cliniche Psichiatriche Universitarie", Perugia, 12-13 febbraio 2008.

pericoloso e, in tal caso, quale sia la misura più idonea da adottare”, fornendo indicazioni concrete su luoghi e modalità di intervento. Parte di queste indicazioni fornite dal perito nel suo elaborato vengono quindi assunte dal Giudice e riprese nelle “prescrizioni imposte”<sup>8</sup> senza che, più spesso, le scelte terapeutiche siano state preventivamente concordate con i sanitari dei servizi.

Anche ammesso che la soluzione indicata dal perito sia condivisa dal servizio psichiatrico, sia compatibile con le reali possibilità del territorio o della struttura comunitaria che accoglierà il paziente, sbagliato è il metodo e questo cattivo “inizio” può negativamente influenzare l’intero corso della relazione.

Abbiamo bisogno dunque di costituire nuove prassi, ed è a nostro avviso ineludibile che perito e servizi, in questa prospettiva, interagiscano “prima” che la perizia sia depositata ed assunto il provvedimento del Giudice. Più in generale – come chi scrive sostiene da tempo<sup>2</sup> – è essenziale che psichiatria clinica e forense comprendano di non poter vivere “vite separate”, che un buon livello di collaborazione è premessa ineludibile per un corretto funzionamento di entrambi i sistemi. Su questo torneremo dopo.

Tornando alle prassi è a nostro avviso doveroso per il perito fare il primo passo; è lui che deve analizzare la situazione e proporre soluzioni – sua è anche la responsabilità dell’indicazione finale al Magistrato – ma è anche doveroso che, alla definizione del progetto, egli giunga dopo un attento confronto con il servizio psichiatrico territoriale che concretamente dovrà attuarlo. Tanto, sia nell’eventualità che il DSM abbia già in carico il paziente (nel qual caso le informazioni possedute dai sanitari del DSM saranno per il perito assolutamente indispensabili), sia che non lo conosca. In questi casi sarebbe utile, anzi necessario, che il paziente abbia un colloquio preliminare con gli operatori, anche di quelli della eventuale CT prescelta per il progetto riabilitativo, perché al progetto il periziando deve giungervi consapevolmente e gli operatori in modo convinto.

È importante che l’équipe del CSM trasformi il confronto di idee con il perito in un progetto scritto,

a firma del responsabile del DSM, che contenga con chiarezza obiettivi e proposizioni che il perito farà proprie nell’elaborato scritto, allegandolo e così consentendo – qualora il Giudice ritenga di aderire a questo suggerimento – di renderlo concretamente operativo. Ed è forse opportuno, come già accade in alcune realtà giudiziarie, che sia il Giudice stesso a formulare nel quesito l’invito al perito a contattare i servizi psichiatrici territoriali, qualora ritenga che questi debbano farsi carico del trattamento.

Serve, come si vede, una nuova prassi di invio per evitare reazioni di diffidenza, irritazione ed anche involontaria “espulsione” del paziente, che può essere effettuato nel modo più semplice. Constatando il fallimento dell’iniziativa e segnalandolo al Magistrato competente, con conseguente adozione della misura detentiva del ricovero in OPG.

Un inviante così “impegnativo” comporta poi una serie di obblighi – di informazione periodica ma anche di verifica dell’adesione del paziente alle prescrizioni impostegli, di “vigilanza” – che potrebbero far percepire come eccessivamente burocratizzato il rapporto col paziente, se prima tutto ciò non viene adeguatamente discusso, accettato, condiviso, se viene vissuto come ostacolo anziché come opportunità di cura.

Peraltro è evidente che un simile invio, se non preceduto da corretta comunicazione e da adeguata progettazione, finisce col by-passare anche strategie specifiche del DSM, scelte operative, anche disponibilità di risorse economiche e di personale, con il risultato di probabili fallimenti.

### Contesto

Luogo di cura privilegiato del malato di mente ritenuto socialmente pericoloso – ipotesi tra l’altro prevista anche nel progetto di chiusura degli OPG – riteniamo siano le strutture terapeutico-riabilitative residenziali. È evidente, infatti, che in strutture di questo tipo, più che all’interno del nucleo familiare di origine, sia più spesso consentito coniugare il momento della cura con quello del contenimento.

Naturalmente non è escluso che ad analogo risul-

<sup>8</sup> Art. 228 c.p. Il comma: *Alla persona in libertà vigilata sono imposte dal Giudice prescrizioni idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati.* Art. 190 c.p.p. (norme di attuazione): *Le prescrizioni sono trascritte in una carta precettiva che è consegnata all’interessato con l’obbligo di conservarla ... Copia delle prescrizioni è comunicata agli organi ed alle persone cui è affidata la vigilanza.*

tato possa giungersi – valutate le condizioni cliniche del paziente e le possibilità terapeutiche che il CSM può mettere in campo – anche attraverso un trattamento ambulatoriale. Dipenderà da molti fattori, non ultimo il tipo di delitto commesso, se coinvolge ad es. familiari, vicini o persone appartenenti al contesto stretto del paziente oppure no. Più spesso, tuttavia, accade che la soluzione prescelta sia una struttura residenziale, per ragioni tecniche ma anche perché vissuta da molti – in specie dai Magistrati – come più “rassicurante” nella prospettiva del controllo sociale. Vuoi che la scelta cada sull’inserimento del paziente “giudiziario” in strutture “miste”, che accolgono cioè anche pazienti comuni (oggi l’unica possibile), vuoi nell’ipotesi di strutture “solo” per giudiziari, che attualmente non esistono, resta il fatto che la presenza di questi pazienti modifica gli assetti e le dinamiche comunitarie.

Comunità con originaria organizzazione interna ad esclusiva finalità trattamentale, cui vengono “addossate” anche responsabilità contentive, corrono il rischio di ingenerare problemi non solo agli operatori ma anche agli utenti per la presenza di due “tipologie” così diverse di pazienti, con obblighi diversificati che non rispondono ad esigenze cliniche bensì ad imposizioni dell’Autorità Giudiziaria.

Si pensi, a titolo di esempio, a quanta difficoltà di “gestione” interna, anche nel rapporto fra pazienti, vi possa essere per prescrizioni che ne limitino le possibilità di incontro con i familiari per ragioni legate a contaminazione delittuosa, per imposizione di limiti di uscita o per orari più rigidi da rispettare. A solo titolo di esempio ricordiamo che nella nostra regione, la Puglia, solo il 9,5% dei complessivi 1325 pazienti ospiti nelle strutture residenziali regionali <sup>3</sup>, ha limiti nella libertà di movimento, nel senso che gli è consentito uscire dalla struttura solo se accompagnato da un operatore sanitario.

In definitiva viene a crearsi una sorta di doppia ripartizione del trattamento in unico contesto di cura. Il che non è impossibile o irragionevole, ben inteso, ma richiede riflessioni organizzative, aggiustamenti tecnici, modalità trattamentali adeguate ed un livello di formazione specifico degli operatori delle strutture che, per lo meno attualmente, non sembra essere così diffuso.

Si dovrà probabilmente giungere a selezionare strutture con specifica organizzazione e modalità trattamentale, non orientate esclusivamente ai

“giudiziari” ma in grado di accogliere e gestire pazienti “difficili”, con esigenze trattamentali più impegnative, con personale preparato ad affrontare potenziali problemi di gestione dell’aggressività.

### *Finalità*

Il terzo ordine di motivi, strettamente collegato ai precedenti, riguarda le finalità del progetto terapeutico-riabilitativo. Alla risocializzazione, al reinserimento in famiglia o nel contesto sociale, al riappropriarsi di abilità lavorative e sociali appannate per via della malattia, alla valorizzazione delle risorse adattative residue del paziente deve aggiungersi il contenimento del rischio di recidiva delittuosa.

Per il paziente “comune” le finalità trattamentali e riabilitative riflettono in definitiva unicamente il principio di beneficenza individuale <sup>4</sup>, mentre in quello “giudiziario” la salute tutelata è anche quella collettiva e, dunque, le misure prescelte devono essere orientate a prevenire anche la recidiva criminale <sup>5</sup>. Solo temperando questi aspetti – trattamento e controllo – è possibile, infatti, attribuire significato trattamentale alla misura di sicurezza, offrire all’infermo di mente socialmente pericoloso una opportunità terapeutica-riabilitativa alternativa all’OPG. Può apparire aberrante nella prospettiva di una sorta di prevenzione “sanitaria” del delitto; appare molto più ragionevole se il razionale risponde all’idea che, ad un migliore assetto psicopatologico, conseguente ad un progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato, possa conseguire un beneficio nel comportamento del paziente, una riduzione del rischio di gesti violenti e, come ricaduta ultima, anche un contenimento della sociale pericolosità.

Tuttavia perché ciò sia possibile – e non sempre è possibile – è necessario in primo luogo che il delitto sia realmente ascrivibile al disturbo mentale, sia cioè “sintomo” della malattia. Talvolta lo è, in altri casi lo è solo in parte. Limitate sono dunque in partenza le possibilità di poter incidere concretamente su questa aspettativa.

È necessario poi che gli “esperti” sappiano identificare correttamente i fattori di rischio, quelli che possono agire da innesco o rinforzo del disturbo, da elemento di disquilibrio per comprendere se, ed in quale misura, sia possibile agire su di essi per “contenere” i rischi di comportamento violento.

Cuore del problema è, in sostanza, il legame esistente tra trattamento e controllo terapeutico del

comportamento violento; solo una approfondita conoscenza di questo legame consente difatti da un lato una analisi critica sulle concrete possibilità di avanzare affidabili giudizi prognostici e, dall'altro, di prospettare progettualità terapeutiche in grado di fronteggiare la richiesta. Cuore del problema è, in definitiva, una maggiore consapevolezza scientifica sul tema.

### Dal "lancio della moneta" alla pericolosità *evidence-based*

Negli anni '80, quando le critiche alla pericolosità sociale erano particolarmente serrate, era spesso citata una affermazione di Ennis e Litwack, i quali sostenevano "che quando uno psichiatra si accinge a formulare un giudizio di pericolosità abbia le stesse probabilità di successo di una persona che si affidi al lancio di una moneta per prendere una decisione" <sup>6</sup>.

Se così fosse, ancor oggi, l'intero impianto di cui stiamo discutendo andrebbe semplicemente rifiutato, reinviato al mittente.

Non crediamo, tuttavia, che così sia. Le difficoltà restano, ben inteso, ed i giudizi in taluni casi appaiono davvero proibitivi. Ma riteniamo che la questione possa e debba essere affrontata senza pregiudizi, limitandoci – come per qualsiasi altra questione clinica – ad analizzare con attenzione le emergenze di letteratura, le ricerche che abbiano indagato sulla possibilità di formulare un parere prognostico scientificamente orientato per desumere – laddove possibile – il livello di affidabilità scientifica di simili pareri.

Sullo studio dei fattori di rischio di comportamento violento esiste d'altronde ampia letteratura, per lo più non italiana. Iniziamo col dire che da tempo numerose indagini sembrano confermare un incremento, ancorché modesto, del rischio di comportamento violento in pazienti affetti da grave patologia di mente <sup>7-11</sup>, evidenze confermate anche da ricerche più recenti <sup>12-16</sup>.

Di volta in volta sono stati identificati svariati fattori di rischio che, variamente combinati fra loro, sono in grado di elevare sensibilmente la probabilità di commissione di nuovi atti violenti. Fra i più significativi: essere maschi <sup>16</sup>, schizofrenici <sup>17-20</sup> o affetti comunque da quadri psicotici gravi <sup>21</sup>, con una lunga storia clinica alle spalle <sup>8</sup>. Altra variabile su cui vi sono confluenti evidenze scientifiche attiene numero e frequenza di ricoveri ospedalie-

ri, nel senso che all'aumentare del loro numero e della loro durata aumenta proporzionalmente il rischio di comportamenti violenti <sup>22 23</sup>. È dato che clinicamente non meraviglia, costituendo indirettamente indicatore di gravità e di scarsa compliance al trattamento.

Ulteriore fattore correlato significativamente al rischio di comportamento violento è la scarsa adesione al trattamento <sup>24 25</sup>, specie se associata ad abuso di sostanze <sup>26-28</sup>; questi due fattori costituiscono, se contestualmente presenti, secondo alcuni autori <sup>29</sup> sicuri predittori di comportamento violento. L'abuso di sostanze costituisce in realtà di per sé elevato fattore di rischio di comportamento violento <sup>30</sup>; quando poi si associa a malattia mentale – e da tempo vi sono evidenze di una significativa correlazione fra le due variabili cliniche <sup>30</sup> – tale rischio diviene ancora più elevato, dato su cui vi è ampia convergenza in letteratura <sup>31 32</sup>. In proposito Mullen <sup>13 33-37</sup>, alla luce dei dati di letteratura, afferma che i meccanismi attraverso cui l'abuso di sostanze influisce sulla messa in atto di comportamenti violenti nei malati di mente sono sintetizzabili in tre diverse tipologie, anche coesistenti fra loro: diretto (l'abuso della sostanza induce il comportamento violento); indiretto (l'abuso di sostanze riduce l'efficacia del trattamento del disturbo mentale, esacerbandone i sintomi e/o accentuandone la non compliance); fattori di personalità comuni (fra quanti sono affetti da disturbo mentale vi sarebbe un'associazione non casuale fra comportamento violento ed abuso di sostanze, il che induce a ritenere che possa esservi una base strutturale comune nelle due variabili).

Non stimiamo di certo esauriente questa disamina – non era questo il nostro obiettivo – ma è un esempio della possibilità oggi esistente di poter formulare dei pareri di sociale pericolosità scientificamente orientati, anche se non in tutti i casi in modo statisticamente probante.

Una cosa è tuttavia prevedere con sufficiente affidabilità scientifica un comportamento violento – a nostro avviso possibile – altro è prevenirlo. Una cosa è identificare fattori di rischio – grazie alle evidenze di letteratura – altro è sapere come fare per neutralizzarli.

Agire terapeuticamente sui fattori di rischio non sempre è possibile, non sempre – quando possibile – si ottengono apprezzabili effetti. Nella prospettiva giudiziaria si intravede tuttavia quasi un "obbligo di risultato", invece che "di mezzi", per-

ché la richiesta – esplicita e inequivoca – è evitare la recidiva. Il che, come è facile immaginare, cambia la prospettiva attraverso cui l'intero percorso trattamentale può essere osservato, sino al rischio di stravolgerla del tutto.

Di certo può dirsi che di fronte a queste nuove richieste tanto i periti, quanto gli operatori dei servizi psichiatrici, nel prospettarsi possibili scenari trattamentali alternativi all'OPG dovrebbero non solo essere in grado di individuare i fattori di rischio correlati al quadro psicopatologico diagnosticato, ma anche tracciare concrete possibilità di intervento terapeutico, ben sapendo che questi pazienti sono gravati da una duplice richiesta: avere il miglior sistema possibile di trattamento/riabilitazione e fare in modo che questo trattamento "controlli", quanto meno riduca il rischio di recidiva criminale.

Posto che a volte tutto ciò non è possibile, sarà bene mantenere, su questo aspetto, sana aderenza al reale e prospettare al Magistrato con chiarezza i limiti dell'intervento. È la parte più fragile dell'intera procedura, quella che risente a nostro avviso maggiormente dell'indeterminatezza della attuale cornice normativa, con rischi di entrambe le polarità: negazione pregiudiziale della pericolosità (assunzione di eccessive quote di rischio con ampi margini di responsabilità professionale) oppure sua enfaticizzazione per nascondere inadeguatezze soggettive o strutturali.

Nei casi in cui invece si stimi possibile l'intervento è evidente che i servizi psichiatrici territoriali accettino di farsi carico di problematiche – a cominciare da quelle del "controllo" – che ad oggi non sembrano rientrare all'interno del loro armamentario tecnico, del loro abituale stile di lavoro. Il che evidentemente impone un "ripensamento" nell'approccio terapeutico di questi pazienti<sup>438</sup>.

In definitiva, come sostiene Mullen<sup>38</sup>, transitare dall'accertamento del rischio – identificazione dei sottogruppi di malati di mente e dei contesti in cui il comportamento violento è più frequente<sup>39</sup> – alla gestione del rischio, ovvero all'individuazione dei fattori di rischio di comportamento violento associati alla malattia mentale ed al loro adeguato trattamento, impone ripensamenti organizzativi e trattamentali, difficili da attuare nel nostro sistema, se non si pensa organicamente come affrontarlo. Esperienze specifiche maturate negli USA, ma in contesti diversi dal nostro e con un sistema di regolamentazione ben preciso ed organico, suppor-

tano peraltro l'ipotesi che la gestione del rischio possa avere possibilità di successo. Nonostante infatti i problemi sollevati, svariati studi<sup>39 40 41</sup> condotti su soggetti inseriti in programmi comunitari disposti dalle *Mental Health Courts* americane<sup>38</sup><sup>42</sup> dicono che l'obiettivo di ridurre la messa in atto di comportamenti violenti nel malato di mente autore di reato, attraverso interventi mirati, è un traguardo raggiungibile<sup>43</sup> purché si mettano in campo trattamenti specifici<sup>3 4 38 39 43-45</sup>, con ampi spazi di collaborazione fra i diversi servizi coinvolti<sup>4 37 43</sup>.

### Qualche riflessione conclusiva

Le sentenze della Corte Costituzionale 253/03 e 367/04 hanno abbattuto una parte del muro che separava un certo numero di pazienti psichiatrici, internati in OPG, dalla possibilità di usufruire di diverso – e più efficace – trattamento terapeutico. Le Sentenze lasciano tuttavia aperte una serie di questioni che rendono, nei fatti, nella prassi quotidiana, molto problematico operare. I problemi si collocano, a nostro parere, su tre differenti livelli, intimamente connessi fra loro, legati a inadeguatezza:

- delle norme vigenti;
- delle strutture;
- della formazione del personale.

Per quanto riguarda il primo punto, come spesso ci ricordano gli stessi Magistrati nelle udienze in cui si discute di questi temi, la libertà vigilata non è stata immaginata specificatamente per questa tipologia di pazienti; le prescrizioni devono essere "adattate", non senza sforzo, alle esigenze terapeutico-trattamentali di cui si è detto. Ancor oggi, poi, non sempre è chiara l'Autorità Giudiziaria che ha competenza esclusiva e specifica sul paziente (in relazione al momento di applicazione delle misure) come pure ombre restano sui doveri di verifica delle prescrizioni stesse. Non mancano ambiguità di fondo nelle strutture di cura cui viene affidato il malato, "confusi" sono ancora i problemi legati ai costi economici, anche se la recente attribuzione della competenza esclusiva alle ASL della cura dei detenuti è destinata progressivamente a sciogliere questo nodo.

Trattandosi poi di misura che nasce solo come "giudiziaria" manca delle indispensabili norme di raccordo con il sistema sanitario che, in sostanza, la "subisce". Se la direzione intrapresa con queste

sentenze appare dunque quella più giusta, la strada appare solo “accennata”, meritando invece – per l’importanza ma anche per i profili di responsabilità che solleva – una chiara regolamentazione, per evitare consueti “balletti” interpretativi, disparità di scelte e penalizzazioni trattamentali locali.

In Italia una ipotesi organizzativa trattamentale degli autori di reato infermi di mente era stata proposta, e presentata in forma di disegno di legge, dalla Regione Emilia Romagna<sup>h</sup>; si trattava di proposta con molti buoni punti – il primo dei quali era il rappresentare un lavoro congiunto di giuristi e psichiatri – ma che non è mai giunta neppure alla discussione. Può costituire un buon punto di partenza, ma di certo sarà bene prendere in considerazione non solo ipotesi ma anche esperienze già maturate in altri paesi, perché in questo modo è possibile non solo discutere di “buone intenzioni” bensì degli effetti prodotti, specie se le esperienze provengono da paesi, come gli USA, ove l’abitudine a “misurare” gli effetti è la regola.

Abbiamo poc’anzi accennato all’esperienza delle *Mental Health Courts* americane; si tratta di Corti statali o di contea, di recente istituzione ed ancora non diffuse sull’intero territorio federale, formate da giudici togati ed esperti del settore (psichiatri, psicologici, educatori, assistenti sociali, ecc.) con ampia discrezionalità decisionale ma esclusiva competenza sulle necessità trattamentali dei malati di mente autori di reato nelle fasi che precedono una eventuale carcerazione, durante la detenzione ed anche nella post-carcerazione. Le Corti dispongono di team del Ministero di Giustizia per la realizzazione di progetti, ma allo stesso tempo possono avvalersi di competenze e di prestazioni che fanno capo al sistema sanitario statale ed alle diverse agenzie socio-assistenziali del territorio, coordinate a rete dalle Corti stesse. In sostanza le Corti, con l’ausilio di tecnici, mettono a punto progetti trattamentali alternativi al percorso giudiziario/detentivo e sono dotate di mezzi differenti per rinforzare l’adesione al trattamento e prevenire le recidive violente, sino a giungere a provvedimenti coatti. Tendono comunque a privilegiare progetti trattamentali comunitari (*outpatient commitment*) a cui i diretti interessati accedono previo consenso, valutato con scale appositamente tarate<sup>46</sup>.

I programmi previsti utilizzano sia strumenti di natura squisitamente clinica e terapeutica (trattamenti ospedalieri e comunitari) che sociale: elargizione di sussidi economici, concessione di una abitazione o altro genere di benefit alla famiglia. Anche questi ultimi, va detto, si sono dimostrati efficaci per rinforzare la continuità nell’adesione ai programmi stabiliti e dimostrano, a nostro parere, quanto stretta debba essere la collaborazione dei servizi socio-sanitari.

È previsto peraltro che, se le prescrizioni sono disattese, i benefici vengano perduti e si transiti automaticamente verso forme trattamentali più coercitive, per lo più ospedaliere. Tutto questo nella convinzione che senza leve che motivino i pazienti – soprattutto quelli più gravi – vi è ridotta adesione al trattamento, specie per quelli comunitari<sup>47</sup>.

Non è detto che debba essere questa la strada da percorrere – anche se appare interessante – ma di certo non è pensabile che il nostro sistema possa adeguatamente funzionare senza interventi legislativi che lo regolamentino.

Strettamente connessa al “come” agire si pone la questione del “dove” trattare questi pazienti, ovvero sulla specifica adeguatezza delle strutture chiamate ad ospitarli, delle modalità organizzative e dei progetti trattamentali, in specie se il superamento degli OPG divenisse concreto ed i servizi fossero chiamati a rispondere ai bisogni di una così difficile utenza.

Le strutture riabilitative non sono state pensate, difatti, per accogliere pazienti socialmente pericolosi a cui assicurare, oltre alle terapie – farmacologiche e non – anche adeguato controllo; l’obiettivo primario intorno a cui sono solitamente costruiti i progetti sono l’autonomia del paziente ed il suo reinserimento sociale, non il suo “contenimento”. La maggior parte delle strutture non prevede, ad esempio, regole sugli orari di entrata ed uscita, divieti di incontro, obblighi di informazione all’Autorità Giudiziaria, ecc. Dunque, attualmente si crea di fatto una ripartizione fra diverse tipologie di pazienti (a volte anti-terapeutica), che andrà di certo ripensata, anche sul piano organizzativo.

C’è da chiedersi, infine, quali debbano essere i requisiti “minimi” per l’accreditamento di strutture che debbano accogliere pazienti “giudiziari”, così

<sup>h</sup> Proposta di legge pubblicata sul B.U.R. Regione Emilia Romagna 20/1/1997, n. 166



come si impone un ripensamento sulla preparazione del personale che vi dovrà operare. Ad oggi, difatti, solo il personale che lavora negli OPG sembra disporre di specifiche competenze a riguardo. Gestire pazienti con comportamento violento richiede infatti formazione adeguata, conoscenza approfondita delle modalità di interazione, dei rischi e di come fare a neutralizzarli, competenze che non possono essere improvvisate. È sufficiente trarre esempi dalla propria esperienza personale per comprendere che quello del controllo di qualità sul personale che opera all'interno delle strutture comunitarie accreditate sia un problema non secondario.

Gli stessi psichiatri, d'altra parte, sentono che il tema della preparazione scientifica nella gestione della violenza dei pazienti sia questione rispetto alla quale non sempre si è sufficientemente preparati. Come i risultati di una indagine nazionale da noi effettuata alcuni anni fa dimostrano<sup>48</sup>, gran parte degli psichiatri si sente inadeguata rispetto a questo problema ma anche desiderosa di formazione in merito. Quanto la formazione conti, sul risultato finale, sono sempre le ricerche a segnalarlo<sup>40 43</sup>, rammentando come la specificità della formazione degli operatori coinvolti contribuisca in maniera essenziale alla riuscita dei programmi comunitari degli autori di reato con disturbi psichici.

Queste, in sintesi, le questioni sul tappeto.

Rispondere alle indicazioni delle Sentenze della Corte Costituzionale è, in definitiva, a nostro avviso possibile; evidenze scientifiche supportano l'ipotesi che, alla sociale pericolosità, si possa guardare anche in termini di risposta trattamentale individuale, oltre che di contenimento del rischio di recidiva violenta, attraverso soluzioni concrete, da attuarsi anche al di fuori delle istituzioni totali. Non per tutti gli autori di reato affetti da grave patologia di mente – per una residua minoranza strutture alternative all'OPG, ma dall'impianto fortemente "contentivo", saranno indispensabili – ma certamente per molti.

È egualmente evidente, tuttavia, che allo stato attuale vi sono limiti che riducono considerevolmente le possibilità di successo.

Quella intrapresa è comunque strada praticabile, che bisogna avere il coraggio di percorrere sgombrando il campo da ogni pregiudiziale ideologica, in un cammino orientato dalle evidenze scientifiche a disposizione; non riteniamo peraltro possibi-

le un vero cambiamento senza interventi normativi che regolamentino simili procedure, che integrino i piani di lavoro garantendo efficace collaborazione fra le diverse agenzie coinvolte nel trattamento, eventualmente coordinate dall'Autorità Giudiziarla.

È tempo, infine, di una vera integrazione fra psichiatria clinica e forense, da troppo tempo diffidenti l'una dell'altra, "gelose" del proprio campo, gestito in totale disinteresse dei bisogni e delle necessità altrui. È forse giunto il momento di integrare anche queste competenze nei DSM, perché le risposte siano veramente efficaci.

Di certo i fatti dicono che non si può più fare clinica senza intrecciare piani di lavoro forensi e che nessuno psichiatra forense può ignorare esigenze e bisogni clinici. L'integrazione è già nei fatti.

Non resta che prenderne atto.

## Bibliografia

- 1 Luberto S. *La valutazione peritale della sociale pericolosità ed il trattamento dell'autore di reato infermo alla luce delle sentenze 253 e 367 della Corte Costituzionale*. *Rass It Criminologia* 2007;1:241.
- 2 Catanesi R, Carabellese F. *L'accertamento peritale fra esigenze di cura e pericolosità sociale*. *Rass It Criminologia* 2005;3-4:413-34.
- 3 Semisa D, Picoco F, De Palma M, Ferraro S, Lerario AM, Canuso G, et al. *Valutazione della qualità della vita nelle residenze psichiatriche in Puglia, Fase I e Fase II*. *Tutto Sanità* 2004;74:37-40 e 2006;82:32-7.
- 4 Gunn J. *Future directions for treatment in forensic psychiatry*. *Br J Psychiatry* 2000;176:332-8.
- 5 Appelbaum P. *A theory of ethics for forensic psychiatry*. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997;25:233-47.
- 6 Ennis BJ, Litwack TR. *Psychiatry and the presumption of expertise. Flipping coins in the Courtroom*. *California Law Review* 1974;62:693-752.
- 7 Lindqvist P, Allebeck P. *Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm*. *Br J Psychiatry* 1990;157:345-50.
- 8 Torrey E. *Violent behaviour by individuals with serious mental illness*. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:653-62.
- 9 Link B, Stueve A. *Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behaviour*. *Epidemiol Rev* 1995;17:172-81.
- 10 Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. *Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort*. *Arch Gen Psychiatry* 1996;52:489-96.

- <sup>11</sup> Marzuk P. *Violence, crime and mental illness: how strong a link?* Arch Gen Psychiatry 1996;53:481-6.
- <sup>12</sup> Lamb H, Weimberger L. *Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review.* Psychiatr Serv 1998;49:483-92.
- <sup>13</sup> Soliman A, Reza H. *Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients.* Psychiatr Serv 2001;52:75-80.
- <sup>14</sup> Stuart H, Arboleda Florez J. *A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness.* Psychiatr Serv 2001;52:654-59.
- <sup>15</sup> Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner HR, Goodman LA, et al. *The social environmental context of violent behaviour in persons treated for severe mental illness.* Am J Public Health 2002;92:1523-31.
- <sup>16</sup> Kaliski SZ. *A comparison of risk factors for habitual violence in pre-trial subjects.* Acta Psychiatr Scand 2002;106(Suppl.412):58-61.
- <sup>17</sup> Taylor P, Gunn J. *Violence and psychosis: the risk of violence among psychotic men.* Br Med J 1984;288:1945-49.
- <sup>18</sup> Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. *Schizophrenia and homicidal behaviour.* Schizop Bull 1996;22:83-9.
- <sup>19</sup> Wessely S. *The epidemiology of crime, violence and schizophrenia.* Br J Psychiatry 1997;170:8-11.
- <sup>20</sup> Walsh E, Buchanan A, Fahy T. *Violence and schizophrenia: examining the evidence.* Br J Psychiatry 2002;180:490-5.
- <sup>21</sup> Junginger J. *Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience.* Schizop Bull 1996;22:91-103.
- <sup>22</sup> Steadman H, Mulvey E, Monahan J. *Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods.* Arch Gen Psychiatry 1998;55:393-401.
- <sup>23</sup> Brennan P, Mednick S, Hodgins S. *Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort.* Arch Gen Psychiatry 2000;57:494-500.
- <sup>24</sup> Monahan J. *Clinical and actuarial predictions of violence.* In: Faigman D, Kaye D, Saxe M, editors. *Modern scientific evidence: the law and science of expert testimony.* New York: West 1997.
- <sup>25</sup> Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E, et al. *Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk.* Br J Psychiatry 2000;176:312-9.
- <sup>26</sup> Swanson J, Estroff S, Swartz M, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, et al. *Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity and lack of treatment.* Psychiatry 1997;60:1-22.
- <sup>27</sup> Swartz M, Swanson J, Hiday V. *Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication.* Am J Psychiatry 1998;155:226-31.
- <sup>28</sup> Monahan J, Steadman H, Silver E. *Rethinking risk assessment: the MacArthur Study of Mental Disorder and Violence.* Oxford: Oxford University Press 2000.
- <sup>29</sup> Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner R, Burns BJ, et al. *Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication non-compliance in violence among severely mentally ill individuals.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33(Suppl.1):75-80.
- <sup>30</sup> Bennett T, Holloway K, Farrington D. *The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis.* Aggr Viol Behavior 2008;13:107-18.
- <sup>31</sup> Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK. *Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys.* Hosp Community Psychiatry 1990;41:761-70.
- <sup>32</sup> Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R, et al. *Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1993;242:362-72.
- <sup>33</sup> Lindqvist P. *Criminal homicide in northern Sweden, 1970-81: alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease.* Int J Law Psychiatry 1986;8:19-37.
- <sup>34</sup> Fulwiler C, Grossman H, Forbes C, Ruthazer R. *Early-onset substance abuse and community violence by outpatients with chronic mental illness.* Psychiatr Serv 1997;48:1181-5.
- <sup>35</sup> Rasanen P, Tiihonen J, Isohanni M. *Schizophrenia, alcohol abuse and violent behaviour: a 26-year follow-up study of an unselected birth cohort.* Schizop Bull 1998;24:437-41.
- <sup>36</sup> Soyka M. *Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour.* Br J Psychiatry 2000;176:345-50.
- <sup>37</sup> Boles S, Johnson P. *Violence among comorbid and noncomorbid severely mentally ill adults: a pilot study.* Subst Abuse 2001;22:167-73.
- <sup>38</sup> Mullen P. *Forensic mental health.* Br J Psychiatry 2000;176:307-11.
- <sup>39</sup> Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ. *Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness.* Br J Psychiatry 2000;176:324-31.
- <sup>40</sup> Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. *Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Finding from a*

- randomized trial in severely mentally ill individuals.* Am J Psychiatry 1999;156:1968-75.
- <sup>41</sup> Swartz M, Swanson J, Hiday V. *Randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina.* Psychiatr Serv 2001;52:325-9.
- <sup>42</sup> Monahan J, Bonnie RJ, Appelbaum PS, Hyde PS, Steadman HJ, Swartz MS. *Mandated community treatment: beyond outpatient commitment.* Psychiatr Serv 2001;52:1198-205.
- <sup>43</sup> Lindqvist P, Skipworth J. *Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry.* Br J Psychiatry 2000;176:320-3.
- <sup>44</sup> Lamberti J, Weisman R, Faden D. *Forensic assertive community treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness.* Psychiatr Serv 2004;55:1285-93.
- <sup>45</sup> Douglas K, Skeem J. *Violence risk assessment: getting specific about being dynamic.* Psychology Public Policy and Law 2005;11:347-83.
- <sup>46</sup> Grisso T, Appelbaum P. *The MacArthur treatment competence study: ill, abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatment.* Law Hum Behav 1995;19:149-74.
- <sup>47</sup> Torrey E, Zdanowicz M. *Outpatient commitment: what, why, and for whom.* Psychiatr Serv 2001;52:337-41.
- <sup>48</sup> Catanesi R, Carabellese F, Valerio A, Candelli C. *Malattia mentale e comportamento violento: la percezione degli psichiatri italiani.* Quaderni Italiani di Psichiatria 2004;23:117-24.