



Verso un OPG diverso o migliore?

**ricerca-intervento
sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari
e sui bisogni formativi degli operatori**

Formazione

Ricerca

Valutazione

Esperienze

Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione
Penitenziaria



Quaderni ISSP

Numero 2

Verso un OPG diverso o migliore?

**ricerca-intervento
sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari
e sui bisogni formativi degli operatori**

Istituto Superiore di Studi Penitenziari

INDICE

Ringraziamenti	4
Premessa	5
Capitolo I	
Uno sguardo d'insieme sugli OPG	9
Capitolo II	
Analisi dei dati dell'indagine sui fabbisogni formativi del personale	23
Capitolo III	
Linee guida per la formazione del personale operante negli OPG	45
Capitolo IV	
Contributi di riflessione dal gruppo di lavoro:	
Verso quale OPG?	48
Diritto alla cura ed ospedali psichiatrici giudiziari.	
La carta dei servizi	53
Il miglioramento del modello organizzativo	64
La formazione delle risorse umane. Tematiche di interesse.....	67
Capitolo V	
Contributi di esperti del settore:	
L'Ospedale psichiatrico giudiziario.	
Problematiche e prospettive	71
Le prospettive di riforma legislativa in tema di imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza	82
Capitolo VI	
I progetti formativi del dopo REVAN in corso negli OPG	
Schede riassuntive.....	109

Ringraziamenti

Il progetto *REVAN* è stato promosso e realizzato dall'Istituto Superiore di Studi Penitenziari diretto dalla dr.ssa *Luigia Mariotti Culla*, Dirigente Generale dell'Amministrazione penitenziaria.

Coordinatore del *Gruppo di Lavoro*:

- dott. *Sebastiano Zinna*, Primo Dirigente responsabile dell'ufficio II formazione decentrata e interprofessionale dell'ISSP

Al *Gruppo di Lavoro*, costituito presso l'ISSP, hanno partecipato:

- *Paola Gubbiotti* Direttore coordinatore di area pedagogica presso l'Ufficio della Formazione del DAP -
- *Carla Ciavarella* Direttore Coordinatore di Istituto Penitenziario presso il DAP
- *Pasquale Napolitano* Direttore di area pedagogica presso l'ISSP
- *Adolfo Ferraro* Direttore OPG di Aversa
- *Franco Scarpa* Direttore OPG di Montelupo Fiorentino
- *Valeria Calevro* Direttore OPG di Reggio Emilia
- *Rosalia Nunziantie* Direttore OPG di Barcellona Pozzo di Gotto
- *Salvatore De Feo* Direttore OPG di Napoli
- *Antonino Calogero* Direttore OPG di Castiglione delle Stiviere

Hanno collaborato inoltre:

La dr.ssa *Luciana D'Ambrosio Marra* che ha curato l'approfondimento sul campo della ricerca nella realizzazione dei focus group

- *Mario Amato* per l'elaborazione dei dati informatici
- *Gaetano Bruni* per l'elaborazione dei dati informatici
- *F. Angelo Vacca* per la correzione e la revisione dei testi

I contenuti riportati nel testo sono stati curati da:

- *Sebastiano Zinna*. Capitolo I
- *Paola Gubbiotti e Carla Ciavarella*. Capitolo II
- Gruppo di Lavoro Capitoli III e IV
- *Giancarlo Nivoli, Liliana Loretto, Paolo Milia, Alessandra Nivoli* Capitolo V A
- *Alberto Manacorda**. Capitolo V B

Si ringraziano in particolare tutti gli operatori penitenziari degli OPG coinvolti nell'attività di focus group.

* Il prof. *Manacorda* ha partecipato all'attività del progetto mettendo a disposizione il presente contributo con la ricchezza della sua professionalità. La sua inaspettata scomparsa ha colpito quanti hanno avuto modo di apprezzare, oltre al valore scientifico e professionale, la sua umanità.

Premessa

Il progetto REVAN (**R**innovare **E**sperienze **V**alorizzando **A**ttività **N**egate) prende avvio dalle riflessioni scaturite durante il convegno realizzato presso l'ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) di Aversa il 12 e 13 ottobre 2001 sul tema "polizia penitenziaria ed ospedale psichiatrico giudiziario" nell'ambito del quale il personale chiedeva all'Amministrazione di ricevere una particolare attenzione per la tipicità del lavoro svolto e per la sua estrema delicatezza. Gli operatori segnalavano in particolare la complessità di conciliare l'azione terapeutica e riabilitativa nei confronti della malattia mentale con quella più specificamente indirizzata al contenimento della pericolosità sociale.

La unicità di un simile contesto e la sua mission istituzionale caratterizzata dalla presa in carico delle più profonde condizioni di sofferenza umana (malattia/reato/ privazione della libertà) richiede non solo attenzione costante, ma anche strumenti di analisi e di intervento raffinati e duttili ed un diretto coinvolgimento degli stessi operatori nel configurare percorsi di supporto e sviluppo professionale.

L'ospedale psichiatrico giudiziario, pur essendo realtà "forte" dal punto di vista dell'impatto sociale e dell'immaginario collettivo perché cura e custodisce alcuni tra gli autori dei reati più eclatanti, di fatto costituisce una entità di piccole dimensioni nel grande sistema penitenziario e per questo, spesso, si trova ad essere relegata in un circuito specialistico e chiuso.

Tranne i direttori che sono psichiatri, tutti gli altri operatori di ruolo sono specifici nel senso che appartengono agli stessi ruoli e qualifiche del penitenziario e le assunzioni non seguono ancora procedure differenziate né vengono chiesti titoli particolari o specifici.

L'impatto emotivo con la struttura e con gli internati è molto elevato, le competenze da mettere in campo sono di natura completamente diversa da quelle occorrenti per il normale circuito penitenziario, le contraddizioni, nel quotidiano, si fanno stridenti, difficili da ricomporre e da ricondurre entro una idea di ruolo e di identità professionale che si deve continuamente ri-definire.

Maturano però in questo contesto conoscenze, sensibilità, esperienze talmente significative e pregnanti che costituiscono un know how unico di interesse anche per altri ambiti non solo penitenziari.

L'Istituto Superiore di Studi penitenziari raccoglie questo richiamo ed apre uno spazio di ricerca, studio e sperimentazione dedicato al contesto operativo degli ospedali psichiatrici giudiziari in continuità con precedenti esperienze realizzate dall'Amministrazione ed avvalendosi di una consolidata collaborazione con i responsabili delle strutture.

Si tratta di un laboratorio aperto e disponibile a farsi carico delle esigenze professionali, formative, di ricerca, di costruzione di reti e di collaborazioni con il mondo scientifico che si fonda sulla capacità di animazione e promozione dei diretti interessati chiamati a svolgere il ruolo di protagonisti e non di destinatari passivi di iniziative pensate altrove e per loro conto.

Linee di intervento

D'intesa con i direttori degli ospedali psichiatrici giudiziari sono stati messi a fuoco alcuni degli obiettivi che un lavoro così impostato poteva concretamente perseguire.

Partendo dalla considerazione che nonostante il notevole impegno messo in campo dai responsabili delle strutture e dai responsabili delle aree operative che, negli ultimi anni, hanno trasformato gli ex manicomi criminali in luoghi indubbiamente più rispettosi della dignità della persona e dove l'esercizio del diritto alla cura non è più solo una raccomandazione di principio, resta forte e condivisa la sensazione di inadeguatezza di un sistema che deve temperare la esigenza di custodia e quella terapeutica.

Spesso il mondo politico ed istituzionale ha mostrato sensibilità al problema raccogliendo anche istanze di modifica normativa per rendere più moderna ed adeguata l'identità stessa degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Questo percorso ha conosciuto momenti di accelerazione e lunghe fasi di stallo e pertanto è stata condivisa, per questo progetto, una prospettiva estremamente pragmatica che, in attesa degli interventi sul sistema, mettesse comunque in moto le istanze di miglioramento possibili.

Sono state quindi individuate delle linee di intervento di carattere generale intorno alle quali poi, gradualmente, costruire delle specifiche azioni.

Macroobiettivi

- Identificare i bisogni del contesto dell'ospedale psichiatrico giudiziario secondo un approccio globale che tenga conto degli aspetti **organizzativi, gestionali, formativi**.
- Pervenire ad un progetto di formazione permanente per il personale ed al

suo inserimento nel piano annuale della formazione dell'Amministrazione penitenziaria

- Mettere in rete le esperienze e le problematiche per favorire lo scambio di esperienze, di prassi, di saperi, nella logica della comunità di prassi.
- Pervenire alla definizione di modelli operativi comuni e condivisi adeguati alla specificità del contesto e definire linee guida comuni soprattutto per ciò che concerne gli aspetti terapeutici/trattamentali
- Collegare gli ospedali psichiatrici con il mondo accademico e scientifico per stimolare le attività di studio e ricerca scientifica soprattutto per ciò che concerne gli aspetti riabilitativi, trattamentali e criminologici.
- Favorire un confronto con realtà estere similari.

Metodologia

E' stato istituito un gruppo di lavoro centrale con funzioni di coordinamento integrato dai direttori degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Il lavoro è stato strutturato secondo un approccio working in progress cercando di recepire e cogliere le esigenze e le priorità che man mano emergevano utilizzando una prospettiva che integrasse le diverse prospettive (organizzative, gestionali, formative...). Si è configurato un percorso di ricerca/intervento frequentemente ridefinito in relazione alle risorse, ai bisogni emersi, ai limiti imposti dalla sovrapposizione di altri impegni ed anche al bisogno, dei protagonisti, di maturare ed esprimere una strategia condivisa.

Sono stati utilizzati gli strumenti tipici della ricerca sociale (questionari, interviste a testimoni privilegiati, focus group, analisi documentale), della analisi organizzativa e della formazione professionale.

Prima fase

La prima esigenza quindi è stata quella di operare una completa ricognizione che fornisse un quadro delle risorse umane, finanziarie, strutturali, territoriali su cui gli ospedali psichiatrici giudiziari possono contare.

In questa ricognizione è stata coinvolta anche la struttura di Castiglione delle Stiviere non per finalità puramente comparative (che richiederebbero strumenti ed indicatori qualitativi ben più raffinati e complessi), quanto per completezza di descrizione.

E' stata quindi realizzata una ricerca finalizzata a:

1. acquisire dati finanziari, strutturali, relativi alle risorse territoriali ecc... per poter descrivere ogni realtà in maniera oggettiva e completa;

2. acquisire elementi di conoscenza del personale operante nelle strutture psichiatriche sotto il profilo delle caratteristiche anagrafiche, delle competenze, della storia professionale e della loro valutazione rispetto alla motivazione, alla formazione ed all'organizzazione. E' stato predisposto un questionario e somministrato a tutto il personale in servizio negli OPG compreso quello a convenzione.

Seconda fase

Già la fase di ricognizione ha rappresentato un momento di riflessione e confronto tra le realtà poiché i sistemi di rilevazione hanno posto in evidenza delle significative differenze tra una struttura e l'altra per il reperimento e l'afflusso dei dati. L'analisi partecipata dei dati con i direttori è stata quindi occasione di apprendimento e scambio da parte dei responsabili delle strutture su alcuni aspetti di carattere gestionale e occasione per focalizzare le questioni che rappresentano le principali criticità.

Con l'ausilio di un consulente esterno è stata condotta a termine una fase di rilevazione dei fabbisogni di formazione dei direttori degli OPG sulla base delle indicazioni scaturite anche dalla elaborazione dei dati dei questionari.

La realizzazione di focus group in ogni ospedale, composti di rappresentanti di tutte le componenti professionali, ha consentito di approfondire e contestualizzare gli elementi emersi dal questionario.

Le numerose informazioni emerse durante tutte le fasi di ricerca sono state elaborate e condivise prima con i direttori e poi, attraverso appositi seminari locali con il personale di ogni struttura.

Ne sono scaturite delle linee guida per lo sviluppo di progetti di formazione ed ogni realtà è stata posta in grado di sviluppare e realizzare progetti formativi dedicati, fondati sulla consapevolezza dei propri fabbisogni.

Contemporaneamente i direttori sono stati chiamati a lavorare su alcune questioni chiave quale "la carta dei servizi", una ipotesi di adeguamento del "modello organizzativo", uno sviluppo dei "contenuti della formazione" sulla base delle linee guida elaborate dal gruppo di lavoro.

Il lavoro fin qui realizzato non è esaustivo e soprattutto non è concluso. Soprattutto c'è da sollecitare o migliorare la partecipazione costante e qualificata del territorio, degli Enti Locali, delle realtà scientifiche perché la malattia psichiatrica è e resta un problema intorno alla quale deve convergere l'impegno di tutti.

Luigia Mariotti Culla

Direttore Istituto Superiore Studi Penitenziari

Capitolo I

Uno sguardo d'insieme sugli OPG

Una riflessione sugli OPG non può prescindere dal guardare, anche se in via sommaria e per grandi linee, alla dimensione quantitativa del problema con particolare riferimento alle seguenti dimensioni:

- Le strutture
- Gli internati
- Gli operatori
- Il rapporto con la comunità locale
- Le risorse finanziarie.

Le strutture che ospitano gli OPG risentono ancora di destinazione d'uso che poco hanno a che vedere con la loro natura ospedaliera. Si tratta infatti di strutture destinate a conventi, carceri, carcere o nel caso specifico di Castiglione delle Stiviere di perpetuazione della destinazione di ospedale psichiatrico civile (abolito) in OPG. Questa semplice constatazione basterebbe da sola ad evidenziare problematiche ed aporie tra enunciazioni di principio e realtà dei fatti. Certamente ogni struttura andrebbe guardata nella sua effettività per valutarne in tutti i suoi aspetti la rispondenza in termini di efficacia ed efficienza agli scopi istituzionali assegnati.

Le strutture

Non rientrando nello scopo di questo studio l'analisi architettonica ci si limita alla constatazione anzidetta non mancando di sottolineare però che un intervento complessivo sugli OPG non dovrebbe trascurare questa dimensione. (*vedi Tab. 1*)

Nella rappresentazione quantitativa espressa dalla tabella n. 2 sono state utilizzate, per semplificazione espositiva, le seguenti voci:

Gli internati

- A) Il numero degli **ingressi** in OPG nei quattro anni tra il 2001 e il 2004;

TAB. 1 - STRUTTURE						
	NAPOLI	REGGIO EMILIA	BARCELONA P.G.	MONTELUPO FIORENTINO	AVERSA	CASTIGLIONE DELLE STIVIERE
Data di costruzione	anno 1500	anni '80 inizio opg 1991	anno 1925	XVI secolo	epoca Medioevo	anno 1955-60
Estensione	mq. 20.000	Mq. 28.035, di cui 7.633 adibiti ad OPG	Mq. 56.000 coperti 19.192			mq 11.650 area struttura mq 62.000
Precedente destinazione	convento			Fino al 1800 residenza famiglia dei Medici e Granduca di Toscana. Dal 1856 Istituto di pena e dal 1886 civile Manicomio criminale	Castello Aragonese, e convento, caserma, carcere ed infine OPG Ospedale psichiatrico	

Il numero dei **dimessi** nello stesso periodo con la specifica motivazione che ha dato luogo alla dimissione: per revoca della misura di sicurezza (1), per espiazione della pena (2), per conclusione dell'osservazione psichiatrica (3), per altri motivi (4).
La **presenza media giornaliera** di utenti in OPG.

Il numero degli ingressi prende in considerazione le persone che sono state ricevute nella struttura con l'avvertenza che in taluni casi, non quantificati nella tabella, una persona può essere entrata in istituto più volte anche a seguito di dimissione e successivo ingresso per altro procedimento.

Analoga considerazione si può fare per i dimessi. In questo caso tuttavia è prevalente il dato più analitico riferito alla motivazione della dimissione.

È di particolare interesse notare che, riferendosi alle finalità istituzionali degli OPG il numero maggiore di movimenti in uscita è dato dalla conclusione dell'osservazione psichiatrica la cui durata, dall'Ordinamento Penitenziario, è prevista per un periodo di tempo non superiore a trenta giorni.

Gli operatori Gli operatori presenti nell'OPG compongono un particolare universo che risente della matrice di provenienza della struttura che si connota come penitenziaria vuoi per la particolare conformazione degli edifici che per l'alto numero del personale di polizia penitenziaria. La caratterizzazione psichiatrica e quindi sanitaria evidenzia la sua cospicua visibilità nella com-

TAB. 2 - DATI SULLA POPOLAZIONE INTERNA								
		A) ingressi	dimessi	1) revoca	2) fine pena	3) fine osservazione	4) altri motivi	B) presenza media giornaliera
Aversa	2001	250	200					150-200
	2002	174	172	20	5	142	5	
	2003	233	190	30	1	159	0	
	2004	40	35	0	0	14	21	
Barcellona P.G.	2001	169	180	22	24	16	118	203
	2002	150	160	37	25	0	98	175
	2003	250	218	17	15	49	137	211
	2004	36	78	9	3	9	57	203
Montelupo	2001	299	259	22	5	131	27 (a)	200
	2002	347	207	26	11	142	30	202,5
	2003	101	80	7	3	38	32	113,7
	2004	29	13	4	1	6	2	113
Napoli	2001	402	410	26	11	148		165
	2002	224	223	19	2	130	72	158,2
	2003	264	264	15	15	83	151	169,1
	2004	65	52	1	2	5	44	157,9
Reggio Emilia	2001	264	252	52	20	158		215
	2002	303	312	50	17	205	40	211
	2003	299	273	41	11	200	21	182
	2004	58	57	16	6	25	10	200
Castiglione delle Stiviere	2001	93 F. 16M.	84 F. 11M.					77F. 108M.
	2002							
	2003							
	2004							

(a): Revoca in licenza finale esperimento

posizione del personale che lavora nell'OPG pur non riuscendo a prevalere come la denominazione della struttura potrebbe indurre a pensare.

Infatti le tre macro aree di riferimento sono rappresentate dalla Polizia penitenziaria, dal personale amministrativo e tecnico e sanitario di ruolo e dal personale a convenzione ricadente interamente nell'area sanitaria. In questa ultima categoria si ritrovano numerose professionalità che coprono le necessità sanitarie, infermieristiche e tecniche.

La presenza di personale con status ricadente in almeno tre comparti (sicurezza, ministeri, sanità) e con trattamento giuridico ed economico molto articolato (medici incaricati e a con-

venzione, personale di ruolo e a convenzione...) pone non pochi problemi di armonizzazione gestionale che non può non influire sull'organizzazione e sulla qualità del servizio nel suo complesso.

A tutto ciò si aggiunga, in particolare, come non trova adeguata corrispondenza effettiva la previsione dell'ordinamento penitenziario nella parte in cui richiede che gli operatori professionali e volontari che svolgono le loro attività nelle strutture psichiatriche sono selezionati e qualificati con particolare riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti ivi ospitati.

In questo contesto giova tuttavia ricordare come siano numerose le attività formative realizzate nell'ambito della formazione continua anche se occorre prestare una attenzione particolare allo specifico contesto dell'OPG. Si veda a questo proposito la progettualità formativa in corso di realizzazione nei cinque istituti, promossa a seguito della analisi dei fabbisogni formativi attuata con il progetto REVAN.

Le problematiche seguite nell'ambito dell'OPG travalicano il ristretto ambito proprio della struttura penitenziaria. La consapevolezza che una risposta accettabile alla complessità della domanda, in questo ambito, non può venire solamente dall'OPG trova espressione nell'intensa trama di relazioni stabilite dalle direzioni attraverso lo strumento delle convenzioni con soggetti sociali della comunità locale.

La tabella n. 4 sintetizza attraverso una semplice elencazione, i numerosi soggetti coinvolti per un efficace integrazione "dentro-fuori".

Il rapporto con la comunità locale La pluralità dei soggetti coinvolti, che spaziano dagli enti locali ad espressioni del privato sociale, sottolinea l'intenso sforzo delle direzioni di costruire aggregazione e nodi significativi di una rete espressione di attenzione e simpatia sociale verso il problema dell'OPG. Certamente una analisi in profondità rivelerà quanto sia ancora necessario lavorare per ampliare, arricchire ed integrare i nodi della rete. Di sicura evidenza è comunque il segnale forte contro l'autoreferenzialità o l'autarchia di un sistema già definito istituzione totale.

TAB. 3 - RISORSE UMANE								
	2001	2002	Aversa		2001	2002	Barcellona P.G.	
			2003	2004			2003	2004
			2001	2002			2003	2004
A) Polizia penitenziaria	-		-	-	-			
<i>organico previsto</i>	100	141	141	141	129	129	129	129
<i>presenza effettiva</i>	>100	123	121	116	156	157	154	147
<i>Ispettori</i>		12	12	11	10	10	10	10
<i>Sovrintendenti</i>		33	30	24	40	40	38	36
<i>Assistenti e agenti</i>		81	76	81	106	107	106	101
B) personale amministrativo, tecnico e sanitario di ruolo								
<i>organico previsto</i>		95	95	95	11	59	59	59
<i>presenza effettiva</i>	82	70	71	71	72	74	72	70
<i>amministrativo</i>	40	27	27	27	18	26	26	26
<i>tecnico</i>	0	4	4	4	10	48	44	42
<i>sanitario</i>	42	42	43	43	44	2	2	2
C) Personale a convenzione	5 medici incaricati 8 sias 6 spec. in psichiatria 13 infermieri a parcella				06 incaricati provvisori 11 sias 25 specialisti 23 infermieri professionali 01 cappellano	Inc. =2 inc. Pr. =4 sias=11 spec.=25 inf. parc.=23 tec. riab. psych.=3 tec. riab. mot.=1	Inc. =2 inc. Pr. =4 sias=11 spec.=25 inf. parc.=23 tec. riab. psych.=3 tec. riab. mot.=1	Inc.=2 inc. Pr. =4 sias=11 spec.=25 inf. parc.=25 tec. riab. psych.=3 tec. riab. mot.=1
totale	32	40	40	40	66		69	71

SEGUE: TAB. 3 - RISORSE UMANE								
	2001	2002	Montelupo		2001	2002	Napoli	
			2003	2004			2003	2004
A) Polizia penitenziaria	-				-			
organico previsto		103	103	103	107	118	118	118
presenza effettiva	83	86	84	83	87	98	101	101
Ispettori	3	3	3	3	11	11	10	10
Sovraindendenti	9	11	10	10	20	20	19	19
Assistenti e agenti	72	72	71	70	56	67	72	72
B) personale amministrativo, tecnico e sanitario di ruolo								
organico previsto		47	47	47	56	54	54	54
presenza effettiva	32	42	36	34	87	91	85	81
1) amministrativo	9	13	13	14	24	24	24	23
2) tecnico	3	3			15	13	13	11
3) sanitario	20	26	22	19	48	54	48	47
C) Personale a convenzione	4 medici incaricati 8 consulenti psichiatrici 5 medici sias 30 infermieri conv 2 educatori conv. 1 tecnico conv.	cons.psich=8 inf.parc.=12 inf.asl=24 sias=5 psicol.=2 t.radiol.=1 t.ftk=1 ed.prof.=2 spec.=10	cons.psich=8 inf.parc.=12 inf.asl=20 sias=6 psicol.=2 t.radiol.=1 t.ftk=1 ed.prof.=2 spec.=10	cons.psich=8 inf.parc.=123 inf.asl=18 sias=6 psicol.=2 t.radiol.=1 t.ftk=1 ed.prof.=2 spec.=10	08 sias 6 privati + 2 Asl 02 psicologhe 2 private + 2 Asl 16 specialisti privati 02 tecnici privati 14 infermieri privati	sias=8 psich.=6 spec.=15 biologo =1 tec.lab. analisi=1 tec.elet.= 1 inf.=15 psicol.=2	sias=8 psich.=6 spec.=15 biologo=1 tec.lab. analisi=1 tec.elet.= 1 inf.=15 psicol.=2	sias=8 psich.=6 spec.=15 biologo =1 tec.lab. analisi=1 tec.elet.= 1 inf.=15 psicol.=2
totale	50	65	61	59	48	49	49	49

SEGUE: TAB. 3 - RISORSE UMANE								
		Reggio Emilia				Castiglione delle Stiviere		
		2001	2002	2003	2004	2001	2002	
A) Polizia penitenziaria		2001	2002	2003	2004	2001	2002	
<i>organico previsto</i>		-				-		
<i>presenza effettiva</i>		121	121	121	121			
<i>Ispettori</i>		81	103	98	95			
<i>Sovraintendenti</i>		3	5	4	3			
<i>Assistenti e agenti</i>		1	2	5	5			
		77	96	89	87			
B) personale amm.vo, tecnico e sanitario di ruolo								
<i>organico previsto</i>								
<i>presenza effettiva:</i>		43	43	43	43	206	206	
1) amministrativo		30	31	25	24	194	193	
2) tecnico		9	9	7	7	16	8	
3) sanitario		2	19	15	14	14	14	
		19	3	3	3	164	164	
C) Personale a convenzione	03 medici incaricati 11 medici consulenti 06 medici sias 27 infermieri professionali 03 operatori socio-assistenziali	sias=6 cons.=10 inf.=29 osa=3	sias=6 cons.=14 inf.=28 osa=3	sias=6 cons.=14 inf.=28 osa=4	1 psicologo, 1 insegnante di educazione fisica, 1 insegnante atelier di pittura, 8 insegnanti corsi professionali, 3 insegnanti dipendenti dal Ministero della Pubblica Istruzione	psi.= 1 inseg.= 10		
totale		50	48	51	52	14	11	

TAB. 4 - RAPPORTI CON L'ESTERNO	
<i>A) Convenzioni ed Enti coinvolti</i>	<i>B) Privato sociale</i>
Aversa	
2 convenzioni con DSM della Regione, altre in corso	
Barcellona P.G.	
Protocollo di intesa tra Ministero della Giustizia (Prap Sicilia, O.P.G. Barcellona P.G., C.S.S.A. Messina), Comune di Barcellona, Associazione di volontariato, Casa di Solidarietà ed Accoglienza di Barcellona P.G. sottoscritto in data 16/03/2002 (in vigore)	Collaborazione con: Circolo ARCI Città Futura di Barcellona P.G.; Circolo ARCI Macondo di Milazzo; Comunità Francescana di Barcellona P.G.; Caritas Messina; Volontariato non collegato ad associazioni
Montelupo	
1) Regione Toscana; 2) Provincia di Firenze; 3) Comuni dell'Empolese-Valdelsa; 4) Comune di Montelupo F.no; Università degli Studi di Firenze; Università degli Studi di Pisa; Polo Univer-sitario; UISP; Coop. "Intrecci"; Mediateca Regionale Toscana; Coop. S. Piero a Sollicciano; Ass. "l'altro diritto"; C.T.P.scuola media Busoni-Van-ghetti.	Ass. "CIAO"; Volontari a titolo individuale; Ass. Vol. Pen.; Ass. "Archi"; parrocchia Ambrosiana; UISP; CETOM; Ass. "Mario Riva"; Mediateca; Studio "Giambo"; Coop. Soc. "Intrecci"; ARCI; Associazione Volontaria-to penitenziario; Volontari individuali.
Napoli	
6 convenzioni con Asl e DSM; Protocolli di intesa con: ASL AV/1; ASL NA/1; ASL NA/2; ASL SA/2; ASL CE/2	Collab. con un ente a sfondo caritatevole; Volontari degli Enti morali "Dio Monte della Misericordia" e "Sovrano Ordine di Malta" coordinati dal cappellano
Reggio Emilia	
Convenzioni con DSM della Regione; Progetto Antares (enti parteci-panti- Regione Emilia Romagna, Comune di Reggio Emilia, Az. U.S.L. di Reggio Emilia e coop.L'Ovile); Protocollo intesa Dipartimenti di Salute Mentale dell'Emilia Romagna; Università degli studi di Parma per tirocini per psico-logi; Scuola di Terapia Cognitiva di Milano per tirocini per psicologi.	Ass. vol. "Effata" e Uisp, con finanziamento della Fondazione "Cassa di Risparmio"; Coop. Ovile-inserimenti lavorativi e gestione appartamenti protetti per internati; Com. Nefesch; Coop. Camelot-in-serimenti lavora-tivi; Coop. Il Fiore-inserimenti lavorativi
Castiglione delle Stiviere	
1) Università di Modena e Reggio Emilia-Dipartimento Scienze Medico/Legali-Scuola di Specializzazione in Criminologia Clinica, Scopo didattico integrativo; 2) Università di Padova - Facoltà di Psicologia - tirocinio; 3) Centro Italiano di Psicologia Analitica di Milano; Università di Verona Tirocinio di Riabilitazione Psichiatrica	2 Ass. onlus: "La Luna" (riqualificazione professionale e avviamento al lavoro e "A.L.C.E. rosso (Atelier Libera Creatività Espressiva); un insegnante di musica dell'Ass. "Mario Riva" (chitarra); un ministro di culto (Testimone di Geova)

Le risorse finanziarie destinate dall'Amministrazione penitenziaria agli OPG possono essere lette sotto diversi punti di vista. In questa sede interessa evidenziare le somme complessive destinate alle sei strutture destinate alla gestione della malattia mentale con conseguenze in ambito penale e giudiziario (cinque gestite direttamente ed una in convenzione). Va precisato che le macrovoci comprendono le spese per il personale, il mantenimento delle strutture, l'approvvigionamento di beni e servizi, il trattamento sanitario e penitenziario così come è desumibile dai capitoli di spesa utilizzati nell'ambito dell'Amministrazione penitenziaria e che sono stati riportati nelle tabelle successive.

Le risorse finanziarie

TAB. 5 - RIEPILOGHI RISORSE FINANZIARIE PER ISTITUTO (FONTE DIREZIONI OPG, VALORI IN EURO)				
ISTITUTO	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
Aversa	4.712.668,79	4.102.803,53	4.754.415,38	5.346.039,21
Barcellona P.G.	5.332.402,23	4.813.966,37	6.224.933,69	6.538.803,61
Montelupo F.no	4.492.403,04	3.873.741,15	3.716.721,51	3.730.351,34
Napoli	4.188.816,58	3.671.296,15	4.164.016,73	4.026.163,63
Reggio Emilia	4.421.061,18	3.982.111,25	3.748.703,61	3.895.530,38
Castiglione D.S.	11.386.694,34	12.310.720,00	12.310.720,00	12.344.448,00

AVERSA

CAPITOLI	IMPORTO IN EURO ANNO 2002	IMPORTO IN EURO ANNO 2003	IMPORTO IN EURO ANNO 2004 AL 31/12/2004
1614	55.454,22	107.825,69	88.774,22
1673	02.48,3	2.761,20	1500
1675	49.234,00	69.850,78	454.571,00
1676	5.792,39	2.500,00	3.620,00
1678	10.220,99	6.465,24	6.194,50
1761/A	90.000,00	104.535,57	87.268,16
1762	30.305,13	42.445,80	32.637,60
1764	765.817,00	660.872,00	796.966,00
7322	44.745,56	28.100,00	24.500,00
7341	10.427,00	48.434,07	25.500,00
1601	2.067.459,22	2.529.310,21	2.568.271,98
1601	459.660,24	457.295,79	509.330,62
1604	3.600,00	3.070,00	4.843,27
1605	23.800,00	35.320,00	18.540,05
1612	9.200,00	10.000,00	14.930,24
1619	147.795,64	204.164,59	176.753,70
1619	69.574,22	81.776,41	70.279,01
1620	48.184,56	118.460,00	210.625,79
1620	20.234,85	47.944,45	42.085,43
1672	1.020,00	486,4	1.124,00
1767			244,83
1770	13.958,24	14.796,83	9.741,30
1765	10.996,51	700	2.510,00
1766	161.155,00	174.211,00	192.876,51
1768			
7361	4.168,67	3.089,35	2.351,00
1615			
1891	/	/	/
	4.102.803,53	4.754.415,38	5.346.039,21

BARCELONA - POZZO DI GOTTO

CAPITOLI	IMPORTO IN EURO ANNO 2002	IMPORTO IN EURO ANNO 2003	IMPORTO IN EURO ANNO 2004 AL 31/12/2004
1614	55.239,96	81.980,00	82.130,00
1673	250		
1675	29.567,43	10.512,20	20.883,20
1676	15.611,00	34.120,00	27.500,00
1678	9.500,00	9.071,00	5.861,50
1761/A	148.308,63	176.289,56	156.340,10
1762	25.057,41	17.370,00	27.060,00
1764	1.002.483,11	832.733,93	1.112.986,10
7322	5.820,86	10.525,00	23.674,18
7341	10.447,30	18.040,00	35.345,06
1601	2.393.360,00	3.536.394,00	3.500.000,00
1601	366.125,00	595.000,00	580.000,00
1604	7.120,47	5.512,50	14.930,00
1605	100.555,00	60.000,00	84.800,00
1612	6.276,58	4.327,00	6.000,00
1619	153.487,47	240.243,00	223.100,00
1619	14.945,00	54.910,00	82.000,00
1620	100.673,32	131.941,43	100.675,00
1620	23.180,00	37.092,76	28.000,00
1672	390	594	
1767	9.000,00	23.280,00	10.000,00
1770	9.080,00	8.896,57	9.090,47
1765	9.290,00	8.850,00	11.610,47
1766	276.808,70	271.440,94	338.355,00
1768			
7361	39.818,13	66.200	58.170,00
1615	1.571,00	122	292,53
1891	/	/	/
	4.813.966,37	6.224.933,69	6.538.803,61

MONTELUPO FIORENTINO

CAPITOLI	IMPORTO IN EURO ANNO 2002	IMPORTO IN EURO ANNO 2003	IMPORTO IN EURO ANNO 2004 AL 31/12/2004
1614	60.000,00	71.322,71	78.029,00
1673	1.000,00		550.00,00
1675	46.000,00	3.223,00	14.000,00
1676	9.296,22	11.949,00	13.000,00
1678	9.500,00	10.195,24	7.750,00
1761/A	228.889,00	107.676,89	86.535,00
1762	9.000,00	10.375,75	6.451,60
1764	864.860,00	701.083,70	931.166,00
7322	9.096,00	17.325,50	17.400,00
7341	21.484,00	15.908,36	7.795,00
1601	1.647.072,00	1.733.479,00	1.548.266,00
1601	240.120,00	330.236,00	320.729,00
1604	2.654,00	5.881,33	5.170,00
1605	12.570,00	9.416,00	20.645,00
1612	2.390,00	1.040,00	1.270,00
1619	78.775,50	107.002,00	106.962,00
1619	13.934,00	28.335,00	28.110,00
1620	121.951,81	166.270,40	148.000,00
1620	63.035,00	25.253,00	68.000,00
1672	1.507,00	331	0,117361111
1767	18.000,00	46.476,32	24.351,00
1770	12.289,79	12.205,73	12.500,00
1765	9.000,00	1.800,00	2.000,00
1766	360.018,00	268.808,58	278.130,00
1768	21.123,00	11.162,00	0,706944444
7361	8.000,00	7.000,00	2.000,00
1615	2.175,83	12.965,00	4.068,00
1891			
	3.873.741,15	3.716.721,51	3.730.351,34

NAPOLI

CAPITOLI	IMPORTO IN EURO ANNO 2002	IMPORTO IN EURO ANNO 2003	IMPORTO IN EURO ANNO 2004 AL 31/12/2004
1614	50.676,60	80.806,64	48.222,01
1673	0	0	700,00
1675	24.444,00	0	58.669,00
1676	10.000,00	4.500,00	4.500,00
1678	15.300,00	15.000,00	12.000,00
1761appalto	91.000,00	103.992,00	99.352,90
1762	18.918,00	19.326,22	22.110,46
1764	826.459,00	828.523,00	846.791,00
7322	7.564,00	3.282,00	4.977,73
7341	4.731,10	5.232,50	6.516,06
1601 art.1.c.n.	1.849.606,81	2.243.699,13	2.063.877,96
1601 art. 2 irpef	320.000,00	270.000,00	415.000,00
1604	2.500,00	4.600,00	708,00
1605	10.665,00	7.000,00	11.416,15
1612	5.680,00	7.000,00	5.000,00
1619 art.1 c.n.	81.806,00	164.570,00	111.381,44
1619 art.2 irpef	9.895,00	32.000,00	45.337,17
1620 art.1 c.n.	114.200,00	122.400,00	82.717,87
1620 art.2 irpef	34.600,00	71.520,00	33.844,54
1672	750,00	384,00	0
1767	3.000,00	1.000,00	2.364,98
1770	14.261,64	15.052,86	14.202,47
1765	4.500,00	1.700,00	1.772,00
1766	139.479,00	137.417,00	119.418,93
1768	260,00	8.011,38	0
7361	31.000,00	17.000,00	15.282,96
1615	0	0	0
1891	0	0	0
	3.671.296,15	4.164.016,73	4.026.163,63

REGGIO EMILIA

CAPITOLI	IMPORTO IN EURO ANNO 2002	IMPORTO IN EURO ANNO 2003	IMPORTO IN EURO ANNO 2004 AL 31/12/2004
1614	45151,22	32176,09	63978,59
1673	//	//	//
1675	13092,89	28210,60	19699,50
1676	2287,82	3436,23	3450,82
1678	8346,82	6598,41	8905,19
1761/A	120010,58	125143,99	136478,01
1762	17970,00	12300,00	9800,00
1764	1053752,45	1133935,71	1061139,84
7322	6794,78	9247,20	2039,81
7341	11266,62	8394,00	1080,32
1601	1859609,03	1618339,62	1694469,77
1601	450773,00	343000,00	355000,00
1604	3324,76	1492,91	3497,64
1605	18632,61	12904,36	26000,00
1612	1127,00	245,40	245,40
1619	114200,00	134000,00	141485,35
1619	30000,00	43900,00	85000,00
1620	132943,21	155906,59	183284,93
1620	40206,00	70776,00	65000,00
1672	1752,39	600,00	1194,00
1767	6268,01	2800,00	6500,00
1770			
1765	25.000,00	5296,50	27281,21
1768	31736,92	73029,74	51.683, 84
7361			
1615	12865,14	4793,35	24.976, 79
1891			
	3.982.111,25	3.826.526,70	3.895.530,38

Capitolo II

Analisi dei dati dell'indagine sui fabbisogni formativi del personale

La somministrazione del questionario a tutti gli operatori in servizio presso gli OPG è un segmento della ricerca realizzata nell'ambito del progetto REVAN .

Questa fase del percorso di ricerca è finalizzata a “fotografare” la situazione dei 5 ospedali psichiatrici giudiziari italiani da diverse angolature.

Insieme alla ricognizione sugli aspetti strutturali, gestionali, sulle risorse assegnate ad ogni singola struttura, sulle attività realizzate, sul livello di partecipazione del territorio è stato predisposto uno strumento per gli operatori con l'intento di approfondire la conoscenza delle professionalità che l'Amministrazione penitenziaria impiega nella assistenza, cura, trattamento e custodia degli internati.

Il questionario, presentato nelle rispettive sedi dai direttori, non è stato somministrato in forma anonima per utilizzarlo anche come occasione di riflessione e confronto sul proprio lavoro adottando, anche in questo caso, una logica di coinvolgimento e responsabilizzazione che ha caratterizzato tutto il percorso REVAN.

Il questionario è strutturato in una prima parte tendente a descrivere il personale che lavora negli OPG ed a rilevarne il **profilo** da un punto di vista anagrafico, professionale e formativo. Gli items proposti possono essere ricondotti a tre aree di indagine:

- **l'area della motivazione**
- **l'area della formazione**
- **l'area dell'organizzazione**

IL PERSONALE IN SERVIZIO

	Sedi O.P.G.					Totale	Incid. % sul totale dell'organico
	Napoli	R. Emilia	Barc. P.Gotto	Montelupo F.	Aversa		
<i>Personale di polizia Penitenziaria</i>	87	81	156	83	100	507	62,59%
<i>Personale amministrativo</i>	24	9	18	9	40	100	12,35%
<i>Personale tecnico</i>	15	2	10	3	0	30	3,70%
<i>Personale sanitario di ruolo</i>	48	19	44	20	42	173	21,36%
Totale personale di ruolo	174	111	228	115	182	810	
<i>Personale convenzionato</i>	48	50	66	50	32	246	
Totale personale	222	161	294	165	214	1056	

LE RISPOSTE AL QUESTIONARIO

	Sedi O.P.G.					Totale	Incid. % sul totale dell'organico
	Napoli	R. Emilia	Barc. P.Gotto	Montelupo F.	Aversa		
Risposte per ogni singolo O.P.G.	121	113	227	82	168	711	67,33%
<i>Incidenza % sul personale in servizio</i>	54,50%	70,19%	77,21%	49,70%	78,50%		
Polizia Penitenziaria	74	50	137	43	95	399	78,70%
<i>Incidenza % sul totale delle risposte</i>	61,16%	44,25%	60,35%	52,44%	56,55%		
Amministrativo	14	14	21	13	21	83	83,00%
<i>Incidenza % sul totale delle risposte</i>	11,57%	12,39%	9,25%	15,85%	12,50%		
Tecnico	6	1	6	1	7	21	70,00%
<i>Incidenza % sul totale delle risposte</i>	4,96%	0,88%	2,64%	1,22%	4,17%		
Sanitario (Compreso convenzionato)	27	48	63	25	45	208	49,64%
<i>Incidenza % sul totale delle risposte</i>	22,31%	42,48%	27,75%	30,49%	26,79%		
Totale	121	113	227	82	168	711	

Su una presenza effettiva di **1056** (di cui **810** unità di ruolo e **249** in convenzione) sono **711** gli operatori che hanno risposto al questionario, suddivisi tra:

- **399** di personale di **polizia penitenziaria** (appartenente a tutti i ruoli);
- **83** di personale **amministrativo** (comprendenti le figure professionali dell'area educativa, contabile ed amministrativa);

- **21** di personale **tecnico**
- **208** di personale **sanitario**

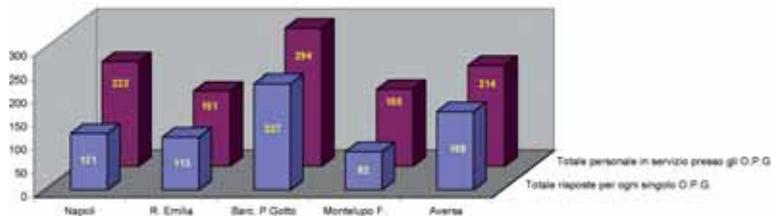
Come si evidenzia dalla tabella il personale dei 5 ospedali ha aderito alla rilevazione in misura piuttosto differenziata.

Sono **Aversa** e **Barcellona Pozzo di Gotto** ad aver fornito il maggior numero di risposte sia come valore assoluto che percentuale.

Il personale più rappresentato è quello di **polizia penitenziaria** a cui sono da attribuire il 56% delle risposte totali.

Il profilo del personale

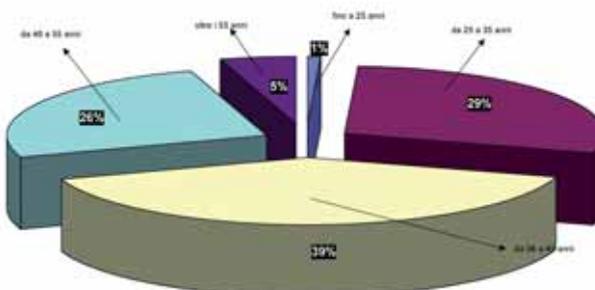
Rapporto tra personale in servizio (compreso convenzionale) e risposte al questionario somministrato



- **L'età media** del personale che opera in OPG è, in misura del 40%, compresa tra i **36 ed i 45 anni** (282 unità); 204 unità sono in età compresa tra i 25 ed i 35 anni, mentre 181 sono gli operatori collocati nella quarta fascia d'età quella tra i 46 ed i 55 anni.

L'OPG di **Reggio Emilia** e quello di **Montelupo** presentano la percentuale più alta di personale in età compresa tra i 25 ed i 35 anni, mentre gli OPG di **Napoli, Barcellona P.G. ed Aversa** hanno la percentuale più alta di presenze di operatori nella fascia d'età 36 - 45 anni.

Suddivisione per fascia d'età del personale degli O.P.G.



Il personale di polizia penitenziaria risulta essere il più giovane. Sono infatti 136 gli operatori in età compresa tra i 25 ed i 35 anni e 200 quelli compresi nella fascia di età tra i 36 ed i 45 anni

Il personale amministrativo si colloca prevalentemente (40%) nella fascia di età compresa tra i 46 ed i 55 anni

Il personale sanitario si distribuisce in maniera quasi omogenea nelle tre fasce di età con lieve prevalenza della fascia tra i 46 ed i 55 anni (35%)..

- **L'anzianità di servizio.** Il 36% degli operatori dichiara di avere oltre 20 anni di servizio. Il personale risulta quindi essere anagraficamente giovane, ma con una considerevole esperienza professionale alle spalle. Il personale appartenente ai ruoli sanitari risulta avere la più bassa anzianità di servizio.
L'OPG di **Montelupo** e quello di **Reggio Emilia** sono quelli con maggiore presenza di personale più giovane di servizio.
- **La permanenza degli operatori all'interno degli OPG è piuttosto stabile:** circa il 70% del personale ha dichiarato di lavorarvi da più di 5 anni.
- **Il personale ha dichiarato di avere avuto altre esperienze lavorative in altre strutture dell'Amministrazione Penitenziaria** nella misura del 55%. Disaggregando il dato è il personale **di polizia penitenziaria**, che per il 64% afferma di avere svolto servizio in altre strutture dell'Amministrazione Penitenziaria diverse dagli OPG. Il dato decresce se si guarda al **personale amministrativo** ed al **personale sanitario**. Quest'ultimo infatti solo nella misura del 36% ha avuto esperienze professionali negli istituti e servizi dell'Amministrazione Penitenziaria.
- Nelle globalità delle risposte fornite **il 24% del personale ha avuto esperienze in altre strutture sanitarie o socio-riabilitative diverse** da quelle dell'Amministrazione Penitenziaria. Come può risultare intuibile tale dato è da riferire

in prevalenza al personale dell'area sanitaria nella misura del 70%.

- Sul **titolo di studio** posseduto dagli operatori emerge quale percentuale più elevata quella della **licenza media inferiore** (345 unità su 711, pari al **48,5%**); 265 (37%) sono in possesso di un diploma di scuola media superiore, mentre 66 (9,2%) sono in possesso di laurea.

	Sedi O.P.G.					Totale	Incid. % sul totale delle risposte
	Napoli	R. Emilia	Barc. P.Gotto	Montelupo F.	Aversa		
Parte I - Titolo di studio	121	113	227	82	168		
Licenza elementare	6	0	14	1	13	34	4,78%
<i>Incidenza %</i>	4,96%	0,00%	6,17%	1,22%	7,74%		
Licenza media	67	53	104	31	90	345	48,52%
<i>Incidenza %</i>	55,37%	46,90%	45,81%	37,80%	53,57%		
Licenza di istruzione superiore o professionale	45	36	86	34	62	263	36,99%
<i>Incidenza %</i>	37,19%	31,86%	37,89%	41,46%	36,90%		
Laurea (laurea breve o diplomi universitari)	1	24	23	15	3	66	9,28%
<i>Incidenza %</i>	0,83%	21,24%	10,13%	18,29%	1,79%		
Non rilevato	2	0	0	1	0	1	0,14%
<i>Incidenza %</i>	1,65%	0,00%	0,00%	1,22%	0,00%		
Totale	121	113	227	82	168	711	

L'OPG di **Reggio Emilia** presenta la percentuale più alta di personale in possesso di laurea, L'OPG di **Montelupo** la percentuale maggiore di personale in possesso di diploma di scuola media superiore. mentre l'OPG di **Napoli** la percentuale più significativa di licenze di scuola media inferiore.

Tra gli **operatori di polizia penitenziaria** nessuno risulta in possesso di laurea: Il **64%** ha la **licenza media**, il 27% il diploma di scuola media superiore, e l'8% dichiara di essere in possesso della licenza elementare.

Il **personale sanitario** invece si attesta su una alta percentua-

le di diploma di scuola **media superiore (49%)** e tra questi operatori si concentra il numero più elevato di laureati che sono 36 (20%)

Anche tra il **personale amministrativo** la percentuale più considerevole è quella dei diplomi di scuola **media superiore (51%)**. Sono 14 gli operatori in possesso di diploma di laurea.

L'area della formazione ➤ Rispetto alla **frequenza di corsi di formazione negli ultimi due anni** gli operatori rispondono affermativamente nella misura di 360 unità (pari al 51% del totale del personale) e 331 dichiarano di non aver partecipato a nessuna attività formativa in questo arco temporale.

	Sedi O.P.G.					Totale	Incid. % sul totale delle risposte
	Napoli	R. Emilia	Barc. P.Gotto	Montelupo F.	Aversa		
Parte I - D (d) - Partecipazione a corsi di formazione	121	113	227	82	168		
SI	51	57	102	45	105	360	50,63%
<i>Incidenza %</i>	42,15%	50,44%	44,93%	54,88%	62,50%		
NO	68	53	116	35	59	331	46,55%
<i>Incidenza %</i>	56,20%	46,90%	51,10%	42,68%	35,12%		
Non rilevato	2	3	9	2	4	20	2,81%
<i>Incidenza %</i>	1,65%	2,65%	3,96%	2,44%	2,38%		
Totale	121	113	227	82	168	711	

E' il personale di **Aversa** che presenta la percentuale più elevata di partecipazione (63%), seguito da quello di **Montelupo Fiorentino** (55%), mentre l'indice più basso di partecipazione ad eventi formativi, in questo arco temporale, viene segnalato dal personale **dell'OPG di Napoli** (42%).

Disaggregando i dati per area professionale emerge che:

- il personale di **polizia penitenziaria** riferisce la **più bassa quota di partecipazione alla formazione** (su 399 questionari raccolti 204 dichiarano di non aver partecipato (51%)). Gli **OPG di Aversa** (63%) e di **Reggio Emilia** (50%) hanno

le maggiori percentuali di personale di polizia che ha partecipato a corsi di formazione. Negli altri OPG il dato scende sensibilmente si colloca a circa il 37%. Circa le ragioni della non partecipazione ai corsi di formazione 155 unità rispondono di non essere stati inseriti e solo 5 dichiarano che il corso non risultava di loro interesse.

- il **62%** del **personale sanitario** afferma di aver frequentato corsi di formazione,(112 su 179). Sulle ragioni della mancata partecipazione sono 52 le unità che dichiarano di non essere stati inseriti.
- il **personale amministrativo**, su un totale di 83 questionari raccolti, risponde affermativamente in misura di 53 unità (**64%**) e negativamente in misura di 27 unità. Anche in questo caso le ragioni della mancata partecipazione sono prevalentemente concentrate sul mancato inserimento(21 unità).
 - **Rispetto al contenuto dei corsi frequentati negli ultimi due anni** la risposta prevalente è quella che indica i corsi a contenuto **tecnico specialistico** (20%) seguiti da quelli relativi alla **formazione interprofessionale** (11%), mentre il 4% degli operatori riferisce la sola partecipazione ai corsi d'immissione a nuovo ruolo. Va evidenziato che 356 operatori (50% degli intervistati) non forniscono indicazioni circa il tipo di corso frequentato.

Il personale **di polizia penitenziaria** dichiara di aver frequentato prevalentemente corsi a contenuto tecnico specialistico e formazione interprofessionale. Significative le variazioni tra istituto ed istituto: la maggiore erogazione di formazione (in termini percentuali) appare fornita dagli **OPG di Aversa e Reggio Emilia**.

Il **personale sanitario** dichiara di aver frequentato corsi di contenuto tecnico specialistico e di immissione a nuovo ruolo in eguale misura.

- Quanto **alle motivazioni relative alla mancata partecipazione ai corsi di formazione**, ben il **62% degli operatori non fornisce alcuna risposta**. Il 36% segna-

la di non essere stato inserito nei corsi e solo il 2% dichiara di non aver avuto interesse per il corso proposto.

- Alla domanda “**ritiene che per lavorare in OPG occorra avere competenze specifiche?**” rispondono affermativamente 575, pari all’81% del personale.

	Sedi O.P.G.					Totale	Incid. % sul totale delle risposte
	Napoli	R. Emilia	Barc. P.Goffo	Montelupo E.	Aversa		
Parte II - (d3) Occorre avere competenze specifiche per lavorare in O.P.G.?	121	113	227	82	168		
SI	91	90	173	66	155	575	80,87%
<i>Incidenza %</i>	75,21%	79,65%	76,21%	80,49%	92,26%		
NO	29	18	47	12	13	119	16,74%
<i>Incidenza %</i>	23,97%	15,93%	20,70%	14,63%	7,74%		
Non rilevato	1	5	7	4	0	17	2,39%
<i>Incidenza %</i>	0,83%	4,42%	3,08%	4,88%	0,00%		
Totale	121	113	227	82	168	711	

Il personale sanitario nella quasi totalità dichiara che è necessario avere specifiche competenze per lavorare in OPG.

Anche **il personale di polizia penitenziaria** nella misura del **75%** ritiene che sia necessario possedere competenze specifiche ed il **personale amministrativo** (anche se con una percentuale lievemente inferiore) conferma tale necessità.

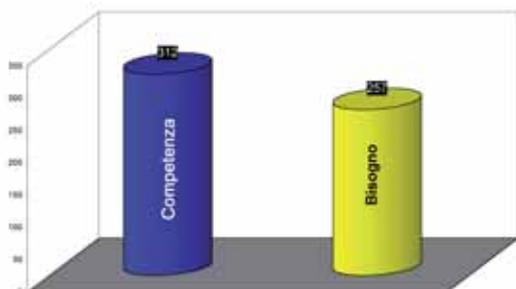
- Alla domanda “**quali competenze sono necessarie per lavorare in OPG?**” il personale ha indicato complessivamente le seguenti priorità : * (IL risultato è stato ottenuto sommando il valore massimo (1 e 2) attribuito ad ogni competenza proposta)
- **competenze relazionali /comunicative 312**
 - **competenze sanitarie / psichiatriche 265**
 - **competenze trattamentali/riabilitative 262**
 - **competenze tecniche di contenimento 64**

Risulta particolarmente significativo che ben il 30% degli operatori non ha risposto a questa domanda di cui 105 di polizia, 38 amministrativi e 54 sanitari

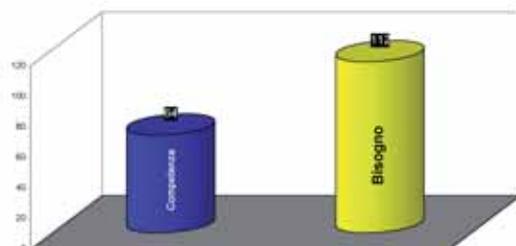
- E' stato poi chiesto di indicare per **quali delle sopra indicate competenze vi fosse necessità di approfondimento**. Le risposte si sono orientate nel seguente modo:
- **competenze sanitarie / psichiatriche 319**
 - **competenze trattamentali / riabilitative 313**
 - **competenze relazionali / comunicative 257**
 - **competenze tecniche di contenimento 112**



Rapporto fra competenze e bisogni formativi "Area sanitaria psichiatrica"

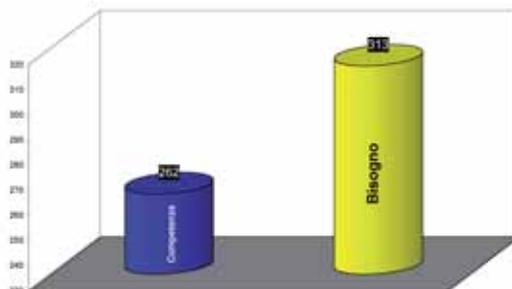


Rapporto fra competenze e bisogni formativi "Area relazione comunicativa"



Rapporto fra competenze e bisogni formativi "Area tecniche di contenimento"

**Rapporto fra
competenze e
bisogni formativi
“Area
trattamentale
riabilitativa”**



L'area della motivazione ➤ Alla domanda **“Ha scelto lei di lavorare in OPG?”** la risposta è significativa poiché 512 operatori, pari al **72%**, risponde affermativamente. Le differenze tra vari OPG sono però significative. **Aversa e Barcellona P.G.** sono gli istituti che presentano il maggior numero di operatori che vi lavorano su propria richiesta.

	Sedi O.P.G.					Totale	Incid. % sul totale delle risposte
	Napoli	R. Emilia	Barc. P.Goffo	Montelupo F.	Aversa		
Parte I - D (e) - Ha scelto lei di lavorare in O.P.G. ?	121	113	227	82	168		
SI	75	79	176	50	132	512	72,01%
<i>Incidenza %</i>	61,98%	69,91%	77,53%	60,98%	78,57%		
NO	44	33	46	31	33	187	26,30%
<i>Incidenza %</i>	36,36%	29,20%	20,26%	37,80%	19,64%		
Non rilevato	2	1	5	1	3	12	1,69%
<i>Incidenza %</i>	1,65%	0,88%	2,20%	1,22%	1,79%		
Totale	121	113	227	82	168	711	

Il dato disaggregato per figure professionali segnala che sono gli operatori dell'area **amministrativa** (57%) ad avere avuto le minori chances di scegliere la sede dell'OPG quale luogo di lavoro

➤ Alla richiesta **di conoscere le ragioni di questa scelta** le risposte si orientano nel seguente modo : il **27%** afferma di avere scelto l'OPG perché **interessato a lavorare in questo settore.**

Tale indicazione viene prevalentemente fornita **dagli operatori sanitari**.

Il **39%** dichiara che l'OPG era il **luogo più vicino** alla propria famiglia.

Questa risposta proviene prevalentemente **dal personale di polizia penitenziaria** (50%.) di cui solo il 16% risponde di avere scelto l'OPG perchè interessato a lavorare in questo settore.

Per contro il 48% del **personale amministrativo** non fornisce motivazioni alla scelta di lavorare in OPG.

Su questa domanda è anche importante riferire il dato relativo alle non risposte che è pari al 34% del totale.

- E' poi interessante il risultato ottenuto con la domanda **che indagava sulla possibile proiezione del proprio ruolo all'interno di un Istituto Penitenziario**.

	Sedi O.P.G.					Totale	Incid. % sul totale delle risposte
	Napoli	R. Emilia	Barc. P.Gotto	Montelupo F.	Aversa		
Parte I - Titolo di studio	121	113	227	82	168		
Parte I - D (f) - Se potesse lavorare in un istituto penit. potrebbe	121	113	227	82	168		
Esprimere pienamente le sue competenze	32	40	79	23	45	219	30,80%
Incidenza %	26,45%	35,40%	34,80%	28,05%	26,79%		
Avere meno motivi di stress	23	12	32	15	13	95	13,36%
Incidenza %	19,01%	10,62%	14,10%	18,29%	7,74%		
Non occuparsi del disagio mentale	16	25	27	5	37	110	15,47%
Incidenza %	13,22%	22,12%	11,89%	6,10%	22,02%		
Svolgere un lavoro più facile	12	4	17	10	8	51	7,17%
Incidenza %	9,92%	3,54%	7,49%	12,20%	4,76%		
Svolgere un lavoro più impegnativo	13	10	20	3	32	78	10,97%
Incidenza %	10,74%	8,85%	8,81%	3,66%	19,05%		
Non rilevato	25	22	52	26	33	158	22,22%
Incidenza %	20,66%	19,47%	22,91%	31,71%	19,64%		
Totale	121	113	227	82	168	711	

- Alla domanda “**Se potesse lavorare in un istituto penitenziario potrebbe..**” gli operatori hanno risposto prevalentemente “che potrebbero esprimere pienamente le proprie competenze” (219 pari al 31%): In ordine di frequenza le risposte fornite sono le seguenti: “non occuparsi del disagio mentale” (110); “avere meno motivi di stress” (95).

Per il personale di **polizia penitenziaria** lavorare in istituto consentirebbe una piena espressione delle proprie competenze con una percentuale che si eleva rispetto al dato generale al 36% , ma con sostanziali differenze tra i diversi OPG nel senso che presso **Reggio Emilia, Barcellona P.G. e Montelupo** questa percezione supera il 40% delle risposte.

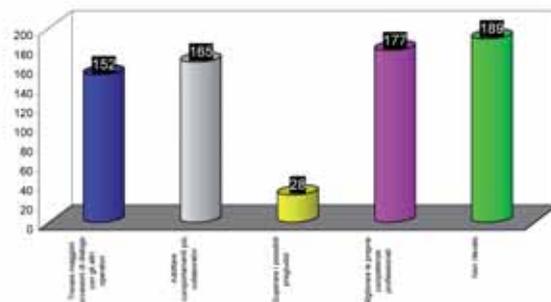
Per il **personale amministrativo** lavorare in un istituto penitenziario consentirebbe di esprimere meglio le proprie competenze (20 su 83) e 11 di loro affermano che ciò consentirebbe di non occuparsi del disagio mentale. Tuttavia il 45% di tale personale non risponde a questa domanda.

Per il **personale sanitario** si evidenzia che il 30% di essi non fornisce risposta. Il 25% ritiene che all'interno di un istituto penitenziario avrebbe possibilità di esprimere meglio le proprie competenze: Occuparsi del disagio mentale rappresenta il fattore di differenziazione tra istituto ed opg per il 17% dei sanitari. E' interessante notare che “non occuparsi del disagio mentale” è elemento di maggiore rilievo per gli operatori di **Napoli** ed **Aversa**. Gli operatori di **Montelupo** esprimono in maniera più diversificata le loro risposte con una percentuale tendente alla percezione che il lavoro presso l' istituto penitenziario possa risultare meno problematico.

- E' stato poi chiesto di esprimere un parere in merito alla possibilità del **singolo operatore di fare qualcosa per migliorare le condizioni del proprio lavoro** e in questo caso è molto elevata la consapevolezza che ciascuno ha di poter cambiare qualcosa (**73%**).

	Sedi O.P.G.					Totale	Incid. % sul totale delle risposte
	Napoli	R. Emilia	Barc. P.Gotto	Montelupo E.	Aversa		
Parte II - (d10) Il singolo operatore può fare qualcosa per	121	113	227	82	168		
SI	69	78	167	63	139	516	72,57%
<i>Incidenza %</i>	57,02%	69,03%	73,57%	76,83%	82,74%		
NO	49	32	54	17	27	179	25,18%
<i>Incidenza %</i>	40,50%	28,32%	23,79%	20,73%	16,07%		
Non rilevato	3	3	6	2	2	16	2,25%
<i>Incidenza %</i>	2,48%	2,65%	2,64%	2,44%	1,19%		
Totale	121	113	227	82	168	711	

Il personale sanitario è quello che mostra maggiore consapevolezza in merito alla possibilità che l'individuo ha di incidere sul proprio contesto lavorativo.(78%). Il personale amministrativo si esprime in tal senso per il 72%, mentre tale affermazione è condivisa in misura inferiore dal personale di polizia penitenziaria (69%)



Il singolo operatore può ...

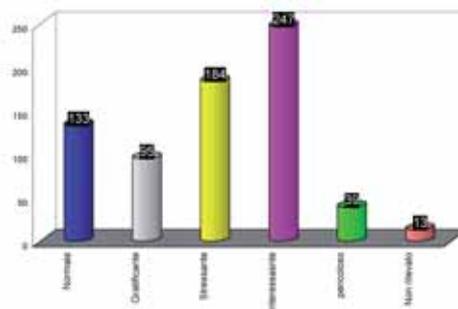
- **Su cosa, in concreto, possa fare il singolo per cambiare qualcosa nel proprio contesto lavorativo** le risposte del personale di **polizia penitenziaria** e del **personale amministrativo** sono prevalentemente concentrate sul **miglioramento delle proprie competenze professionali** seguite poi da quelle che individuano nel dialogo e nella maggiore collaborazione con gli operatori degli altri profili il percorso del cambiamento.

Per il **personale sanitario** è prioritario il dialogo e la collaborazione e solo successivamente individua quale seconda opzione quella del miglioramento delle competenze professionali.

Anche in questo caso è molto elevato il numero delle persone che **non risponde**

- Abbiamo infine provato a leggere le risposte fornite alla domanda 11, che conclude il questionario, dove **si chiede a ciascun operatore** di scegliere con una delle definizioni proposte **di fornire un giudizio del lavoro in OPG**. Le definizioni suggerite erano: **normale, stressante, gratificante, interessante, pericoloso**. 247 operatori hanno definito il lavoro prevalentemente **interessante**; 184 stressante; 133 normale; 95 lo hanno definito gratificante.

Lavorare presso un O.P.G. è ...



Si evidenzia che gli operatori di **Napoli e Montelupo** percepiscono nel loro lavoro una più elevata componente di stress. Mentre gli operatori di **Aversa e Barcellona P.G. e Reggio Emilia** tendono a collocare le loro risposte nell'area dell'interesse.

Per il personale di **polizia penitenziaria** lavorare presso un OPG è interessante (137 risposte), stressante (111 preferenze), normale (65 preferenze), gratificante (50 preferenze).

Per il **personale sanitario** lavorare presso un OPG è prevalentemente interessante (64 risposte su 179 questionari); è stressante per 51 unità; è gratificante per 31 operatori e per 23 di loro è normale.

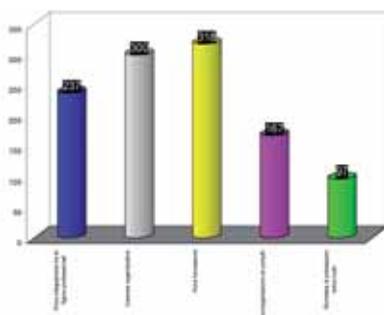
Per il **personale amministrativo** lavorare in un OPG è nor-

male per 29 operatori sugli 83 che hanno risposto alla domanda per 14 di loro è stressante e per 14 unità è interessante. Per questi operatori maggiore è la percezione di normalità.

- Rispetto all'area dell'organizzazione è stato innanzitutto **chiesto agli operatori di identificare gli aspetti che qualificano positivamente l'organizzazione presso cui lavorano.** Le risposte globali si sono nettamente concentrate sulla **collaborazione tra le diverse figure professionali** seguite, in ordine di preferenza dalla **partecipazione attiva alla vita dell'istituto** e dal **trattamento riservato agli internati.** Tale indicazione è sostanzialmente univoca per tutte le figure professionali con un lieve scostamento del personale sanitario verso il trattamento degli internati.
- Successivamente il questionario tendeva a far emergere, **gli aspetti gratificanti/interessanti del lavoro presso gli OPG.** Le risposte hanno evidenziato che la **maggior gratificazione per gli operatori è data dal rapporto con gli internati.** Tale preferenza ha la maggiore incidenza tra gli operatori degli OPG di **Aversa** e di **Reggio Emilia.** Il secondo elemento definito come gratificante è stato il **rapporto con i colleghi** anche se si è attestato su livelli di gradimento inferiori a quelli sopra evidenziati. Presso gli OPG di **Napoli e di Montelupo** il rapporto con i colleghi rappresenta un dato molto gratificante. Significativa appare l'individuazione nel rapporto con gli altri operatori di una componente di gratificazione e interesse. Per contro, emerge che il **minore livello di gratificazione è rappresentato dal rapporto con i "capi" e dal rapporto con gli operatori esterni.** In particolare **il personale di polizia penitenziaria** individua nel rapporto con i colleghi una componente tra le più gratificanti del proprio lavoro. Con un piccolo scarto lo stesso personale definisce gratificante il lavoro con gli internati. Per **il personale sanitario** invece le risposte sono quasi esclusivamente indirizzate nel definire gratificante il rapporto con l'utente, internato. Il **personale amministrativo** distribuisce in maniera omogenea le proprie preferenze tra internati, colleghi ed altri operatori, compresi i capi.
- L'area della
organizzazione

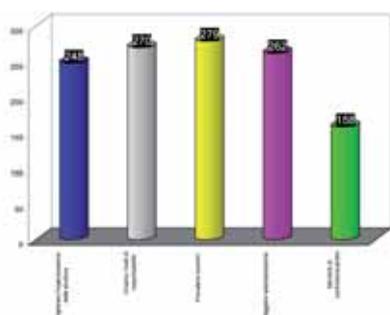
- **Alla domanda di verifica** e cioè di quali fossero gli **elementi meno gratificanti/interessanti** del proprio lavoro si conferma quanto emerso in minore percentuale di preferenza nella domanda precedente. In primo luogo quindi si evidenzia come critico **perché poco gratificante** rispettivamente il rapporto con gli operatori esterni e con i “capi.”
- E' stato poi chiesto agli operatori **di individuare le principali cause delle difficoltà che incontrano nel lavoro.**

Difficoltà che si incontrano ...



Le indicazioni generali che scaturiscono indicano rispettivamente nella **poca formazione** (risposte prevalenti su Barcellona P.G. ed Aversa) e nelle **carenze organizzative** (risposte prevalenti Napoli, Reggio Emilia e Montelupo) i principali fattori di criticità seguiti dalla poca integrazione tra le varie figure professionali. Quale terzo elemento di criticità, anche se con indice minore, viene indicata la **poca integrazione tra le figure professionali**. L'analisi dei dati disaggregati per figura professionale fa emergere che il personale di **polizia penitenziaria** indica con maggiore incidenza la **mancanza di formazione** quale elemento critico, gli **operatori amministrativi** ed il **personale sanitario** individuano prevalente il **fattore organizzativo**. Non vengono invece rilevati come elementi di significativa criticità la sovrapposizione di compiti e le richieste di prestazioni extra ruolo.

- Tuttavia alla successiva domanda **che chiedeva di indicare quali interventi sarebbero utili per migliorare le condizioni di lavoro**, il maggior numero di risposte si concentra sulla **richiesta di incentivi** e sulla necessità di **chiarimento dei compiti e dei livelli di responsabilità di ciascun operatore.**



Per migliorare il mio lavoro occorre ...

Le risposte fornite sono così distribuite nei diversi OPG: a **Montelupo e a Reggio Emilia** è prevalente la risposta che individua quale elemento migliorativo quello relativo all'organizzazione. Nell'OPG **di Barcellona P.G.** è prevalente l'idea che il miglioramento passa attraverso l'azione formativa e attraverso una ridefinizione dei compiti tra i diversi operatori. Mentre gli operatori di **Napoli e di Aversa** sottolineano l'importanza di vedersi riconosciuti degli incentivi. Ad **Aversa** si ritiene anche che una maggiore attività formativa possa rappresentare una componente migliorativa delle condizioni di lavoro.

Se poi si disaggregano i dati per figure professionali emerge che: il bisogno di maggiore specializzazione viene prevalentemente avvertito **dagli operatori di polizia penitenziaria** (OPG Aversa, Barcellona P.G. e Reggio Emilia), mentre per gli stessi operatori che operano a Napoli resta prevalente l'esigenza di ottenere incentivi

Una maggiore attenzione verso gli aspetti organizzativi è espressa con più chiarezza dagli operatori di polizia penitenziaria che lavorano presso **Montelupo e Napoli**.

Gli operatori amministrativi indicano prevalentemente quale elemento che potrebbe migliorare le condizioni del proprio lavoro quello di definire i livelli di responsabilità. Ciò è espresso con maggiore nettezza dagli operatori di **Barcellona P.G. e di Aversa**.

Gli operatori sanitari complessivamente ritengono che sia importante promuovere incentivi per migliorare le condizioni di lavoro. Presso **l'OPG di Reggio Emilia** invece prevale tra questi operatori l'idea che il miglioramento delle condizioni del proprio lavoro passi attraverso il miglioramento dell'organizzazione del luogo di lavoro.

QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DEI BISOGNI
(Utilizzato per la ricerca)

Il presente questionario è uno strumento di rilevazione che si inserisce in un progetto di ricerca sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari promosso dall' Istituto Superiore di Studi Penitenziari.

Il questionario che viene proposto servirà per raccogliere, direttamente dagli operatori in servizio presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, elementi ed indicazioni utili per comprendere le loro attese nei confronti dell' Organizzazione ed i loro bisogni formativi.

La rilevazione così realizzata consentirà di orientare gli ulteriori passi della ricerca che è finalizzata alla progettazione, e programmazione di interventi utili a rinforzare le competenze degli operatori, a favorire l'integrazione professionale e a promuovere un *modus operandi* che soddisfi e gratifichi l'attività dei singoli e che consenta all'organizzazione di produrre un servizio istituzionale di maggiore qualità.

Per tale motivo, le chiediamo di aderire alla ricerca partecipando alla compilazione del questionario. Il suo contributo sarà infatti fondamentale perché ci aiuterà a comprendere la complessa realtà organizzativa degli O.P.G.

Parte I

NOME COGNOME.....

ETA' fino a 25 - 25-35 - 36-45 - 46-55 - oltre 55

o Titolo di studio.....

o Ruolo/Profilo Professionale.....

o Anzianità di servizio:

fino a 5 anni - tra 5 e 10 anni – tra 10 e 20 anni - oltre 20 anni.

a) Da quanto tempo lavora in OPG?

Meno di 5 anni – tra 5 e 10 anni – tra 10 e 20 anni - oltre 20 anni.

b) In precedenza ha lavorato in altre strutture dell'A.P.? SI NO

c) Ha avuto esperienze lavorative in altre istituzioni/servizi di natura sanitaria, socio riabilitativa, diverse dall'A.P.?

SI

NO

c.1) Se è sì dove?

- Ospedale - Altri servizi AUSL - Comunità terapeutiche - Privati

c.2) Quanti mesi/ anni?.....

d) Negli ultimi due anni ha partecipato a corsi di formazione/aggiornamento inerenti il lavoro che attualmente svolge?.....
SI NO

d.1) Se è sì, quali?

- formazione iniziale per l'immissione in ruolo
- corsi di formazione a contenuto tecnico specialistico
- formazione interprofessionale
- corsi di immissione a nuovo ruolo
- corsi organizzati da altri Enti

d.2) Se no, perché?

- Non mi interessava il corso proposto
- Non sono stato/a inserito/a
- Non penso che la formazione sia utile

e) Ha scelto lei di lavorare in OPG? SI NO

e.1) Se è sì perché?

- E' il luogo più vicino alla mia famiglia
- Mi interessava lavorare in questo settore
- Altro.....

f) Se potesse lavorare in un istituto penitenziario potrebbe:

- ◆ Esprimere pienamente le sue competenze
- ◆ Avere meno motivi di stress
- ◆ Non occuparsi del disagio mentale
- ◆ Svolgere un lavoro più facile
- ◆ Svolgere un lavoro più impegnativo

Parte II

1. A quale servizio è assegnato.....
2. Da quanto tempo svolge questo servizio?
Meno di 5 anni – tra 5 e 10 anni – tra 10 e 20 anni - oltre 20 anni.
3. Ritieni che per lavorare in OPG sia necessario possedere competenze specifiche?

SI NO
- 3a) Se è sì, quali delle seguenti?
(attribuisca un ordine numerico - da 1 a 4 secondo la priorità, considerando 1 il valore + elevato)
 - ◆ competenze sanitarie/psichiatriche
 - ◆ competenze relazionali/comunicative
 - ◆ competenze trattamentali/riabilitative
 - ◆ competenze tecniche di contenimento
4. Su quali di queste competenze ritiene di avere bisogno di approfondimento?
(attribuisca un ordine numerico - da 1 a 4 secondo la priorità considerando 1 il valore + elevato)
 - ◆ competenze sanitarie/psichiatriche
 - ◆ competenze relazionali/comunicative
 - ◆ competenze trattamentali/riabilitative
 - ◆ competenze tecniche di contenimento
5. Secondo Lei gli aspetti più gratificanti/ interessanti del suo lavoro sono legati al rapporto con: *(indichi max due voci)*
 - ◆ gli internati
 - ◆ i colleghi
 - ◆ i capi
 - ◆ gli altri operatori
 - ◆ gli operatori esterni
 - ◆ altro.....
6. Quali sono gli elementi che qualificano positivamente la organizzazione nella quale lavora? *(Indichi max due voci)*
 - La organizzazione dei servizi

- La collaborazione tra i diversi operatori
 - Il trattamento riservato agli internati
 - La presenza di operatori qualificati
 - La partecipazione attiva alla vita dell'istituto
7. Secondo Lei gli aspetti meno gratificanti/ interessanti del suo lavoro sono legati al rapporto con: *(Indichi max due voci)*
- ◆ gli internati
 - ◆ i colleghi
 - ◆ i capi
 - ◆ gli altri operatori
 - ◆ gli operatori esterni
 - altro.....
8. A suo avviso le difficoltà che incontra sono prevalentemente legate a:
(Indichi max due voci)
- ◆ Poca integrazione tra le figure professionali
 - ◆ Carenze organizzative
 - ◆ Poca formazione
 - ◆ Sovrapposizione di compiti
 - ◆ Richiesta di prestazioni extra- ruolo
9. Quali interventi sarebbero utili secondo lei per migliorare le condizioni del suo lavoro? *(Indichi max due voci)*
- ◆ Migliorare l'organizzazione della struttura.
 - ◆ Chiarire i livelli di responsabilità e quindi i compiti di ciascun operatore
 - ◆ Prevedere incentivi per gli operatori in servizio presso gli OPG.
 - ◆ Maggiore specializzazione del personale.
 - ◆ Prevedere momenti istituzionali di confronto/scambio con gli altri operatori
10. Secondo lei il singolo operatore può fare qualcosa per migliorare le condizioni del proprio lavoro?

SI

NO

10a) Se è sì, che cosa?

- ◆ Trovare maggiori occasioni di dialogo con gli altri operatori
- ◆ Adottare comportamenti più collaborativi
- ◆ Superare i possibili pregiudizi
- ◆ Migliorare le proprie competenze professionali

11. Lavorare presso un OPG è:

- ◆ Normale
- ◆ Gratificante
- ◆ Stressante
- ◆ Interessante
- ◆ Pericoloso

Capitolo III

Linee guida per la formazione del personale operante negli ospedali psichiatrici giudiziari

Il piano di formazione per gli operatori degli ospedali psichiatrici giudiziari scaturisce dalla rilevazione dei fabbisogni realizzata nell'ambito del progetto REVAN attraverso:

- la somministrazione di questionari a tutto il personale,
- l'esito degli incontri con gruppi di operatori di tutte le professionalità (focus group) realizzati in tutti gli OPG.
- l'analisi di dati statistici, gestionali, finanziari.

La proposta formativa si articola in fasi e livelli differenziati ed è rivolta a tutte le componenti professionali in relazione ai bisogni espressi ed alle **competenze** indicate come necessarie per ben operare nell'ospedale psichiatrico.

Il lavoro è stato svolto tenendo conto delle esigenze di ogni differente professionalità, ma adottando una logica il più possibile trasversale per cogliere gli aspetti comuni a chi, comunque, opera nello stesso contesto, con la stessa utenza, per le medesime finalità

Tali competenze sono state raggruppate e sintetizzate nelle seguenti aree:

- 1. area delle competenze sanitarie/psichiatriche**
- 2. area delle competenze giuridico/normative**
- 3. area delle competenze trattamentali/riabilitative**
- 4. area della comunicazione interna**
- 5. area della collaborazione e dell'integrazione**

Sulla base di questi elementi sono stati formulati gli **obiettivi formativi**, costruiti i moduli didattici, individuati i destinatari.

L'intervento formativo si caratterizza per l'approccio globale su tutto il contesto e per il livello di flessibilità che coinvol-

ge destinatari differenti che possono scegliere consapevolmente il proprio percorso formativo.

Infatti per ogni area sono stati individuati **destinatari prioritari** (coloro che hanno maggiormente segnalato l'esigenza), ma sarà incoraggiata la partecipazione di altre professionalità laddove si ritenga necessario od opportuno accrescere il proprio sapere in quello specifico settore.

Spazi ed interventi specifici sono dedicati invece a quelle aree che richiedono la partecipazione contestuale di **tutte le componenti professionali** compresi anche gli operatori del volontariato e di altri enti che, stabilmente, collaborano con l'istituzione.

Una prima area di fabbisogni formativi segnalati dagli operatori è relativa alla necessità di possedere un sapere di base sulla malattia psichiatrica, sulle manifestazioni comportamentali, le implicazioni criminologiche, gli interventi terapeutici. Questa esigenza è espressa prevalentemente, ma non esclusivamente, dal personale di **polizia penitenziaria** e si colloca in un bisogno più generale e diffuso di condividere un linguaggio ed attribuire corretti (o condivisi) significati alla terminologia tecnico/scientifica.

Dovranno pertanto essere organizzati **moduli informativi** in tal senso che rispondono ad un più ampio obiettivo di creare i presupposti per un comune terreno comunicativo.

Un'altra esigenza rappresentata riguarda la conoscenza degli aspetti normativi della esecuzione delle misure di sicurezza. Per tale modulo formativo sarà favorita la partecipazione prevalentemente del **personale sanitario**.

Un ulteriore modulo sarà mirato alla conoscenza della creazione dei presupposti per promuovere interventi trattamenti e riabilitativi coinvolgendo il territorio e le risorse interne ed esterne.

La necessità di avere competenze sempre più approfondite nelle strategie di coinvolgimento dei soggetti territoriali e del privato sociale è stata espressa dal personale socio-educativo, quale condizione per costruire validi percorsi riabilitativi. Destinatari privilegiati saranno **educatori ed assistenti sociali**.

Un altro intervento formativo sarà mirato a migliorare la comunicazione interna alla struttura e a migliorare la gestione del personale.

Questo bisogno è stato largamente e trasversalmente espresso. Verranno coinvolti i **responsabili delle strutture ed i capi area**.

Infine verranno proposte delle iniziative volte a rafforzare la collaborazione tra le aree professionale e tra i singoli operatori per migliorare i livelli collaborativi, operare in maniera più integrata ed apprendere a gestire e contenere gli aspetti più stressanti del lavoro.

Questi moduli saranno rivolti a **tutte le figure professionali**.



Capitolo IV

Contributi di riflessione dal gruppo di lavoro*

Verso quale OPG? Le conclusioni a cui pervenne nel 1998 il Gruppo di lavoro dell'Osservatorio per la tutela della salute mentale del Ministero della Sanità (Dipartimento della Prevenzione), a parere degli operatori interessati dal laboratorio di ricerca del progetto REVAN, rimangono tuttora valide e rappresentano un indubbio ed autorevole punto di riferimento per le considerazioni che vengono di seguito espresse.

Per questo motivo, condividendo i contenuti esplicitati nel documento, se ne riportano, quale premessa, ampi stralci.

“La tematica del superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, investendo peculiari aspetti di natura legislativa e correlandosi a problemi non solo di natura terapeutica e socio-riabilitativa ma anche di tutela dell'ordine e sicurezza pubblica, si configura oltremodo complessa ed articolata. Essa va dunque affrontata con grande attenzione, cautela e realismo, soprattutto nell'intento di non ingenerare possibili fenomeni controindicativi o di rigetto, che rischierebbero di vanificarne i principi e le finalità.”

“...Tutte le prospettive di adeguamento normativo non si presentano di pronto esame e di rapida determinazione da parte degli organi legislativi. Rimane pertanto, al momento, possibile solo lo studio delle migliori attuazioni amministrative della disciplina legislativa vigente, nella consapevolezza della divaricazione di fini presente nel sistema terapeutico ordinario e terapeutico penitenziario nella specifica materia, ma anche nella consapevolezza che solo l'attento esame di tutte le possibilità di integrazione fra le presenti strutture dei dipartimenti di sanità

* Gruppo di lavoro: dott. Sebastiano Zinna, dr.ssa Paola Gubbiotti, dott. Adolfo Ferraro, dr.ssa Rosalia Nunziante, dott. Franco Scarpa, dott. Salvatore De Feo, dr.ssa Valeria Calevro.

mentale e quelle degli OPG, così come lo studio comune delle rispettive pratiche terapeutiche, porrà le premesse per i maggiori interventi del legislatore e per i conseguenti adeguamenti dell'azione amministrativa. Ciò porta con sé un'inevitabile ed auspicata riduzione della separazione dalla comunità civile delle comunità terapeutiche, e con ciò una loro apertura sicuramente proficua per gli internati sofferenti. L'invio in OPG ed in casa di cura e custodia (CCC) in applicazione di una misura di sicurezza avviene fondamentalmente per motivi connessi con una infermità mentale, alla quale viene associata – in senso generale e/o genericamente – una pericolosità sociale. L'applicazione di una delle predette misure di sicurezza non può implicare la perdita dei fondamentali diritti costituzionali riguardo alla tutela della salute. Dovrebbero quindi essere garantiti e messi in atto tutti quei provvedimenti terapeutico-riabilitativi, considerati utili e necessari secondo le conoscenze e le esperienze attuali, ed orientati prospetticamente nel tempo, in modo tale da permettere e favorire il superamento di quella condizione di infermità particolarmente acuta e grave a cui – in senso generale – viene fatta risalire la pericolosità sociale. Dovrebbe pertanto essere previsto necessariamente un lavoro collegato ed integrato tra il servizio sanitario degli OPG e delle CCC e gli operatori dei Servizi di Salute Mentale delle zone di origine delle persone internate. Premessa e condizione indispensabile per l'attuazione di un siffatto sistema è che i Servizi di Salute Mentale siano sufficientemente dotati di risorse soprattutto umane e funzionino in modo adeguato e corretto; tale obiettivo, che sicuramente va perseguito e raggiunto comunque e indipendentemente dal problema del superamento delle misure di sicurezza cosiddette sanitarie, non può prescindere, allorché si stimino i mezzi occorrenti, dalla considerazione del prospettato impegno di interazione tra le strutture del Ministero della Giustizia e i Servizi stessi. Ogni invio in OPG o in CCC dovrebbe comportare un programma terapeutico-riabilitativo specifico che preveda il reinserimento ragionato, ponderato, prudente e realistico, costruito nelle sue componenti fondamentali e necessarie – della persona internata, considerando anche con attenzione la reale entità e la gravità globale del reato commesso.

A tale scopo, facendo anche riferimento alle esperienze più complesse di de-istituzionalizzazione e di organizzazione di nuovi Servizi di Salute Mentale avvenute nel territorio naziona-

le e ad alcune esperienze specifiche e significative, incoraggianti per i risultati raggiunti e non più tanto isolate ed eccezionali, è possibile individuare alcune linee di indirizzo che riguardano: a) le Regioni; b) le Aziende Sanitarie Locali; c) i Dipartimenti di Salute Mentale; d) i Magistrati di Sorveglianza; e) gli Istituti Penitenziari; f) il Ministero della Salute e il Ministero della Giustizia.

a) Le **Regioni**: sulla base di una corretta valutazione dei costi, mediante lo strumento della contabilità analitica, dovrebbero prevedere, nei loro bilanci, delle voci dedicate per iniziative necessarie a promuovere e a sviluppare programmi specifici e complessi di riabilitazione e di reinserimento di persone, appartenenti a ciascuna Regione, sottoposte alle misure di sicurezza in questione.

Il riferimento a questo proposito va a:

- contatti reali con la persona internata da parte degli operatori interni ed esterni all'OPG;
- inserimenti di persone internate in strutture residenziali già esistenti;
- sostegno economico per progetti di inserimento anche individuali;
- istituzione di un gruppo di lavoro permanente, possibilmente integrato con rappresentanti delle strutture dell'Amministrazione penitenziaria, in grado di seguire costantemente il flusso di accesso e di uscita degli abitanti della Regione;
- una corretta informazione all'opinione pubblica per stimolare la partecipazione del volontariato ed il coinvolgimento del mondo del lavoro.

b) Le **Aziende Sanitarie Locali**: adeguatamente indirizzate e sostenute dalla Regione di appartenenza, dovrebbero inserire obbligatoriamente nei loro piani annuali e pluriennali le specifiche azioni indirizzate, tra l'altro, a prevenire l'invio in OPG; avviare processi di reinserimento e di riabilitazione di persone internate; istituire corsi di formazione e di sensibilizzazione per il personale interessato a vario titolo nelle azioni necessarie per lo scopo; stipulare idonee convenzioni con i competenti organi del Ministero della Giustizia per permettere ai servizi di Salute Mentale di intervenire in ambito penitenziario

nelle forme previste dalla legge; prevedere le idonee forme di integrazione con i Servizi socio-assistenziali, evidenziando le relative risorse anche nel caso in cui i servizi non sono stati delegati.

c) i **Dipartimenti di Salute Mentale**: responsabili istituzionalmente delle azioni a diretto contatto con l'utenza, adeguatamente sostenuti ed indirizzati sia da provvedimenti della Regione che dalla Azienda USL di appartenenza, dovrebbero svolgere una funzione molto delicata che richiede grande attenzione e grande sensibilità e che si articola su diversi piani quali l'acquisizione e sviluppo della cultura e della pratica della "presa in carico"; maturazione di specifiche attenzione e sensibilità, nell'operatività quotidiana, in quei casi che permettono di intervenire in tempo utile, comprendendo e valutando tutti quei segnali che, molto spesso anche se non sempre, precedono anche per molti giorni la commissione di un fatto-reato (ovviamente quando questo derivi da una condizione di intensa sofferenza psichica e non da una scelta criminale, che esclude in tal caso una rilevante diminuzione della capacità di intendere o di volere oppure la molto più rara sua assenza); promozione di una cultura che, attraverso una relazione terapeutica più profonda e più vicina alla complessità dell'esperienza della soggettività umana, sia in grado di vedere oltre la lente deformante della "irresponsabilità" – e, quindi, della incapacità di intendere o di volere – troppo spesso attribuita a priori secondo ormai superati stereotipi, a chi manifesta e/o esperisce un disturbo psichico più o meno grave. Attraverso la criminogenesi, infatti, è possibile cercare di rilevare e verificare in concreto le quote di "responsabilità" presenti anche nel sofferente psichico, ridefinendo il campo dei diritti e dei doveri e le categorie culturali della persona interessata, dei tecnici della psiche e del diritto, della opinione pubblica, valorizzando anche – senza ideologismi – il valore della "punibilità" sia sotto un profilo giuridico che terapeutico.

d) La **Magistratura di Sorveglianza** dovrebbe, di conseguenza, assumere un ruolo attivo di promozione e di controllo della effettiva assunzione della realizzazione delle iniziative necessarie ed opportune per la revoca anticipata della misura di sicurezza, tenendo conto anche della gravità del reato commes-

so; una funzione di garanzia circa la serietà delle stesse e delle valutazioni che le accompagnano.

e) Gli **Istituti penitenziari** dovrebbero rendersi disponibili ad assumere tutte le iniziative possibili per assicurare l'interazione dei Dipartimenti di salute mentale sia in prospettiva terapeutica sia in prospettiva riabilitativa e ciò anche mediante apposite convenzioni.

f) Il **Ministero della Salute ed il Ministero della Giustizia** dovrebbero assumere un ruolo attivo nella valutazione degli interventi attuati e nella proposizione di azioni correttive nell'ambito dei rispettivi compiti di indirizzo e programmazione.

Per avviare un lavoro organico con le persone già internate e con quelle che potenzialmente potrebbero esservi inviate è indispensabile il coinvolgimento integrato di tutti i livelli indicati. Nel corso delle azioni necessarie potrebbe strutturarsi un percorso di formazione-ricerca di notevole valore culturale, scientifico, etico e giuridico, che potrebbe essere individuato anche come un percorso di riconoscimento e di acquisizione concreta dei diritti da parte di soggetti intrinsecamente "deboli". A breve termine andrebbe avviata un'azione di ricognizione della popolazione attualmente presente negli OPG e nelle CCC con la quale valutare in concreto in ogni singola persona:

- la qualità e la gravità della patologia in atto;
- la sussistenza della pericolosità sociale, vista attraverso l'ottica e la comprensione istituzionali;
- la possibilità di programmi terapeutico-riabilitativi individuali e comunitari;
- la possibilità di revocare anticipatamente la misura di sicurezza nell'immediato o in un tempo breve, tenendo ben presente anche la gravità dei reati.

Contemporaneamente dovrebbe essere avviata un'azione di sensibilizzazione alle Regioni ed un'azione di sollecitazione nei confronti dei Servizi di Salute Mentale con lo scopo di avviare l'istituzione di programmi a breve, medio e lungo termine. Diverrebbe possibile avere in seguito un quadro più analitico e preciso della reale situazione della popolazione internata con la possibilità di ridurre significativamente l'entità del problema, compren-

dendo in modo più adeguato se esiste e quale potrebbe essere il “nucleo duro” (utenti particolarmente problematici) degli OPG, per il quale attivare programmi speciali ed elaborare eventuali modificazioni legislative. Rimangono totalmente non affrontati in questo documento il fondamentale problema della perizia psichiatrica, e delle culture che attraverso essa si possono esprimere, ed il complesso problema del rapporto tra organizzazione istituzionale, norma, cultura interiorizzata e costruzione di una visione della realtà, riproduzione della stessa, pratiche e così via. Parimenti potrà essere affrontato in futuro il problema di un possibile ruolo del giudice tutelare nel sistema di controllo e garanzia dei diritti fondamentali delle persone internate, nonché di stimolo del territorio interessato alla predisposizione di programmi di dimissione e reinserimento. Va evidenziato infine il contributo non secondario che possono assicurare alla realizzazione dei programmi i Comuni, le Province, le Associazioni di volontariato e privato sociale e le Economie locali”.

La misura di sicurezza rappresenta un provvedimento di carattere penale che ha la specifica indicazione di garantire il consenso sociale dalla potenziale pericolosità dei soggetti autori di reato ed incapaci di intendere e volere a causa di una malattia psichica.

Numerose sono comunque le pronunce e le determinazioni da parte di organismi giuridici e legislativi che hanno fissato, in maniera chiara ed inequivocabile, il principio secondo cui la condizione di internamento di tali pazienti non deve loro sottrarre alcuna possibilità di cura e di fruizione delle migliori opportunità in tema di terapie, nonché l'efficacia dei mezzi di trattamento.

Ad esempio già la sentenza 30 gennaio 1981 della I Sezione della Corte di Cassazione, specificava che per le persone inferme di mente che avevano commesso reati, e per i quali persisteva l'applicazione di misura di cui all'art. 222 del c.p., erano necessarie appropriate cure, pur mantenendo un rigoroso controllo della pericolosità sociale attraverso l'osservazione negli istituti specificamente attrezzati.

Ancora più evidente appare il fatto che ai soggetti internati in misura di sicurezza devono venire garantite una condizione di vita e delle opportunità concrete che consentano loro di poter

***Diritto
alla cura
ed ospedali
psichiatrici
giudiziari.
La carta
dei servizi***

ricostruire una possibilità di vita nel gruppo sociale.

Nel tempo infatti ulteriori sentenze hanno sempre più sottolineato il principio per cui la permanenza in OPG, o in CCC per i seminfermi, non deve escludere la necessità di adottare le forme di trattamento più avanzate ed efficaci per ripristinare lo stato di salute e la capacità di reinserimento sociale.

Nel disporre un determinato trattamento sanitario, la legge non può “in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. In tal senso, il primo limite, imposto dal rispetto della persona umana, consiste nella necessità che sia assicurato un accertamento medico tecnicamente corretto dei presupposti del trattamento, perché soltanto questa condizione assicura che la limitazione imposta alla libertà del soggetto corrisponde ad una sua effettiva necessità terapeutica, senza la quale il trattamento stesso costituirebbe un mezzo realizzato per fini diversi dalla cura, e quindi, estranei alla persona che lo subisce”.

Difatti l'esecuzione di una misura di sicurezza in OPG comporta necessariamente la cura dell'internato, perché la rieducazione ed il reinserimento sociale dell'infermo di mente implicano la guarigione (od il miglioramento) della malattia che è all'origine della pericolosità del soggetto; e non v'è dubbio, che si tratti di una forma di trattamento obbligatorio.

Se così è, esso deve sottostare ai limiti sanciti dall'art. 32, secondo comma, della Costituzione, come per qualsiasi trattamento sanitario coattivo.

Le modifiche evolutive della ricerca scientifica e delle opportunità terapeutiche della psichiatria e della farmacologia, maturate negli ultimi anni, hanno inoltre sempre più reso possibile conseguire l'obiettivo di garantire la difesa sociale mediante altre misure, più efficaci ai fini terapeutici, quali la libertà vigilata, anziché tramite il ricorso alle forme segreganti dell'OPG (Vedi sentenza Corte Cost. 253/2003).

La specificità della misura di sicurezza è posta nel fatto che essa è prevista nei confronti di persone che, per essere gravemente inferme di mente, non sono in alcun modo penalmente responsabili, e dunque non possono essere destinatarie di misure aventi un contenuto anche solo parzialmente punitivo. La loro qualità di infermi richiede misure a contenuto terapeutico, non diverse da quelle che in generale si ritengono adeguate alla cura degli infermi psichici.

D'altra parte la pericolosità sociale di tali persone, manifestata-

si nel compimento di fatti costituenti oggettivamente reato, richiede ragionevolmente misure atte a contenere tale pericolosità e a tutelare la collettività dalle sue ulteriori possibili manifestazioni pregiudizievoli. Le misure di sicurezza nei riguardi degli infermi di mente incapaci totali si muovono inevitabilmente fra queste due polarità, e in tanto si giustificano, in un ordinamento ispirato al principio personalista (art. 2 della Costituzione), in quanto rispondano contemporaneamente a entrambe queste finalità, collegate e non scindibili, di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità sociale.

Un sistema che risponde ad una sola di queste finalità, ossia solo a quella di controllo dell'infermo "pericoloso", e non all'altra di cura della stessa persona, non potrebbe ritenersi costituzionalmente ammissibile. In altre parole, le esigenze di tutela della collettività non possono mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente

In altre determinazioni si specifica in modo lapidario che, "ove in concreto la misura coercitiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo, non la si potrebbe considerare giustificata nemmeno in nome di tali esigenze". Il diritto alla cura è inoltre specificamente sancito dalla Costituzione (art. 32) e dalla normativa che sostiene l'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale (Legge 833/78 e successive modifiche) che, in ogni caso, prevedono un intervento universalistico ed un diritto di cura, nei limiti dei livelli essenziali definiti dalle risorse, garantito a tutti.

Considerato che l'attuale normativa individua, nell'ambito delle strutture dell'Amministrazione Penitenziaria, specifici Istituti dove si eseguono le misure di sicurezza (art. 59 e 62 della Legge 354/75), compete pertanto all'Amministrazione Penitenziaria l'organizzazione di tali strutture in maniera adeguata al compito che esse devono svolgere. Ciò significa poter destinare alle strutture OPG ed alle CCC, adeguate risorse di uomini e professionalità, luoghi e spazi adeguati, relazioni efficaci e produttive, finalizzate al recupero dei pazienti.

Il processo di Riforma della Sanità Penitenziaria, che ha portato all'emanazione del D. Lgs. 230/99, a tutt'oggi non applicato e non attuato nei suoi cruciali passaggi di sperimentazione, riconosceva in generale a tutti i detenuti il diritto a fruire di prestazioni analoghe a quelle assicurate dal Servizio Sanitario Na-

zionale (SSN) e, pur lasciando le tematiche relative agli OPG ad un momento successivo alla prima attuazione, la creazione di un percorso di definitiva e completa omologazione del trattamento di tutti i cittadini ancorché sottoposti a misura penali. Recentemente tale normativa ha subito una involuzione notevole, nei suoi principi di base, in quanto la normativa emanata (D. Lgs. 433/00) ha previsto non più “il superamento” della Sanità Penitenziaria ma il “riordino” della stessa, subordinandone la ri-definizione agli accordi che possono essere stipulati con le Regioni.

Difatti le Regioni, ai sensi della modifica dell’art. V della Costituzione, appaiono ormai direttamente investite del compito di definire le politiche in materia di assistenza dei propri cittadini residenti, ancorché essi siano detenuti in strutture penitenziarie e pertanto ogni forma di possibile riordino della Sanità Penitenziaria dovrà, o potrà, essere solo frutto di un accordo o forma di collaborazione tra il Sistema Sanitario Penitenziario e la Regione stessa..

Relativamente ai principi di base era stato statuito che l’applicazione della normativa di cui al D. Lgs. 230/99 avrebbe determinato la concreta possibilità per detenuti ed internati, rispetto all’erogazione dei servizi sanitari, di:

- **eguaglianza ed imparzialità:** i servizi devono essere erogati secondo regole uguali per tutti gli utenti, senza distinzioni di razza, lingua, sesso, religione od altro;
- **continuità:** non deve essere prevista alcuna interruzione del percorso di cura e di assistenza;
- **partecipazione:** il diritto come utenti di esprimere, direttamente o indirettamente attraverso associazioni di familiari o di volontari, il proprio parere sulla qualità ed appropriatezza dei servizi erogati;
- **diritto di scelta:** le persone detenute, e comunque anche quelle internate in OPG, possono esercitare il diritto a scegliere un medico di loro preferenza, pur sempre nell’ambito dei sanitari che sono autorizzati o disponibili al servizio in carcere e nel rispetto delle esigenze di sicurezza, proprie dell’Amministrazione Penitenziaria, e dei procedimenti giudiziari. Attualmente il Servizio Sanitario Penitenziario non prevede alcuna possibilità di scelta, anche quando sono presenti nel carcere più medici incaricati o altre figure specialistiche. L’attuale possibilità di ricorrere a

medici di propria fiducia prevista dall'art. 11 del regolamento penitenziario, appare limitata solo ad evenienze di carattere consultivo specialistico che solo pochi possono attivare e permettersi;

- **qualità ed efficacia:** il servizio pubblico deve garantire che le prestazioni erogate rispondano a criteri di qualità ed efficacia;
- **appropriatezza della cura:** la persona internata in OPG deve avere la possibilità di accesso alle cure più adeguate ed efficaci per il trattamento del proprio stato di malattia, sia mentale che organica internistica. Sul piano psichiatrico ciò comporta che il trattamento non può essere limitato a quello farmacologico, seppure con la necessità di introduzione dei più recenti psicofarmaci atipici o di cosiddetta nuova generazione, ma anche la messa in atto di tutte quelle metodiche e quelle opportunità, di carattere socioassistenziale, che concorrono alla formulazione ed attuazione di progetti individuali e mirati di riabilitazione psicosociale del paziente.
- **diritto di informazione:** un'accurata informazione sulle proprie patologie, sui propri disturbi e possibilità di cura appare a volte negata a causa della particolare limitatezza delle risorse e delle disponibilità di strutture e mezzi di cura in carcere.
- **diritto del rispetto della privacy:** l'uso delle informazioni di carattere sanitario, nel rispetto della Legge 675/96, e nel caso specifico di informazioni attinenti la sfera psichica del soggetto, deve essere strettamente limitato agli operatori che vengono a contatto con il trattamento della persona, evitando il continuo utilizzo a scopo non strettamente terapeutico delle informazioni per ragioni, motivate o meno, connesse al rispetto della sicurezza del carcere. In linea di massima sovente avviene che il parere del medico, e alcuni dei passaggi del regolamento testé specificate lo confermano, venga utilizzato per giustificare alcune forme di organizzazione e di messa in pratica di limitazioni della mobilità dell'individuo e che alcune informazioni possano sfuggire alla capacità di controllo della parte strettamente sanitaria.

In quasi tutti gli OPG negli ultimi anni sono state organizzate strutture e modalità di lavoro che hanno reso meno afflittivo il

trattamento, rispetto alla cornice più tipicamente carceraria e di controllo, e sono state avviate iniziative concrete e operative per facilitare il passaggio del paziente al territorio.

Tutte queste attività hanno reso meno pesante la permanenza in OPG ed hanno soprattutto creato vie di comunicazione tra interno dell'Istituto ed esterno, facilitando quella continuità di trattamento che ha reso possibile e meno traumatica la dimissione ed evitando l'abbruttimento spesso connesso alla istituzionalizzazione, che rende sicuramente meno agevole il reinserimento al momento della dimissione.

Rispetto alla rigidità strumentale, che determinava una sorta di immutabilità ed immodificabilità della durata della misura di sicurezza, come disegnata dalla prima scrittura del codice penale e di procedura penale, si assiste oggi ad una flessibilità spiccata nell'uso della misura, che può determinare numerose opportunità e possibilità di procedere ad una revoca della misura stessa in tempi più idonei e vicini al processo di cura.

In tal senso, originariamente la misura di sicurezza, applicata alla sentenza, poteva essere solo revocata alla scadenza, se cessata la pericolosità sociale, e solo in casi eccezionali convertita in libertà con la concessione del rilascio.

Nel migliore dei casi veniva data attuazione al trasferimento dell'internato, a fine misura, in una struttura manicomiale esterna, modalità che rappresentava oltre l'80 per cento delle dimissioni.

Con la progressiva opera di intervento della Corte Costituzionale, si sono determinati un processo di erosione della stabilità della misura e l'introduzione di strumenti di trasformazione della stessa in misure non detentive (vedi sentenza n. 110 del 23 aprile 1974 della Corte Costituzionale, con la quale viene introdotta la possibilità di revocare la misura di sicurezza in anticipo rispetto alla scadenza fissata in sentenza).

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 139 del 27 luglio 1982 ha introdotto il principio, poi consolidato con l'art. 679 del Codice di Procedura Penale del 1989, per cui la misura di sicurezza deve essere applicata solo previo un effettivo accertamento della pericolosità sociale).

E' stata infine più volte sottolineata "l'opportunità di una attenta revisione dell'intera disciplina in questione, sia alla stregua dei dubbi avanzati intorno all'istituto stesso dell'OPG, sia alla stregua di una valutazione relativa all'adeguatezza di tale istitu-

zione in relazione ai mutamenti introdotti sin dalle leggi 13 maggio 1978, n. 180 e 23 dicembre 1978, n. 833 per il trattamento dei soggetti totalmente infermi di mente”.

Allo stato attuale vi sono comunque numerose possibilità concrete offerte dalla normativa per attuare un percorso di dimissione sufficientemente correlato ai tempi della modifica clinica dello stato patologico piuttosto che a quelli più squisitamente giuridici di pericolosità. Difatti per i soggetti sottoposti a misura di sicurezza definitiva, allo scopo di attuare un programma di dimissione, si possono utilizzare:

- la revoca a termine: previo accertamento della pericolosità alla scadenza della misura prefissata in sentenza (2, 5, 10 anni per prosciolti; 6 mesi, 1 anno, 3 anni per seminfermi in CCC);
- la revoca anticipata: previo accertamento della pericolosità sociale in anticipo rispetto alla scadenza;
- la licenza finale esperimento: può essere concessa negli ultimi 6 mesi della misura e consente una dimissione, anche se vengono mantenuti gli obblighi della libertà vigilata e può essere revocata con rientro in OPG o CCC;
- la trasformazione della misura detentiva in regime di libertà vigilata con prescrizioni riguardanti il rispetto del programma terapeutico;
- la sentenza Corte Costituzionale n. 253 del Luglio 2003, infine, consente al Giudice di evitare l'invio in OPG applicando il regime di libertà vigilata se ritiene che la condizione di pericolosità del prosciolto sia compatibile con un regime di trattamento territoriale o nei Servizi;

Per quanto riguarda invece i soggetti per i quali la misura di sicurezza non è definitiva, in quanto ancora sottoposti a procedimento non finito con sentenza, si possono comunque attuare percorsi di trattamento che finiscono in una possibile dimissione attraverso:

- la revoca della misura di sicurezza provvisoria, previo accertamento semestrale della pericolosità sociale con perizia del consulente tecnico presso il Tribunale (CTU) o relazione dei Servizi Psichiatrici o dell'O.P.G.;
- il proscioglimento per incapacità di intendere e volere senza applicazione di misura di sicurezza: in caso di sentenza di proscioglimento dell'imputato per mancanza di imputa-

bilità, può esserci una valutazione da parte del perito di “non pericolosità” e pertanto viene a mancare il motivo per l’applicazione della misura di sicurezza;

- la dichiarazione di non eseguibilità della misura di sicurezza: con tale procedimento, al momento dell’accertamento, eseguito ex art. 679 del codice di procedura penale dal Magistrato di Sorveglianza, sia tramite intervento del CTU o documentazione clinica e proposta avanzata dai Servizi o dall’OPG, può essere valutata la cessazione o non sussistenza della condizione di pericolosità e, di conseguenza, la remissione in libertà, se già applicata una misura di sicurezza provvisoria, o la non eseguibilità della misura disposta in sentenza
- la sentenza Corte Costituzionale n. 253 del Luglio 2003, infine, consente al Giudice di evitare l’invio in OPG applicando, previo giudizio del CTU e programma dei Servizi Psichiatrici, il regime di libertà vigilata, se ritiene che la condizione di pericolosità del prosciolto sia compatibile con un regime di trattamento territoriale o nei Servizi, al posto dell’applicazione della misura in O.P.G.

Con le predette possibilità di revoca, trasformazione, o non messa in esecuzione, di una misura di sicurezza disposta in sentenza, si sono ampliate, rispetto al passato le possibilità concrete di procedere ad un effettivo percorso di cura, da attuare sia all’interno dell’Istituzione che all’esterno, durante la misura di sicurezza e di finalizzarne l’esito ad un momento in cui procedere ad una dimissione clinica ed un affidamento alle cure ed all’assistenza di un Servizio Pubblico esterno, garantendo così una continuità del percorso di cura.

Le politiche generali sanitarie e psichiatriche si sono mosse verso un percorso di collaborazione immediata dei Servizi Psichiatrici esterni con gli O.P.G., finalizzata alla precoce ripresa in carico dei pazienti sia durante la misura che alla fine della stessa. Il Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale” del 1998-2000 attribuisce ai Dipartimenti di Salute Mentale, al punto 5 delle linee guida, il compito di adottare forme di “collaborazione, nell’ottica del superamento di ogni istituzionalizzazione, con gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e con le Case di Cura e Custodia esistenti nel territorio”.

Nelle ulteriori indicazioni sulle modalità di realizzazione del

medesimo Progetto Obiettivo è prevista “la definizione di protocolli e modalità di collaborazione fra operatori del Dipartimento di Salute Mentale ed operatori dell’Amministrazione Penitenziaria nel trattamento dei soggetti internati negli OPG ed in altre strutture psichiatriche penitenziarie, tramite un apposito accordo tra il Ministero della Salute ed il Ministero della Giustizia, le Regioni, le Province autonome e i Comuni”.

Tali indicazioni riprendono, seppure in forma ridotta, elementi importanti del più ambizioso Documento conclusivo elaborato dall’Osservatorio per la tutela della Salute Mentale, risalente al 1998, documento che, da quanto risulta, è stato ancora una volta preso in esame dall’attuale Osservatorio.

Non ultimo, nel Progetto Obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, previsto dal D. Lgs. 230/99 (attualmente rimodulato nel D.Lgs. 433/00) ed emanato il 21-4-00 dal Ministero della Salute, nel campo della salute mentale, al punto 8) si afferma: “considerando necessario un riordino del settore dell’internamento psichiatrico giudiziario, occorre definire protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale e gli operatori del Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, ai fini della definizione di interventi terapeutici e riabilitativi a favore degli internati”.

Negli anni, da tutti gli OPG sono state avviate esperienze di collaborazione fattiva ed aperta con le ASL del territorio con protocolli e modalità di lavoro comune che hanno reso più continuo il collegamento esterno-interno e possibile la dimissione. Tali protocolli di collaborazione prevedono, in generale, la possibilità di stabilire concrete fasi di interscambio e collaborazione tra gli operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale e dell’OPG, così riassumibili:

- **informazione:** con la quale sono scambiati utili elementi di conoscenza degli aspetti processuali e clinici che hanno determinato, da un lato, l’internamento e, dall’altro, tutti quegli elementi di anamnesi e di contatti intercorsi per poter valutare la condizione della persona e l’intervento da attuare;
- **valutazione:** l’equipe dell’OPG e gli operatori che hanno seguito il paziente all’esterno, o lo dovranno seguire alla dimissione, concorrono congiuntamente alla valutazione del paziente e delle sue concrete possibilità di reinserimento;

- **progettazione:** sempre in maniera collaborativa e congiunta, deve essere attuata una fase di individuazione e di elaborazione di un progetto individualizzato finalizzato alla dimissione del soggetto ed al reinserimento sociale e familiare;
- **presa in carico:** nella fase in questione il progetto individuale viene attuato, soprattutto nella fase di realizzazione esterna all'Istituto e sul territorio, per verificare e mettere in atto la dimissione dall'Istituto, in maniera definitiva o con il mantenimento di misure di continuità esterna (licenza finale, libertà vigilata etc.), con la contestuale presa in carico da parte dei Servizi esterni e la continuità di cura ed assistenziale.

In tal modo, la misura di sicurezza, per quanto ancora soggetta ad una regolamentazione e cornice giuridico-penale, con modalità di realizzazione ed esecuzione in un ambito penitenziario, può sviluppare, nell'ambito delle attuali normative, percorsi di cure e di salute che possono garantire al meglio una maggiore qualità ed efficacia degli interventi, poiché possono assicurare un percorso più:

- **agevole**, perché il contatto con i Servizi di competenza è facilitato da protocolli, o norme, che definiscono le modalità di collaborazione con i Servizi del territorio di provenienza, soprattutto qualora venisse attuato il progetto di una collocazione regionale delle attuali strutture degli O.P.G., che renderebbe minore la distanza dai rispettivi Servizi esterni;
- **abbreviato** nella durata della misura per la possibilità di fruire di eventuali strutture organizzate;
- **continuativo**, perché non si creano interruzioni tra il momento di cura nel territorio ed il trattamento attuato nella struttura dell'Amministrazione;
- **dignitoso**, poiché una struttura che assume prevalenza delle funzioni di cura, rispetto a quelle di custodia, determina minore danno alla qualità di vita ed alla dignità della persona, consentendo altresì di adattare l'approccio terapeutico al paziente, nell'ambito della cornice penale, senza renderlo oltremodo oneroso per la prevalenza degli aspetti custodiali.

Uno degli strumenti di garanzia del diritto di cura nell'O.P.G. può sicuramente essere rappresentato dalla "Carta dei servizi", introdotta con legge 11 luglio 1995, n. 273.

La "Carta" è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti

e non si esaurisce in un documento di mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino.

Inoltre la “Carta dei servizi” assegna un ruolo forte, sia agli enti erogatori che ai cittadini, nell’orientare l’attività dei servizi verso le loro “missioni”: fornire un servizio di buona qualità ai cittadini-utenti.

Numerosi sono i riferimenti normativi e le indicazioni, nonché le notizie disponibili per la redazione della “Carta”. Ad essi ci si intende riferire richiamando alcuni punti di dettaglio con riferimento alla specifica realtà dell’O.P.G.

In OPG la Carta dei servizi è lo strumento per informare gli utenti, i loro familiari e gli operatori che collaborano con l’Istituto, dei servizi presenti con riguardo alla accoglienza e ricevimento dei ricoverati, cura – trattamento; servizi per la qualità di vita dei ricoverati e le modalità di accesso (ufficio spesa, magazzino, pacchi, colloqui, ecc...); servizi sanitari e la loro organizzazione; servizi educativi; servizi amministrativi.

La Carta dei servizi definisce inoltre i diritti dei ricoverati rispetto all’assistenza sanitaria; alle modalità di erogazione dei servizi inerenti la quotidianità; all’informazione sulla propria posizione giuridica, sulla propria salute, sull’organizzazione dell’Istituto, sull’équipe che lo prende in carico.

La Carta infine contiene indicazioni relative al progetto trattamentale interno (attività di intrattenimento, scolastiche, lavorative, di cura, ecc...) ed al progetto trattamentale esterno (lavoro, istruzione, inserimenti comunitari, ecc...).

La definizione della Carta dei servizi, qualificandosi come processo dinamico di interazione tra Amministrazione e cittadini, segna l’inizio di una modalità nuova di relazione improntata a trasparenza e verificabilità degli impegni assunti. E se tutto ciò trovasse attuazione anche in una struttura come l’OPG segnerebbe un traguardo importante nel riconoscimento effettivo della dignità della persona internata che per le sue condizioni complessive molto spesso non ha voce per rappresentare e tutelare i propri diritti.

La definizione chiara dei diritti e dei doveri comporta però che si dia attuazione alla verifica degli standards individuati. Ciò impegna innanzi tutto l’Amministrazione che emana la Carta, e, in secondo luogo, comporta anche la collaborazione dei cittadini e delle loro organizzazioni secondo i più consolidati modelli di partecipazione sociale.

Il miglioramento del modello organizzativo L'organizzazione degli O.P.G., nell'attuale contesto normativo di riferimento, deve rispondere al criterio di gestione di una struttura sanitaria deputata al controllo ed alla cura dei disturbi psichici che rendono probabile la commissione di reati, fintanto che dura la patologia o quella fase di patologia. Superata tale contingenza si dovrebbe passare "il testimone" (il paziente) alla sanità pubblica in quanto l'attuale ordinamento giuridico non contempla alcun motivo per rimanere in cura, contro la propria volontà, se non per un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) che si esegue tuttavia in specifiche strutture diverse dagli OPG.

Gli aspetti significativi connessi alla riorganizzazione del settore "psichiatria giudiziaria" investe il problema delle strutture, il problema del personale, il raccordo con i dipartimenti di salute mentale quali espressione della sanità pubblica.

Nello specifico, uno degli aspetti decisivi per rinnovare l'organizzazione delle strutture deputate alla gestione del problema psichiatrico in ambito giudiziario, potrebbe essere rappresentato dalla riorganizzazione su base regionale degli Istituti. Ciò per favorire il lavoro d'equipe, che dovrà intendersi "allargata", in quanto dovrà vedere coinvolti i responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e con loro concordato e coordinato. La dimensione geograficamente accettabile per operare di concerto con il territorio quindi dovrebbe essere regionale o, al limite, in casi di regioni contigue ed assimilabili per territorio, cultura e collegamenti logistici. In questo ambito e per gli opportuni raccordi con i referenti regionali particolare rilevanza assume anche il ruolo del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria.

Il secondo aspetto concerne le **risorse umane** operanti nelle strutture.

La tipologia di personale, con riferimento sempre all'attuale assetto normativo, ricalcando, per grandi linee, quella attuale, dovrebbe prevedere l'ampliamento delle figure professionali di "nursery". Nello stesso tempo andrebbero sviluppati rapporti di collaborazione professionale con i Dipartimenti di Salute Mentale.

In questo contesto particolare rilievo assume la formazione intesa come "formazione congiunta" capace cioè di coinvolgere tutti i soggetti interessati siano essi interni alle strutture penitenziarie che esterne con particolare riferimento a quelle dei

servizi di salute mentale, dei servizi del territorio e del privato sociale.

La collaborazione con i D.S.M. deve essere strutturata sulla base di protocolli d'intesa con le AA.SS.LL. e per un quadro di riferimento appropriato con i relativi Assessorati Regionali all'interno dei protocolli d'intesa che l'Amministrazione per il tramite del provveditorato stipula con le Regioni. In questi protocolli va definito, tra l'altro, ciò che concerne l'individuazione delle risorse, umane e strumentali, che ogni ente (OPG e DSM) può mettere in campo, e del cammino da seguire per un percorso assistito e presidiato, nei modi e nei tempi, per consentire agli internati il rientro nella società civile.

Il personale dell'OPG vede impegnate diverse professionalità: personale sanitario, del trattamento, di polizia penitenziaria, tecnico amministrativo.

La specifica strutturazione del **personale sanitario** potrebbe prevedere tra l'altro un dirigente, preferibilmente psichiatra o comunque con impronta psichiatrico-forense, alla direzione, un dirigente sanitario, scelto fra i medici di ruolo o, in mancanza e nelle more dei concorsi, fra i più anziani di servizio e, a capo dell'area amministrativa e di quella contabile (accorpabile, almeno per gli OPG in un'ipotetica area di gestione delle risorse umane ed economiche) un direttore amministrativo. Il servizio sanitario dovrebbe essere composto in prevalenza da psichiatri, di ruolo o convenzionati secondo le disponibilità, ma comunque in servizio per un arco orario più ampio possibile (l'optimum sarebbe poter coprire il servizio h/24 o almeno nella fascia 8-20).

L'assistenza sanitaria di base va garantita dai medici incaricati, i quali, tramite specifiche convenzioni con l'ASL locale, dovrebbero essere forniti di ricettari del SSN in modo da poter prescrivere i farmaci necessari come a qualsiasi altro cittadino italiano. L'assistenza specialistica potrebbe essere sia fornita dai convenzionati, come è attualmente, oppure dall'ASL, attraverso protocolli d'intesa locali.

L'assistenza infermieristica deve prevedere un caposala nel turno 8-14 per ogni reparto di degenza (circa 20 posti), con un infermiere professionale a turno h/24. Si ritiene indifferibile (anche se può sembrare un dettaglio di secondaria importanza) l'assunzione diretta o tramite convenzioni di figure professionali di livello più basso, come gli ausiliari socio-sanitari altresì det-

ti OTA (Operatore Tecnico addetto all'Assistenza) per provvedere a quelle esigenze igienico-sanitarie di base che non possono essere soddisfatte né col ricorso al lavoro penitenziario né al contratto con ditte esterne.

Personale del trattamento: sia in senso lato (educatori, animatori di comunità, tecnici della riabilitazione psichiatrica), sia in senso più propriamente sanitario (medici, infermieri, psicologi, ausiliari). L'aggiornamento professionale e, ove necessario, la formazione di base, va effettuata in stretta collaborazione fra DAP (Istituto Superiore di Studi Penitenziari e Ufficio V° della Formazione) ed Università, garantendo, tramite la stipula di apposite convenzioni, accessi facilitati o addirittura riservati agli operatori penitenziari e con riferimento a quanto previsto dal Ministero della Salute in tema di Educazione Continua in Medicina (ECM).

Il numero più consistente è rappresentato dal personale appartenente al **Corpo di Polizia Penitenziaria**. Ciò non deve fuorviare dalla impostazione peculiare che la struttura deve avere nel rispetto dei compiti istituzionale assegnati all'OPG: cura, controllo, preparazione al ritorno nella società. In questa prospettiva sarebbe quanto meno opportuno che gli addetti di polizia penitenziaria fossero destinatari di una specifica formazione che li abiliti alla gestione del ruolo in situazioni di prevalente disagio mentale in tutte le sue tipiche manifestazioni comportamentali. In tal senso potrebbe essere anche prevista una apposita specializzazione, riconosciuta dall'ordinamento del Corpo in analogia a quanto previsto, ad esempio, per gli operatori di polizia penitenziaria addetti alle strutture penitenziarie in ambito minorile.

Infine il personale tecnico-amministrativo con compiti di supporto per la gestione dei beni materiali e delle risorse umane, dell'attività amministrativa e dei rapporti con altri enti per la fornitura di servizi (cucina, lavanderia, igiene ambientale etc.).

La specificità della struttura OPG mette insieme, rendendo il contesto particolarmente complesso, professionalità che attingono a riferimenti culturali di difficile armonizzazione. Tuttavia l'esperienza dimostra che, ove si opera nello spirito richiesto dall'ordinamento penitenziario, e cioè nella prospettiva della integrazione e collaborazione, è possibile condividere obiettivi, metodologie di lavoro e prassi operative coerenti con le finali-

tà istituzionali degli OPG. In questo senso un ruolo decisivo gioca la formazione integrata e interprofessionale come luogo di sperimentazione e di crescita delle competenze richieste per gestire un contesto umano e organizzativo ad alto indice di problematicità.

La storia recente degli OPG ha visto profonde modificazioni nello stile gestionale di questi istituti con una conseguente e decisa correzione di rotta al fine di assicurare la realizzazione del mandato istituzionale, una forte richiesta di incremento del proprio patrimonio professionale da parte degli operatori di ogni settore e qualifica, la sollecitazione – spesso compulsiva! – verso la ricerca di una autentica integrazione dei saperi e delle esperienze che le diverse professionalità hanno accumulato, ed originalmente elaborato sul campo, nel corso di questi anni.

Anni contrassegnati dalla rivisitazione degli assetti teorici e delle prassi implementate nell'ambito intramurale e di massiccia promozione delle nuove strategie trattamentali a costituire e rinsaldare legami ed interdipendenze con l'ambito esterno (nuove modalità di gestione congiunta dei pazienti, ampio ingresso del volontariato, raccordo, stabilizzato e normato da appositi protocolli di intesa, con Enti, associazioni, ASL, cooperative sociali, etc.) che stanno cambiando, sia pure con lenta progressione, la storia delle degenze in O.P.G., assicurando mantenimento di cittadinanza e diritti fondamentali ai pazienti pur nell'ambito di percorsi di riabilitazione che devono anche promuovere presa di coscienza e positiva elaborazione della frattura prodotta nel tessuto della convivenza civile, e del relativo disvalore sociale, intervenuti a seguito dei comportamenti delittuosi posti in essere. Questo cambiamento in corso negli OPG vuole promuovere anche, in senso euristico, nuovi modelli organizzativi capaci di dare risposte, finalmente congrue ed autenticamente moderne, in tema di assistenza, cura, recupero socio-lavorativo, in modo che i sistemi implementati risultino di gestione agile, vicini ai bisogni dell'utenza, saldamente interrelati con le strutture ed i servizi di rilievo psichiatrico presenti sul territorio.

Questo naturalmente comporta, per il personale, la necessità di acquisire, impadronirsi ed avvalersi, di ulteriori strumenti culturali, di più raffinate conoscenze, di “nuove sensibilità” capaci di promuovere chiarezza riguardo ai propri compiti nel contesto

***La formazione
delle risorse
umane.
Tematiche di
interesse.***

operativo di appartenenza, consapevolezza del proprio ruolo e di quello altrui, fluidità delle comunicazioni.

E' una necessità che coinvolge tutte le aree e tutti i soggetti professionalmente rappresentati nell'ambito dell'OPG: i ruoli amministrativi, perché cresce la complessità del sistema e la necessità di acquisire e gestire risorse economiche (budgets, partenariati con crescente novero di soggetti esterni, progettualità di vari tipi a sviluppo intra-extramurario) e di governare risorse umane (raccordo con nuovi e diversi soggetti professionalmente definiti al fine di assicurare nuovi servizi e contributi di conoscenze più validi e specializzati; implementazione di progetti e strategie sempre più complessi per l'ammodernamento e l'adeguamento di strutture spesso assolutamente obsolete); i ruoli sanitari, infermieristici e di polizia penitenziaria, che sono i più operativi in quanto a contatto diretto con i malati, con i bisogni e le sofferenze di questi ultimi. Occorre che questi ruoli professionali sviluppino le capacità per meglio comprendere cosa significa "patologia psichiatrica" e la peculiarità del rapporto con il paziente psichiatrico, per gestire l'impatto emotivo suscitato dal rapporto col malato mentale grave e padroneggiare l'ansia divenendo, al contempo, capaci di fornire contenimento ed "ascolto" alle gittate ansiose del disagio psichico, e di evitare risposte emotive a "corto circuito", acquisendo la capacità di porre in essere comportamenti, atteggiamenti, posture capaci di sopire, allentare, diluire, disinnescare ingorghi emozionali, accessi deliro-allucinatori, eruzioni aggressive presenti in una utenza così particolare.

Occorre, infine, che si impari a comunicare imponendo al proprio lavoro il raccordo con le altre figure professionali coinvolte nella gestione e nel trattamento dei pazienti, dando significato ai concetti di "operare in équipe" che è la base di ogni strategia volta alla riabilitazione e al reinserimento dell'internato/detenuto ristretto in OPG.

Quanto sopra è emerso in maniera incontrovertibile, sotto forma di necessità e richiesta formativa espressa da tutti gli operatori degli OPG coinvolti nel progetto REVAN, sia attraverso la rilevazione fatta a suo tempo a mezzo della somministrazione di apposito, articolato questionario, sia attraverso la successiva analisi nell'ambito ristretto, e pure esaustivo, dei "focus-groups". In particolare ci si intende riferire ad un percorso formativo che annoveri aspetti teorici e verifiche sul campo, con le relative ed imprescindibili valutazioni "in itinere" (individuali e di gruppo),

attinenti i seguenti argomenti:

1. Introduzione al concetto di malattia mentale ed elementi di classificazione psichiatrica;
2. Patologie mentali di più frequente riscontro in OPG; L'infirmità di mente e la pericolosità sociale.
3. Modalità di approccio al portatore di disagio psichico grave: ruolo e funzioni dell'operatore di polizia penitenziaria;
4. L'emergenza psichiatrica, la terapia forzata, i "mezzi di contenzione";
5. Il Codice Penale e le misure di sicurezza detentive dell'OPG e della CCC; l'"infirmità sopravvenuta"; il caso particolare dei sottoposti a misura di sicurezza promissoria.
6. Attività trattamentali intra ed extramoeniali: significato ed importanza del trattamento penitenziario, i rapporti con il mondo esterno, i "protocolli di intesa";
7. Ruolo del volontariato in OPG, motivazioni, interazione con gli internati/detenuti, collaborazione con gli operatori dell'istituto;
8. Organizzazione infermieristica in strutture complesse di natura psichiatrica; il "nursing" in OPG ed integrazione con il personale di polizia penitenziaria;
9. Lavorare per progetti nell'istituzione totale psichiatrico-giudiziaria, con l'obiettivo di costruire percorsi trattamentali individualizzati volti alla dimissione ed al reinserimento dei pazienti: l'Ufficio locale per l'esecuzione penale esterna (già CSSA);
10. Il "Nuovo Regolamento di Esecuzione Penale": gli aspetti riguardanti l'OPG; il Regolamento Interno;
11. L'accesso alle risorse degli Enti locali, nazionali ed europei ai fini della implementazione di progetti e programmi aventi valenza trattamentale nel settore particolare degli OPG.
12. Tecniche di comunicazione intra ed intergruppi, con particolare riferimento alla gestione delle situazioni conflittuali.

L'articolata e complessa quantità di operatori direttamente investiti del problema psichiatrico nell'ambito dell'OPG impone che la formazione stimoli, rafforzi o instauri un ambiente comunicativo ed operativo condiviso. Sotto questo profilo l'azione formativa si dovrà giocare sui binari della integrazione e specificità. Un accurato interesse e una vigile attenzione alle diverse specificità professionali interessate dovrà marciare di pari passo

con la cura e l'attenzione alla integrazione e collaborazione professionale. Ciò sarà possibile attraverso la realizzazione di occasioni formative congiunte, integrate e interprofessionali in "aule" che realisticamente rappresentino i componenti dell'universo penitenziario impegnato nella gestione e nel trattamento del disagio psichico in strutture psichiatriche giudiziarie.

Capitolo V

Contributi di esperti del settore

A. L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Problematiche e Prospettive

Giancarlo Nivoli, Liliana Lorettu, Paolo Milia, Alessandra Nivoli

Il Manicomio Criminale nasce in Europa nella seconda metà dell'800 in linea con gli influssi culturali della scuola "Positiva" facente capo a Lombroso, Ferri e altri studiosi dell'epoca. Prevalsa l'idea della difesa e del controllo sociale verso pazienti che, in base alle teorie bioantropologiche del momento, venivano considerati altamente pericolosi, sostanzialmente incurabili e tali, pertanto, da richiedere un internamento pressoché perpetuo: *"...gli individui riconosciuti abitualmente pericolosi e sottoposti a vari processi, non potranno essere dimessi mai; gli alienati da follia istantanea o intermittente che offrono segni di perfetta guarigione, saranno segnalati per la dimissione dopo uno o due anni di osservazione, ma sottoposti, dopo la loro uscita, a visite mediche mensili per molti anni di seguito..."* (Lombroso,).

Cenni storici

In effetti, la nascita del Manicomio Criminale tentava di rispondere all'esigenza di far fronte da un lato ai pazienti autori di reato contemporaneamente affetti da patologie mentali, dall'altro a quel nutrito gruppo di detenuti che, durante la carcerazione, svilupparono una malattia di mente. Questi pazienti rappresentavano, infatti, problemi di non facile gestione sia nei manicomi civili (per i problemi di salvaguardia della sicurezza sociale, allarme o pericolo) sia in ambito carcerario (per le difficoltà di gestione di questo tipo di detenuti). Su questa base, nel 1876 nasce la "sezione per mania-

ci” presso la casa penale per invalidi di Aversa. Negli anni si aggiungeranno all’esempio di Aversa altre strutture simili ma il riconoscimento ufficiale del Manicomio Criminale avviene solo 15 anni più tardi ad opera del R.D. n° 260 concernente il “*Regolamento Generale degli Stabilimenti Carcerari e dei Riformatori Governativi*”. Questo rappresenta il primo atto pubblico in cui viene utilizzata la definizione di “Manicomio Giudiziario” e nel quale vengono indicate le categorie che dovrebbero afferirvi: malati di mente condannati a pene superiori ad un anno o anche a pene inferiori che turbino la disciplina del carcere; gli accusati o prosciolti per i quali è previsto l’internamento in manicomio o che necessitino di un periodo di osservazione e infine, gli imputati in osservazione. Nonostante alcuni eventi legislativi importanti (ad esempio la Legge “sugli alienati e i manicomi civili” del 1904) la situazione rimane sostanzialmente invariata fino al 1930 anno in cui entra in vigore il Codice Rocco che, seppur ancora legato alla teoria positivista, rimane aperto anche nei confronti della teoria classica più vicina alle malattie mentali. Il Codice Rocco cioè accanto alle pene tradizionali a salvaguardia della sicurezza sociale, introduce nuove misure di sicurezza vale a dire sanzioni non meramente afflittive ma aventi un qualche carattere risocializzante. Viene sancito che tali misure di sicurezza si applichino alle persone che, avendo commesso un reato ed essendo state reputate affette da patologia mentale, sono state anche riconosciute socialmente pericolose. La storia del Manicomio Giudiziario rimane, ancora per molti anni una storia abbondantemente trascurata e silente legata alla realtà carceraria. Nel 1968, infatti, la Legge Mariotti (n° 431) che dà inizio ad una prima revisione dei manicomi civili (che assumeranno il nome di Ospedali Psichiatrici) non coinvolge minimamente i manicomi giudiziari. Anche la riforma penitenziaria del 1975 avvenuta con la L. n° 354 apporterà importanti modifiche alla realtà carceraria ma interesserà solo parzialmente il manicomio giudiziario (che in tale ambito viene rinominato Ospedale Psichiatrico Giudiziario). Neppure la Legge 180/78 interesserà la realtà dell’OPG, infatti, pur prevedendo l’abolizione del concetto di pericolosità sociale per il malato di mente e la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, la stessa, inciderà principalmente sulla realtà storico-culturale della psi-

chiatria tralasciando, di fatto, il problema dei malati di mente autori di reato. Tuttavia, il risvolto pratico della riforma psichiatrica fu quello di contribuire alla riduzione degli accessi in OPG, cosa ulteriormente rafforzata dai pronunciamenti della Corte Costituzionale del 1982 e 1983 in cui si affermava il principio secondo il quale era da considerarsi in contrasto con le norme costituzionali la presunta “persistenza della pericolosità nel tempo” senza una “reale e aggiornata verifica”. In questa ottica la L. n° 663/86 abolirà definitivamente la “presunzione di pericolosità sociale” e ciò contribuirà a contrarre maggiormente gli ingressi negli OPG. Infine, l’entrata in vigore, nel 1989, del nuovo c.p.p., affidando al magistrato di sorveglianza il compito di valutare la persistenza della pericolosità sociale del soggetto che può essere sottoposto a misura di sicurezza, determina un’ulteriore riduzione degli internati.

Allo stato attuale gli OPG operanti nel territorio nazionale sono in numero di sei: Castiglione delle Stiviere (Mantova), Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino (Firenze), Aversa (Caserta), Napoli e Barcellona Pozzo di Gotto (Messina).

Il c.p. nonché gli artt. 98 e 99 del Regolamento Penitenziario prevedono che queste strutture possano accogliere le seguenti tipologie di pazienti: i condannati e gli internati la cui pena o misura di sicurezza sia stata sospesa per sopraggiunta infermità di mente; gli indagati e gli imputati in custodia cautelare affetti da disturbi psichici che necessitano di cure non praticabili in un carcere o in un’altra struttura psichiatrica e per i quali non è possibile disporre della custodia cautelare in luogo di cura (non idoneità della struttura; potenziale pericolosità dei pazienti ecc.); gli imputati che necessitano di accertamento delle proprie condizioni psichiche; i pazienti prosciolti per vizio totale di mente ma giudicati pericolosi socialmente; pazienti ai quali è stato riconosciuto un vizio parziale di mente e per i quali, parimenti ai precedenti, è stata riconosciuta una qualche pericolosità sociale.

La popolazione globalmente contenuta all’interno dei sei OPG esistenti si aggira stabilmente intorno alle 1200 unità (nel 2001 si contavano 1282 unità) tra internati in via definitiva e provvisoria (Andreoli, 2002). Nonostante il numero dei pazienti sia rilevante e nonostante il clima ideologico, cultu-

rale e lavorativo all'interno dell'istituzione sia profondamente mutato, le strutture sono tuttora sostanzialmente quelle originarie e l'ospedale mantiene, di fatto, un'impronta più carceraria che sanitaria (solo l'OPG di Castiglione delle Stiviere è stato costruito dopo l'entrata in vigore del Codice Rocco e opera in convenzione con l'ASL). Si può comprendere, quindi, come in un contesto del genere la realizzazione di alcuni interventi terapeutici, come ad esempio quelli riabilitativi, sia di gran lunga più complessa: vale, infatti, per i pazienti in OPG lo stesso principio utile e necessario per tutti gli altri pazienti secondo il quale la riabilitazione in una struttura totalizzante e chiusa è praticamente una contraddizione concettuale.

L'OPG, inoltre, rimane non solo un luogo di custodia per individui che devono scontare una pena definitiva (quindi a permanenza) ma rappresenta anche un luogo di transito per molti pazienti (ad esempio i soggetti in osservazione) verso i quali gli interventi terapeutici da adottare richiederebbero una maggiore elasticità e minori regole burocratiche rispetto a quanto attualmente avviene. Secondo diverse opinioni, cioè, l'OPG continua a essere tuttora un luogo dove le esigenze di contenimento superano quelle di trattamento del malato di mente (Manacorda, 2003; Fornari, 2004).

Problematiche Allo stato attuale le problematiche con cui gli OPG si confrontano rimangono numerose, dovute in parte alla particolare tipologia dei pazienti presenti negli OPG, in parte ad una "fisiologica" difficoltà nella ristrutturazione di un "istituto" che per lungo tempo ha costituito un collegamento tra sistema giuridico e sistema sanitario.

In primo luogo è da segnalare la problematica della doppia funzionalità degli OPG: essi hanno assolto e assolvono tuttora una duplice funzione riguardante da un lato la necessità di custodire, in ambito diverso da quello carcerario, gli autori di reato riconosciuti malati di mente, dall'altro quello di curare, riabilitare e contribuire al reinserimento di pazienti potenzialmente recuperabili sia sotto il profilo medico psichiatrico che sotto il profilo più squisitamente legale e sociale. Tuttavia l'ambivalenza che deriva dalla doppia funzione "custodia/cura" non consente l'espressione di un adeguato e completo intervento terapeutico. L'OPG è uno "stru-

mento” del Ministero della Giustizia” ed in quanto tale ha maggior “coloritura” penitenziaria piuttosto che ospedaliera. Tale ambivalenza si esprime in tutta la sua contraddittorietà nelle figure sanitarie che operano nell’OPG, le quali vengono confrontate con una duplice responsabilità sia nei confronti dei pazienti con i quali si relazionano, sia nei confronti dell’Amministrazione dalla quale sono dipendenti. Da ciò scaturisce un “conflitto di interessi” che mina alla base il rapporto terapeutico tra operatori sanitari e paziente: tutte le caratteristiche di confidenzialità, riservatezza, beneficenza, che costituiscono le fondamenta di un rapporto terapeutico (ed in particolare la relazione con il paziente psichiatrico) sono adombrate dalla necessità di rispettare le esigenze dell’Amministrazione, che si confronta con problematiche differenti (quali il budget finanziario, la quantità di personale ecc), non sempre in sintonia con quelle del paziente.

Inoltre il lungo dibattito su un “rinnovamento” dell’OPG, non solo non ha portato ad un reale rinnovamento, ma ha posizionato l’OPG in una sorta di “terra di nessuno” in cui sia il Ministero della Giustizia sia il Ministero della Salute manifestano un disinvestimento di sostanziali interessi, in quanto ignari di quale potrà essere il destino dell’OPG.

Un altro problema è costituito da una certa difficoltà da parte dell’OPG di acquisire principi di assistenza psichiatrica che valorizzano gli interventi psicosociali. Negli ultimi anni la psichiatria clinica si è sempre più affrancata da un modello custodialistico ed avvicinata sempre di più ad un modello terapeutico psicosociale, che, senza niente togliere ad un intervento farmacologico, tende ad integrarlo con altri interventi che valorizzano la riacquisizione, da parte del paziente psichiatrico, di abilità e competenze, perse a causa della patologia mentale. Tale processo di riabilitazione viene, prevalentemente, attuato attraverso le strutture territoriali il cui obiettivo principale è quello di garantire, al paziente, un intervento terapeutico-assistenziale senza creare la frattura e l’esclusione con il mondo familiare, sociale e relazionale di provenienza. Sebbene per quanto concerne la tipologia dei pazienti ricoverati in OPG sia necessario tener presente le eventuali difficoltà legate all’ambiente stesso di provenienza del paziente, dal quale può essere scaturito il disagio che ha portato al reato, che di conseguenza richie-

dono tempi e modalità differenti, in un'ottica terapeutica-assistenziale-riabilitativa, l'OPG si comporta come uno strumento non al passo con i tempi che continua a privilegiare un modello prevalentemente custodialistico a scapito di un modello riabilitativo psicosociale.

A tale problematica contribuisce la sostanziale mancanza di comunicazione e collaborazione fra l'OPG da un lato e la psichiatria territoriale dall'altro. Il regolamento penitenziario stabilisce che i DSM debbono occuparsi del disagio degli internati in OPG sia durante le licenze sia durante il periodo finale della loro permanenza in ospedale (la cosiddetta "licenza finale di esperimento"). Questi periodi, infatti, potrebbero essere trascorsi dal paziente nel proprio luogo di residenza in regime di libertà vigilata. I DSM tuttavia mostrano delle difficoltà a gestire questa tipologia di pazienti, vuoi perché gli operatori territoriali non sono abituati a lavorare con le norme che regolamentano queste vicende, vuoi perché la scarsa conoscenza e formazione nello specifico problema del comportamento violento contribuisce a mantenere, anche fra gli operatori, fantasmi e paure legate a pazienti che per lo più sono ritenuti minacciosi e potenzialmente pericolosi. La comunicazione fra i medici dei due comparti, inoltre, è assai scarsa durante tutto il periodo dell'intervento terapeutico in regime di detenzione. Tali difficoltà collaborative hanno una inevitabile ricaduta negativa sul paziente: un esempio pratico è la revoca della misura di sicurezza del ricovero in OPG dipendente dal giudizio del magistrato di sorveglianza sulla base delle relazioni informative inviategli dai medici che hanno in trattamento il paziente. In questo caso il problema risiede nel fatto che tali relazioni sanitarie si baseranno esclusivamente sulla descrizione del quadro psicopatologico potendo aggiungere poco o nulla sulle risorse di tipo familiare, economico, abitative ecc. che pure contribuiscono a creare un quadro più completo ed esaustivo della situazione sociale oltre che psicopatologica del soggetto. La mancanza di rapporti con i DSM, infatti, rende l'acquisizione di queste notizie difficoltose se non impossibili vista anche la dislocazione degli OPG frequentemente molto lontana dai luoghi dove il paziente dovrà essere reinserito. Ne consegue una maggiore difficoltà a programmare un adeguato progetto di reinserimento e a dimettere dei pazienti sia per problemi deon-

tologici (ad esempio la dimissione che si trasforma in un abbandono territoriale), sia per problemi di tipo legale in termini di corresponsabilità per eventuali atti commessi da infermo in trattamento (Manacorda, 2003).

La difficoltà di comunicazione tra DSM e OPG è il risultato della mancanza di una visione integrata dell'intervento sanitario-psichiatrico, nei differenti contesti clinico e forense, che crei i presupposti per un'adeguata continuità dell'intervento stesso. Da ciò deriva la constatazione di una ulteriore carenza che concerne le strutture intermedie di collegamento: appare chiaro, infatti, come gli OPG da un lato e i DSM dall'altro, da soli, non possano garantire un intervento efficace verso questa tipologia di pazienti oggettivamente molto complessa da trattare. Tali strutture intermedie, veri e propri luoghi di cura esterni all'OPG, potrebbero essere utilizzate sia nella fase di cognizione, che nella fase di esecuzione laddove la legge preveda degli interventi protetti. Quanto appena affermato peraltro, è già previsto dal DPR n° 230/2000 all'art. 113. In questo contesto, in particolare, è affermata la possibilità, da parte dell'amministrazione penitenziaria di stipulare specifiche convenzioni a livello regionale con servizi sanitari di cura e riabilitazione in grado di intervenire, sia nelle fasi di cognizione che nelle fasi esecutive, per quei pazienti psichiatrici autori di reato ma non riconosciuti pericolosi socialmente. L'attuazione di tali strutture intermedie permetterebbe di assolvere diversi altri scopi come ad esempio la realizzazione di interventi sanitari più articolati e flessibili (cosa strutturalmente impossibile in determinati contesti), una più ampia collaborazione tra magistratura, psichiatria forense e servizi psichiatrici territoriali, una maggiore precocità di intervento e l'accoglienza dei pazienti dimessi dall'OPG o in procinto di dimissione.

Inoltre un'ulteriore problematica deriva dalla mancanza di protocolli comuni concernenti sia le modalità operative che gli interventi terapeutici.

Tale lacuna è trasversalmente presente in numerose discipline e in numerose strutture. L'utilizzo di protocolli comuni se da una parte solleva la difficoltà di confrontarsi con una certa "rigidità operandi", che potrebbe non lasciar spazio a innovazioni, creatività e inventiva personale, dall'altra fornisce la garanzia della comune conoscenza di una procedura e la

condivisione della stessa. Nell'ambito degli OPG numerose fasi dell'ingresso, della permanenza e della dimissione sono regolamentate dal legislatore, che in tal modo fornisce una normativa per quanto concerne gli aspetti giuridici. Ciò che rimane carente è l'utilizzo di protocolli comuni per quanto concerne gli aspetti clinici. L'utilizzo di protocolli comuni potrebbe coinvolgere differenti aspetti clinici. Nella fase diagnostica ad esempio l'utilizzo di un medesimo sistema diagnostico, oltre che favorire la comprensione di un "linguaggio comune", facilita la conoscenza globale della realtà clinica presente negli OPG. In ambito terapeutico l'utilizzo di protocolli comuni consente di fornire a pazienti di sedi differenti il medesimo intervento, a garanzia di una omogeneità di interventi. Inoltre consentirebbe di monitorare i risultati, evidenziare e confrontare i costi, rilevare le variabili che condizionano i risultati ecc.

Pertanto se da una parte l'utilizzo di protocolli comuni in un certo qual modo "impone" una scelta operativa, dall'altra permetterebbe agli OPG di funzionare come un sistema unitario seppur logisticamente diviso.

Da segnalare infine che l'informatizzazione del sistema consentirebbe una maggior scioltezza della comunicazione "tra istituti" garantendo riservatezza e tempestività nella compilazione dei dati clinici e facile trasmissibilità interistituto, oltre che la formazione di una banca dati facilmente consultabile. In merito alla specificità degli interventi terapeutici potrebbe essere utile uno sguardo ad altre realtà esistenti in altri Paesi, senza cadere in una acquisizione acritica di procedure, peraltro improponibile, considerate le enormi differenze, sociali, culturali e ambientali. Tale "sguardo" potrebbe avere il significato di un confronto dialettico per quanto concerne un intervento terapeutico che coinvolge la stessa tipologia di pazienti.

Nella realtà canadese, ad esempio, opera da lungo tempo un istituto psichiatrico a massima sicurezza: l'Istituto Philippe Pinel di Montréal. La realtà sociale, giuridica, economica e culturale in cui tale istituto opera è molto diversa da quella italiana, tuttavia la tipologia dei pazienti è abbastanza sovrapponibile a quella presente negli OPG. Al di là del loro status giuridico sono pazienti che si caratterizzano per l'associazione di due elementi: la malattia mentale da una par-

te, il comportamento violento dall'altra. L'istituto presenta una marcata valenza clinica, in cui la sicurezza degli operatori e dei residenti è garantita da personale che rimane all'esterno delle unità di ricovero, prontamente disponibile alle necessità, elementi: la diagnosi e terapia della patologia mentale, e la valutazione e trattamento del comportamento violento. Tali pazienti cioè non vengono uniformati, nella terapia, ad altri pazienti psichiatrici che non hanno messo in atto un comportamento violento, l'aspetto differenziale che li caratterizza, il comportamento violento, diventa elemento privilegiato della terapia.

Nello specifico l'intervento farmacologico è finalizzato alla riduzione dei sintomi acuti ed alla stabilizzazione del quadro clinico, ed è soggetto a continuo monitoraggio sulla base della fluttuazione della sintomatologia.

L'intervento terapeutico sul comportamento violento si avvale di principi della psicoterapia cognitivo comportamentale. Riconosce, come elemento prioritario, il confronto del paziente con il comportamento violento attuato ed il raggiungimento della consapevolezza della propria responsabilità nell'accaduto. Il paziente viene inoltre confrontato con la relazione vittimologica, qualora nel comportamento violento siano state coinvolte delle vittime. Successivamente l'intervento terapeutico si articola attraverso fasi complesse che vanno dall'analisi degli stimoli che precedono il comportamento violento, al riconoscimento dei segni precursori, all'insegnamento delle abilità sociali, della modulazione affettiva, della tolleranza alle frustrazioni ecc.

Pertanto l'intervento terapeutico nella sua completezza, viaggia su due binari: la malattia mentale da una parte, il comportamento violento dall'altra con un'attenzione selettiva a quelli che sono gli elementi che costituiscono i legami tra i due sistemi, ed è finalizzato non solo alla riduzione della psicopatologia, ma soprattutto alla prevenzione di futuri comportamenti violenti (Nivoli et al 1999)

L'esperienza dell'Istituto Pinel, lungi dall'essere la panacea universalmente accettata, offre tuttavia l'esempio di un valido impegno clinico per quanto concerne il trattamento di pazienti, obiettivamente difficili, quali i pazienti affetti da patologie mentali che hanno messo in atto un comportamento violento.

In merito alle prospettive future è opportuno sottolineare il

Prospettive future grande impegno, da varie parti, per rinnovare l'istituto dell'OPG ed utilizzare al meglio le strutture esistenti. Attualmente numerosi sforzi vengono portati avanti, anche attraverso l'impegno personale dei singoli operatori tendente ad operare al meglio nella realtà esistente.

La ristrutturazione non è agevole, come in tempi passati non lo è stata per gli Ospedali Psichiatrici. E' una ristrutturazione che coinvolge numerosi aspetti, politici, ideologici e sociali che si confrontano con pregiudizi e difficoltà obiettive. E' al lavoro una commissione multidisciplinare per la revisione del concetto di imputabilità, infermità e seminfermità che non potrà non avere delle ripercussioni sulla tipologia dell'utenza degli OPG.

Inoltre è opportuno sottolineare la sentenza n° 253 del 23 luglio 2003 della Corte Costituzionale che, per l'individuo prosciolto per infermità psichica giudicato "socialmente pericoloso", prevede "in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale".

Quale potrà essere l'impatto di tale sentenza nella realtà attuale è ancora presto ipotizzarlo. Rimane la constatazione della difficoltà, per le attuali strutture psichiatriche a gestire una tipologia di pazienti che non può essere uniformata ai pazienti psichiatrici non autori di reato. Ed appare tuttavia sempre più chiaro che per i pazienti dell'OPG è necessario proporre strategie in cui la valenza terapeutica non sia secondaria e strettamente subordinata a quella custodialistica. Infine è utile segnalare l'importanza della formazione, e dell'aggiornamento della formazione, per gli operatori che si confrontano con una tipologia specifica di pazienti quale è quella degli OPG, qualunque possa essere il destino degli OPG e dei suoi ricoverati.

Bibliografia Manacorda A. : "La perizia psichiatrica nel processo penale". CIC Edizioni Internazionali, Roma 2003.

Fornari U.: "Trattato di Psichiatria Forense". UTET, Torino, 2004.

Andreoli V.: "Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Italiani". Ministero della Giustizia; Stilografica, Roma, 2002

Cadioli G.; Ermentini A.; Fazzari G.; Teti V.: "L'ospedale Psi-

chiatrico Giudiziario: storia, orientamenti, prospettive”. Emmebigrafica, Brescia, 1990.

Nivoli G.C.; Loretto L.; Sanna M.N.: “Valutazione e trattamento del paziente violento”. In Cassano G.B. et al. (a cura di): “Trattato Italiano di Psichiatria”. Masson Ed., Milano, 1999.

B. Le prospettive di riforma legislativa in tema di imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza¹

Alberto Manacorda

*Professore a contratto di Psicopatologia Forense -
Scuola di Specializzazione in Psichiatria - Seconda Università di Napoli*

1. Premessa

La scelta del tema di questo contributo è motivata da una duplice esigenza. Da un lato, quella di esaminare, nell'affrontare il tema delle risposte della psichiatria alle correlazioni tra malattia mentale e reato, anche quelle che sono le "risposte del diritto" alla stessa evenienza; e quindi le risposte passate, quelle attuali, e quelle che si prospettano in futuro. Dall'altro, quella di tentar di rispondere, ogni volta che ci si chiede "verso cosa andiamo", alla domanda sul "da dove veniamo". Si tratta qui, in definitiva, di esplorare brevemente le radici storiche recenti della normativa penale nel campo che ci concerne, e di descriverne i possibili sviluppi futuri.

E' del tutto certo che i tre temi cui si è accennato nel titolo di questo contributo (imputabilità e suo difetto, pericolosità sociale, e misure di sicurezza) siano tra di loro eterogenei sotto il profilo concettuale e sistematico: ma è altrettanto vero che essi sono reciprocamente collegati sotto il profilo funzionale, e che il loro collegamento si riscontra *in concreto* in numerosi casi pratici.

Il tema del contributo è limitato da un lato, alle tematiche cui si accenna nel titolo; dall'altro, al periodo che inizia con il secondo dopoguerra e giunge fino ai giorni nostri. Per la rivisitazione storica della prima parte di questo periodo temporale mi sono avvalso, tra l'altro, del lucido contributo di Giuliano Vassal-

¹ *Questo articolo è stato consegnato prima della scomparsa dell'autore e vuole essere una attestazione di stima e affetto per il Professor Manacorda che ha collaborato al progetto Revan.*

li: *“Il tormentato cammino della riforma nel cinquantennio repubblicano”*, relazione introduttiva al Convegno di studi Enrico De Nicola su *“Prospettive di riforma del codice penale e valori costituzionali”*, i cui atti sono stati pubblicati nel 1996.

In termini generali è noto che - diversamente da quanto accade negli ambiti giuridici di *common law* - ogni paese di *civil law* raccoglie le proprie norme penali fondamentali di carattere sostanziale in un testo che prende il nome di “codice penale”. Ad esso si aggiungono poi, con varie modalità tecniche che consentono una maggiore od invece minore integrazione reciproca, le norme contenute nelle leggi speciali, che regolamentano singole e specifiche materie. Insieme, essi costituiscono quello che è comunemente definito come il *corpus* del diritto penale sostanziale.

Non vi è dubbio che, in ogni singolo paese ed in ogni determinata epoca storica, l'ordinamento penale rispecchi, e debba rispecchiare, i valori ed i significati fondamentali di quella determinata collettività. Ma i valori sociali e culturali evolvono, le opzioni politiche possono trasformarsi anche radicalmente, e vertiginoso è ormai divenuto lo sviluppo tecnologico.

E, d'altra parte, un codice penale non può cambiare in maniera sostanziale in tempi brevi. Osta a questo non solo la intrinseca difficoltà del lavoro di riformulazione di un'opera così complessa, ma soprattutto l'esigenza di una certa fissità e stabilità nel tempo di un testo di questo genere: esso rappresenta, nel proprio ambito, la identità stessa del paese che lo ha formulato ed adottato; la sua stabilità nel tempo costituisce un aspetto non trascurabile di quel valore complesso e difficilmente definibile che si suol denominare come “certezza del diritto”.

Accade così che in non pochi paesi il codice penale rimane sostanzialmente immutato nel suo impianto di fondo - anche se man mano, nel corso del tempo, corretto ed aggiornato in più singoli punti e modificato da una serie più o meno folta di leggi speciali - anche per periodi di tempo assai lunghi, che vedono il clima sociale e politico del paese cambiare in maniera sostanziale. Per fare degli esempi vicini al nostro paese, e non dal solo punto di vista meramente geografico, la Francia ha adotta-

to solo nel 1994, dopo ben 184 anni, il nuovo codice penale che sostituiva il *code Napoléon* del 1810; la Germania ha adottato solo nel 1975 lo *Strafgesetzbuch* che sostituiva, dopo 104 anni, il codice del 1871; l'Austria ha adottato nel 1974 il nuovo codice penale in sostituzione di quello del 1852, che risaliva peraltro, nel suo impianto di base, al 1803.

E in Italia? In Italia vige, com'è noto, il codice penale promulgato, unitamente al codice di procedura penale, il 19 ottobre 1930, "anno VIII dell'era fascista". Esso sostituiva il codice penale cosiddetto Zanardelli, del 1889. Ma, contrariamente a quanto accadeva in altri paesi vicini, la questione di una radicale riforma del codice penale del 1930 si pose nel nostro paese già prima della fine della II guerra mondiale.

Il 4 giugno 1944 Roma veniva liberata dalle truppe alleate, e già nelle settimane successive, mentre nel resto d'Italia la guerra proseguiva e sarebbe terminata solo otto mesi dopo, si attivò e si esaurì il dibattito scientifico e politico che propugnava il ritorno al codice Zanardelli. Prevalse un'opinione diversa, ed il 31 agosto 1944 il consiglio dei ministri approvava un provvedimento di delega per l'emanazione di un nuovo codice, tanto penale, quanto di procedura penale. L'apposita commissione produsse nel gennaio 1947 un primo "Progetto preliminare di riforma del codice penale", concernente la sola parte generale. Questo testo fu poi rivisto e rielaborato a fondo, e produsse una nuova stesura. L'esigenza era quella di eliminare tutti gli aspetti che avevano caratterizzato la produzione normativa del fascismo: emendando il codice Rocco in quanto possibile, oppure riscrivendo un testo *ex novo*.

L'Italia si era infatti trovata in una situazione particolare. Mentre in Germania le norme più tipicamente improntate all'ideologia nazionalsocialista erano state redatte e promulgate come leggi a parte, in Italia il regime fascista -pur essendo formalmente vincolato, dalla delega legislativa al governo (legge 24 dicembre 1925, n. 2260), a sole operazioni di "emenda"- aveva di fatto scelto di sostituire il codice penale del 1889 con un nuovo codice. Due erano le linee che lo contraddistinguevano: da un lato, gli aspetti assai rafforzati di tutela della forma dello stato; dall'altro, l'inserimento di alcuni principi cari alla Scuola posi-

tiva del diritto penale. Le due linee conduttrici, ontologicamente separate e distinte, avevano poi finito per intrecciarsi e convergere in più di un punto. Ne era derivato un codice che, oltre che moderno e tecnicamente ben redatto, incarnava la visione statuale del fascismo: nella relazione al Re il guardasigilli Alfredo Rocco, fratello di Arturo Rocco, uno dei giuristi che maggiormente aveva contribuito alla sua redazione, affermava tra l'altro che *“la filosofia giuridica penale, che ispira la nuova opera legislativa, non è che una derivazione della filosofia giuridica generale del Fascismo”*.

Per quanto attiene ai temi che qui affrontiamo, una assoluta innovazione del Codice Rocco - rispetto al precedente codice Zanardelli che regolava la materia in modo radicalmente diverso - consiste nella istituzione delle “misure amministrative di sicurezza”. Orientate alla prevenzione ed alla repressione del crimine dalla filosofia della Scuola positiva, ma in grado di utilizzare anche alcuni principii della Scuola classica, nell'intenzione del legislatore esse hanno funzione di “integrazione della pena”, ma prevedono anche misure per i non imputabili ed i semi-imputabili.

Nell'Italia del secondo dopoguerra il dibattito sulla necessità di progettare un nuovo codice penale - o perlomeno di riformare profondamente quello del 1930 tuttora vigente - proseguì negli anni seguenti. Peraltro, i diversi progetti, predisposti da apposite commissioni di studio, non giunsero mai ad un completo e definitivo vaglio parlamentare. In linea generale, anzi, può dirsi che il legislatore non mostrò mai - tranne che in un breve periodo, tra il 1969 ed il 1972 - un particolare interesse né una particolare urgenza di giungere in proposito a conclusioni definitive. Negli anni '70, '80 e '90 del secolo scorso il parlamento fu invece assai impegnato nella redazione di leggi ad oggetto particolare: alcune di esse erano relative a fattispecie “minute”; ma il potere legislativo fu anche molto preso dalla elaborazione della legislazione di emergenza contro il crimine organizzato ed il terrorismo armato.

Nel frattempo - a partire dall'epoca subito successiva al 1968, ed in particolare verso gli anni 1970/1975 - si era sviluppato in tutto il paese un ampio dibattito sulle “istituzioni totali”, che inve-

stì in pieno la psichiatria basilare e l'istituzione carcere, ma che ebbe riflessi non trascurabili anche sulla questione del manicomio giudiziario. Dal dibattito sulle “disfunzioni” di quest'ultima istituzione si passò in breve a quello sulle sue “funzioni”, e si giunse così a rivedere criticamente le nozioni -e di conseguenza le norme- in tema di imputabilità e di suo difetto, e di pericolosità sociale; la sistematica delle misure di sicurezza; nonché alcune questioni parziali che a queste erano connesse.

Questo dibattito ampio e vivace, che si è poi sopito, salve alcune sporadiche e parziali riaccensioni, ha comportato anche importanti modifiche normative. Esse sono state, nella loro quasi totalità, frutto di pronunce di legittimità costituzionale. Anche in questo campo, infatti, il potere legislativo è apparso del tutto latitante: si è però occupato a fondo della legge sull'ordinamento penitenziario (c.detta “legge Gozzini”, 26 luglio 1975, n. 354) che, con le successive modifiche, e con la ormai ricca giurisprudenza di merito e di legittimità, ha praticamente fondato una nuova branca del diritto penale.

Si giunge così agli ultimi venti anni circa; e qui, per i temi che ci concernono, si individuano due distinti filoni operativi e propositivi: l'uno, che affronta questi temi nel più complessivo ambito dei progetti di riforma del codice penale (parte generale); l'altro, che tratta invece gli stessi temi, in genere collegati tra di loro, nell'ambito di una normativa di settore. Considerando chiuso l'*excursus* storico, si descriveranno di seguito, in maniera succinta e certamente non esaustiva, i singoli argomenti in discussione, con le annotazioni delle diverse proposte di riforma.

2. Imputabilità, e suo difetto

La normativa in tema di difetto di imputabilità dell'adulto per motivi psichici è rimasta invariata rispetto alla formulazione originaria del codice penale. Essa prevede il difetto di imputabilità, e pertanto l'assoluzione dell'autore del reato, quando la capacità d'intendere o di volere al momento della commissione del fatto di reato era *esclusa* a causa di *infermità* (“vizio totale di mente”, art. 88 cod. penale) o delle condizioni assimilate (intossicazione da alcool o sostanze

stupefacenti, fortuita o da forza maggiore, art.91; cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti, art. 95; sordomutismo, art. 96 cod. penale). Prevede invece condanna a pena diminuita quando la stessa capacità non fosse esclusa, sebbene *grandemente scemata*, per infermità (“vizio parziale di mente”, art. 89 cod. penale) o per le condizioni ad essa assimilate.

Una parte considerevole della dottrina giuridica sostiene che il “vizio parziale di mente” è un mostro giuridico, e che occorre abolirlo. I sostenitori di questa posizione argomentano talora che “o uno è pazzo, o non è pazzo”, e che “non esiste il mezzo pazzo e mezzo sano”

Le tre alternative di fondo che *in concreto* si pongono rispetto alla rielaborazione della nozione di difetto di imputabilità possono consistere nell’abolirla, nel mantenerla sostanzialmente immutata, o infine nell’ampliarla.

Infine, come curiosità storica, ricordiamo che un “progetto Vassalli” del 1968, che non superò peraltro il vaglio parlamentare, proponeva l’abrogazione dell’art. 90 cod. penale sugli “stati emotivi o passionali”: secondo la norma vigente essi “non escludono né diminuiscono l’imputabilità”.

Su questa linea si pongono il disegno di legge (d.d.l.) d’iniziativa del senatore Grossi ed altri (1983), ed il d.d.l. a firma del deputato Corleone (1996). La proposta Grossi fu oggetto all’epoca di ampio dibattito, nel corso del quale si affacciò anche la nozione di *diritto alla pena*, ripresa più recentemente. Pur con delle differenze nell’impostazione di fondo, le due proposte prevedono che ogni soggetto di età superiore ai 18 anni (nel momento in cui ha commesso il fatto) è *imputabile*, anche se affetto da infermità di mente.

2.1
Abolire la
nozione di
difetto di
imputabilità

Dopo la eventuale condanna alla reclusione, il trattamento per gli infermi di mente è differenziato: nel progetto Corleone viene affidato ai servizi psichiatrici territoriali -non giudiziari- sotto la vigilanza del magistrato di sorveglianza; questi soggetti possono essere accolti in strutture carcerarie regionali con capienza non superiore a 20 detenuti.

2.2 Su questa posizione, oggi di fatto minoritaria, si colloca il **Mantenere sostanzialmente e immutata la nozione di difetto di imputabilità** d.d.l. d’iniziativa del senatore Milio (1998), in cui si prevede peraltro di abrogare la norma che prevede che il sordomutismo possa essere causa di difetto di imputabilità. Il progetto Milio prospetta anche l’abrogazione del *vizio parziale di mente*, ricomprendendo le condizioni soggettive che sono oggi al suo fondamento nelle *circostanze attenuanti comuni del reato*.

Il sostanziale mantenimento della attuale nozione di difetto di imputabilità è previsto anche nel cosiddetto recente “progetto Nordio”. Si prevede qui il mantenimento della nozione di “capacità d’intendere e di volere” che viene espressamente definita come la “possibilità di comprendere il significato del fatto e di agire in conformità a tale valutazione”. Con una *ratio* di non immediata comprensibilità, il difetto di “capacità d’intendere e di volere” viene considerato in tre possibili varianti quantitative, anziché in due, com’è attualmente. Si prevede infatti una “capacità *esclusa* per infermità”, una “capacità *ridotta in misura pressoché totale* per infermità”, ed una “capacità considerevolmente ridotta”, senza che se ne indichi in maniera tassativa la causa.

Le prime due ipotesi danno luogo a difetto di imputabilità, e pertanto di punibilità; la terza, che sembra corrispondere all’attuale “vizio parziale di mente”, costituisce “circostanza attenuante” e dà luogo a punibilità ridotta. Alla “infermità” è equiparato lo “stato cronico irreversibile di intossicazione da alcol o da stupefacenti”.

2.3 Nella scelta di questa linea giuoca il fatto che la distinzione operata dalla giurisprudenza di legittimità tra ciò che è *infermità* (e quindi in grado di comportare vizio totale oppure parziale di mente), e ciò che non lo è, appare ormai da tempo riposare su basi scientifiche e logiche assai dubbie; il fatto che, a causa di questo meccanismo, nel nostro ordinamento l’area della incapacità di fatto è molto più ampia che non quella della incapacità giuridica; ed infine il fatto che nei codici penali di paesi sufficientemente omogenei al nostro per questi profili (Francia, Germania, ed altri) le “anomalie psichiche” di vario genere sono state assimilate sotto questo profilo alla infermità. Oltre che

significativa sotto il profilo scientifico, la questione appare anche rilevante sotto il profilo pratico. Il riconoscimento di un Disturbo di personalità nell'indagato o nell'imputato è infatti evenienza assai frequente.

Su questa linea si colloca il progetto di riforma del codice penale cosiddetto Vassalli-Pagliaro (1992): vi si prevede che non sia imputabile il soggetto che, al momento del fatto, era in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere, a causa di: infermità; di altra anomalia; di cronica intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti; o, infine, "per altra causa". Si noti che in questo elenco di possibili cause di difetto di imputabilità non compare più il sordomutismo come "causa autonoma": è questa una posizione che ritroveremo in altri progetti. Si rilevi inoltre che l'ampliamento della nozione di difetto di imputabilità appare qui non solo esteso al massimo possibile, ma che ciò si realizza in maniera scarsamente logica. Non appare infatti chiaro il perché si elenchino le possibili cause di difetto di imputabilità per incapacità d'intendere o di volere, quando tale incapacità può utilmente derivare, in maniera generica ed omnicomprensiva, da ogni "altra causa".

In tutti i casi sopra descritti, se la capacità d'intendere o di volere non era esclusa, ma grandemente scemata, si diminuisce la pena.

L'ampliamento del campo della nozione di difetto di imputabilità è previsto anche nel d.d.l. d'iniziativa del sen. Riz ed altri (1995): si prevede lì che non è imputabile il soggetto che, al momento del fatto, era in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere, a causa di: infermità; di gravissima anomalia psichica; o di cronica intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti. Se la capacità d'intendere o di volere non era esclusa, ma grandemente scemata per le stesse cause, si diminuisce la pena senza peraltro dar luogo a misura di sicurezza.

Ancora sulla linea dell'ampliamento della nozione di difetto di imputabilità si situa la proposta di legge delle regioni Emilia-Romagna e Toscana (1995). Prevede il difetto di imputabilità per: infermità, ivi compresa quella derivata da cronica intossicazione da sostanze psicotrope o psicoattive; per gra-

ve anomalia psichica; e per grave menomazione sensoriale. Viene abrogato il vizio parziale di mente.

Questo progetto presenta alcune innovazioni: oltre a quella che prevede la “grave anomalia psichica”, in linea ormai con alcune sporadiche aperture della Cassazione e con altri progetti di riforma, ed a quella che ricomprende la fattispecie del sordomutismo nella più ampia nozione di “grave menomazione sensoriale”, colma una lacuna ormai sensibile sostituendo alla “cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti” la -più ampia- “cronica intossicazione da sostanze psicotrope o psicoattive”. L’innovazione appare particolarmente significativa, poiché allo stato quasi nessuno si è occupato, sotto questo profilo, delle modificazioni psichiche che possono esser provocate o sostenute da *farmaci* psicoattivi, assunti o meno su indicazione medica. Rimane invece aperta -ed anch’essa non esplorata- la questione relativa alle alterazioni della capacità d’intendere o di volere, eventualmente provocate e/o sostenute dall’azione di sostanze psicotrope o psicoattive (farmaci) che non abbiano provocato “cronica intossicazione”.

Sempre alle posizioni che postulano un ampliamento della nozione di difetto di imputabilità si ispira il progetto di riforma del codice penale prodotto dalla cosiddetta commissione Grosso (redazione 2001). Esso prevede che il difetto di imputabilità possa riconoscersi per: infermità; altro grave disturbo della personalità; ubriachezza; intossicazione da sostanze stupefacenti, a patto che tali condizioni soggettive abbiano agito sull’agente in maniera tale da *“escludere la possibilità di comprendere il significato del fatto o di agire in conformità a tale valutazione”* : si tratta qui della stessa definizione usata dal progetto Nordio, prima citato.

Il progetto Grosso prevede poi diverse categorie di soggetti “a capacità ridotta”, che sono imputabili, ma ai quali viene di conseguenza ridotta la pena. Tra queste categorie, oltre a quelle più o meno “classiche”, o perlomeno prevedibili, spicca una novità assoluta: quella dei soggetti con “grave difetto di socializzazione o di istruzione”.

3. Pericolosità sociale

Com'è noto, attualmente la pericolosità sociale, così come definita dall'art. 203 cod. penale (pericolosità sociale *post delictum*), consiste nella *probabilità* che un soggetto che ha commesso un reato commetta in futuro nuovi fatti preveduti dalla legge come reati.

La sussistenza della pericolosità sociale costituisce, allo stato, il presupposto indefettibile per l'applicazione e l'esecuzione delle misure di sicurezza: esse non possono pertanto essere ordinate né eseguite ove essa non sussista, e debbono essere revocate ove sia cessata.

Da sempre, gli psichiatri forensi contestano il dubbio fondamento scientifico della nozione e - ancor più - la intrinseca aleatorietà del suo apprezzamento *in concreto*. La questione è resa ancor più complessa dal fatto che, secondo la normativa attuale, può esser definita socialmente pericolosa la persona che abbia commesso un reato, del tutto indipendentemente dalla tipologia e dalla gravità del reato commesso, nonché dalla tipologia e dalla gravità dei reati che si ritiene *probabile* possa commettere in futuro.

In tema di pericolosità sociale vanno menzionate le due storiche sentenze costituzionali n. 139/1982 e n. 249/1983, che hanno sancito la illegittimità delle presunzioni di persistenza della pericolosità, rispettivamente nel soggetto prosciolto dall'accusa penale a causa di vizio totale di mente, ed in quello condannato a pena diminuita per vizio parziale. Anche in questo campo il contributo del legislatore è stato trascurabile, e di mero tardivo adeguamento alla pronuncia costituzionale. Esso è stato peraltro effettuato mediante una tecnica legislativa assai bizzarra e fonte di confusione.

In questo campo, i progetti di riforma hanno prospettato alcune modifiche che, pur non potendo eliminare la dubbia fondatezza scientifica della nozione, né la aleatorietà del suo apprezzamento, hanno però tentato di delimitarne l'ambito.

Secondo il progetto di riforma Riz (1995) può essere dichiarato socialmente pericoloso solo il soggetto *non imputabile* autore di "uno o più fatti di particolare gravità". Si elimina questa no-

zione per il soggetto affetto da vizio parziale di mente, e la si restringe ai soli soggetti la cui condotta abbia destato maggiore allarme sociale.

Anche secondo il progetto di riforma Vassalli-Pagliaro, può essere dichiarato socialmente pericoloso solo il soggetto *non imputabile*, autore di più reati oppure di un unico reato di particolare gravità, a condizione che il reato sia manifestazione della causa di non imputabilità.

Il progetto Grosso sostituisce alla nozione di “pericolosità sociale” quella di “bisogno di trattamento e di controllo”, legato al “persistere delle condizioni di incapacità”.

Il progetto delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana si limita a prevedere che è socialmente pericolosa la persona non imputabile che ha commesso un reato, quando è probabile che commetta in futuro nuovi fatti previsti dalla legge come delitto. Data l'ampiezza della nozione di delitto nella legge penale italiana (è “delitto” anche il reato di “pascolo abusivo”, art. 636 cod. penale), questa non appare come una innovazione molto sostanziale, in specie se confrontata con quelle proposte da altri progetti.

Lo stesso progetto prevede poi che l'accertamento della pericolosità sociale non sia più -come è oggi- oggetto di perizia, ma sia svolto direttamente dal giudice, “tenuto conto anche di quanto emerso dalla perizia” in tema di imputabilità.

Anche il progetto Nordio mantiene la nozione di “pericolosità sociale”, ma la prevede solo per i non imputabili che abbiano commesso un “reato contro la vita o contro l'incolumità, individuale o pubblica, o comunque caratterizzato da violenza nei confronti delle persone”, qualora “vi siano ragioni per presumere che l'infermità, qualora persista, indurrà il soggetto a commettere altri fatti della stessa specie”.

4. Misure di sicurezza

Va innanzitutto premesso che, a riprova del sostanziale disinteresse del legislatore in questo campo, e -invece- della presenza attenta dei giudici di merito e del giudice delle leggi, la recente sentenza costituzionale n. 253 del 18 luglio 2003 ha già com-

portato una significativa modifica della norma, dichiarando costituzionalmente illegittimo l'art. 222 cod. penale, "nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale."

Questa statuizione scavalca di fatto non poche delle argomentazioni e delle previsioni dei progetti di riforma.

Venendo ora ai progetti di riforma, quanto alla tipologia delle misure, ed ai soggetti cui esse possono applicarsi, secondo il d.d.l. Riz, le misure di sicurezza previste per i soggetti non imputabili o semimputabili, che siano tuttora socialmente pericolosi, si distinguono in detentive e non detentive. Tra le prime:

- il ricovero in un OPG, per il soggetto assolto per difetto di imputabilità causato da *infermità*, giudicato socialmente pericoloso, che abbia commesso un fatto punito dalla legge con pena *superiore* ai 10 anni di reclusione;
- il ricovero in una casa di cura e di custodia (CCC), per il soggetto assolto per difetto di imputabilità causato da *infermità*, giudicato socialmente pericoloso, che abbia commesso un fatto punito dalla legge con pena *non superiore* ai 10 anni di reclusione; nonché per il soggetto assolto per difetto di imputabilità causato da *cronica intossicazione da alcool o da stupefacenti*, oppure da *sordomutismo*, giudicato socialmente pericoloso, anche se ha commesso un fatto punito dalla legge con pena *superiore* ai 10 anni di reclusione; e per il soggetto assolto per difetto di imputabilità causato da *gravissima anomalia psichica*, giudicato socialmente pericoloso, anche se ha commesso un fatto punito dalla legge con pena *superiore* ai 10 anni di reclusione.

Le misure di sicurezza non detentive previste dal d.d.l. Riz consistono in:

- divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche nonché locali pubblici notturni, che si applica al soggetto assolto per difetto di imputabilità causato da *cronica intossicazione da alcool o da stupefacenti*, giudicato socialmente pericoloso, che ha commesso un fatto

punito dalla legge con pena *non superiore* ai 10 anni di reclusione;

- ricovero in una comunità terapeutica pubblica o autorizzata, per il soggetto assolto per difetto di imputabilità causato da cronica intossicazione da alcool o da stupefacenti, giudicato socialmente pericoloso, anche se ha commesso un fatto punito dalla legge con pena *superiore* ai 10 anni di reclusione, “quando particolari esigenze terapeutiche lo consigliano”.

Il progetto Grosso le denomina “misure di sicurezza e riabilitative”, e le prevede solo per i *non imputabili*, a condizione che abbiano commesso un delitto “contro la persona, l'incolumità pubblica o il patrimonio”.

Sono, in via gradata discendente:

- il ricovero in struttura terapeutica o di disintossicazione;
- l'obbligo di trattamento ambulatoriale presso strutture sanitarie;
- l'obbligo di visita periodica presso strutture sanitarie o servizi sociali.

Vengono eseguite di preferenza in normali strutture assistenziali (non giudiziarie). La misura “chiusa” (ricovero) va adottata solo per “concreto pericolo” di ulteriori delitti contro la vita, l'integrità fisica, la libertà sessuale, la incolumità pubblica, o per violenza o minaccia contro le persone. La misura non viene applicata, o viene revocata, se sono efficaci misure di carattere non penalistico. La misura non può durare “di norma” oltre 10 anni.

Ai soggetti a capacità ridotta per: infermità, altro grave disturbo della personalità, ubriachezza, intossicazione da stupefacenti, grave difetto di socializzazione o istruzione, in aggiunta alla pena (ridotta) non si applica una misura di sicurezza, bensì un “trattamento terapeutico o riabilitativo in libertà”.

Il p.d.l. delle regioni Emilia-Romagna e Toscana prevede anch'esso due tipi di misura di sicurezza per il prosciolto a causa di vizio totale di mente giudicato socialmente pericoloso (si ricordi che in questo progetto non è più considerato il vizio par-

ziale di mente): una detentiva (“misura chiusa”), consistente nella “assegnazione ad apposito istituto in regime di custodia”, per i reati più gravi; ed una non detentiva (“misura aperta”), consistente nell’ affidamento al servizio sociale, per i reati meno gravi. Il dato più rilevante del progetto, in questo campo, consiste nel fatto che le due misure (detentiva, e non detentiva) sono in qualche misura intercambiabili tra di loro sia al momento della loro applicazione, sia durante la loro esecuzione, a seconda delle concrete condizioni soggettive del sottoposto, e con una procedura sufficientemente snella. Viene infine abrogata la possibilità di applicazione provvisoria della misura di sicurezza.

Il progetto Nordio prevede le “misure di controllo, cura e sostegno rieducativo”. Esse sono applicabili solo ai *non imputabili*, e consistono in:

- ricovero in una struttura giudiziaria di custodia con finalità terapeutiche o di disintossicazione;
- obbligo di sottoporsi a un trattamento di cura presso strutture sanitarie non giudiziarie sotto il controllo del servizio sociale;
- “altre misure denominate tali dalla legge”.

La misura viene applicata “mediante internamento in una struttura giudiziaria solo quando il trattamento presso strutture sanitarie non giudiziarie non sarebbe altrettanto efficace oppure sarebbe incompatibile con le esigenze di controllo.”

Secondo la normativa attuale, la misura di sicurezza non ha una durata temporale minima predefinita, né una massima predefinita: viene prorogata, anche più volte, se non è cessata la pericolosità sociale; viene revocata, indipendentemente dal tempo di esecuzione trascorso, quando la pericolosità sociale sia cessata. Tutti i progetti di riforma che qui esaminiamo prevedono la possibilità tanto di proroga quanto di revoca della misura di sicurezza, a seconda della persistenza o meno della pericolosità sociale: alcuni di essi presentano però delle peculiarità degne di nota.

4.1
Esecuzione
delle misure di
sicurezza

Il d.d.l. Riz prevede due distinte forme di cessazione della misura di sicurezza: la revoca e l’estinzione.

La misura viene:

- *revocata*, “quando venga accertata la cessazione della pericolosità sociale e non vi sia più bisogno di terapie”
- *estinta*, “quando sia cessata la infermità o la grave anomalia psichica che ha determinato la non imputabilità”.

Il progetto Grosso prevede che la misura di sicurezza non possa avere “di norma” durata superiore ai 10 anni.

Il progetto Nordio prevede che la durata della misura “non può essere inferiore a un anno né superiore a dieci anni”; e che essa, in fase di applicazione da parte del giudice della cognizione, sia determinata quanto a “modalità e durata minima”. Per quanto emerge dal testo disponibile, il giudice dell’esecuzione (magistrato di sorveglianza) non può ridurre la durata minima stabilita all’esito del giudizio di cognizione; deve ritenersi nemmeno nel caso in cui la pericolosità sociale del sottoposto sia cessata. (Nota: è probabile che questo specifico profilo sia costituzionalmente illegittimo.) Il magistrato di sorveglianza può peraltro prorogare la misura non solo oltre il termine minimo stabilito dal giudice della cognizione, ma anche oltre il termine massimo di dieci anni stabilito dalla norma del progetto, “se è ancora costante il pericolo che il non imputabile commetta fatti previsti come reati contro la vita o l’incolumità, individuale o pubblica, o comunque caratterizzati da violenza nei confronti delle persone”.

4.2 *Gli istituti per l'esecuzione della misura di sicurezza* Quello degli istituti deputati all’esecuzione della misura di sicurezza per i soggetti prosciolti dall’accusa penale a causa di vizio totale di mente, o condannati a pena diminuita per vizio parziale, e giudicati socialmente pericolosi, è uno dei punti cruciali dei progetti di riforma. Naturalmente, di questo specifico aspetto non si occupano i progetti di riforma della parte generale del codice penale, ma solo i progetti “di settore”. Per un certo tempo, lo *slogan* predominante nel dibattito sui manicomi giudiziari è stato quello dell’abolizione: si è poi passati a propugnarne un “superamento”. I dati di realtà indicano che, negli ultimi decenni, si è assistito ad una non trascurabile modifica di funzionamento di questi istituti: essenzialmente a causa del ricambio generazionale della classe professionale che vi è addetta, e di una gestione conseguentemente più moderna e maggiormente orientata in senso sanitario. Ma l’unica modifica normativa che è stata apportata è consistita nel cambiamen-

to di denominazione: da manicomio giudiziario ad ospedale psichiatrico giudiziario (OPG).

Nell'ottica del "superamento" di questi istituti, la scelta prevalente è quindi stata quella di non puntare su cambiamenti di tipo denominatorio, ma su aspetti maggiormente sostanziali. I punti cruciali da modificare sono stati generalmente individuati in cinque, tre dei quali intrinsecamente connessi tra di loro. I primi tre punti, tra di loro collegati, consistono:

- nel numero di internati oggi ospitati in ogni singolo istituto, che viene unanimemente considerato eccessivo per una sostanziale attività terapeutica e riabilitativa;
- nel numero ristretto degli istituti sul territorio nazionale (sei);
- nella loro distribuzione geografica: un istituto per ciascuna delle regioni Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Sicilia; due istituti in Campania; nessun istituto nelle residue quindici regioni italiane.

Con una "popolazione internata" oscillante abitualmente tra le 1.000 e le 1.500 unità, questa distribuzione geografica comporta una presenza media di circa 160-250 internati per ogni istituto. Comporta però anche un trasferimento massivo degli internati dalle regioni di provenienza prive di istituti; e delle donne in particolare, raccolte in un solo istituto.

Gli altri criteri-guida individuati sono:

- rendere gli istituti sempre più orientati ad un modello sanitario, e sempre meno ad uno penitenziario;
- riservare tali istituti (comunque denominati) esclusivamente alla esecuzione della misura di sicurezza, esonerandoli dalle funzioni "accessorie" che oggi svolgono.

Su questa linea si colloca in particolare il progetto di riforma delle regioni Emilia- Romagna e Toscana, che rinuncia volutamente a denominare gli istituti; prevede che ne sia organizzato uno per ogni regione, od al massimo per due regioni confinanti; che ciascuno di essi non possa ospitare più di trenta internati; che l'attività terapeutica al loro interno sia gestita dal Servizio sanitario nazionale; che l'attività di custodia sia attuata solo al loro esterno, onde prevenire il pericolo di fuga.

5. Infermità psichica sopravvenuta al condannato

La norma recata originariamente dall'art. 148 del codice penale prevedeva che, se al condannato a pena detentiva sopravviene una infermità psichica "tale da impedire l'esecuzione della pena", il giudice ordina che la pena sia differita o sospesa, e che il condannato venga ricoverato in un OPG, ovvero in una CCC o in un "manicomio comune". In passato questa norma ha fatto molto discutere, in quanto si è prestata a sostanziali iniquità. Con sentenza costituzionale n. 146/1975 è stata dichiarata illegittima la previsione di sospensione o differimento della pena. Vale peraltro la pena di ricordare che di tale norma - definita "famigerata" da G. Vassalli - era stata progettata l'abrogazione già nel lontano 1956 dalla "commissione Giocoli", ministri Aldo Moro e poi Guido Gonella: il progetto non fu però esaminato dal parlamento e decadde. Analoga proposta di riforma dell'art. 148 fu formulata in un "progetto Vassalli" del 1968, che non superò però il vaglio parlamentare.

Il disegno di legge Corleone propone l'abrogazione dell'art. 148, ed equipara sotto questo profilo la infermità psichica a quella fisica (cfr. artt. 146 e 147 cod. penale)

La proposta di legge delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana prevede in questo ambito due distinte possibilità, e due diverse soluzioni.

La prima di esse concerne: il condannato a pena detentiva in cui sia sopravvenuta (o comunque presente) *"una grave infermità psichica, non compatibile con la permanenza in carcere"*, e che non abbia ancora *in concreto* iniziato l'esecuzione della pena: per questo soggetto si prevede la possibilità di un differimento dell'esecuzione della pena, della durata massima di tre mesi, ed in questo periodo il giudice deve, in quanto necessario, attuare le procedure previste dall'art. 73 cod. proc. penale ("Provvedimenti cautelari" per l'imputato infermo di mente).

La seconda eventualità è quella che si tratti di un soggetto condannato a pena detentiva in cui sia sopravvenuta (o comunque presente) *"una grave infermità psichica, non compatibile con la permanenza in carcere"*, e che abbia già *in concreto* iniziato l'esecuzione della pena: per questo soggetto non si prevede la

possibilità di un differimento dell'esecuzione della pena, bensì il suo trasferimento in una struttura di diagnosi e cura psichiatrica interna al carcere.²

In realtà tutta la tematica dell'art. 148 andrebbe confrontata a fondo con gli artt. 146 e 147 cod. penale, che disciplinano il "rinvio (rispettivamente: obbligatorio, od invece facoltativo) dell'esecuzione della pena" privativa della libertà personale.

6. Capacità processuale penale

Questo tema non è abitualmente trattato nei progetti di riforma che abbiamo sin qui citato, anche perché di carattere procedurale e non sostanziale. Nel progetto Corleone si prevede che si sospenda il procedimento nei casi in cui "l'imputato a causa di infermità psichica non sia in condizione di partecipare al processo se non derivandone pregiudizio alla salute". La *ratio* della norma non è chiara, e sembra prescindere dalla esigenza attualmente tutelata dagli artt. 70, 71 e 72 del c.p.p., nei quali la "capacità dell'imputato a stare nel giudizio penale" è legata alla sua capacità di auto-difesa.

7. Perizia in tema di imputabilità

La maggior parte delle proposte normative sui temi finora indicati non si è occupata delle modalità di affidamento e di espletamento della perizia in tema di imputabilità. Fa eccezione il d.d.l. d'iniziativa del senatore Milio, in cui, nell'intento di assicurare collegialità e multidisciplinarietà in questo campo, si prevede che la perizia deve essere affidata ad una commissione composta da quattro diversi professionisti: psichiatra, medico legale, sociologo, responsabile dei servizi sociali del territorio.

Nel progetto delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana si prevede che:

- il giudice nomini il perito scegliendolo dall'apposito albo, "a rotazione" (Nota: la norma sembra impedire che il giudice possa scegliere il perito, come oggi gli è consentito,

² È possibile che questa formulazione sia costituzionalmente illegittima sotto più profili, uno dei quali consiste nel fatto che nel secondo caso non si differisce l'esecuzione della pena per un soggetto che il giudice ha riconosciuto affetto da una infermità "non compatibile con la permanenza in carcere".

al di fuori dell'albo; il principio della "rotazione" appare forse troppo automatico, e certamente più cogente di quello oggi in vigore);

- il giudice, ove nomini un collegio peritale, vi includa anche un professionista "appartenente al servizio sanitario nazionale, con esclusione di quello che aveva o avrebbe potuto avere in cura il periziando";
- delle operazioni peritali sia redatto processo verbale;
- il giudice motivi la sua decisione sul punto "in modo specifico e non con semplice rinvio alla perizia". La motivazione deve essere particolarmente approfondita nel caso in cui il giudice si discosti dalla conclusione peritali;
- non sia ammessa la perizia tesa ad accertare la eventuale qualità di persona socialmente pericolosa dell'imputato o indagato.

8. La "competenza della spesa" per i soggetti sottoposti a misura di sicurezza psichiatrica

Ritengo poi opportuno accennare ad un tema che, seppur assai eterogeneo rispetto a quelli sinora trattati, pure si insinua frequentemente quando si affrontino questi argomenti: si tratta della diatriba tuttora irrisolta sulla "competenza della spesa".

Premettiamo che, come si è detto nei paragrafi che precedono, in materia di misure di sicurezza cosiddette "psichiatriche" (ovvero: destinate a soggetti con vizio totale o parziale di mente) la tendenza generale dei progetti di riforma verte, tra l'altro, sui due punti seguenti:

- rendere l'esecuzione della misura sempre più "sanitaria" e sempre meno "penitenziaria";
- rendere l'esecuzione della misura sempre più compatibile con lo stato di libertà personale di chi vi è assoggettato ("misura aperta"), e sempre meno detentiva ("misura chiusa").

Di preferenza, la "sanitarizzazione" della misura di sicurezza viene vista passare per l'affidamento della parte sanitaria della sua esecuzione al Servizio sanitario nazionale.

Due dati di fatto vanno qui rilevati:

- la spesa *pro capite* che l'Amministrazione penitenziaria

(Ministero della giustizia) sopporta per ogni internato in misura di sicurezza detentiva psichiatrica negli istituti (OPG o CCC) che da detta Amministrazione direttamente dipendono, è nettamente inferiore a quella che il SSN sopporta per un ricovero ospedaliero di carattere psichiatrico (ovviamente: “non giudiziario”). Ne deriva che gli *standard* di “ospitalità” e di complessiva assistenza sanitaria che si possono di fatto ed *in concreto* erogare agli internati in questi istituti sono di livello nettamente inferiore a quelli che spettano invece ai soggetti affetti dalle medesime patologie, ma che siano liberi da vincoli giudiziari, e siano quindi assistiti dal SSN;

- la spesa occorrente per la cura di un soggetto affetto da disturbi psichici è ovviamente molto più elevata nel caso in cui questo soggetto sia trattato in regime di degenza; ed invece molto meno elevata quando lo stesso soggetto sia trattato e curato in regime di libertà personale (trattamento ambulatoriale).

Taluno, rilevando questi dati, del resto inoppugnabili, lamenta pertanto che i soggetti internati negli OPG sarebbero, sotto il profilo degli *standard* assistenziali, degli “ammalati di serie B”, rispetto ai soggetti con identica patologia psichica, ma non coinvolti nel meccanismo penitenziario, e quindi assistiti dal SSN, che sarebbero invece gli “ammalati di serie A”.

La questione merita alcuni chiarimenti di fondo.

Innanzitutto va detto che la “cura del disturbo psichico” è apparentemente la stessa, sia che si tratti di un paziente “non giudiziario”, che sia ricoverato in ambito ospedaliero, sia che si tratti invece di un soggetto internato per misura di sicurezza psichiatrica. Ma questa identità è per alcuni aspetti solo apparente. Infatti, scopo precipuo della misura di sicurezza, e quindi degli istituti ove essa si esegue, è quello di “ridurre, sino ad eliminare, ove possibile, la pericolosità sociale del soggetto in trattamento”. Diversamente da ciò, lo scopo dell’istituzione sanitaria propriamente detta (SSN) è quello di “curare” la patologia di cui il soggetto è portatore, senza un obbligo formalizzato di tener conto della probabilità o meno che egli commetta (nuovi)

reati. Non vi è dubbio che, almeno in linea di principio, la “cura del disturbo psichico” costituisce una sorta di “comune denominatore” delle due istituzioni. Ma è anche certo che l’istituzione penitenziaria (OPG o CCC) deve aver di mira un obiettivo più alto e più complesso che non quella meramente sanitaria, e che questo comporta alcune conseguenze significative.

La prima di queste conseguenze consiste nel fatto che, sino ad oggi (e tanto più negli anni passati) vengono trattate quasi esclusivamente mediante esecuzione di misura di sicurezza *detentiva*, e quindi in condizioni assimilabili, sotto il profilo dei costi, alla degenza ospedaliera, anche una serie di condizioni di patologia psichica che il SSN non avrebbe necessariamente trattato con una degenza protratta. La normativa psichiatrica civile (ovvero: “non giudiziaria”) del 1978 (legge 13 maggio 1978, n. 180; e legge 23 dicembre 1978, n. 833 *in parte qua*) prevede infatti espressamente che la cura del disturbo psichico sia prevalentemente “territoriale” ed ambulatoriale, e riserva la degenza ospedaliera ad un numero di casi tutto sommato marginale.

La seconda conseguenza consiste nel fatto che la *durata* della esecuzione della misura di sicurezza detentiva è in buona misura svincolata da parametri meramente sanitari, ma è invece ancorata a parametri di carattere giudiziario: la revoca della misura viene infatti decisa dal giudice dell’esecuzione (magistrato monocratico di sorveglianza) sulla base di valutazioni che sono *anche* -ma non *esclusivamente*- di carattere medico; e non certo dai medici, sulla base di considerazioni di carattere esclusivamente sanitario. In termini concreti, poi, l’esecuzione della misura di sicurezza psichiatrica in regime detentivo dura spesso molti anni, in quanto - anche se non più formalmente - essa continua di fatto a dipendere in qualche misura dalla gravità del reato da cui l’internato è stato a suo tempo prosciolto.

L’Amministrazione della giustizia prospetta talora la tesi secondo la quale al SSN “spetterebbe comunque” farsi carico della spesa occorrente per la cura di una patologia psichica, in quanto essa si verifica in un soggetto che è e rimane un cittadino, ed al “bisogno di salute” del quale il SSN deve comunque provvedere.

Dal canto suo, il SSN, nelle sue varie articolazioni, e soprattutto

to in quelle periferiche, data la loro spiccata “aziendalizzazione”, ribatte che non può essere suo compito gravarsi della spesa che comporta la cura di un disturbo psichico in condizioni di “degenza” (*alias*: internamento in OPG o CCC), della durata anche di molti anni, quando non è stato lo stesso SSN a decidere - sulla base di valutazioni di ordine esclusivamente sanitario - che ciò debba accadere; e quando - sempre sotto il profilo meramente sanitario - la stessa patologia potrebbe essere utilmente trattata facendo minor ricorso - e per tempi meno lunghi - al trattamento intramurale.

Siamo infatti qui in presenza di una situazione radicalmente diversa da quella che si verifica quando un soggetto detenuto in carcere, sia esso giudicabile, ovvero in esecuzione di pena, presenti una patologia di qualsivoglia natura, ed anche psichica. Si può qui volutamente trascurare il fatto - peraltro certo - che la privazione della libertà personale incrementa di molto (se non le patologie, almeno) il bisogno soggettivo di “cure”, tanto sul versante somatico quanto su quello psichico. Ma la privazione di libertà incrementa anche il ricorso ad indagini diagnostiche, talora molto costose: si tratta qui in parte di un bisogno soggettivo del soggetto recluso, legato al “bisogno soggettivo di cure”; ma, in altra parte, di un “bisogno oggettivo” dell’Amministrazione, che riveste nei confronti del recluso una tipica “posizione di garanzia”.

Non tenendo conto dei fattori di incremento sopra descritti, si può dire che certamente in linea di principio compete al SSN la cura del soggetto detenuto in carcere in quanto giudicabile od in esecuzione di pena: egli è infatti un cittadino che ha diritto alle prestazioni sanitarie, indipendentemente da quale sia il suo “domicilio” attuale

9. Conclusioni volutamente provvisorie

Sarebbe senz’altro avventato ricavare da quanto sin qui si è detto conclusioni che abbiano anche solo una parvenza di “definitività”. E d’altra parte, ciascuno dei progetti qui sommariamente illustrati meriterebbe una discussione approfondita su ciascun singolo punto, nonché sull’impianto complessivo che vi è sotteso. Dato che questo non è possibile, almeno in questa sede, preferiamo accennare ad alcune considerazioni che - oltre che

personali - definiamo come “volutamente provvisorie”, con l’auspicio che gli ormai numerosi progetti di riforma legislativa sui temi indicati possano trovare dei punti di raccordo su linee-guida ampiamente condivise.

- I) Del tutto ovviamente, la prima cosa da fare dovrà essere quella di trasfondere nella norma i contenuti sostanziali delle sentenze di illegittimità costituzionale che sulla materia si sono succedute nel tempo; e non invece, come vi è qualche motivo di temere, riproporre formulazioni già censurate dal giudice delle leggi.
- II) Appare altamente opportuno estendere, in sede legislativa, i **principi** affermati dalla Corte alle fattispecie sostanzialmente analoghe cui essi possono -e debbono- ragionevolmente applicarsi, e che non siano già state recentemente esaminate dalla Corte, o diversamente da essa decise. Mentre infatti la Corte costituzionale è vincolata, nelle sue pronunce, alla norma impugnata, questo limite non sussiste ovviamente per il legislatore. A titolo di esempio si veda la sequenza cronologica tra la sentenza costituzionale n.139/1982, e la n. 249/1983: la seconda di esse applica lo stesso principio della prima, ma è stata emessa ad un anno di distanza.
- III) Sul piano della concreta redazione dei testi normativi non dovrebbero ripetersi le situazioni generatrici di confusione in virtù delle quali, ad esempio, se si consulta oggi una edizione non annotata né commentata del codice penale, si trova un art. 204 (*“Accertamento di pericolosità. Pericolosità sociale presunta”*) “abrogato”, senza che peraltro si rintracci lì l’art. 31 della legge 10 ottobre 1986, n. 663, che ripropone pari pari il testo del primo comma della norma abrogata. Questo, perché al legislatore - o agli uffici ministeriali - non è venuto in mente di abrogare - non l’intero art. 204, salvo riscriverne pedissequamente il comma primo, ma, molto semplicemente, i suoi soli commi successivi al primo.
- IV) Preso atto della inevitabilità che si continui ad utilizzare la nozione di “difetto di imputabilità”, è mio parere per-

sonale che si debba fare uno sforzo per cercare di ridurre l'area di concreta applicazione. Questo, non per motivi di carattere intrinsecamente "giudiziario", ma per più ampi e complessi motivi di carattere culturale. **Questa auspicabile evoluzione non può peraltro essere affidata alla norma:** se vi sarà, ciò accadrà solo a causa di una modifica graduale delle prassi peritali e delle decisioni giurisprudenziali, che abbisogna tuttora di un ampio dibattito.

- V) Altrettanto inevitabile appare - al contrario - l'estensione delle **possibili cause** di "difetto di imputabilità": per i motivi detti in premessa, ed anche per una sostanziale esigenza di armonizzazione con le altre legislazioni europee, che prima o poi potrà manifestarsi. Più d'uno dei progetti esaminati prevede infatti, accanto alla "infermità" ed alle condizioni soggettive ad essa già oggi assimilate, l'inclusione della categoria concettuale e nosografica delle "anomalie psichiche".
- VI) In questo ambito appare ormai (e da tempo) matura l'esclusione del sordomutismo come possibile causa autonoma di difetto di imputabilità, a vantaggio di una più ampia visione che ricomprenda le "gravi anomalie sensoriali".
- VII) Parimenti opportuna - e necessaria - l'estensione (non automatica né indiscriminata) di quanto riguarda - o riguarderà - "l'alcool etilico e le sostanze stupefacenti" alle "sostanze psicotrope e psicoattive", medicamentose e non.
- VIII) In accordo alla maggioranza dei progetti sin qui citati, riteniamo opportuno considerare l'attuale "vizio parziale di mente" come una delle "circostanze attenuanti comuni" del reato, oggi previste dall'art. 62 cod. penale. Al riconoscimento di questa condizione soggettiva dovrebbe quindi conseguire una punibilità attenuata, senza successiva applicazione di una misura di sicurezza. Nel caso in cui si ritenga invece di prevedere ancora una misura di sicurezza per il soggetto con "vizio parziale" giudicato tuttora "socialmente pericoloso", essa dovrebbe avere ca-

rattere sanitario, ed essere rigorosamente non restrittiva della libertà personale.

- IX) Per quanto concerne la “pericolosità sociale” e le conseguenti “misure di sicurezza” (MS), non ci soffermeremo sulle proposte di denominarle altrimenti, che possono anche andare benissimo ma che, in sé, non cambiano assolutamente nulla. Riteniamo invece che possano essere utilmente adottati i principi guida che seguono.
- Evitare di redigere un elenco minuzioso e dettagliato di possibili MS, e di vincolarle nella loro tipologia e durata alla fattispecie criminosa da cui originano ed alle caratteristiche soggettive di coloro nei cui confronti esse debbono essere ordinate (cfr., come esempio da non seguire, il progetto Riz). In accordo al principio da lungo tempo sancito dalla Corte costituzionale, rendere sempre più giurisdizionale e “personalizzata” l’intera materia, e prevedere in conseguenza un potere di scelta e di modifica sufficientemente ampio, di cui è titolare il giudice in sede di procedimento di esecuzione.
 - Se la MS prevista (comunque denominata) è di carattere restrittivo della libertà personale (“misura chiusa”), ritenere la pericolosità sociale solo in caso di delitti particolarmente gravi, ed in particolare per i delitti “contro la vita o contro l’incolumità, individuale o pubblica, o comunque caratterizzati da violenza contro le persone”, qualora “vi siano ragioni per presumere che la infermità indurrà il soggetto a commettere altri fatti della stessa specie”: in questo senso la formulazione del progetto Nordio ci appare la più soddisfacente, anche se parrebbe opportuno aggiungervi i delitti contro la libertà sessuale.
 - Se la MS è di carattere “aperto”, e non commutabile in alcun caso in “misura chiusa” (nemmeno in caso di sua inosservanza, o di violazione delle prescrizioni connesse), si può ipotizzarla anche per reati di altra specie, purché al disopra di una certa soglia di gravità.

- Anche in accordo al principio sancito dalla sentenza costituzionale n. 253/2003, prevedere la commutabilità della misura originariamente chiusa in una misura aperta (e non viceversa), anche a tempo, ed anche più volte, in senso tanto anterogrado (dalla chiusa alla aperta) che retrogrado (dalla aperta alla chiusa), con un procedimento semplificato e rapido.
 - Estendere le stesse modifiche alla MS applicata in via provvisoria (art. 206 cod. penale), ove si ritenga di mantenerla in vita.
 - Non prevedere alcun limite temporale **minimo** di esecuzione della MS (cfr. progetto Nordio), in ossequio al principio contenuto nella sentenza costituzionale n. 139/82; mantenere quindi la possibilità di “revoca previa” e di “revoca anticipata”, senza distinguerla in “revoca” e “estinzione” (cfr. 4.1., progetto Riz).
 - Prevedere un limite temporale **massimo** di esecuzione della MS, anche attraverso il meccanismo delle eventuali proroghe; evitare peraltro di stabilire nella norma un termine massimo, dal quale è poi previsto -dalla stessa norma !- che si possa derogare “in casi particolari”; ma fissando invece un tempo massimo di durata di esecuzione, che sia in qualche modo “proporzionato” a quelle che si ritengono essere le esigenze di tutela della collettività. **Ad esempio:** durata massima della esecuzione della misura di sicurezza, pari alla durata della pena detentiva che avrebbe in astratto potuto/dovuto essere irrogata ove il soggetto fosse stato imputabile.
- X) Per quanto concerne gli **istituti** deputati all’esecuzione della MS “chiusa” per soggetti non imputabili a causa di vizio di mente, giudicati tuttora socialmente pericolosi, prevedere che si tratti di istituti (da denominarsi, ma questo punto non appare di principale importanza) il cui carattere sanitario prevalga su quello penitenziario, contemperando con questo le esigenze di custodia.
- Prevedere la regionalizzazione di detti istituti, e la loro ca-

pienza massima in termini contenuti (orientativamente: 20-40 soggetti).

- Restringere la funzione di detti istituti ai “prosciolti per vizio di mente e condizioni assimilate”.
- Prevedere il loro stretto rapporto con il Servizio sanitario nazionale, sino, eventualmente, al trasferimento delle attività di gestione sanitaria. Per far questo, definire preventivamente i criteri di attribuzione e ripartizione dell'onere della spesa, eventualmente fissando convenzionalmente la quota a carico del SSN.
- Dotare gli istituti delle adeguate risorse: personale dei vari profili e livelli, fornitura di farmaci, attività riabilitative, ecc.

XI) Per quanto riguarda la capacità processuale penale: mantenere la normativa attuale, prevedendo peraltro che il termine massimo di sei mesi per la rivalutazione del caso possa essere ampliato (ad esempio: sino ad un anno) quando il giudice abbia acclarato, eventualmente mediante perizia collegiale, che la infermità da cui è affetto l'imputato, e che è causa della incapacità, è - allo stato delle attuali conoscenze scientifiche - assolutamente ineliminabile ed irreversibile.

Capitolo VI

I progetti formativi del dopo REVAN in corso negli OPG

Schede riassuntive

OPG Aversa

Il progetto consiste in un'attività di formazione specializzante tesa a promuovere, soprattutto attraverso esperienze pratiche e dirette, evolutive e trasformative, un processo di miglioramento e cambiamento personale, relazionale ed organizzativo, intervenendo sulla questione dell'identità professionale degli operatori penitenziari che lavorano nella realtà altamente deteriorante dell'OPG, per cui la formazione al ruolo ed alle funzioni di base previste non risultano sufficienti per il lavoro quotidiano nello specifico contesto di riferimento. Sono previste 48 giornate di formazione distribuite nell'arco temporale di sei mesi; ciascuna giornata prevede 4 ore di formazione, per un totale complessivo di 192 ore. È previsto uno stage conoscitivo ed esperienziale di una giornata presso l'OPG di Aversa finalizzato al confronto tra le rispettive modalità organizzative con particolare riguardo alle attività terapeutico-riabilitative ivi organizzate. Il progetto è finalizzato ad implementare le capacità di soddisfare le esigenze di formazione del personale direttamente impegnato sulle attività trattamentali e nelle relazioni con gli internati ed indirettamente sulle problematiche e la gestione delle dinamiche interrelazionali collegate al lavoro quotidiano con il malato di mente.

Breve sintesi del progetto

DESTINATARI FINALI DEL PROGETTO (AVERSA)		
TIPOLOGIA	NUMERO ATTESO DI PARTECIPANTI	ALTRI ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO LA TIPOLOGIA DEI DESTINARI
Operatori OPG Aversa	10	Personale di Polizia penitenziaria
Operatori OPG Aversa	10	Assistenti ed operatori volontari ex art. 78 e 17 O.P.
Operatori OPG Aversa	10	Infermieri
Operatori OPG Aversa	10	Medici incaricati ed a parcella

OPG Barcellona Pozzo di Gotto

Breve sintesi del progetto Spesso, ancora oggi, avviene negli OPG che l'esigenza di difesa sociale prevalga sull'obiettivo del recupero e della reintegrazione sociale del malato internato. Negli ultimi anni l'ampio dibattito sviluppatosi intorno all'istituzione psichiatrico-giudiziaria, alle proposte di superamento, alla indispensabilità di una diversa assistenza intramoeniale, in sinergia con un più incisivo raccordo con il territorio, ha enfatizzato la pressante necessità di far conto su un personale più informato, con una specifica dotazione professionale, capace di flessibilità operativa e di lavorare in équipe o, comunque, secondo sequenze integrate ai fini della realizzazione dell'obiettivo di migliorare gli standard assistenziali e realizzare progetti complessi o personalizzati, di recupero sociale.

Il corso, diviso in tre tornate di 90 ore ciascuna, prevede la partecipazione di sessanta corsisti, suddivisi in tre classi. I corsisti, appartenenti all'Area della Sicurezza, Sanitaria e di Servizio Sociale, saranno selezionati privilegiando i più giovani e quelli che operano prevalentemente a contatto con i detenuti/internati.

Durante le tre tornate di novanta ore verranno trattate le seguenti materie:

1. Malattie mentali ed elementi di classificazione psichiatrica; patologie più frequenti in OPG

Docente: Dr. Nunziante Rosalia (Direttore OPG Barcellona P.G.)

2. Infermità di mente, pericolosità sociale e misure di sicurezza detentive.

Docente: Prof.ssa Gaetana Russo (Professore Associato Università Messina)

3. Orientamento penitenziario e relativo Regolamento; attività di osservazione e trattamento e misure alternative alla detenzione - Docente: Dott. Resta (Magistrato di Sorveglianza)

4. La "Pericolosità Sociale" aspetti socio – criminologici

Docente: Dr. Olindo Canali (Sostituto Procuratore della Repubblica Barcellona P.G.)

5. Organizzazione dei servizi sanitari, parasanitari, specialistici in OPG; gestione delle emergenze: limiti delle competenze.

Docente: Dr. Antonino Levita (Medico incaricato OPG Barcellona P.G.)

6. Servizio sociale ed attività trattamentali extramoeniali: il lavoro in rete per l'inclusione sociale dei pazienti psichiatrico-giudiziari.

Docente: Dr.ssa Giuseppa Carbone (Direttore Centro servizio Sociale Adulti Messina)

7. L'attività trattamentale intramoeniale: riduzione della "pericolosità sociale" e presupposti per la dimissione dall'OPG

Docente: Dr.ssa Carmen Salpietro (Medico di ruolo Amministrazione Penitenziaria)

8. Lavorare per progetti: accesso alle risorse degli Enti locali ed ai fondi nazionali ed Europei.

Docente: Dr. G. Motta (Psichiatra DSM Barcellona P.G.)

9. Ruolo del volontariato in OPG: motivazioni, interazioni con gli internati detenuti, collaborazione con gli operatori dell'Istituto.

Docente: Padre Gregorio Battaglia (Volontario dell'Associazione "Casa di Solidarietà ed Accoglienza di Barcellona P.G.)

10. Tecniche di comunicazione intra ed intergruppi con particolare riferimento alla gestione delle situazioni conflittuali.

Docente: Dr. G. Cacciola (Psicologo)

11. Modalità di approccio ai problemi relativi alle tossico-alcooldipendenze.

Docente: Dr.ssa N. Coco (Responsabile Ser.T. Barcellona P.G.)

12. L'emergenza psichiatrica: i comportamenti suicidari, la terapia forzata, i "mezzi di contenzione".

Docente: Dr.ssa T. Frisone (Psichiatra – DSM Messina)

È prevista, inoltre, l'organizzazione di tavole rotonde che coinvolgano i responsabili dei progetti, docenti e tutors dei progetti REVAN degli altri OPG.

DESTINATARI FINALI DEL PROGETTO (BARCELLONA P.G.)		
TIPOLOGIA	NUMERO ATTESO DI PARTECIPANTI	ALTRI ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO LA TIPOLOGIA DEI DESTINARI
Operatori di Polizia Penitenziaria	44	Personale di Polizia penitenziaria
Infermieri professionali B3	12	Assistenti ed operatori volontari ex art. 78 e 17 O.P.
Assistenti Sociale C1 e C2	6	Infermieri

OPG Montelupo Fiorentino

Breve sintesi del progetto L'Istituto Superiore di Studi Penitenziari del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia ha promosso il progetto denominato RE.V.A.N. (Rinnovare Esperienze Valorizzando Attività Negate) per la rilevazione dei bisogni formativi e la successiva formazione del personale penitenziario che opera negli ospedali psichiatrici giudiziari. Le analisi specifiche e complessive degli interventi hanno evidenziato la necessità di strutturare un'attività formativa che coinvolga tutte le componenti professionali in relazione ai bisogni espressi e alle competenze indicate come necessarie per ben operare nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino.

In questo contesto si inserisce il progetto G.N.O.M.I. Le finalità formative si articoleranno su cinque aree, di cui le prime quattro specifiche per ciascuna professionalità presente nel nostro istituto, la quinta coinvolgerà trasversalmente più aree professionali. Per quanto riguarda quest'ultima sono infatti previsti da una parte spazi ed interventi specifici che richiedono la partecipazione contestuale di più aree professionali, compresi anche gli operatori del volontariato e di altri enti che, stabilmente, collaborano con l'istituzione, dall'altra l'esperienza già realizzata di Supervisione dei casi clinici (Progetto Pandora) ha fatto emergere da parte di tutti gli operatori coinvolti la necessità che tale attività possa continuare in quanto, come tutte le sperimentazioni che si concludono con un esito positivo e che introducono elementi di cambiamento organizzativo ed operativo, la loro sospensione e termine causa danni maggiori per le aspettative create e il vuoto conseguente.

E' convinzione sempre più diffusa che una buona copertura dell'area formativa centrata sui contenuti specialistici non esaurisce il bisogno di un'attività permanente di riflessione sull'attività clinica e sui problemi legati alla gestione dei casi, il bisogno di supervisione di una équipe.

L'intervento di Supervisione rappresenta inoltre una metodica a pieno titolo presente in altre organizzazioni di lavoro che si occupano della gestione di pazienti psichiatrici.

Gli interventi del progetto coinvolgeranno:

Destinatari prioritari: tutti gli operatori, dipendenti e convenzionati, impegnati nell'attività terapeutica e trattamentale

Destinatari allargati: volontari ed operatori esterni

Le aree di intervento formativo individuate sono:

- 1) Area delle competenze sanitarie/psichiatriche e Area delle competenze giuridico/normative (Polizia Penitenziaria e Personale Area Sanitaria)
- 2) Area delle competenze trattamentali/riabilitative (Personale Educativo e di Servizio Sociale)
- 3) Area della comunicazione interna (Direttori e capi area)
- 4) Area della collaborazione e dell'integrazione: specifici gruppi di lavoro interdisciplinari e Supervisione (più Aree professionali).

DESTINATARI FINALI DEL PROGETTO (MONTELUPO)		
TIPOLOGIA (1)	NUMERO ATTESO DI PARTECIPANTI	ALTRI ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO LA TIPOLOGIA DEI DESTINARI
Medici di ruolo Vice Direttori dell'OPG (C3)	3	
Educatori (C2 e C3)	2	
Area Amministrativo Contabile (C2-C3)	3	
Assistenti Amministrativi B3	1	
Polizia Penitenziaria	80	
Medici Incaricati e Psichiatri	12	
Infermieri (B2-B3)	10	
Educatori Professionali o Tecnici della Riabilitazione Psicosociale	3	
Psicologi	3	
Assistenti Sociali (C2-C1)	3	
Operatori di Associazioni e Volontari	6	
Altro personale dipendente (Cappellano, Operai, Tecnici Radiologia)	4	

OPG Napoli

Breve sintesi del progetto Il progetto consiste in un'attività di formazione specializzante tesa a promuovere, soprattutto attraverso esperienze pratiche e dirette, evolutive e trasformative, un processo di miglioramento e cambiamento personale, relazionale ed organizzativo, intervenendo sulla questione dell'identità professionale degli operatori penitenziari che lavorano nella realtà altamente deteriorante dell'OPG, per cui la formazione al ruolo ed alle funzioni di base previste non risultano sufficienti per il lavoro quotidiano nello specifico contesto di riferimento. Sono previste 48 giornate di formazione distribuite nell'arco temporale di sei mesi; ciascuna giornata prevede 4 ore di formazione, per un totale complessivo di 192 ore. È previsto uno stage conoscitivo ed esperienziale di una giornata presso l'OPG di Napoli finalizzato al confronto tra le rispettive modalità organizzative con particolare riguardo alle attività terapeutico-riabilitative ivi organizzate. Il progetto è finalizzato ad implementare le capacità di soddisfare le esigenze di formazione del personale direttamente impegnato sulle attività trattamentali e nelle relazioni con gli internati ed indirettamente sulle problematiche e la gestione delle dinamiche interrelazionali collegate al lavoro quotidiano con il malato di mente.

DESTINATARI FINALI DEL PROGETTO (NAPOLI)		
TIPOLOGIA	NUMERO ATTESO DI PARTECIPANTI	ALTRI ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO LA TIPOLOGIA DEI DESTINARI
Operatori OPG Napoli	10	Polizia penitenziaria
Operatori OPG Napoli	10	Assistenti ed operatori volontari ex art. 78 e 17 O.P.
Operatori OPG Napoli	10	Infermieri
Operatori OPG Napoli	10	Medici incaricati ed a parcella

OPG Reggio Emilia

L'orientamento scelto non è tanto la trasmissione di informazioni, quanto quello di produrre conoscenze specifiche che – in un dato contesto – generano cambiamento secondo il circolo virtuoso descritto nella scheda 3 (pag. 6). L'importante requisito che caratterizza un corso di formazione così prospettato è il **coinvolgimento attivo degli attori che vivono direttamente la situazione** oggetto di indagine di cambiamento.

Breve sintesi del progetto

La macro-area delle competenze tecnico-operative riguarda tre aree di bisogni di formazione, cui sono destinati, in modo privilegiato – anche se non esclusivo (cfr. sc.1) – il personale sotto indicato:

- Area competenze sanitarie-psichiatriche *Polizia Penitenziaria*
Dovuta alla necessità, a gran voce espressa dal nostro campione, di possedere un sapere di base sulla malattia psichiatrica
- Area competenze trattamentali-riabilitative *Personale educativo e di Servizio Sociale*
Per un migliore approccio alla promozione di interventi trattamentali e riabilitativi con il coinvolgimento del territorio e delle risorse interne ed esterne
- Area competenze giuridico-normative *Personale area sanitaria*

Con particolare riferimento alla conoscenza degli aspetti normativi dell'esecuzione delle misure di sicurezza.

L'area delle competenze comunicativo-relazionali, diretta in modo privilegiato a Direttori e Capi-area, e tesa a potenziare la comunicazione interna alla struttura e a migliorare la gestione del personale

L'area delle competenze organizzative, anche definita dell'integrazione e della collaborazione, diretta a tutto il personale comprese le figure apicali organizzative, e tesa a implementare e rafforzare forme di collaborazione intra ed extra aree professionali.

DESTINATARI FINALI DEL PROGETTO (REGGIO EMILIA)		
TIPOLOGIA (1)	NUMERO ATTESO DI PARTECIPANTI (N)	ALTRI ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO LA TIPOLOGIA DEI DESTINARI
Direttore e Vice-direttore	2	Sono le figure apicali dell'organizzazione e sovrintendono a tutto, se formati di pari passo saranno dei facilitatori nei cambiamenti di processo sistemici
Capi Area	2	Mediano rispetto alle figure apicali (come sopra)
Medici Sias - di guardia	9	Operano nei reparti a contatto con PP e degenti; la qualità della relazione col paziente psichiatrico è basata sull'esperienza, non sempre sostenuta da una formazione accademica specifica
Psichiatri	11	Tutti consulenti convenzionati, in genere con grande esperienza sul territorio e in OPG
Infermieri	40	Categoria ad elevato turnover (soprattutto tra i parcellisti n=30), indice di rischio elevato di burnout e di difficoltà organizzative
Educatori C2	2	Ad elevato rischio di burnout per il sovraccarico lavorativo e per la complessità del rapporto con pazienti e, per i pazienti, col territorio
Psicologi C2	1	Lavora su progetti (sia nella fase di progettazione vera e propria) che nella cura, su pazienti (individuali o gruppi); sul personale (per sensibilizzare e formare su temi specifici)
Esperti ex art. 80	2	Figura di recente acquisizione (tre anni fa), ancora non ben integrato con le altre parti del sistema
Operatori su progetti	6	2/3 operano nel reparto aperto a custodia attenuata e sono piuttosto integrati all'organizzazione e formati; gli altri due su progetti specifici (pet-therapy e officine artigianali), a contatto con piccoli gruppi di pazienti, non hanno preparazione specifica su relazioni con pazienti psichiatrici se non quella acquisita sul campo
Operatori di Servizio Sociale C2	4	Assistenti sociali deputati dal CSSA all'OPG, no preparazione specifica su pazienti psichiatrici se non quella acquisita sul campo
Ispettore Superiore di Polizia Penitenziaria	2	Figure apicali nell'organizzazione/gestione risorsa umana della Polizia Penitenziaria, cruciale nell'influire sul clima generale e sull'impronta relazionale tra personale di Polizia e pazienti degenti
Sovrintendenti e Vice Sovrintendenti di Polizia Penitenziaria	5	Principali "declinatori" delle scelte operative e di "stile" relazionale degli Ispettori di PP, come per i capi area: se adeguatamente formati fungeranno da facilitatori di cambiamenti di processo
Agenti e Assistenti di Polizia Penitenziaria	95	I massimi richiedenti e dunque fruitori della formazione predisposta. Personale molto giovane (il più giovane tra tutti gli OPG italiani), pertanto motivati ad apprendere e ad acquisire un habitus più attagliato alle esigenze del contesto. Ad elevato rischio di burnout