

Università degli studi di Verona  
Corso di Laurea Magistrale in Servizio Sociale e Politiche Sociali

TESI DI LAUREA

**Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari:  
presa in carico delle persone con problemi di salute mentale autrici di reato e  
ascolto dei professionisti del territorio.**

*L'applicazione della norma e la ricerca effettuata presso l'Ufficio di Esecuzione  
Penale Esterna di Verona*

Relatore: Prof. Francesco Amaddeo

Co-relatore: Dott.ssa Antonella Salvan

Laureanda: Sara Magrin

ANNO ACCADEMICO 2013-2014

## INDICE

<b>Introduzione</b>	7
<b>PARTE PRIMA</b>	9
<b>Capitolo 1: Le misure di sicurezza</b>	11
<i>1.1 Genesi delle misure di sicurezza</i>	11
<i>1.2 Presupposti di applicazione: i concetti di imputabilità e di pericolosità sociale</i>	11
<i>1.3 Destinatari delle misure di sicurezza</i>	14
<i>1.4 Durata delle misure di sicurezza</i>	17
<i>1.5 Classificazione, applicazione ed esecuzione delle misure di sicurezza</i>	20
<b>Capitolo 2: Uno sguardo al passato</b>	25
<i>2.1 Basi ideologiche: il dibattito fra scuola Classica e scuola Positiva</i>	25
<i>2.2 Il manicomio giudiziario di Aversa</i>	26
<i>2.3 Dal codice Zanardelli alla prima legge sui manicomi</i>	27
<i>2.4 La Terza Scuola e il Codice Rocco</i>	30
<i>2.5 La legge Mariotti</i>	31
<i>2.6 L'intervento della Corte Costituzionale e la riforma dell'ordinamento penitenziario</i>	32
<i>2.7 La legge Basaglia e il Servizio Sanitario Nazionale</i>	33
<i>2.8 Le sentenze della Corte Costituzionale e la legge Gozzini del 1986</i>	35
<i>2.9 La sentenza della Corte Costituzionale 253/2003</i>	36
<i>2.10 Il decreto Bindi e il DPCM del 2008</i>	37
<i>2.11 La Commissione Parlamentare di Inchiesta sul SSN e il Decreto Legge 211/2011</i>	42
<i>2.12 Il Decreto del Ministro della Salute e le intese del 6 dicembre 2012</i>	46
<i>2.13 Di proroga in proroga...</i>	47
<i>2.14 La Legge 81/2014</i>	48
<i>2.15 La relazione del 30 settembre 2014</i>	52
<b>Capitolo 3: La situazione attuale degli OPG in Italia</b>	55
<i>3.1 Gli OPG italiani</i>	55
<i>3.2 Qualche dato</i>	58
<b>PARTE SECONDA</b>	63
<b>Capitolo 4: La popolazione sottoposta misura di sicurezza a Verona</b>	65
<i>4.1 L'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna</i>	65

<i>4.2 La ricerca secondaria: obiettivo, tempi e strumenti</i>	67
<i>4.3 Risultati</i>	69
4.3.1 I procedimenti	69
4.3.2 Le persone	70
4.3.3 I delinquenti abituali, professionali e per tendenza	71
4.3.4 Le persone con problemi di salute mentale	79
4.3.5 Confronti fra “delinquenti” e persone con problemi di salute mentale	106
<b>Capitolo 5: La voce degli addetti ai lavori</b>	111
<i>5.1 Le interviste</i>	111
<i>5.2 Le tematiche affrontate con ogni intervistato</i>	112
5.2.1 I fattori che facilitano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva e la loro promozione	112
5.2.2 I fattori che ostacolano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva: come neutralizzarli	116
5.2.3 È possibile prevedere che tutti gli internati possano terminare la misura di sicurezza detentiva?	119
5.2.4 I maggiori ostacoli per il definitivo superamento degli OPG	120
5.2.5 Cosa pensano della norma sul superamento degli OPG i diversi attori coinvolti	122
5.2.6 Gli interventi messi in atto	123
5.2.7 È necessario pensare a strumenti alternativi alle misure di sicurezza?	125
<i>5.3 Alcune tematiche specifiche</i>	128
5.3.1 Differenze fra la misura di sicurezza in OPG e in comunità terapeutica	128
5.3.2 Le difficoltà nel passaggio di competenza	130
5.3.3 La responsabilità del Magistrato di sorveglianza	131
5.3.4 Differenze di trattamento fra pazienti psichiatrici e pazienti autori di reato?	133
5.3.5 Il contributo degli assistenti sociali dell’UEPE	134
5.3.6 Confronto fra pazienti in misura di sicurezza e “comuni” autori di reato	135
<i>5.4 Conclusioni</i>	136
<b>Conclusion</b>	139
<b>Bibliografia</b>	143

<b>ALLEGATI</b>	149
<i>A) Intervista agli assistenti sociale dell'UEPE</i>	151
<i>B) Intervista al Magistrato di Sorveglianza</i>	152
<i>C) Intervista allo psichiatra del DSM</i>	153
<i>D) Intervista all'assistente sociale dell'OPG</i>	154
<i>E) DPCM 01/04/2008, Allegato C</i>	155
<i>F) Decreto Legge 211/2011 (Legge 9/2012), Articolo 3-ter</i>	160



## INTRODUZIONE

Con questa mia tesi vorrei proporre una riflessione sulla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), disposta a partire dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del primo aprile 2008 con DPCM 01/04/2008: “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”. L’allegato C del Decreto in analisi, propone alcune fasi finalizzate ad un graduale superamento degli OPG e la seguente Legge n. 9 del 2012 ha disposto come termine certo per la loro chiusura il primo febbraio 2013. Tale scadenza è stata poi prorogata al 31 marzo 2014, con la Legge 57/2013 (Decreto Legge 24/2013) e poi ancora al 31 marzo 2015 con la Legge 81/2014 (Decreto Legge 52/2014).

È chiaro che queste continue proroghe debbano far riflettere circa le reali difficoltà da affrontare, al fine di giungere ad un vero superamento degli OPG. Infatti, molti sono gli attori coinvolti (Magistratura di Sorveglianza, OPG, Uffici di Esecuzione Penale Esterna, Dipartimenti per la Salute Mentale, altri servizi del territorio, comunità residenziali o diurne e così via), complesse le normative da tenere in considerazione (Codice Penale e di Procedura Penale, costituzione, Leggi in materia di salute mentale e via dicendo) e molteplici i fattori professionali, amministrativi, burocratici ed economici da riorganizzare.

E dunque, nonostante la legge abbia previsto un nuovo termine per la definitiva chiusura degli OPG, sono dell’opinione che vi sia ancora molto da fare in termini di risorse economiche aggiuntive, predisposizione di nuove strutture specifiche, formazione del personale e preparazione della comunità territoriale che dovrà accogliere i pazienti psichiatrici autori di reato.

Il mio obiettivo è quello di cercare di comprendere quali siano gli elementi che possono facilitare la chiusura degli OPG (e quindi la collocazione dei pazienti in luoghi alternativi) e quali, invece, siano di ostacolo al loro superamento. Credo sia importante proporre uno studio basato su dati di realtà attuali, al fine di comprendere quale sia la direzione da seguire, sfruttando al meglio le risorse esistenti e neutralizzando le difficoltà previste. Ritengo sia corretto prevedere un termine preciso entro cui realizzare i dettati delle normative, ma esso non può non tener conto del tempo necessario da riservare allo studio del fenomeno, alla elaborazione di esperienze ed, infine, alla

necessaria riorganizzazione delle prassi di intervento, che coinvolgano i diversi servizi in campo (Magistratura di Sorveglianza, OPG, UEPE, Dipartimenti per la Salute Mentale e comunità).

Per quanto riguarda il presente lavoro, ho suddiviso la mia tesi in due parti generali: una prima parte teorica e una seconda parte di ricerca.

La parte teorica comprende tre capitoli. Nel primo ho affrontato argomenti riguardanti i concetti di imputabilità, di capacità di intendere e di volere e di pericolosità sociale; ho trattato tematiche relative alle misure di sicurezza (cosa sono, chi sono i destinatari, qual è la loro finalità, etc.), al diritto alla salute (cura e riabilitazione) e alla tutela della collettività.

Il secondo capitolo riguarda la storia degli OPG, a partire dalle prime leggi sui manicomi, fino ad arrivare alle più attuali normative in tema di chiusura degli OPG.

Nel terzo capitolo ho riportato brevemente la situazione dei sei OPG attualmente presenti nel territorio italiano, al fine di comprendere l'entità del fenomeno su cui le recenti normative richiedono di intervenire.

La seconda parte della tesi si basa su due ricerche. Nel capitolo quattro ho riportato i risultati di una raccolta di dati, che ho effettuato a partire dall'analisi dei fascicoli degli utenti seguiti dall'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna di Verona (UEPE), in quanto sottoposti a misure di sicurezza. La finalità di questo quarto capitolo è quella di elaborare alcune analisi statistiche sulla popolazione in misura di sicurezza nel territorio veronese, senza, ovviamente, alcuna pretesa di generalizzazione a livello nazionale.

Nel quinto capitolo ho cercato di raccogliere il maggior numero di opinioni possibile, attraverso interviste di alcuni soggetti chiave dei servizi coinvolti nella chiusura degli OPG. È in questo ultimo capitolo che ho concentrato maggiormente l'attenzione, al fine di comprendere insieme agli intervistati, quali siano i fattori che possono facilitare il buon andamento della misura di sicurezza e, quindi, il trasferimento dei pazienti dagli OPG ad altre risorse del territorio e come sia possibile promuovere lo sviluppo di tali fattori, per concretizzare la dimissione dei pazienti.

Questa mia tesi non ha la pretesa di proporre buone prassi assolute, ma nasce dall'intenzione di proporre una riflessione su una materia complessa e delicata, che coinvolge norme e regolamenti, servizi pubblici e privati, operatori e teorici, ma soprattutto famiglie e persone in particolari condizioni di bisogno, difficoltà e fragilità.

## **PARTE PRIMA**

Trattare il tema del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), significa prendere in considerazione due discipline strettamente integrate fra loro: il Diritto Penale e la Psichiatria. Al fine di comprendere meglio il fenomeno oggetto della tesi, è necessario proporre preliminarmente un approfondimento teorico, riguardante la definizione delle misure di sicurezza nel diritto penale e, in secondo luogo, delineare i passaggi storici più rilevanti che nel nostro Paese hanno portato all'emanazione delle recenti normative che dispongono il superamento degli OPG.

Nel primo capitolo tratterò, quindi, il tema delle misure di sicurezza da un punto di vista quasi esclusivamente normativo, riservandomi di esplicitare osservazioni e riflessioni nelle parti della tesi relative alla ricerca e alle interviste.

Il secondo capitolo affronterà invece lo sviluppo storico degli OPG, dalla nascita del primo manicomio giudiziario fino ai giorni nostri, analizzando i più importanti cambiamenti nella storia della psichiatria e delle misure di sicurezza.

Nel terzo capitolo accennerò ad alcuni numeri riguardanti la popolazione internata e a quali interventi sono stati messi in atto in relazione alle normative che dispongono il superamento degli OPG.

Il focus del mio lavoro di tesi è centrato sull'analisi delle difficoltà e dei punti di forza delle ultime leggi in materia di superamento degli OPG, esaminando più che altro i fattori normativi e organizzativi. Pertanto, non mi occuperò di approfondire in particolar modo la disciplina psichiatrica dal punto di vista della diagnosi e della classificazione delle diverse sindromi.



## CAPITOLO 1: LE MISURE DI SICUREZZA

### 1.1 Genesi delle misure di sicurezza

La disciplina delle misure di sicurezza viene considerata una delle novità più significative introdotte con il Codice Penale del 1930. La riforma di quegli anni rispondeva ad esigenze politiche di potenziamento della difesa sociale, mediante l'applicazione di nuove misure sanzionatorie, finalizzate a neutralizzare la pericolosità sociale di determinate categorie di rei. La peculiarità del nuovo istituto risiedeva nella sua applicazione, la quale avveniva in aggiunta alle tradizionali pene, andando a costituire il cosiddetto "sistema del doppio binario". Pena e misura di sicurezza avevano differenti funzioni: mentre la prima rispondeva alle finalità retributiva (compensare la società del male arrecato) e di prevenzione generale (effetto deterrente della pena: distogliere i consociati dal commettere reati), la misura di sicurezza assolveva una funzione specialpreventiva, finalizzata, cioè, alla rieducazione e alla cura del soggetto socialmente pericoloso.

È con l'entrata in vigore della Costituzione che tale sistema si è trovato costretto ad una modifica, almeno ideologica. L'articolo 27 ha introdotto, infatti, la finalità rieducativa della pena, facendo venir meno quella distinzione di scopi, che giustificava lo sdoppiamento del sistema sanzionatorio nell'assetto codicistico del 1930.

#### Articolo 27, comma 3, Costituzione

*“Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato.”*

È la stessa pena che deve farsi carico di neutralizzare la pericolosità sociale del reo e di impedire la commissione di ulteriori reati. È divenuto, quindi, un problema continuare a legittimare l'esistenza delle misure di sicurezza all'interno di un diritto penale costituzionalmente orientato. Nonostante parte della dottrina si interroghi circa lo spazio residuo che può essere riservato alle misure di sicurezza, esse sono tuttora in vigore e sono disciplinate al titolo VIII del libro I del Codice Penale.

### 1.2 Presupposti di applicazione: i concetti di imputabilità e di pericolosità sociale

I destinatari delle misure di sicurezza si suddividono sulla base del concetto di imputabilità, definito dallo stesso Codice Penale all'articolo 85.

Articolo 85, Codice Penale - Capacità di intendere e di volere

*“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile.*

*E' imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere.”*

Presupposti dell'imputabilità sono, quindi, la capacità di intendere e la capacità di volere.

La prima può essere definita come “l'attitudine ad orientarsi nel mondo esterno secondo una percezione non distorta della realtà, e, quindi, come la capacità di comprendere il significato del proprio comportamento e di valutarne le possibili ripercussioni positive o negative sui terzi”<sup>1</sup>.

La capacità di volere consiste, invece, nel “potere di controllare gli impulsi ad agire e di determinare secondo il motivo che appare più ragionevole o preferibile in base ad una concezione di valore: in altri termini è attitudine a scegliere in modo consapevole tra motivi antagonisti”<sup>2</sup>.

Possiamo definire, quindi, l'imputabilità come quella condizione in cui si trova il soggetto autore di reato che, al momento della commissione dello stesso, ha o non ha, o non ha del tutto la capacità di intendere e di volere. Solo così è giustificato pensare che l'essere umano sia in grado di recepire il messaggio contenuto nella sanzione punitiva. L'imputabilità, dunque, difetta se manca anche una sola delle due capacità.

I destinatari delle misure di sicurezza possono essere soggetti *imputabili*, soggetti *semi-imputabili* e soggetti *non imputabili*. Alle prime due categorie le misure di sicurezza si applicano cumulativamente con la pena (sistema del doppio binario), mentre ai soggetti non imputabili si applicano in modo esclusivo.

Prima di capire a cosa si fa riferimento quando si parla delle tre tipologie di soggetti sopra indicate, è necessario accennare a quelli che sono i presupposti di applicazione delle misure di sicurezza.

---

<sup>1</sup> Fiandaca G., Musco E., “Diritto penale – Parte generale”, VI edizione, Zanichelli, Bologna 2010, pag. 329.

<sup>2</sup> Fiandaca G., Musco E., “Diritto penale – Parte generale”, VI edizione, Zanichelli, Bologna 2010, pag. 329.

È l'articolo 202 del Codice Penale che definisce in maniera chiara quando può essere applicata una misura di sicurezza:

Articolo 202, Codice Penale - Applicabilità delle misure di sicurezza

*“Le misure di sicurezza possono essere applicate soltanto alle persone socialmente pericolose che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato.”*

I presupposti sono, quindi, due: che il fatto compiuto sia previsto dalla legge come reato (riserva di legge) e che la persona sia ritenuta “socialmente pericolosa”. Mentre il primo fa riferimento a condizioni oggettive ben delineate dalle norme, il secondo coinvolge la soggettività della persona autrice di reato.

Il concetto di pericolosità sociale è definito dall'articolo 203 del Codice Penale:

Articolo 203, Codice Penale - Pericolosità sociale

*“Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati. La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'articolo 133.”*

La definizione legislativa appena riportata sottolinea come, ai fini dell'applicabilità della misura di sicurezza, non basti la semplice possibilità di recidiva, bensì un grado tale di possibilità corrispondente al concetto di probabilità. La pericolosità sociale, quindi, viene definita sulla base di un giudizio prognostico, effettuato dal giudice, circa la probabilità di ricaduta nel delitto.

L'articolo 133 del Codice Penale offre degli indici, che possono essere considerati come base della prognosi:

Articolo 133, Codice Penale - Gravità del reato: valutazione agli effetti della pena

*“ Nell'esercizio del potere discrezionale indicato nell'articolo precedente, il giudice deve tenere conto della gravità del reato, desunta:*

*1) dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell'azione;*

2) *dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato;*

3) *dalla intensità del dolo o dal grado della colpa.*

*Il giudice deve tener conto, altresì, della capacità a delinquere del colpevole, desunta:*

1) *dai motivi a delinquere e dal carattere del reo;*

2) *dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato;*

3) *dalla condotta contemporanea o susseguente al reato;*

4) *delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.”*

Il giudice, prima di applicare una misura di sicurezza, è sempre tenuto a procedere all'accertamento concreto della pericolosità sociale dell'autore di reato. La legge 663/1986, la cosiddetta legge Gozzini, ha, infatti, abolito ogni forma di presunzione di pericolosità sociale, stabilendo, all'articolo 31, che *“tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa”*. È stato così abrogato l'articolo 204 del Codice Penale, il quale disciplinava la pericolosità sociale presunta.

Nel corso del tempo il concetto di pericolosità sociale ha subito una crisi: assistiamo oggi ad una fase in cui vi è una crescente presa d'atto delle incertezze e delle difficoltà legate al suo accertamento concreto in sede giudiziale. La cosiddetta *“prognosi criminale”*, infatti, porta con sé dei limiti di validità scientifica, basandosi in gran parte su elementi documentali e sull'esperienza e la personale attitudine del giudice procedente. A ciò si aggiunge un ulteriore elemento, costituito dall'imprevedibilità sia delle decisioni soggettive dell'autore del reato, sia delle reazioni individuali al mutare delle condizioni esterne in cui si manifesta il comportamento umano.

La prognosi criminale, cioè il giudizio che tende a predire il futuro comportamento del reo e che sta alla base della dichiarazione di pericolosità sociale, è un concetto che lascia, quindi, molte incertezze e perplessità circa le decisioni che il giudice può prendere.

### **1.3 Destinatari delle misure di sicurezza**

Torniamo ora ai destinatari delle misure di sicurezza, in base ai quali è possibile distinguere diverse tipologie di pericolosità sociale.

Facendo riferimento ai soggetti imputabili e, al tempo stesso, socialmente pericolosi, si parla di pericolosità sociale “specificata”, alludendo alle categorie di “delinquente abituale”, “professionale”, e “per tendenza”.

Secondo gli articoli 102, 103 e 104 del Codice Penale è possibile definire una persona “delinquente abituale”, sulla base della legge dell’esperienza, per la quale la ripetizione di un determinato comportamento, attenua sempre di più i freni inibitori e rende perciò più facile la commissione di reati.

Il “delinquente professionale” è un tipo particolare di delinquente abituale, ossia colui che vive “abituamente, anche in parte soltanto, dei proventi del reato” (articolo 105 del Codice Penale). È definito, quindi, delinquente professionale, colui che, “incallito” nel delitto, trae i mezzi di sussistenza dal reato stesso, destando, di conseguenza, un alto grado di riprovazione nella coscienza sociale.

L’articolo 108 del Codice Penale disciplina la figura del “delinquente per tendenza”, ossia colui il quale riveli una speciale inclinazione al delitto, a causa dell’indole particolarmente “malvagia” che lo contraddistingue.

In tutti e tre i casi, si sta parlando di soggetti imputabili, per i quali la misura di sicurezza, giustificata dalla dichiarazione di pericolosità sociale, come già precedentemente accennato, viene applicata cumulativamente con la pena, proprio perché si tratta di persone capaci di intendere e di volere.

Arriviamo, quindi, alle altre due tipologie di soggetti destinatari delle misure di sicurezza: le persone semi-imputabili e quelle non imputabili.

È necessario, prima, definire il concetto di infermità mentale, il quale fa riferimento a quella condizione soggettiva, in cui la persona autrice di reato versa in uno stato tale di incapacità di intendere e di volere, da far ritenere che quello specifico comportamento deviante possa essere considerato come un sintomo della malattia o della condizione di cui la persona è portatrice.

L’articolo 89 del Codice Penale si riferisce alle persone semi-imputabili:

Articolo 89, Codice Penale - Vizio parziale di mente

*“Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d’intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita.”*

Si parla, quindi, di persona semi-imputabile, nei casi di semi-infermità di mente, per i quali viene applicata una pena diminuita, rispetto al reo non infermo e, quindi, imputabile. Anche in questo caso si parla di sistema del doppio binario, in quanto pena e misura di sicurezza vengono applicate cumulativamente.

L'infermo di mente, invece, non può scontare alcuna pena, in quanto ritenuto non imputabile:

Articolo 88, Codice Penale - Vizio totale di mente

*“Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere.”*

Il soggetto non imputabile verrà, quindi, assolto dal reato commesso.

Includiamo queste due categorie di soggetti all'interno dei destinatari delle misure di sicurezza, perché, una volta accertata la presenza del vizio parziale o totale di mente, è necessario porre in essere un giudizio circa la pericolosità sociale delle persone autrici del reato.

Ci inoltriamo in un problema molto dibattuto, riguardante il rapporto tra malattia mentale e pericolosità, ormai non più considerato come assolutamente lineare e aprioristico. Anche in questo caso, come per qualsiasi autore di reato imputabile, è necessario che il giudice decida sulla base di quella che abbiamo chiamato “prognosi criminale”, che, nei casi di seminfermità e infermità di mente, dovrà tenere conto anche dello stato di malattia e di tutti i fattori personali, ambientali e sociali ad esso collegati. Trattandosi di persone portatrici di specifiche problematiche, le norme prevedono che il giudice, nel suo giudizio, sia coadiuvato dalla perizia psichiatrica, disposta da un medico psichiatra nominato dal giudice stesso, poiché sicuramente più competente e in grado di valutare gli aspetti attinenti la malattia del semi-infermo o infermo di mente.

La disciplina della perizia è prevista al Capo VI del titolo II del Libro Terzo del Codice di Procedura Penale.

Articolo 220, Codice di Procedura Penale – Oggetto della perizia

*“ La perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche. [...]”*

Questo, quindi, il presupposto che sostiene l'ammissibilità della perizia: la necessità di giungere ad una valutazione che richiede competenze specifiche, differenti da quelle del giudice. La perizia diviene strumento di prova ricco di elementi, che il giudice porrà a fondamento della sua decisione di applicare o meno una misura di sicurezza. Attraverso la perizia, infatti, il perito fornisce al giudice le competenze tecniche che gli mancano, porgendogli un giudizio sui dati e gli elementi acquisiti.

Al perito viene solitamente chiesto di valutare due situazioni: l'imputabilità del soggetto autore di reato e la pericolosità sociale.

Per quanto attiene alla prima delle due, si tratta di comprendere, una volta accertata l'esistenza di un disturbo psichiatrico, in quale modo esso possa generare una compromissione delle capacità di intendere e di volere. Il perito valuterà, quindi, diversi elementi e fattori, attraverso il colloquio con la persona interessata e l'analisi della storia personale, criminologica e sanitaria, giungendo ad una decisione relativa alla dichiarazione di vizio parziale o totale di mente al momento della commissione del reato.

In seguito all'accertamento del quadro inerente l'imputabilità del periziato, l'esperto verrà chiamato a pronunciarsi circa l'eventuale pericolosità sociale persistente, correlata allo stato di infermità mentale. Il perito andrà, quindi, ad approfondire ulteriori elementi, che dovranno essere presi in considerazione in maniera globale, in una visione che tenga conto di tutti gli aspetti che possono in qualche modo contribuire a una valutazione prognostica nel maggior grado possibile veritiera.

È un dovere sottolineare il fatto che allo psichiatra viene chiesto di pronunciarsi su questioni prettamente giuridiche e non su aspetti di natura trattamentale, facendo del perito un funzionario del diritto e non un esperto del trattamento psichiatrico. Nel nostro sistema penale, infatti, le conclusioni dei periti esercitano una minima influenza sulla programmazione del trattamento dei malati di mente. Conclusa la perizia, è, quindi, il Giudice di Sorveglianza a decidere se applicare la misura di sicurezza e con quali modalità.

#### **1.4 Durata delle misure di sicurezza**

Al contrario di quanto accade per le pene da scontare, le misure di sicurezza non hanno una durata determinata fin dalla loro applicazione. Il loro scopo è, infatti, quello di neutralizzare la pericolosità sociale dell'autore di reato, la cui durata non è determinabile a priori.

### Articolo 207, Codice Penale - Revoca delle misure di sicurezza personali

*“Le misure di sicurezza non possono essere revocate se le persone ad esse sottoposte non hanno cessato di essere socialmente pericolose.”*

L'indeterminatezza della durata riguarda, però, soltanto il limite massimo. Il Codice, infatti, stabilisce in via preventiva e presuntiva un limite minimo per ogni singola misura, sulla base della gravità del reato e di considerazioni astratte relative alla pericolosità dei vari soggetti.

Nel momento dell'applicazione della misura di sicurezza da parte del giudice, egli dichiara la persona socialmente pericolosa e, quindi, stabilisce la tipologia di misura di sicurezza e la durata della stessa, in linea con il limite minimo previsto dal Codice per quella misura.

Originariamente l'articolo 207, al comma 2, vietava la revoca della misura, qualora non fosse decorso un tempo corrispondente alla durata minima della medesima; ma è la Corte Costituzionale che, con la sentenza numero 110 del 23 aprile 1974, ha dichiarato l'illegittimità di tale comma, riconoscendo al Magistrato di Sorveglianza un potere di revoca anticipata della misura di sicurezza.

Alla scadenza del termine della durata, viene effettuato il cosiddetto riesame della pericolosità sociale, al fine di stabilire se la persona debba essere ancora sottoposta alla misura di sicurezza. È il Magistrato di Sorveglianza a disporre controlli periodici della pericolosità e ad emettere un'ordinanza, con la quale stabilisce la proroga o la revoca della misura di sicurezza a cui il soggetto era sottoposto.

### Articolo 208, Codice Penale - Riesame della pericolosità

*“Decorso il periodo minimo di durata, stabilito dalla legge per ciascuna misura di sicurezza, il giudice riprende in esame le condizioni della persona che vi è sottoposta, per stabilire se essa è ancora socialmente pericolosa. Qualora la persona risulti ancora pericolosa, il giudice fissa un nuovo termine per un esame ulteriore. Nondimeno, quando vi sia ragione di ritenere che il pericolo sia cessato, il giudice può, in ogni tempo procedere a nuovi accertamenti.”*

Le decisioni del giudice si suddividono in quattro possibilità. Egli, a seguito del riesame della pericolosità, può dichiarare che la persona non sia più socialmente pericolosa e, quindi, ordinare che la misura di sicurezza venga revocata. Da quel momento in poi il

soggetto non è più sottoposto ad alcun vincolo giuridico. Se, al contrario, il giudice dichiara che sussista ancora la pericolosità sociale, egli ordina che la misura di sicurezza venga prorogata, anche se, come previsto dal comma 2 dell'articolo 208, dopo la prima proroga, il riesame della pericolosità può essere compiuto anche prima della scadenza della durata *“quando vi sia ragione di ritenere che il pericolo sia cessato”*. La proroga, però, può avvenire secondo tre modalità: il magistrato può confermare la medesima misura di sicurezza a cui il soggetto era sottoposto fino a quel momento; oppure può dichiarare persistente ma scemata la pericolosità e, quindi, applicare una misura di sicurezza meno severa; o, ancora, egli può dichiarare aggravato lo stato di pericolosità sociale del soggetto e decidere di inasprire la misura di sicurezza.

Con l'ordinanza che segue il riesame della pericolosità sociale del soggetto, il giudice stabilisce una nuova durata minima della misura di sicurezza, al termine della quale, egli procede ad un nuovo riesame e così, di volta in volta, fino a quando il giudizio sulla pericolosità risulterà negativo.

È doveroso a questo punto accennare al cosiddetto fenomeno degli “ergastoli bianchi”, riferito proprio a questa indeterminatezza del limite massimo di durata delle misure di sicurezza, tema particolarmente controverso nei casi di infermità mentale. Se il meccanismo di proroga delle stesse è quello appena descritto, ciò significa che alcuni soggetti potranno essere sottoposti ad una misura di sicurezza per tutta la vita. Ci inoltriamo in un argomento complesso e ricco di sfaccettature, relative alla responsabilità che il Magistrato di Sorveglianza possiede, ogni qualvolta decide in merito alla proroga o revoca di una misura di sicurezza per un infermo di mente. L'ordinanza che esprime la decisione del magistrato, è frutto di ampie e ricche valutazioni, ma ciò non esclude che la decisione finale comporti un'assunzione di responsabilità, poiché tale scelta non è supportata da elementi scientifici, né è possibile prevedere con certezza il futuro comportamento del reo, in relazione al suo stato di pericolosità sociale. Decidere in favore della revoca di una misura di sicurezza, significa presupporre che la persona sia in grado di non compiere più reati, ritenendo, quindi, cessato lo stato di pericolosità sociale e prevedendo al contempo, che, così facendo, sia rispettata l'esigenza di tutelare la collettività.

Al contrario, la decisione di prorogare la misura di sicurezza, comporta in ogni caso il dovere di rispettare il diritto alla salute dell'infermo (o semi infermo) di mente.

Per effettuare la sua scelta, il Magistrato di Sorveglianza opererà, quindi, un bilancio fra due diritti ugualmente importanti ma, a volte, fra loro contrastanti: il diritto alla salute

del reo e il diritto della collettività di essere tutelata. Le esigenze trattamentali del malato di mente contrastano, a volte, con il carattere impositivo delle misure di sicurezza, ma, al contempo, le legittime esigenze di sicurezza e di tutela della collettività, a volte, possono essere rispettate solo attraverso la proroga di tali misure. Inoltre, allo stato attuale della legislazione, non è prevista alcuna forma di trattamento, neppure extraospedaliero, per il soggetto prosciolto per infermità psichica che sia ritenuto socialmente non pericoloso.

È difficile giungere a conclusioni circa il lavoro e le responsabilità del Magistrato di Sorveglianza ed è presuntuoso pensare di esaurire una tematica così complessa in poche righe.

Fortunatamente le norme in vigore stanno procedendo verso una risoluzione di questa ampia discrezionalità del giudice, stabilendo un limite massimo di durata della misura di sicurezza. Il recente decreto legge 52/2014 (recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari) prevede, infatti, che:

Articolo 1, comma 1-quater, Decreto legge 54/2014

*“Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima.”*

La durata massima della misura di sicurezza non può, quindi, essere superiore a quella della pena per corrispondente reato (massimo edittale). La legge 81/2014 di conversione del decreto legge stabilisce, così, un limite alle proroghe e uno stop ai cosiddetti "ergastoli bianchi".

### **1.5 Classificazione, applicazione ed esecuzione delle misure di sicurezza**

Il Codice Penale distingue le misure di sicurezza in due categorie: personali e patrimoniali. Le prime sono elencate all'articolo 115, che le suddivide a loro volta in misure di sicurezza personali detentive e non detentive.

Figura 1: le misure di sicurezza



Articolo 215, Codice Penale - Specie

*“Le misure di sicurezza personali si distinguono in detentive e non detentive. Sono misure di sicurezza **detentive**:*

- 1) *l'assegnazione a una colonia agricola o ad una casa di lavoro;*
- 2) *il ricovero in una casa di cura e di custodia;*
- 3) *il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario;*
- 4) *il ricovero in un riformatorio giudiziario.*

*Sono misure di sicurezza **non detentive**:*

- 1) *la libertà vigilata;*
- 2) *il divieto di soggiorno in uno o più comuni, o in una o più province;*
- 3) *il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche;*
- 4) *l'espulsione dello straniero dallo Stato.”*

Gli articoli seguenti spiegano una ad una le diverse tipologie sopra elencate, a partire dalle **misure di sicurezza personali detentive**.

L'assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro è regolamentata agli articoli 216, 217 e 218. Questa è una misura che si applica ai soggetti imputabili socialmente pericolosi e la sua durata minima è di un anno. La finalità di tale misura

risiede nell'originale intenzione del legislatore di conseguire il riadattamento sociale dei delinquenti più pericolosi attraverso il lavoro.

Il ricovero in casa di cura e custodia è disciplinato agli articoli 219, 220 e 221. Questa misura di sicurezza è principalmente prevista per i condannati ad una pena diminuita a causa di vizio parziale di mente (semi infermi) o di cronica intossicazione da alcool o da sostanza stupefacenti. La durata minima oscilla fra i sei mesi e i tre anni.

Il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) è previsto per i soggetti non imputabili affetti da infermità mentale e disciplinato all'articolo 222 del Codice Penale. La durata minima è di due anni, ma non può essere inferiore a dieci anni se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena dell'ergastolo e, ancora, non inferiore a cinque anni se per il fatto commesso la legge prevede la pena della reclusione non inferiore nel minimo a dieci anni. Le finalità del ricovero in OPG sono due: la tutela della collettività e la cura dell'infermo di mente. Oltre al già discusso tema degli "ergastoli bianchi" e della difficoltà di ottenere un equilibrato bilanciamento fra le due esigenze, è necessario riflettere sulla tipologia di trattamento che gli OPG offrono agli internati: si tratta di meccanismi di funzionamento tipici delle cosiddette istituzioni totali, in cui il trattamento "custodialistico" tende ad incidere in maniera distruttiva sulla personalità dei soggetti infermi. Approfondirò meglio nel secondo capitolo il tema degli OPG.

Il ricovero in riformatorio giudiziario, disciplinato dall'articolo 223 al 227, è una misura di sicurezza rivolta alle persone minori di età. La durata minima è di un anno e tale misura deve essere eseguita sempre nella nuova forma del collocamento in comunità.

Passiamo ora alle **misure di sicurezza personali non detentive**.

La libertà vigilata consiste in una limitazione della libertà personale del soggetto, mediante un complesso di prescrizioni a contenuto positivo o negativo, diretto ad impedire il compimento di nuovi reati ed a facilitare il reinserimento sociale. La libertà vigilata è disciplinata agli articoli 228 e seguenti e la sua durata minima è di un anno. L'articolo 55 dell'Ordinamento penitenziario ha stabilito che i sottoposti a tale misura di sicurezza sono affidati al servizio sociale ai fini del loro reinserimento nella società.

Il divieto di soggiorno è disciplinato all'articolo 233 e consiste nell'imposizione, da parte del giudice, di non soggiornare in determinati comuni e province, in quanto strettamente legati al reato commesso. La durata minima è di un anno.

Il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche è strettamente legato ai reati connessi allo stato di ubriachezza. Questa misura è prevista dall'articolo 234 del Codice ed ha una durata minima di un anno.

L'espulsione dello straniero dallo Stato, l'ultima delle misure di sicurezza personali, si applica agli stranieri condannati alla reclusione per qualsiasi delitto a pena non inferiore a dieci anni, secondo quanto previsto dall'articolo 235 del Codice. La misura viene eseguita al termine della pena detentiva, scontata la quale avviene l'accompagnamento della persona alla frontiera. Vi è un'ulteriore ipotesi di applicazione dell'espulsione, prevista dall'articolo 86 del d.p.r. 309/1990 (testo unico in materia di sostanze stupefacenti) e riferita allo straniero che venga condannato per alcuni reati connessi al traffico illecito di sostanze psicotrope.

Le **misure di sicurezza patrimoniali** sono due: la cauzione di buona condotta e la confisca.

La prima è disciplinata agli articoli 237, 238 e 239 del Codice Penale e consiste in un deposito di una somma di denaro presso la Cassa delle ammende; se l'obbligo di buona condotta viene adempiuto, la somma è restituita; se, invece, viene trasgredito, la somma è devoluta alla Cassa delle ammende.

La confisca, prevista dall'articolo 240 del Codice, consiste nell'espropriazione ad opera dello Stato delle cose utilizzate per commettere il reato o che rappresentano il prodotto o il profitto derivante dalla commissione dello stesso.

Dopo questa breve descrizione delle diverse tipologie di misure di sicurezza, cerchiamo di capire come esse vengono applicate e quali caratteristiche ha la loro esecuzione.

Le misure di sicurezza vengono ordinate in via definitiva dal giudice all'interno della stessa sentenza di condanna o di proscioglimento. Solo alcune di esse possono essere applicate in via provvisoria (casa di cura e custodia, ospedale psichiatrico giudiziario, riformatorio giudiziario), così come previsto dall'articolo 206, comma 1 del Codice Penale.

La loro esecuzione avviene dopo che la pena è stata scontata, nei casi in cui sono applicate congiuntamente alla pena detentiva, mentre vengono eseguite dopo che la sentenza è passata in giudicato, quando sono applicate congiuntamente a pena non detentiva (articolo 211 del Codice Penale). Quando la persona viene prosciolta, perché

non imputabile, ma valutata socialmente pericolosa, allora la misura di sicurezza viene eseguita subito dopo che la sentenza è passata in giudicato.

L'articolo 212 del Codice prevede che la misura di sicurezza venga sospesa, qualora la persona ad essa sottoposta debba scontare una pena detentiva, terminata la quale, la misura di sicurezza tornerà a riprendere il suo corso. Lo stesso articolo disciplina i casi in cui intervenga un'infermità mentale durante l'esecuzione di una misura di sicurezza: si deve procedere alla trasformazione della misura, poiché il giudice deve ordinare il ricovero in OPG o in casa di cura e custodia.

Nel corso dell'esecuzione di una misura di sicurezza, il giudice può modificare le modalità di esecuzione, intervenendo sulle prescrizioni contenute nell'ordinanza, senza mutarne la specie.

In questo primo capitolo ho descritto brevemente la disciplina delle misure di sicurezza, partendo dalla loro genesi, analizzando destinatari e presupposti di applicabilità, riflettendo sui concetti di imputabilità e di pericolosità sociale e giungendo, infine, alla classificazione delle misure di sicurezza e alle loro caratteristiche di applicazione ed esecuzione.

Prima di passare alla seconda parte della tesi, relativa alla ricerca secondaria che ho effettuato, è necessario conoscere la storia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, attraverso l'analisi di alcune norme, sentenze della Corte Costituzionale ed eventi fondamentali, in modo tale da capire come si è giunti alle recenti normative che ne dispongono il superamento.

## CAPITOLO 2: UNO SGUARDO AL PASSATO

### 2.1 Basi ideologiche: il dibattito fra scuola Classica e scuola Positiva

Il diritto penale moderno nasce con l'Illuminismo, in reazione all'esercizio arbitrario del potere punitivo nell'Ancien Régime, dove vigevano le regole dello Stato Assoluto. L'epoca illuminista ha introdotto, infatti, un cambiamento radicale della concezione del diritto penale, contrapponendosi ai principi che guidavano lo Stato Assoluto, sostituendoli con altri nuovi, su cui ancora oggi si basa il diritto italiano: il principio di legalità, secondo cui nessuno può essere punito per un fatto che non sia previsto dalla Legge come reato; il principio della separazione dei poteri, che identifica tre soggetti distinti nell'esercizio dei poteri legislativo, esecutivo e giudiziario; il principio dell'uguaglianza, secondo il quale la Legge è uguale per tutti; il principio di personalità della responsabilità penale, in sostituzione della responsabilità collettiva (a volte familiare) per la commissione di determinati reati; infine, il concetto di pena fissa e necessaria, in contrapposizione al libero arbitrio del giudice nella decisione relativa alla qualità e alla quantità della pena da infliggere al condannato.

Nella seconda metà dell'Ottocento il dibattito viene portato avanti e sviluppato in Italia da due scuole di pensiero: la scuola Classica, il cui fondatore si identifica nella figura di Francesco Carrara, e la scuola Positiva, distinta in indirizzo biopsicologico, teorizzato da Cesare Lombroso e sociologico sostenuto da Enrico Ferri.

La scuola Classica adotta come principio cardine quello del libero arbitrio, secondo cui ogni uomo è in grado di autodeterminarsi in maniera conscia, volontaria ed autonoma ed è, quindi, responsabile in prima persona delle proprie azioni. La conseguenza più immediata risiede in un rigoroso rapporto fra il grado di colpevolezza e la misura della pena, che sarà determinata nel minimo e nel massimo e proporzionata all'entità del fatto compiuto, assumendo il significato di castigo. La sua funzione è meramente retributiva e di prevenzione generale, in un'ottica intimidatoria nei confronti di tutti i consociati. La scuola Classica si basa sul principio di legalità formale e prevede, quindi, un sistema penale garantista, ma che deresponsabilizza la società, ritenendo che ogni individuo sia assolutamente libero di scegliere fra bene e male, senza alcun condizionamento esterno.

Al contrario, la scuola Positiva fonda le sue spiegazioni criminologiche sull'esistenza di condizionamenti che non dipendono dal soggetto autore di reato. In particolare, Lombroso teorizzò la possibilità di comprendere la propensione dell'individuo al crimine sulla base di tratti somatici e comportamentali, ritenendo, quindi, che le scelte

di ogni persona siano sempre influenzate dalla sua struttura psicofisica. Ferri, invece, riteneva che fosse l'ambiente ad influenzare i comportamenti umani. La scuola Positiva, quindi, nega ogni responsabilità individuale nella commissione di un reato, attribuendo alla pena una funzione di prevenzione speciale, di rieducazione, per evitare il rischio di ricaduta nel reato. Non si parla, quindi, di pena, bensì di misura di sicurezza, determinata nel minimo ma non nel massimo e proporzionata alla pericolosità sociale del soggetto autore di reato. Il principio fondamentale è quello di legalità sostanziale, secondo il quale tutti i comportamenti contrari ai valori sociali vengono arginati, al di là del fatto che siano previsti dalla Legge come reato. La scuola Positiva, quindi, riconosce le influenze esterne all'individuo nella commissione dei reati, ma propone inaccettabili generalizzazioni deterministiche, mettendo in discussione i necessari principi di legalità e certezza giuridica. Nella visione proposta da questa scuola, accentuata ancora di più nei casi di malati di mente, prende avvio l'equazione follia – pericolosità, sulla quale si base la necessità espressa da Lombroso, di istituire i manicomi criminali. Fu così che nel 1876 nasce il primo manicomio giudiziario italiano, in una sezione del carcere di Aversa.

## **2.2 Il manicomio giudiziario di Aversa**

La prima “sezione per maniaci” viene istituita con un semplice atto amministrativo autonomo della Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, la cui finalità viene ben descritta dalle parole di Filippo Saporito, che diresse il manicomio di Aversa dal 1907:

*“Accadeva, infatti, che ogniqualvolta l'Amministrazione della giustizia e quella delle carceri si facevano a bussare alle porte di un manicomio comune, per chiedere ospitalità pei delinquenti impazziti, non ne ottenevano che rifiuti. Quei speciali inquilini, nei manicomi comuni, andavano a rappresentare scene di terrore, che vi portavano lo scompiglio.”<sup>3</sup>*

Già Cesare Lombroso aveva identificato le categorie di persone a cui era rivolto il manicomio criminale, accennando anche all'organizzazione dello stesso:

---

<sup>3</sup> Saporito Filippo, *Su gl'incorreggibili e il loro governo razionale: nota di psicologia criminale*, Aversa, 1908.

*“1) Tutti i servi di pena impazziti, e con tendenze pericolose, incendiarie, omicide e ed oscene, dopo trascorso lo stadio acuto del male.*

*2) Tutti gli alienati che per tendenze omicide, incendiarie, pederastiche ecc. venissero sottoposti ad inquisizione giudiziaria, restata sospesa per la riconosciuta alienazione.*

*3) Tutti quegli imputati di crimini strani, atroci, senza un movente chiaro, o con un movente sproporzionato al delitto.*

*4) Quelli che furono spinti al delitto da un’abituale, evidente, infermità come: pellagra, alcoolismo, isterismo, malattie puerperali, epilessia, massime quando abbiano parentele con alienati o epilettici, e presentino una mala costruzione del cranio.*

*5) Gli alienati provenienti dalle carceri, che notoriamente passarono una parte della loro esistenza nei vizi, nei delitti, dovranno essere segregati in appositi comparti. Gli altri alienati non saranno riuniti che a piccoli gruppi, a seconda dei ceti e delle abitudini; dormiranno ciascuno in una cella; la disciplina dovrà essere severa, la vigilanza superiore che nei manicomi comuni, e analoga a quella delle case penali, ma il lavoro proporzionato alle forze, all’aria aperta, alternato da luoghi di riposo, divertimenti, biliardi ecc. La direzione dovrebb’essere medica, il personale carcerario. Gli individui riconosciuti abitualmente pericolosi, e già sottoposti a vari processi, non potranno essere dimessi mai; gli alienati a follia istantanea, od intermittente, che offrano 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.”<sup>4</sup>*

È interessante sottolineare come alcune delle questioni qui accennate da Lombroso, siano molto attuali e costituiscano il centro della riflessione odierna circa i progetti di riforma in materia di Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Ma su questo torneremo in seguito.

### **2.3 Dal codice Zanardelli alla prima Legge sui manicomi**

Il primo gennaio del 1890 entra in vigore il primo codice penale dell’Italia unita, denominato codice Zanardelli, dal nome dell’allora Ministro della Giustizia. Nonostante

---

<sup>4</sup> Bassiri Gharb Rohanak, “Il problema del trattamento dell’infermo di mente autore di fatto-reato nel diritto penale italiano: prospettive di riforma”, tesi di dottorato di ricerca in giurisprudenza.

non venga mai utilizzata la parola “manicomio giudiziario”, il codice introduce una novità importante: la non imputabilità per vizio di mente.

Articolo 46, Codice Zanardelli

*“Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliersi la coscienza o la libertà dei propri atti. Il giudice nondimeno ove stimi pericolosa la liberazione dell'imputato prosciolto, ne ordina la consegna all'Autorità competente per i provvedimenti di legge”*

L'Autorità competente, secondo gli articoli 13 e 14 del codice, ordinerà il ricovero in un manicomio, al fine di osservare l'imputato e decidere, quindi, per il suo ricovero definitivo in manicomio oppure per la sua liberazione. Si prevede anche che il prosciolto possa essere affidato ad una persona che assicuri la cura e la custodia e che offra garanzia a riguardo.

È interessante notare come non vi sia alcun accenno al manicomio giudiziario, nonostante fosse già sorto quello di Aversa.

È il Regio Decreto numero 260 del 1° febbraio 1891 ad utilizzare per la prima volta il termine “manicomio giudiziario” e a stabilire a chi fosse rivolto. Stando alle testimonianze e ai racconti che spiegano l'organizzazione di tali manicomi, essi non si differenziavano granché dal sistema carcerario previsto per i rei imputabili: lo stesso ministro Giolitti sosteneva che il manicomio non rimaneva che una diversa forma di carcere, più applicabile ai condannati sani che ai prosciolti per infermità mentale.

La disciplina dei manicomi viene finalmente regolamentata con l'approvazione della Legge numero 36 del 1904: “Disposizione sui manicomi e sugli alienati”. Essa è composta di soli dieci articoli, nei quali ci si limita a regolamentare norme di ammissione e dimissione dal manicomio, compiti del direttore, spese e meccanismi di controllo, prevedendo che fosse il Regolamento di attuazione a specificare meglio i contenuti in materia (regolamento numero 615 del 16 agosto 1909).

Articolo 1, L.36/1904

*“Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. Sono compresi sotto*

*questa denominazione, agli effetti della presente Legge, tutti quegli Istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati gli alienati di qualunque genere. [...]*”

Sorprende il fatto che la disciplina relativa alle persone malate di mente e autrici di reato venga affrontata in modo assolutamente simile a quella rivolta alle persone malate di mente ma non autrici di reato. Le uniche differenze riscontrabili riguardano la denominazione del manicomio (giudiziario per le prime e comune o civile per le seconde) e la previsione, per gli internati nei manicomi giudiziari, di rapporti trimestrali all'autorità giudiziaria riguardanti la condizione di salute dei ricoverati. Se ci si chiede quale possa essere la ragione di tale omogeneità fra le due discipline, forse la risposta risiede nel binomio sicurezza-cura, in cui la prima prende il sopravvento sulla seconda, considerando la malattia mentale prima di tutto come fattore di pericolosità sociale da contenere, più che da curare; così la segregazione diventa modalità di cura, sia che si tratti di manicomi giudiziari, che civili. Infatti, come si evince dall'articolo 1 sopra riportato, l'obbligo giuridico di custodire le persone malate di mente insorge solo *“quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi.”* La prima Legge sui manicomi, quindi, si interessa della salute del singolo, solo quando essa diviene dannosa per la collettività. Un esempio di ciò, consiste nella disposizione che prevede che tutti i provvedimenti di ricovero vengano trascritti nel casellario giudiziario e vi rimangano per sempre. Inutile dire quanto tale norma sia di ostacolo al reinserimento e alla risocializzazione del malato di mente.

Secondo l'articolo 3 della Legge, la dimissione dal manicomio può avvenire solo per due motivi: la guarigione dell'internato o il miglioramento del suo stato di salute, tale da consentire di proseguire le cure presso il proprio domicilio. In ogni caso, la durata dell'internamento è indeterminata, così come avviene nei manicomi civili.

Con la Legge del 1904 si è giunti, quindi, all'istituzione dei manicomi giudiziari, il cui numero comincia a crescere sempre di più nel territorio italiano: dopo il primo manicomio di Aversa, nasce quello di Montelupo Fiorentino nel 1886, poi il manicomio giudiziario di Reggio Emilia nel 1892, a cui si sono aggiunti i manicomi giudiziari di Napoli nel 1923, Barcellona Pozzo di Gotto (Messina) nel 1925 e il manicomio di Castiglione delle Stiviere nel 1939.

## 2.4 La Terza Scuola e il Codice Rocco

Il dibattito fra Scuola Classica e Scuola Positiva trova un punto di incontro in quella che viene chiamata Terza Scuola, la quale assume una funzione mediatrice fra le due opposte correnti di pensiero e a cui si ispirano il Codice penale attualmente vigente in Italia e la nostra Costituzione.

La Terza Scuola prevede due differenti percorsi penali a seconda che si tratti di soggetto reo imputabile o non imputabile. Nel primo caso, l'imputato viene sottoposto ad una pena retributiva, in quanto capace di intendere e di volere e, quindi, responsabile del fatto compiuto (Scuola Classica); nel caso di non imputabilità, il soggetto viene considerato socialmente pericoloso e viene sottoposto ad una misura di sicurezza con la finalità di salvaguardare la società da eventuali ricadute nel reato (Scuola Positiva).

È a partire da questa concezione, che il Codice Rocco, in vigore dal 1930, introduce il cosiddetto sistema del Doppio Binario, di cui abbiamo parlato nel capitolo precedente.

Gli elementi di novità più significativi sono tre:

- È il codice penale che disciplina direttamente la misura del ricovero in manicomio giudiziario e l'ordine di ricovero compete esclusivamente al giudice penale (e non più all'Autorità competente prevista dall'articolo 46 del Codice Zanardelli).
- Il sistema penale si occupa di salute mentale solo nei casi in cui l'infermità sia causa di pericolosità sociale, sottolineando ancora una volta come la finalità prima della misura di sicurezza sia la tutela della collettività, piuttosto che la cura dell'infermo di mente.
- L'articolo 222 fissa dei termini minimi di durata del ricovero in manicomio giudiziario, sottolineando il profilo sanzionatorio della misura di sicurezza, a scapito del principio di proporzionalità tra reato commesso e pena e creando i presupposti per un paradosso giuridico: l'internato può rimanere ricoverato più tempo rispetto alla pena che dovrebbe scontare se fosse stato dichiarato imputabile.

La Terza Scuola, come accennato, non ha ispirato solo il nuovo Codice penale, bensì anche la Costituzione italiana, nella quale sono contenuti alcuni principi cardine anche per il sistema penale.

- Il principio di legalità formale:

*“Nessuno può essere punito se non in forza di una Legge che sia entrata in vigore prima del fatto commesso.” (Articolo 25, comma 2, Costituzione)*

- Il principio rieducativo della pena:

*“Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato.” (Articolo 27, comma 3, Costituzione)*

Tali principi mettono in evidenza come nel tempo la Terza Scuola abbia permesso di giungere ad un compromesso fra la Scuole Classica a la Scuola Positiva, ispirando il nuovo Codice penale e la Costituzione italiana, avvicinandosi, quindi, ad una visione sempre meno appannata, anche se ancora incerta, del diritto penale e della funzione delle pene e delle misure di sicurezza.

## **2.5 La Legge Mariotti**

A seguito dell'entrata in vigore della Costituzione, la tematica manicomiale non subisce alcuna modifica e bisognerà attendere molti anni prima di giungere ad alcuni cambiamenti. È infatti la Legge 431 del 18 marzo 1968, la cosiddetta Legge Mariotti, ad introdurre un tentativo di riforma in tema di manicomi. Già a partire dagli anni Cinquanta si inizia a riflettere relativamente a nuove possibilità di trattamento delle persone malate di mente, anche grazie all'introduzione degli psicofarmaci; è proprio in questo momento che si fanno sempre più chiari i limiti del sistema manicomiale, non appropriato a rispondere in maniera esaustiva ai problemi psichiatrici. Negli anni Sessanta nascono le prime case famiglia e le comunità alloggio per ex degenti, anche se, dal punto di vista culturale, non si è ancora pronti ad accettare una concezione della persona malata di mente come soggetto da rispettare e reinserire nella società. Ma la Legge Mariotti, intitolata “Provvidenze per l'assistenza psichiatrica”, pur non riuscendo a modificare in maniera stabile ed incisiva il sistema manicomiale, intraprende i primi passi verso quel cambiamento culturale, di cui vi era bisogno in vista di una riforma sostanziale in ambito psichiatrico. I principali interventi sono quattro:

- L'innovazione dell'organizzazione interna dei manicomi, i quali, d'ora in poi, vengono denominati “ospedali psichiatrici”, in somiglianza con gli ospedali civili, facendo divenire la malattia mentale una questione sanitaria e non più di ordine pubblico. Ecco che essa viene equiparata a qualsiasi altra tipologia di malattia e intesa come disturbo da prevenire e curare, con la conseguenza che il malato di

mente riacquista la dignità di persona, da tutelare e di cui prendersi cura, nel rispetto della sua capacità di esprimere un consenso valido alle cure.

- La territorializzazione del disagio psichico, attraverso l’istituzione dei Centri di Igiene Mentale, i quali hanno lo scopo di offrire servizi di terapie ambulatoriali psichiatriche e psicoterapeutiche, alternativi alla struttura manicomiale. Si tratta di centri con funzione preventiva, oltre che di recupero e di reinserimento sociale degli ex internati.
- L’introduzione della possibilità del ricovero volontario su richiesta del malato, la quale riconosce al soggetto di essere gestore della propria salute.
- L’abrogazione dell’annotazione dei provvedimenti di ricovero nel casellario giudiziario, contrariamente da quanto era previsto dall’articolo 604 del codice di procedura penale. Scompare l’equazione fra malato di mente e delinquente, facendo pian piano tramontare quella concezione lombrosiana che per molti anni ha influenzato la disciplina della malattia mentale.

Nonostante tali importanti modifiche, influenti soprattutto sul piano culturale, l’impianto originario del sistema manicomiale rimane il medesimo vigente in precedenza, accennando, però, a quelle che saranno le basi di un cambiamento strutturale, riguardante anche i manicomi giudiziari, di lì a poco denominati “Ospedali Psichiatrici Giudiziari”.

## **2.6 L’intervento della Corte Costituzionale e la riforma dell’ordinamento penitenziario**

Gli anni Settanta si contraddistinguono per gli accesi dibattiti relativi ai manicomi giudiziari e nascono le prime proposte in materia di misure di sicurezza e di “rei folli”.

Interviene anche la Corte Costituzionale che, con la sentenza 110 del 23 aprile 1974, dichiara l’illegittimità dell’articolo 207 del Codice penale, nella parte in cui riserva al Ministro della Giustizia la possibilità di revocare la misura di sicurezza prima del periodo minimo stabilito per Legge; tale norma comportava la permanenza nei manicomi giudiziari, anche di persone che avevano cessato di essere pericolose. La sentenza della Corte stabilisce che sia il Giudice di Sorveglianza a decidere in merito alla revoca anticipata della misura di sicurezza.

I confronti e le riflessioni in materia di manicomi giudiziari vengono ulteriormente nutriti da ciò che succede il 27 dicembre 1974, nella sezione femminile del manicomio giudiziario di Napoli: Antonia Bernardini, internata, muore bruciata viva a causa di

un'autocombustione del materasso sintetico su cui era legata da almeno quattro giorni. L'accaduto accende dibattiti e discussioni che contribuiscono ad interrogarsi circa l'efficacia dei manicomi giudiziari e la necessità di alcune modifiche a riguardo.

Finalmente nel 1975 viene approvata la riforma dell'ordinamento penitenziario che, con la Legge 354, subisce alcune importanti modifiche anche in tema di manicomi giudiziari:

- L'articolo 62 prevede che essi vengano denominati "Ospedali Psichiatrici Giudiziari" (OPG), in somiglianza agli Ospedali Civili, diffondendo il primato della cura sulla punizione.
- L'articolo 48 introduce la possibilità, per gli internati, di fruire delle misure alternative alla detenzione, in particolar modo della semilibertà, che consente, con meno restrizioni rispetto ai detenuti nelle carceri, di trascorrere parte della giornata all'esterno per motivi di istruzione, lavoro e reinserimento sociale.
- L'articolo 11 introduce l'obbligo di prevedere uno specialista in psichiatria all'interno di ogni istituto carcerario.
- Il Giudice di Sorveglianza viene sostituito dal Magistrato di Sorveglianza, quale organo di garanzia della legalità nell'esecuzione della sanzione detentiva.

Alcune importanti modifiche vengono, inoltre, apportate dal regolamento di esecuzione contenuto nel D.P.R. 431 del 29 aprile del 1976, la più significativa delle quali consiste nella possibilità di ricoverare gli internati presso gli Ospedali Civili, con il fine di avvicinarli alla regione di residenza. A tal proposito si apre un dibattito fra giuristi, perfettamente in accordo con tale previsione, poiché avrebbe consentito di svuotare gli OPG e psichiatri, che temevano l'intralcio dell'autorità giudiziaria nella gestione dell'Ospedale Civile e la pericolosità dei folli rei, più marcata rispetto a quelli civili.

Nonostante l'importanza delle modifiche introdotte, bisogna aspettare il 1978, perché davvero avvenga quella riforma che molti esperti auspicavano.

## **2.7 La Legge Basaglia e il Servizio Sanitario Nazionale**

Si deve a Franco Basaglia, psichiatra e neurologo italiano, l'affermazione di due principi che andranno a modificare strutturalmente la concezione della salute mentale: la territorializzazione delle cure e la responsabilizzazione del malato. Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, egli inizia una vera e propria rivoluzione, sperimentando, a partire dal 1962, nuovi modelli terapeutici, che si contraddistinguono

dalla contenzione fisica e dalle terapie elettroconvulsioni. Inoltre, convinto dell'idea che i pazienti debbano essere trattati come uomini, decide di aprire i cancelli dell'Ospedale Psichiatrico, donando nuovo valore ai rapporti umani. Successivamente, divenuto direttore dell'ospedale Psichiatrico di Trieste, oltre a portare avanti attività alternative, come laboratori di pittura e di teatro e cooperative di lavoro, elabora la necessità di chiudere i manicomi e di sostituirli con servizi esterni, in modo tale che la psichiatria diventi promotrice di inclusione sociale del malato di mente e non complice del processo di esclusione. Nel 1973 Trieste viene scelta come “zona pilota” per l'Italia nella ricerca dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui servizi di salute mentale; nello stesso anno, Basaglia fonda il movimento chiamato “Psichiatria Democratica”, basato su correnti di pensiero che si contrappongono alla psichiatria vigente in quel periodo. Nel 1977 annuncia la chiusura del manicomio di Trieste.

L'anno successivo viene approvata la Legge 180 del 13 maggio 1978, “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, denominata “Legge Basaglia”, la quale propone un radicale mutamento in materia di salute mentale.

Innanzitutto, l'accertamento e il trattamento della malattia avvengono volontariamente e l'istituto del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), viene riservato a particolari situazioni specifiche; il centro dell'attenzione viene spostato dalla necessità della difesa sociale alla persona e alle sue necessità di cura, superando l'equazione malattia mentale – pericolosità sociale; vengono attribuite alcune funzioni alle Regioni, le quali devono occuparsi della creazione e organizzazione di servizi territoriali alternativi all'Ospedale Psichiatrico. A questo proposito nascono i cosiddetti SPDC, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, che hanno sede presso gli ospedali civili, oltre ad altri servizi e presidi extraospedalieri, con funzioni di trattamento, cura e riabilitazione delle persone con problemi di salute mentale. La Legge Basaglia attribuisce alcune funzioni anche alle Asl, le quali devono occuparsi, attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), di interventi di prevenzione e di educazione sanitaria. Un ultimo e importante provvedimento consiste nei divieti di costruire nuovi Ospedali Psichiatrici e di effettuare nuovi ricoveri dopo il primo gennaio del 1981.

L'elemento fondamentale che sottolinea la portata rivoluzionaria della Legge Basaglia, è rappresentato dal fatto che essa viene inserita all'interno della più ampia Legge di riforma del sistema sanitario, la Legge 833 del 23 dicembre 1978, la quale istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in sostituzione alle precedenti assicurazioni obbligatorie di malattia. Ciò significa che, finalmente, la malattia mentale viene

considerata come ogni altra tipologia di malattia, che non necessita di una Legge specifica e distinta.

Sia la Legge Basaglia che la riforma della sanità non fanno alcun riferimento agli OPG, che, nonostante ciò, vengono influenzati dalle nuove normative, in positivo, ma anche in negativo. Gli OPG, infatti, risentono del cambio culturale, poiché anche gli specialisti che vi lavorano hanno aderito, almeno in parte, ai principi della “nuova psichiatria”, affermando la dignità della persona malata di mente e la centralità della cura, in sostituzione della difesa. Allo stesso tempo, però, gli OPG risentono della chiusura degli Ospedali Psichiatrici, in quanto essi costituivano la prima risposta per gli internati che terminavano di scontare la misura di sicurezza.

È importante sottolineare che ci sono voluti anni affinché tutte le strutture manicomiali chiudessero: si sono susseguite, infatti, diverse proroghe, fino alla più recente, che ha stabilito come termine ultimo per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici il 31 dicembre 1996; ciò si è verificato, perché è mancata l’attivazione di strutture intermedie, che accogliessero i malati più gravi e che aiutassero le famiglie e il territorio, i quali non erano ancora completamente pronti a prendersi cura dei pazienti che venivano dai manicomi (e tantomeno lo sarebbero stati per accogliere gli ex internati degli OPG!).

## **2.8 Le sentenze della Corte Costituzionale e la Legge Gozzini del 1986**

Se gli anni Settanta sono caratterizzati da riforme nell’ambito della salute mentale, il decennio successivo orienta la sua attenzione al concetto di pericolosità sociale.

Sono due gli interventi della Corte Costituzionale, la quale, attraverso le sentenze 139 del 27 luglio 1982 e 249 del 28 luglio 1983, opera alcune modifiche in materia di “presunzione di pericolosità”.

La sentenza del 1982 abroga la presunzione che l’infermità e la conseguente pericolosità perdurassero al di là della commissione del reato, fino al momento del giudizio di cognizione o del concreto inizio dell’esecuzione della misura di sicurezza. La sentenza del 1983, invece, dichiara illegittimo l’articolo 219 del Codice penale, nella parte in cui non subordina il ricovero in una casa di cura o di custodia dell’imputato seminfermo di mente al previo accertamento, da parte del giudice, della persistente pericolosità sociale.

I due interventi della Corte, tuttavia, non incidono al punto da incrinare la corrispondenza fra infermità mentale e pericolosità sociale, facendo perdurare l’erroneo

convincimento, secondo il quale il malato di mente doveva essere ritenuto come un soggetto più incline a commettere reati rispetto alla persona sana.

Come accennato nel capitolo precedente, bisogna attendere la Legge 663 del 10 ottobre del 1986, perché venga abolita ogni fattispecie di pericolosità presunta, attraverso l'abrogazione dell'articolo 204 del Codice penale. La cosiddetta "Legge Gozzini" risolve definitivamente il binomio pericolosità sociale – infermità mentale, ritenendo quest'ultima, un qualsiasi fattore che, interagendo con altri, può avere un'efficacia criminogena. La misura di sicurezza può essere prevista, quindi, solo previo accertamento della pericolosità sociale dell'imputato ed è il Magistrato di Sorveglianza ad avere l'esclusiva competenza funzionale in ordine all'applicazione, proroga e revoca delle misure di sicurezza.

## **2.9 La sentenza della Corte Costituzionale 253/2003**

Con il passare degli anni sono intervenuti ulteriori cambiamenti in materia di misure di sicurezza. In particolare, la sentenza della Corte Costituzionale numero 253 del 18 luglio 2003 dichiara l'incostituzionalità dell'articolo 222 del Codice penale, nella parte in cui non consente al giudice di merito di adottare, per l'infermo di mente socialmente pericoloso, una misura di sicurezza diversa dall'OPG, anche se idonea a soddisfare esigenze di cura e di controllo. Secondo questa norma, il ricovero in OPG risulta essere un obbligo e non una scelta che tenga conto delle peculiarità del soggetto e delle sue esigenze terapeutiche. La sentenza della Corte Costituzionale sottolinea come, in alcune situazioni, vi possa essere incompatibilità fra ricovero in OPG e tutela della salute, diritto garantito dalla nostra Costituzione.

### Articolo 32, Costituzione

*“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

Inoltre, l'evoluzione della farmacologia, così come della psichiatria, consentono un maggiore controllo ed una migliore capacità terapeutica, mettendo in discussione l'idoneità dell'OPG in materia di infermità mentale, sia per quel che riguarda la terapia

(l'OPG è antiterapeutico), sia in materia di difesa sociale (l'OPG alimenta comportamenti violenti e senso di sofferenza degli internati).

Prima del 2003 capitava che il perito giudicasse non pericoloso un soggetto che avesse commesso gravi reati, nonostante egli avesse bisogno di cure e sul territorio non esistessero risposte adeguate. Ritenendo, tuttavia, che l'OPG non potesse essere ritenuta una risposta valida e idonea alle esigenze di cura, spesso il perito preferiva negare l'esistenza di una pericolosità sociale della persona, piuttosto che condannare l'infermo al ricovero in OPG. Finalmente, con la sentenza n.253 il Magistrato di Sorveglianza può scegliere di adottare anche altre misure di sicurezza, la più frequente delle quali consiste nella libertà vigilata. Essa può essere disposta presso una clinica, una comunità terapeutica o addirittura presso l'abitazione della persona, a seconda delle opportunità, delle possibilità e delle esigenze di cura del soggetto infermo.

Negli anni seguenti sono intervenute ulteriori sentenze della Corte Costituzionale e della Cassazione, le quali hanno escluso definitivamente ogni automatismo nell'applicazione delle misure di sicurezza detentive, quando anche una misura meno drastica, più elastica e con adeguate prescrizioni, si riveli capace di soddisfare esigenze di cura e tutela della collettività.

Ci si sta avvicinando all'idea che il trattamento sanzionatorio del folle-reo non può essere inteso come rigidamente inquadrabile in norme predefinite, bensì esso deve essere inserito nel più ampio progetto personalizzato rivolto all'infermo, che risponde alle sue esigenze di cura e, di conseguenza, all'esigenza di tutela della collettività.

## **2.10 Il decreto Bindi e il DPCM del 2008**

Prima di inoltrarci nello studio delle recenti normative che iniziano a prevedere il superamento degli OPG, accenniamo al Decreto legislativo 230 del 22 giugno 1999, il cosiddetto "Decreto Bindi", riguardante il "Riordino della medicina penitenziaria". Esso è parte della più ampia "Riforma Bindi", contenuta nel Decreto legislativo 229 del 19 giugno 1999: "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale".

Possiamo affermare che il Decreto Bindi completa la riforma dell'ordinamento penitenziario del 1975, poiché, affidando alle Aziende Sanitarie Locali anche le funzioni sanitarie, che fino a quel momento erano di competenza del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, sancisce il passaggio della sanità penitenziaria dal Ministero di Grazie e Giustizia al Ministero della Sanità.

Articolo 1, D. Lgs. 230/1999 - Diritto alla salute dei detenuti e degli internati

*“I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.”*

La salute dei detenuti e degli internati è affidata, quindi, alle cure dello stesso personale e delle medesime strutture del resto della popolazione. Nonostante la grande importanza di tale cambiamento, nessuno dei nove articoli del Decreto Bindi fa accenno esplicito agli OPG, che non vengono ancora riconosciuti come parte integrante del sistema sanzionatorio penale e, quindi, come segmento della medicina penitenziaria.

Dobbiamo attendere fino al primo aprile 2008, affinché sia data completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, attraverso il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, intitolato “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, il quale stabilisce in maniera definitiva il passaggio delle funzioni di assistenza sanitaria in carcere dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute.

Tra i molteplici interventi disciplinati dal DPCM 01/04/2008, troviamo anche quelli relativi al graduale superamento degli OPG.

Articolo 5, comma 1, DPCM 2008 - Ospedali psichiatrici giudiziari e case di cura e custodia

*“Al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, sono trasferite alle regioni le funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime. Le attrezzature, gli arredi e i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie, sono trasferiti, con le modalità di cui all'art. 4, alle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti. Le regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le aziende sanitarie, in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato C, che costituisce parte integrante del presente decreto.”*

Un cambiamento introdotto dall'articolo 5, consiste nell'aver affidato alle Regioni le funzioni sanitarie afferenti agli OPG del loro territorio. Compete alle Regioni disciplinare gli interventi da attuare, in accordo con le ASL, sulla base di quanto definito dall'Allegato C, il quale individua un programma specifico da attivare per gli OPG, mirato al superamento degli stessi.

Il suddetto Allegato, intitolato "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia", definisce in maniera piuttosto dettagliata azioni, cambiamenti e principi riguardanti il graduale superamento degli OPG.

*"Le azioni principali che devono essere considerate in tale programma riguardano da un lato l'organizzazione degli interventi terapeutico riabilitativi, dall'altro la previsione di specifiche indicazioni affinché il passaggio di competenza delle funzioni sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale si modelli su un assetto organizzativo in grado di garantire una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza. Per tale scopo è necessaria una costante collaborazione fra operatori sanitari, operatori dell'Amministrazione della Giustizia e la magistratura."*<sup>5</sup>

Il passaggio al Ministero della Sanità ha riguardato solo le competenze sanitarie, escludendo quelle di controllo e sicurezza, in capo all'Amministrazione Penitenziaria. Ecco, quindi, che l'Allegato C specifica l'esigenza di un dialogo e di un continuo confronto fra i diversi operatori coinvolti, appartenenti ai contesti sanitario e giuridico.

L'organizzazione degli interventi terapeutico riabilitativi, deve avvenire all'interno dell'ambito territoriale, che viene inteso come *"la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali per il fatto che nel territorio è possibile creare un efficace sinergismo tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone."*<sup>6</sup>

Il superamento degli OPG, quindi, è guidato dal principio di territorialità, che è parte integrante anche dell'Ordinamento penitenziario:

---

<sup>5</sup> DPCM 1 aprile 2008, Allegato C, Premessa.

<sup>6</sup> DPCM 1 aprile 2008, Allegato C, Premessa.

Articolo 42, L. 375/1975 – Trasferimenti

*“Nel disporre i trasferimenti deve essere favorito il criterio di destinare i soggetti in istituti prossimi alla residenza delle famiglie.”*

L'Allegato C suddivide le azioni da intraprendere in tre fasi.

La prima fase può avere inizio solo a passaggio di competenze avvenuto e consiste nell'assunzione, da parte delle Regioni, della responsabilità della gestione sanitaria degli OPG presenti nei loro territori. Contestualmente, i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) devono provvedere alla stesura di un programma operativo, collaborando con l'équipe dell'OPG. Tale programma prevede due ipotesi:

- La dimissione degli internati che hanno concluso la misura di sicurezza, affidando alle Regioni il compito di coinvolgere Enti locali e Aziende sanitarie nell'implementare adeguati percorsi di inclusione sociale;
- Il trasferimento in carcere degli internati per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena; tale ipotesi è possibile solo dopo l'attivazione delle sezioni di cura e riabilitazione all'interno delle carceri.

La seconda fase inizia a distanza di un anno dalla precedente e prevede una distribuzione degli internati, in modo che essi si trovino il più vicino possibile alla Regione di provenienza. Questa previsione risponde alla necessità di instaurare rapporti di collaborazione fra OPG e territorio.

Fanno capo all'OPG di Castiglione delle Stiviere (Mantova) le Regioni Piemonte, Val d'Aosta, Liguria e Lombardia; essendo l'unica struttura con una sezione femminile, qui vengono assegnate le internate di ogni Regione italiana; l'OPG di Reggio Emilia accoglie gli internati provenienti da Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Marche ed Emilia Romagna; all'OPG di Montelupo Fiorentino (Firenze) sono assegnati gli internati residenti in Toscana, Umbria, Lazio e Sardegna; gli OPG di Aversa e di Napoli accolgono internati provenienti da Campania, Abruzzo, Molise, Basilicata e Puglia; fanno riferimento, infine all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto (Messina) le Regioni Sicilia e Calabria.

Tra la Regione in cui ha sede l'OPG e le regioni limitrofe devono essere predisposti programmi socio-riabilitativi per ogni internato.

La terza fase, a un anno di distanza dalla precedente, prevede che ogni Regione riceva gli internati dell'OPG competente e si assuma le responsabilità della presa in carico, attraverso la predisposizione di programmi terapeutici e riabilitativi, che devono essere

attivati già nel corso della misura di sicurezza detentiva, in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza. In questo modo viene attuato l'articolo 115 del Regolamento di esecuzione, D.P.R. 230/2000:

Articolo 115, comma 1, D.P.R. 230/2000 - Distribuzione dei detenuti ed internati negli istituti

*“In ciascuna regione è realizzato un sistema integrato di istituti differenziato per le varie tipologie detentive la cui ricettività complessiva soddisfa il principio di territorialità dell'esecuzione penale, tenuto conto anche di eventuali esigenze di carattere generale.”*

L'Allegato C prosegue nel definire quali possono essere gli orientamenti di sviluppo futuri: *“Le soluzioni possibili, compatibilmente con le risorse finanziarie, vanno dalle strutture OPG con livelli diversificati di vigilanza, a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di salute mentale della Azienda sanitaria dove la struttura o il servizio è ubicato. Tramite specifico Accordo in sede di Conferenza permanente fra lo Stato e le Regioni e Province Autonome, vengono definite la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte”*.<sup>7</sup>

Nello specifico, l'indicazione per le Aziende Sanitarie che si trovano nel territorio degli OPG è quella di istituire una struttura con autonomia organizzativa all'interno del DSM, la quale mantenga i contatti con i servizi socio-sanitari delle Regioni di provenienza dei singoli internati, con il fine di concordare programmi individualizzati per il reinserimento dei pazienti nel loro territorio.

Inoltre, ogni Regione in cui vi sia un OPG deve realizzare un Accordo, rivisto ogni anno, con l'Amministrazione penitenziaria, nel quale stabilire gli ambiti delle funzioni di sicurezza. L'Allegato raccomanda comunque di avviare apposite convenzioni tra Regioni e Amministrazione Penitenziaria, al fine di consentire la regionalizzazione delle misure di sicurezza.

Infine, proprio per garantire collaborazione e sinergia continue tra i sistemi sanitario e giuridico, deve essere attivato un gruppo di lavoro all'interno dell'Osservatorio

---

<sup>7</sup> DPCM 1 aprile 2008, Allegato C, Le azioni.

regionale, ma anche a livello nazionale, nel Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza Unificata fra Lo Stato, le Regioni e le Province autonome e la Autonomie Locali.

Al Decreto del 2008 hanno fatto seguito due Accordi in Conferenza Unificata.

Con l'Accordo del 26 novembre 2009, "concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'allegato C al DPCM. 1° aprile 2008", quasi tutte le Regioni hanno recepito il DPCM e hanno iniziato a mettere in atto i primi interventi in collaborazione con le Amministrazioni Penitenziarie, anche se non senza difficoltà. L'Allegato C ha richiesto, infatti, di implementare una profonda modifica dei modelli organizzativi e gestionali sia nell'ambito sanitario, che in quello giuridico, non consentendo, quindi, una rapida risoluzione della questione del superamento degli OPG.

Il secondo Accordo in Conferenza Unificata, "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e le CCC di cui all'Allegato C del DPCM 1 aprile 2008", è stato approvato il 13 ottobre 2011. In esso sono contenute previsioni relative alla tutela degli istituti penitenziari ordinari e al coordinamento interregionale nel rispetto del principio di territorialità, che guida il superamento degli OPG. L'Accordo del 13 ottobre 2011 è stato l'ultimo atto della Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.

## **2.11 La Commissione Parlamentare di Inchiesta sul SSN e il Decreto Legge 211/2011**

Tra il 2010 e il 2011 le problematiche interne agli OPG vengono rese pubbliche dalla Commissione d'Inchiesta del Senato sull'efficacia e l'efficienza del SSN, presieduta dal senatore Ignazio Marino. In particolare nella "Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari" approvata nella seduta numero 125 del 20 luglio 2011, la Commissione ha sottolineato le condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche delle strutture, gli interventi da mettere in atto con urgenza, ha fornito le proprie riflessioni sulla problematica legata alle contenzioni fisiche in OPG ed ha, infine, tracciato le linee per una riforma legislativa del settore.

Due sono le particolarità che contraddistinguono la cosiddetta "Inchiesta Marino".

Innanzitutto sono stati effettuati dei sopralluoghi a sorpresa in tutti gli OPG italiani, consentendo di osservare situazioni che, altrimenti, sarebbero state nascoste e

modificate per tempo. I rappresentanti della Commissione hanno effettuato una prima visita in ogni OPG nei mesi di giugno e di luglio del 2010, per poi recarvisi nuovamente per un secondo sopralluogo nei mesi di novembre e dicembre dello stesso anno.

La seconda novità che ha contraddistinto l’Inchiesta Marino, riguarda gli strumenti di indagine utilizzati. I sopralluoghi, infatti, sono stati accompagnati dall’uso di telecamere, con le quali sono stati realizzati diversi video, raccolti, poi, in un film documentario, dal titolo “Ergastolo bianco – OPG, dove vive l’uomo”, del regista Francesco Cordio.

I sopralluoghi effettuati dalla delegazione della Commissione d’Inchiesta hanno riscontrato gravi carenze in cinque OPG, concludendo che solo Castiglione delle Stiviere corrispondesse agli standard di Legge e offrisse una sistemazione dignitosa agli internati e al personale.

Inoltre, al fine di completare il superamento degli OPG, la Commissione Parlamentare d’Inchiesta ha rilevato come fosse ormai necessario un disegno di Legge specifico che individuasse modalità alternative di trattamento dei rei-folli, interventi strutturali e risorse di personale aggiuntive, all’interno e all’esterno degli istituti penitenziari per le necessità riabilitative.

A distanza di pochi mesi del lavoro svolto dalla Commissione d’Inchiesta, viene emanato il Decreto Legge 211 del 22 dicembre 2011, “Recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”, convertito nella Legge 9 del 17 febbraio 2012, la cosiddetta “Legge svuota-carceri”, la quale continua il riordino della medicina penitenziaria e completa la riforma psichiatrica iniziata con la Legge Basaglia. L’articolo 3-ter, “Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”, prevede, infatti, la chiusura definitiva degli OPG, accelerando il processo di superamento degli stessi, iniziato con il DPCM del 2008.

I punti chiave e le novità introdotte con il suddetto articolo sono i seguenti.

1. Il primo comma fissa il termine per il completamento del processo di superamento degli OPG al primo febbraio 2013. A tal fine, il comma successivo, prevede che entro il 31 marzo 2012 siano definiti *“ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e*

*custodia*". Ma tutto ciò deve essere effettuato rispettando i criteri definiti dal terzo comma:

- Esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
  - Attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna;
  - Destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.
2. A due mesi dal termine fissato per la chiusura degli OPG, le misure di sicurezza detentive potranno essere eseguite solo all'interno delle strutture descritte dal comma 2. Inoltre, non sarà più possibile prorogare le misure di sicurezza per gli infermi che non sono più socialmente pericolosi, i quali devono essere presi in carico dal Dipartimento di Salute Mentale.

Articolo 3-ter, comma 4, Decreto Legge 211/2011

*“A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale.”*

3. Le Regioni, sentiti i Ministri competenti, potranno assumere, secondo il comma quinto, *“personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari”*. A tal fine, e, in generale, al fine di attuare le previsioni dell'articolo 3-ter, il sesto comma autorizza la spesa di 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni per il 2013 per la realizzazione e riconversione delle strutture, mentre il settimo comma prevede altri 38 milioni per il 2012 e 55 milioni per il 2013, al fine di coprire i restanti profili previsti per l'attuazione dell'articolo.
4. L'articolo si conclude con la previsione che, nel caso non venga rispettato il termine definito al primo comma, il Governo provvederà in via sostitutiva, al fine di assicurare la piena esecuzione di quanto descritto.

A seguito di questa breve descrizione, è bene individuare quelli che sono i punti di forza e di debolezza dell'articolo 3-ter.

Fra i primi dobbiamo sicuramente includere:

- la fissazione di un termine per la chiusura degli OPG;
- la previsione della presa in carico da parte dei DSM dei pazienti non più pericolosi;
- la copertura finanziaria per l'attuazione degli interventi previsti;
- l'enfasi sulle funzioni sanitarie per i pazienti dimissibili e su quelle di sicurezza per i non dimissibili.

Nonostante l'importanza e l'innovazione introdotta da tali aspetti, la Legge 9/2012 lascia aperte molte questioni di non facile risoluzione:

- i concetti di imputabilità e di pericolosità sociale non vengono minimamente presi in considerazione, lasciando inalterata l'equazione ancora presente tra follia e pericolosità.
- Non sono state previste tipologie e funzioni delle nuove strutture descritte al secondo comma: quanti pazienti potranno esservi inseriti? Quali operatori sanitari devono essere presenti al loro interno? Con quale profilo operativo?
- Il medico psichiatra risulta essere investito di cariche che non appartengono al suo ruolo, relative alle funzioni di controllo e sicurezza, per le quali non è più prevista alcuna altra figura professionale.
- La gestione dei programmi riabilitativi e di reinserimento non è solo una questione sanitaria, bensì anche sociale, in quanto i pazienti dimessi dagli OPG avranno tutta una serie di bisogni legati all'essere presenti nuovamente sul territorio; se non verrà presa in considerazione anche la questione sociale, si porrà il rischio di una nuova istituzionalizzazione dei pazienti all'interno delle nuove strutture.
- Il decreto non accenna né a cosa accadrà a tutti i nuovi casi successivi al 31 marzo 2014, né alla gestione della salute mentale in carcere.
- I tempi di realizzazione della chiusura degli OPG sono irrealistici e ciò rappresenta un rischio, nel caso in cui vengano prese scorciatoie pericolose, quale, ad esempio, l'appalto a privati non preparati.

Nonostante la portata innovativa della Legge 9/2012, la strada da percorrere è ancora in salita e necessita di ulteriori "aggiustamenti" e specificazioni a quanto finora previsto.

## **2.12 Il Decreto del Ministro della Salute e le intese del 6 dicembre 2012**

Il 19 ottobre 2012 viene pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il testo definitivo del Decreto del Ministro della Salute (Decreto Ministeriale del 1 ottobre 2012), adottato di concerto con il Ministro della Giustizia, recante i “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia”. Tale Decreto, all’interno dell’Allegato A, definisce i requisiti minimi che le nuove strutture dovranno rispettare, al fine di risultare idonee ad accogliere i pazienti provenienti dagli OPG. In particolare, esso ha previsto:

- che la gestione delle strutture regionali sia esclusivamente sanitaria;
- che la capienza massima di ogni struttura non superi i venti posti letto;
- che siano disponibili le attrezzature necessarie allo svolgimento delle attività sanitarie e a garantire la sicurezza dei pazienti e della struttura;
- che sia presente una dotazione minima di personale sanitario;
- che le Regioni adottino un piano di formazione per il personale delle strutture sanitarie residenziali, al fine di far acquisire competenze cliniche, medico legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di Sorveglianza;
- che l’attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna non sia di competenza né del SSN, né dell’Amministrazione Penitenziaria, bensì sia compito delle Regioni, ove necessario, attivare specifici accordi con le Prefetture.

Poco tempo dopo, precisamente il 6 dicembre 2012, vengono sancite due Intese in Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le autonomie locali, riguardanti la suddivisione fra le Regioni delle risorse previste dall’articolo 3-ter per l’anno 2012. Le Intese prevedono che le spese dovranno essere correlate all’effettiva attivazione delle strutture alternative agli OPG e l’erogazione dei fondi sarà subordinata all’approvazione dei programmi regionali per il loro definitivo superamento.

Le Regioni, però, sia a causa delle difficoltà relative all’individuazione e al riadattamento delle strutture sanitarie, sia per il ritardo con cui il Governo ha emanato il decreto di riparto delle risorse economiche (Decreto Ministeriale del 28 dicembre 2012,

pubblicato in Gazzetta ufficiale solo il 7 febbraio 2013), non sono state in grado di rispettare il termine del 31 marzo 2013 per la chiusura degli OPG.

### **2.13 Di proroga in proroga...**

Il mancato rispetto del termine previsto per il superamento degli OPG, porta all'emanazione del Decreto Legge 24 del 25 marzo 2013, dal titolo "*Disposizioni urgenti in materia sanitaria*", convertito nella Legge 57 del 23 maggio 2013, la quale modifica l'articolo 3-ter della Legge 9/2012.

L'articolo 1 proroga, infatti, il termine di chiusura degli OPG al 1 aprile 2014, in attesa che le Regioni si attivino per realizzare le strutture sanitarie sostitutive e per prevedere interventi che potenzino i Servizi di Salute Mentale sul territorio.

La Legge 57/2013 dispone, inoltre, interventi di perfezionamento del percorso attuativo da parte delle Regioni, intervenendo sui contenuti dei programmi regionali, i quali non devono prevedere solo interventi strutturali, bensì anche:

- attività finalizzate a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico riabilitativi;
- la dimissione di tutti gli internati non più socialmente pericolosi;
- la presa in carico degli internati dimessi da parte delle Asl, le quali devono prevedere progetti di cura e di reinserimento sociale;
- la preferenza di misure di sicurezza alternative al ricovero in OPG.

I fondi previsti per la realizzazione di tali misure e per l'assunzione di personale qualificato per le nuove strutture sono gli stessi che erano stati previsti precedentemente.

Qualora non fosse rispettato il termine del 15 maggio 2013 per la presentazione dei programmi regionali degli interventi, in base all'avanzamento dei quali dipende l'erogazione delle risorse, la nuova Legge prevede che il Governo possa intervenire attraverso poteri sostitutivi.

Inoltre, relativamente allo stato di attuazione dei programmi regionali, la Legge 57/2013 prevede obblighi di informazione del Governo al Parlamento, assolti attraverso la relazione del 16 dicembre 2013, redatta dai Ministri della Salute e della Giustizia, i quali concludono come di seguito: "*Va anche detto che dalle valutazioni dei programmi presentati e dagli incontri con le Regioni è emerso che il termine previsto dalla normativa vigente, 1° aprile 2014, per il superamento degli OPG, non è risultato*

*congruo, soprattutto per i tempi di realizzazione delle strutture, fase che si deve confrontare con una serie di procedure amministrative complesse. Sulla base delle valutazioni rese, si prospetta la necessità che il Governo, anche sulla scorta delle indicazioni regionali, proponga al Parlamento una proroga del termine che rispecchi la tempistica oggettivamente necessaria per completare definitivamente il superamento degli OPG".<sup>8</sup>*

Ed è così che, alla prima proroga relativa al superamento degli OPG, ne fa seguito una seconda, che, attraverso il Decreto Legge 150 del 30 dicembre 2013, convertito nella Legge 15 del 27 febbraio 2014, propone il 1 aprile 2017 come termine ultimo per la definitiva chiusura degli OPG.

Il Governo è, però, intervenuto attraverso il Decreto Legge 52 del 31 marzo 2014, convertito nella Legge 81 del 30 maggio 2014, stabilendo quale data ultima per la chiusura degli OPG il **31 marzo 2015**.

#### **2.14 La Legge 81/2014**

Quest'ultimo Decreto introduce alcune novità interessanti.

1. La regola che deve guidare la scelta della misura di sicurezza da applicare, consiste nel limitare il ricovero in OPG alle sole situazioni eccezionali.

##### Articolo 1, comma 1, Legge 81/2014

*"Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. [...] Non costituisce elemento idoneo a*

---

<sup>8</sup> Relazione al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi dell'articolo 3-ter del Decreto Legge 22 dicembre 2011, n.211 convertito dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal Decreto Legge 25 marzo 2013, n. 24 convertito con modificazione, dalla Legge 23 maggio 2013, n. 57, alla data del 30 novembre 2013.

*supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali."*

Magistratura, Asl e Comuni assumono, di conseguenza, un ruolo decisivo di estrema responsabilità nella gestione della presa in carico e dei progetti personalizzati rivolti ai soggetti non destinati al ricovero in OPG. È necessario che il territorio si organizzi, al fine di favorire l'effettiva adozione, da parte di Giudici e di Magistrati di Sorveglianza, di misure di sicurezza non detentive e affinché la scelta del ricovero non si fondi solo sull'indisponibilità di adeguati programmi terapeutici.

2. La nuova Legge pone fine al fenomeno dei cosiddetti "ergastoli bianchi", di cui ho accennato nel primo capitolo.

Articolo 1, comma 1-quater, Legge 81/2014

*"Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima.[...]"*

Tale comma prevede che il Magistrato di Sorveglianza, una volta terminato il periodo corrispondente al massimo edittale previsto per la pena in questione, qualora ritenga necessario prorogare ulteriormente la misura di sicurezza, debba applicarne una non detentiva alternativa, quale, ad esempio, la libertà vigilata.

A questa previsione, si potrebbe controbattere ritenendo che, così facendo, si aumenta il rischio di mettere in circolazione persone socialmente pericolose. È necessario, quindi, sottolineare che la Legge non esclude, bensì permette, al Magistrato di prorogare la misura di sicurezza, con il divieto, però, che essa non sia di tipo detentivo. Prescrizioni adeguate, nell'ordinanza di applicazione della libertà vigilata, permettono che la Legge venga applicata correttamente, conciliando diritto di cura dell'infermo ed esigenze di tutela della collettività.

3. Viene fissato un termine definito per la presentazione, da parte delle Regioni, dei programmi terapeutico riabilitativi di ciascun internato.

Articolo 1, comma 1-ter, Legge 81/2014

*“I percorsi terapeutico riabilitativi individuali di dimissione [...] devono essere obbligatoriamente predisposti e inviati al Ministero della salute e alla competente autorità giudiziaria entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. I programmi sono predisposti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano attraverso i competenti dipartimenti e servizi di salute mentale delle proprie aziende sanitarie, in accordo e con il concorso delle direzioni degli ospedali psichiatrici giudiziari. Per i pazienti per i quali e' stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero.”*

Il termine per la presentazione di tali programmi è, quindi, il 15 luglio 2014, data entro la quale DSM e Asl devono cercare accordi e collaborazioni con le direzioni degli OPG.

4. La Legge 81/2014 propone di riconvertire il budget previsto per la realizzazione delle cosiddette “Rems”, Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive, chiamate anche “mini-OPG”, verso i Dipartimenti di Salute Mentale.

Articolo 1, comma 1-bis, Legge 81/2014

*“ [...] Entro il 15 giugno 2014, le regioni possono modificare i programmi presentati in precedenza al fine di provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, di contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle strutture sanitarie di cui al comma 2 e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche.”*

Il Governo, a tal fine, deve assegnare alle Regioni i finanziamenti previsti con le Intese del 2012 e del 2013 (38 milioni e 55 milioni) e sbloccare il riparto del 2014 (55 milioni).

5. Viene prevista anche una forma di verifica sull'attuazione delle nuove norme da parte delle Regioni.

Articolo 1, comma 2, Legge 81/2014

*“Al fine di monitorare il rispetto del termine [...] le regioni comunicano al Ministero della salute, al Ministero della giustizia e al comitato paritetico interistituzionale [...], entro l'ultimo giorno del semestre successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture [...] nonché tutte le iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quando dalla comunicazione della regione risulta che lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture e delle iniziative assunte per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari é tale da non garantirne il completamento entro il successivo semestre il Governo provvede in via sostitutiva [...].”*

A novembre 2014, quindi, viene effettuata la verifica, per la quale ogni Regione deve dimostrare che, secondo i programmi previsti, gli OPG potranno essere effettivamente chiusi entro il 31 marzo 2015; per le Regioni inadempienti scatterà il commissariamento.

6. La Legge 81/2014 prevede l'istituzione di un organismo di coordinamento per il superamento degli OPG.

Articolo 1, comma 2-bis, Legge 81/2014

*“Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto é attivato presso il Ministero della salute un organismo di coordinamento per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero della giustizia, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di esercitare funzioni di monitoraggio e di coordinamento delle iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. [...]Ogni tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro della salute e il Ministro della giustizia trasmettono alle Camere una relazione sullo stato di attuazione delle suddette iniziative.”*

Tale organismo deve consentire ai Ministri della Salute e della Giustizia di relazionare alle Camere l'andamento dei programmi regionali.

### **2.15 La relazione del 30 settembre 2014**

Per riflettere circa gli interventi che sono stati messi in atto in questi ultimi mesi, vorrei soffermarmi proprio sulla prima "Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari", redatta dal Ministro della Salute Lorenzin e dal Ministro della Giustizia Orlando.

- Innanzitutto, il Decreto Ministeriale del 26 giugno 2014 ha istituito l'organismo di coordinamento del processo di superamento degli OPG, attivato presso il Ministero della Salute, così come previsto dall'articolo 1, comma 2-bis della Legge 81/2014.
- In data 2 luglio 2014 è stata inviata una nota a tutti gli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Pubbliche Amministrazioni, riguardante indicazioni e modalità per l'invio dei programmi terapeutico riabilitativi individualizzati, come previsto dall'articolo 1, comma 1-ter.
- Per quanto attiene agli aspetti di competenza dell'Amministrazione Penitenziaria:
  - sono state rilevate le presenze degli internati negli OPG italiani, evidenziando, tra maggio e settembre 2014, una leggera diminuzione delle presenze;
  - sono state esaminate le ordinanze emesse dall'Autorità Giudiziaria, rilevando come esse esaminino nel dettaglio le condizioni soggettive dell'internato e il programma terapeutico a lui rivolto, con la finalità di revocare la misura di sicurezza detentiva; la proroga viene disposta solo quando è constatato il persistere di una pericolosità sociale tale da non permettere una misura alternativa, nel rispetto del limite massimo edittale;
  - è stata avviata una rilevazione sui dati relativi al numero di internati, al fine di segnalare ai servizi territoriali competenti le dimissioni previste;
  - la Direzione Generale Detenuti e Trattamento ha invitato Amministrazione Penitenziaria, Regioni, DSM e Magistratura di Sorveglianza alla massima collaborazione;
  - i Provveditori Regionali sono stati invitati a completare l'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale, in sinergia con le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali, attraverso l'assegnazione di personale sanitario e

parasanitario, necessario per la cura degli internati che verranno assegnati alle sezioni carcerarie.

- La Direzione competente del Ministero della Salute ha costruito un database elettronico, in cui inserire i dati provenienti dalle Regioni, consentendo di delineare un primo quadro della situazione, sulla base delle schede pervenute con le informazioni relative a 826 soggetti (su un totale di 846 che risultando presenti): per ogni soggetto sono stati riportati l’OPG di provenienza e la Regione di origine.
- Gli uffici del Ministero si sono affiancati alle Regioni, collaborando per l’elaborazione dei programmi per l’utilizzo dei fondi, prestando particolare attenzione agli aspetti relativi ai percorsi socialmente inclusivi sul territorio e alla formazione del personale.
- Tutte le Regioni, hanno trasmesso i programmi relativi agli interventi progettuali residenziali, ad eccezione della Regione Veneto, per la quale è stata attivata la procedura di commissariamento.

La Relazione si conclude con alcune prospettive, le quali escludono che si riesca a rispettare il termine del 31 marzo 2015 per la chiusura degli OPG: *“Nonostante il differimento al 31 marzo 2015 del termine per la chiusura degli OPG, sulla base dei dati in possesso del Ministero della salute appare non realistico che le Regioni riescano a realizzare e riconvertire le strutture entro la predetta data. [...] Sulla base delle valutazioni rese è quindi di nuovo auspicabile un ulteriore differimento del termine di chiusura degli OPG.”*<sup>9</sup>

Ma i Ministri aggiungono che, un presupposto sostanziale, affinché si realizzi la definitiva chiusura degli OPG, consiste nella *“maturazione di una nuova cultura, un nuovo modo di guardare alla chiusura degli OPG e delle problematiche connesse, una attenzione qualificata degli attori politici e dei mezzi di informazione. Si cercherà di lavorare con interventi volti a contrastare il pregiudizio nei confronti dei soggetti affetti da malattia mentale, pur se autori di fatti costituenti gravi reati.”*

---

<sup>9</sup> “Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”, redatta dal Ministro della Salute Lorenzin e dal Ministro della Giustizia Orlando, 30 settembre 2014.

Credo che quest'ultima affermazione costituisca un elemento di grande novità, che introduce la tematica del pregiudizio e dello stigma sociale, quale possibile ostacolo al raggiungimento dell'obiettivo della definitiva chiusura degli OPG.

Questa, quindi, la situazione attuale: l'attività più o meno intensa delle diverse Regioni italiane per la predisposizione dei programmi di reinserimento, un terzo termine fissato per il definitivo superamento degli OPG, la previsione dei Ministri della Salute e della Giustizia che non sarà possibile rispettare tale data neanche in questa occasione.

Certo è doveroso affermare che di strada ne è stata fatta. Se paragoniamo la nascita del primo manicomio criminale di Aversa alla situazione attuale, notiamo come siano mutati nel tempo i concetti di follia, imputabilità, pericolosità sociale, recupero e reinserimento. Ma è necessario sottolineare anche l'importanza di far evolvere ancora tali concetti, per giungere al pieno rispetto del diritto alla salute di quei soggetti che, seppur autori di reati a volte molto gravi, si trovano in condizione di fragilità e vulnerabilità.

Ma qual è lo stato attuale degli OPG? E quali cambiamenti in termini di numeri sono intervenuti in questi ultimi anni? Vorrei concludere la prima parte del lavoro di tesi con un terzo breve capitolo, che dia conto delle variazioni avvenute, soprattutto in relazione al numero di internati degli OPG italiani, al fine di riflettere sulla corrispondenza fra le indicazioni contenute nelle normative e la realtà delle situazioni concrete.

## CAPITOLO 3: LA SITUAZIONE ATTUALE DEGLI OPG IN ITALIA

Come abbiamo visto nel precedente capitolo, il primo manicomio giudiziario sorto sul territorio italiano è quello di Aversa (Caserta), nato in una sezione del carcere nel 1876.

Così come auspicato da Cesare Lombroso, negli anni successivi assistiamo all'istituzione di nuovi manicomi giudiziari: Montelupo Fiorentino (Firenze) nel 1886, Reggio Emilia nel 1892, Sant'Eframio (Napoli) nel 1923, Barcellona Pozzo di Gotto (Messina) nel 1925 e, infine, Castiglione delle Stiviere (Mantova) nel 1939.

Con la riforma del 1975, la denominazione “manicomio giudiziario” è stata sostituita con quella di “ospedale psichiatrico giudiziario”, ma gli OPG tuttora presenti sul territorio italiano sono gli stessi che sono sorti tra la fine dell'Ottocento e la prima metà del Novecento.

### 3.1 Gli OPG italiani<sup>10</sup>

#### ➤ Aversa

L'OPG di Aversa è situato all'interno di un edificio storico, lo stesso in cui è sorto nel 1876. Esso è suddiviso in sei sezioni e sono presenti un'area verde e un campo sportivo, oltre che un teatro e una chiesa interni, che permettono la realizzazione di attività ludico-ricreative ed educativo-trattamentali.

La capienza regolamentare è di 217 posti, rispettati solo a partire dal 2011.

L'équipe è composta dal direttore, da agenti di polizia penitenziaria, educatori, psichiatri, medici, infermieri e operatori socio-sanitari.

#### ➤ Montelupo Fiorentino

L'OPG di Montelupo Fiorentino si trova in provincia di Firenze ed è suddiviso in tre sezioni, ognuna delle quali conta una saletta polivalente, un locale per le docce, un cortile e un'infermeria. Sono presenti anche un'area verde per i colloqui e un'area esterna per le attività sportive, oltre alla palestra interna all'istituto.

Vengono effettuate attività riabilitative e formative, anche grazie alla collaborazione con una scuola media inferiore del territorio.

---

<sup>10</sup> <http://www.associazioneantigone.it/Index3.htm>, sito dell'Associazione Antigone, consultato in data 9-10-11 dicembre 2014.

La capienza regolamentare è di 175 posti e l'équipe è composta dal direttore, da agenti di polizia penitenziaria, educatori, psicologi, medici, psichiatri, infermieri, operatori socio-sanitari e alcuni volontari.

### ➤ **Reggio Emilia**

L'OPG di Reggio Emilia è suddiviso in sette sezioni, ciascuna delle quali è provvista di infermeria, saletta di socialità, lavanderia e un locale per le docce. Le attività ludiche, educative e trattamentali vengono effettuate in un'apposita sezione distinta dalle altre e dotata di una biblioteca e di una sala polivalente con bar, televisione, sedie e tavoli. In questa sezione sono presenti anche aule scolastiche e una piccola cucina. L'OPG è provvisto di sale per i colloqui, le quali si differenziano a seconda che al colloquio siano presenti dei bambini; è inoltre presente un'area verde, la quale viene utilizzata, oltre che per le attività all'esterno, anche per i colloqui con i familiari.

La capienza regolamentare è di 132 posti, anche in questo caso gli internati sono in numero sempre maggiore rispetto ai posti disponibili..

L'équipe dell'OPG di Reggio Emilia è formata dal direttore, da agenti di polizia penitenziaria, educatori, medici psichiatri, infermieri, operatori socio-sanitari, terapisti della riabilitazione psichiatrica e da alcuni volontari.

### ➤ **Napoli**

L'OPG di Napoli è costituito da quattro sezioni, da locali comuni per le attività ricreative (palestra, biblioteca, teatro, cucina) e da un'area esterna, costituita da una serra, da un campo sportivo e da una spazio dedicato ai colloqui con i familiari e i bambini.

Vengono effettuate diverse attività formative, sfruttando la presenza della serra (corsi di giardinaggio) e della cucina (corsi di ristorazione); sono presenti anche aule scolastiche, in cui vengono effettuati dei corsi, grazie alla collaborazione di una scuola media del territorio.

La capienza regolamentare è di 120 posti, che si è quasi sempre riusciti a rispettare.

L'équipe è formata dal direttore, da agenti di polizia penitenziaria, educatori, medici, psichiatri, infermieri, operatori socio-sanitari e volontari.

### ➤ **Barcellona Pozzo di Gotto**

L'OPG di Barcellona Pozzi di Gotto, si trova in provincia di Messina ed è suddiviso in otto sezioni, ognuna delle quali è provvista di refettorio per la consumazione dei pasti.

Attigua all'istituto, è presente una vecchia struttura con accesso dall'esterno, la quale viene utilizzata per attività di inserimento lavorativo nell'ambito della lavorazione del legno e del ferro, ma anche corsi con cani e cavalli, grazie alla collaborazione di una cooperativa di tipo B.

L'istituto organizza anche gite all'esterno, oltre che attività formative e corsi scolastici in apposite aule interne.

La capienza regolamentare è di 210 posti, che vengono rispettati solo a partire dal 2012. L'équipe è composta dal direttore, da educatori, agenti di polizia penitenziaria, operatori socio-sanitari, psicologi, infermieri, medici, psichiatri e una massiccia presenza di volontari.

### ➤ **Castiglione delle Stiviere**

L'OPG di Castiglione delle Stiviere è situato in provincia di Mantova ed è caratterizzato da due peculiarità, che lo distinguono dagli altri OPG. La prima riguarda la sua gestione che non è in capo al Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria, ma avviene tramite una convenzione sottoscritta con l'Azienda Ospedaliera di Mantova. Per questo motivo, ogni aspetto della struttura viene gestito dal personale dell'Azienda Ospedaliera, incluso quello della sicurezza, che non prevede, quindi, la presenza di agenti di Polizia Penitenziaria. La seconda caratteristica distintiva dell'OPG di Castiglione consiste nell'avere, al suo interno, una sezione femminile, l'unica in tutto il territorio nazionale e nella quale sono presenti, quindi, internate provenienti da ogni Regione d'Italia.

L'OPG è suddiviso in quattro reparti, tre maschili e uno femminile; adiacente alla struttura, è presente anche una comunità mista. Sono a disposizione degli ospiti sale comuni con la televisione e per lo svolgimento di differenti attività.

La capienza regolamentare delle quattro sezioni è di 217 posti, che raramente viene rispettata, in quanto il sovraffollamento risulta quasi sempre superiore al 100%.

L'équipe presente all'interno dell'OPG di Castiglione è formata dal direttore, da infermieri, educatori, operatori socio-sanitari, operatori tecnici e dipendenti amministrativi.

### 3.2 Qualche dato

Dopo aver analizzato nel precedente capitolo le normative degli ultimi anni, è interessante confrontare alcuni dati, relativi al numero degli internati presenti in ciascuno degli OPG considerati.

Tabella 1: numero internati per anno<sup>11</sup>

	Aversa	Napoli	Reggio Emilia	Castiglione d. Stiviere	Barcellona P.D.G.	Montelupo Fiorentino	TOTALE
<b>2007</b>	293	79	279	197	233	179	<b>1260</b>
<b>31/10/2008</b>	268	121	293	200	270	183	<b>1335</b>
<b>30/06/2010</b>	355	120	279	279	340	174	<b>1547</b>
<b>31/12/2010</b>	353	116	286	316	355	174	<b>1600</b>
<b>30/06/2011</b>	268	121	247	340	368	143	<b>1487</b>
<b>31/12/2011</b>	242	113	228	371	307	126	<b>1387</b>
<b>30/06/2012</b>	184	106	194	281	270	107	<b>1142</b>
<b>31/12/2012</b>	164	114	172	309	229	106	<b>1094</b>
<b>30/06/2013</b>	161	108	174	284	187	94	<b>1008</b>
<b>31/12/2013</b>	150	95	180	304	208	114	<b>1051</b>
<b>30/06/2014</b>	137	101	168	270	195	104	<b>975</b>
<b>31/12/2014</b>	111	100	148	230	174	123	<b>886</b>

Ad una prima lettura della tabella, si nota come vi sia stato un generale incremento del numero degli internati fino al 2010, anno in cui è iniziata una progressiva diminuzione dei soggetti presenti negli OPG.

La “*Relazione al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*”, presentata dai Ministri della Salute e della Giustizia alla data del 30 novembre 2013, sulla base di quanto previsto dall’articolo 3-ter della Legge 9/2012, sottolinea come tale diminuzione delle presenze di internati in OPG sia dovuta principalmente a due ragioni.

La prima risiede nella realizzazione dei macrobacini regionali, che hanno consentito il trasferimento e l’assegnazione degli internati in base alla regione di residenza, con il risultato di assegnare a ciascun OPG solamente gli internati delle Regioni di bacino. Tale previsione ha permesso ai servizi territoriali di prendere in carico con più facilità i soggetti dichiarati dimissibili, i quali in passato vedevano prorogata la misura di

---

<sup>11</sup>[http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_14.wp](http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14.wp); <http://www.stopopg.it/node/40>; <http://www.stopopg.it/node/150>.

sicurezza detentiva proprio a causa di una impossibilità di presa in carico da parte dei servizi del territorio.

La seconda ragione, consiste nell'attività di stimolo portata avanti dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, la quale ha contribuito a riflettere maggiormente sulle disposizioni legislative che prevedono il superamento degli OPG.

La Relazione dei Ministri prosegue analizzando gli interventi che sono stati messi in atto per il superamento degli OPG. Tutte le Regioni hanno rispettato il termine del 15 maggio 2013 per la presentazione dei programmi di reinserimento degli internati, ad eccezione della Regione Veneto. Secondo quanto previsto da tali programmi, verranno realizzati 990 posti letto, suddivisi in strutture residenziali a differente livello di intensità assistenziale. Inoltre, ogni Regione ha programmato una riqualificazione dei servizi psichiatrici territoriali.

I finanziamenti previsti dalla legge sono, però, subordinati all'approvazione dei programmi assistenziali regionali, i quali devono riguardare:

- interventi per favorire la dimissione e la presa in carico, da parte dei servizi del dipartimento di salute mentale, dei soggetti a cui è applicata la misura di sicurezza del ricovero in OPG;
- interventi per garantire il funzionamento delle sezioni psichiatriche interne agli istituti penitenziari;
- interventi per garantire il funzionamento delle strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione della misura di sicurezza detentiva (REMS).<sup>12</sup>

Nonostante i programmi regionali siano in linea con le suddette tipologie di intervento, la relazione dei Ministri si conclude con la constatazione che non sia possibile rispettare il termine fissato al primo aprile 2014 e che sia auspicabile che il Governo proponga una proroga al Parlamento, prevedendo un termine che rispecchi le tempistiche oggettivamente necessarie per la predisposizione di tutti gli interventi volti al superamento degli OPG.

È iniziata la dimissione di molti internati, ma i territori non sono ancora sufficientemente attrezzati per accogliere tutti i soggetti attualmente sottoposti alla misura di sicurezza detentiva.

---

<sup>12</sup> Dal Documento di Indirizzo per la formulazione del programma degli interventi da realizzare, trasmesso alle Regioni dal Ministero della Salute, il 29 ottobre 2013.

La *“Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”*, redatta dal Ministro della Salute Lorenzin e dal Ministro della Giustizia Orlando il 30 settembre 2014, come già visto nel capitolo precedente, si occupa di fare il punto della situazione degli OPG, riflettendo sugli interventi messi in atto e sulle attività predisposte in seguito all’ultima normativa che ne dispone il superamento, la legge 81/2014.

Il documento riflette sulle presenze degli internati in OPG, attraverso la rilevazione e il monitoraggio dei dati: *“L’esame ha evidenziato come nei mesi successivi all’entrata in vigore della legge, nel periodo compreso tra maggio e settembre, si è rilevata una leggera ma costante diminuzione delle presenze”*<sup>13</sup>. La relazione, inoltre, riporta anche alcuni dati relativi ai soggetti dimissibili, che risultano essere 476 su 847 internati presenti, per 404 dei quali è previsto un percorso terapeutico-riabilitativo di tipo residenziale. Gli altri saranno destinati a programmi semiresidenziali o ambulatoriali. La non dimissibilità dei restanti 371 internati dipende da diverse motivazioni: cliniche nel 40,2% dei casi, persistenza della pericolosità sociale nel 16,9% dei casi, necessità di fare ulteriori valutazioni per il 14,9% dei casi e altre motivazioni nel 22,5% dei casi; il restante 5,6% degli internati è in attesa del provvedimento definitivo.

Al fine di restituire una visione globale della situazione relativa agli internati che i territori dovranno prendere in carico, la Relazione dei Ministri prende in considerazione anche dati riguardanti i progetti terapeutico-riabilitativi. In particolare, è stata effettuata una statistica riguardante la categoria professionale a cui appartiene il case manager che coordina l’applicazione del progetto individualizzato: è uno psichiatra nel 67,4% dei casi, un dirigente medico per il 22,1%, un assistente sociale nel 5,6% e una figura diversa per il restante 4,9%.

Per ogni paziente, è stata indicata anche la Regione di origine, la quale sarà destinata alla presa in carico dell’internato, specificando, inoltre, quali soggetti sono dimissibili, quali non dimissibili e quali ancora in fase di valutazione.

Ulteriori dati riportati nella Relazione, riguardano la quantità di posti letto prevista dai programmi regionali all’interno delle cosiddette *“REMS”* (Residenze per l’Esecuzione

---

<sup>13</sup> *“Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”*, redatta dal Ministro della Salute Lorenzin e dal Ministro della Giustizia Orlando il 30 settembre 2014.

della Misura di Sicurezza detentiva) e la stima dei tempi di realizzazione di tali strutture (Tabella 2).

Tabella 2: posti letto REMS e tempi di attuazione<sup>14</sup>

<b>REGIONE</b>	<b>POSTI LETTO</b>	<b>MESI</b>
Piemonte	70	24
Valle d'Aosta	240	Da 20 a 32
Lombardia		
Veneto	Programma in corso di valutazione e procedura di commissariamento	
Friuli Venezia Giulia	10	13
Liguria	20	20
Emilia Romagna	40	17
Toscana	52	Da 6 a 30
Umbria		
Marche	20	19
Lazio	95	Da 6 a 24
Abruzzo	20	33
Molise		
Campania	160	Da 2 a 15
Puglia	58	12
Basilicata	5	6
Calabria	60	Da 3 a 14
Sicilia	80	Da 14 a 20
Sardegna	40	24
<b>TOTALE</b>	<b>990</b>	<b>/</b>

Al dato positivo riguardante la quantità di posti letto prevista, superiore addirittura al numero di internati attualmente presenti negli OPG, è necessario affiancare i tempi di realizzazione che ogni Regione ha dichiarato nel proprio programma: essi, infatti,

<sup>14</sup> “Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”, redatta dal Ministro della Salute Lorenzin e dal Ministro della Giustizia Orlando il 30 settembre 2014.

dicono chiaramente che molto poche saranno le strutture pronte ad accogliere gli ex internati alla data fissata come termine ultimo per la chiusura degli OPG. Inoltre, stando a quanto riportato dalla relazione, per 371 internati non può ancora essere prevista la dimissione, a distanza di soli sei mesi dalla chiusura definitiva. La relazione si conclude, infatti, con l'auspicio che vi sia un ulteriore differimento del termine di legge.

Per concludere è doveroso sottolineare quanto le Regioni si stiano muovendo e stiano programmando interventi finalizzati al superamento degli OPG, attraverso la predisposizione dei progetti individualizzati per ogni internato e la realizzazione delle nuove strutture. È chiaro, però, quanto la strada sia in salita, soprattutto se si considera la complessità della problematica, che coinvolge differenti figure professionali e diversi servizi ed istituzioni, comprendendo, inoltre, due ambiti, quello giuridico e quello sanitario, distinti ma fra loro strettamente interconnessi.

Se risulta semplice prevedere la chiusura degli OPG a livello normativo, si dimostra assolutamente complesso mettere in pratica tale disposizione, in quanto la materia coinvolge aspetti organizzativi, economici, professionali e sociali delicati e radicati nel tempo.

## PARTE SECONDA

In questa seconda parte del lavoro di tesi vorrei riportare i risultati di due ricerche che ho condotto per l'approfondimento della materia riguardante il superamento degli OPG. La prima delle due consiste in una ricerca secondaria, che ho condotto a partire dall'analisi dei fascicoli delle persone sottoposte a misura di sicurezza, seguite dall'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna di Verona (UEPE). Partendo dal presupposto che sarebbe stato alquanto difficoltoso, per diverse ragioni, effettuare interviste con i pazienti internati o sottoposti a misure di sicurezza non detentiva, ho potuto comunque conoscere alcuni aspetti riguardanti questi utenti analizzando i fascicoli a loro intestati, in quanto persone seguite dall'UEPE. I dati che ho raccolto mi hanno permesso di riflettere su alcuni aspetti a mio parere importanti e da tenere in considerazione quando si parla di "superamento degli OPG". Nel quarto capitolo cercherò, quindi, di descrivere l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna, servizio in cui ho effettuato il mio tirocinio del corso di laurea magistrale, illustrerò come ho condotto la ricerca relativa alle persone soggette a misura di sicurezza, indicherò quali strumenti ho utilizzato e, infine, rifletterò sui risultati che ho ottenuto, commentando alcuni grafici derivanti dai dati della ricerca. Ho deciso di dedicare il secondo lavoro di ricerca all'ascolto di alcuni professionisti coinvolti nel superamento degli OPG. Si tratta di un cambiamento che chiama in causa differenti professioni socio-sanitarie e diversi servizi, costretti a fermarsi e a riorganizzare il proprio lavoro. Nei mesi di dicembre e di gennaio ho, quindi, effettuato alcune interviste strutturate con domande aperte a diversi soggetti a mio avviso importanti nel processo di chiusura degli OPG. Ogni intervista prevedeva alcune domande specifiche per quel professionista o quel servizio, mentre tutte contenevano alcune domande uguali e sottoposte, quindi, ad ogni intervistato. Nel quinto capitolo proporrò alcune riflessioni relative alle interviste che ho condotto, cercando di comprendere il punto di vista, le difficoltà, le opinioni e le preoccupazioni che gli "addetti ai lavori" esprimono in questo momento di grande cambiamento.



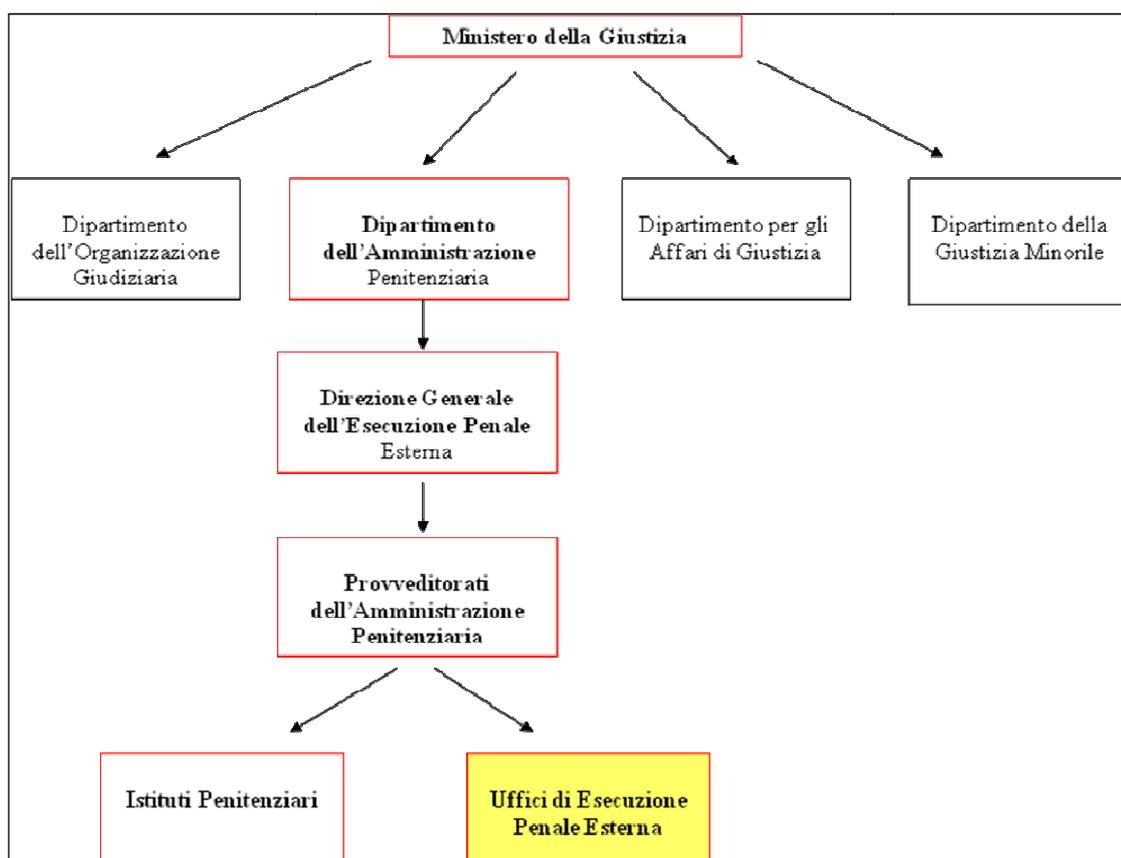
## CAPITOLO 4: LA POPOLAZIONE SOTTOPOSTA A MISURA DI SICUREZZA A VERONA

### 4.1 L'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna

Gli UEPE sono stati istituiti con la Legge 354/1975 (ordinamento penitenziario), poi modificata dalla Legge 154/2005. Essi dipendono dall'Amministrazione Penitenziaria e sono rivolti alle persone che hanno una condanna penale definitiva da scontare all'interno degli Istituti di pena o all'esterno, in collaborazione con i servizi sociali territoriali.

Innanzitutto riporto un organigramma, che ci fa capire qual è il contesto di cui gli UEPE fanno parte; come è facile intuire dalla figura, l'UEPE risente di una struttura fortemente gerarchica, al cui vertice troviamo il Ministero della Giustizia.

Figura 1: Organigramma



Se escludiamo il personale amministrativo, l'UEPE è costituito prevalentemente da assistenti sociali, la cui funzione è quella di predisporre un progetto di intervento per gli utenti, in relazione alle finalità richieste dalla Magistratura di Sorveglianza. Questo,

però, non deve portare a pensare che l'assistente sociale operi da solo nella gestione dei casi. Il suo lavoro è, infatti, strettamente integrato a quello di altre figure professionali esterne all'Ufficio, quali l'educatore del carcere, il Magistrato di Sorveglianza, gli avvocati e tutti gli operatori dei servizi di territorio.

Per quanto riguarda il tema di nostro interesse, l'assistente sociale dell'UEPE collabora con gli operatori degli OPG, delle comunità residenziali e diurne che ospitano pazienti psichiatrici autori di reato e con molti altri enti sia pubblici (DSM) che del privato sociale, che lavorano con questa tipologia di utenza.

Dal punto di vista organizzativo, ogni volta che a un assistente sociale dell'UEPE viene assegnato un caso, viene aperto un fascicolo con il nome dell'utente e con un numero di fascicolo. All'interno del fascicolo si possono trovare, con il tempo, diversi sotto-fascicoli corrispondenti ai diversi procedimenti penali per cui tale utente è stato seguito dall'UEPE. Una persona, ad esempio, può essere presa in carico, inizialmente con la dicitura "Osservazione dalla detenzione", a cui corrisponde il codice 13OT (perché fa riferimento all'articolo 13 dell'ordinamento penitenziario) e l'assistente sociale avrà il compito di effettuare colloqui in carcere con lei; in seguito, alla stessa persona può essere concessa una misura alternativa alla detenzione, ad esempio l'affidamento in prova in casi particolari, misura alternativa prevista per le persone tossicodipendenti, a cui corrisponde il codice 94TD, che si riferisce all'articolo 94 del Testo Unico in materia di sostanze stupefacenti. L'UEPE aprirà, quindi, un fascicolo per questo utente, il quale conterrà due sotto-fascicoli, uno con il codice 13OT e il secondo con il codice 94TD.

Esistono ovviamente dei codici specifici per le misure di sicurezza, che vedremo in seguito.

Le informazioni riguardanti la persona presa in carico e tutte le procedure di assegnazione e modifica dello status giuridico della persona, vengono gestite in una banca dati, attraverso un programma nazionale informatizzato chiamato "Pegaso", che fa capo al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e che può essere consultato da ogni operatore dell'UEPE.

## **4.2 La ricerca secondaria: obiettivo, tempi e strumenti**

Entrando nel merito della mia ricerca, essa è riferita a tutti i soggetti sottoposti a misura di sicurezza e seguiti dall'UEPE di Verona dal primo aprile del 2008 al 30 settembre del 2014.

L'obiettivo che ha guidato il mio lavoro consiste nel descrivere questa tipologia di utenza, facendo riferimento alle caratteristiche personali, giuridiche, sociali e ambientali ad essa riferite.

Come descritto nel primo capitolo, le misure di sicurezza possono essere giustificate non solo in relazione al concetto di pericolosità sociale legata alla non imputabilità o semi-imputabilità, bensì anche al concetto di pericolosità sociale specifica, riferita alle diverse categorie di "delinquente" (abituale, professionale e per tendenza). I dati che ho raccolto riguardano, quindi, anche persone sottoposte a misura di sicurezza non per problemi legati alla salute mentale, bensì alla dichiarazione di una delle tre tipologie di "delinquente".

Utilizzando la banca dati di "Pegaso", ho potuto ricavare la lista dei nomi degli utenti di interesse per la mia ricerca nel periodo preso in considerazione. Esso inizia dal primo aprile 2008, data simbolica, se pensiamo al DPCM di quell'anno, che, come descritto nel secondo capitolo, ha previsto per la prima volta il superamento degli OPG.

Una volta procurato il campione per la mia ricerca, costituito da 148 soggetti (e 186 procedimenti, per la motivazione sopra evidenziata relativamente a più procedimenti penali a carico dello stesso soggetto), ho predisposto un file Excel per raccogliere tutti i dati utili per la mia analisi. Gli strumenti che ho utilizzato sono la banca dati "Pegaso" e i fascicoli cartacei di ogni utente. La prima mi ha fornito i dati generali riferiti ad ogni persona:

- nominativo,
- numero fascicolo,
- codice incarico,
- genere,
- cittadinanza,
- reato,
- dipendenza o meno da sostanze.

Ritenendo di avere bisogno di ulteriori informazioni per effettuare la mia analisi, ho analizzato le 148 fascicoli per raccogliere i seguenti dati:

- motivazione della misura di sicurezza (salute mentale o delinquenza),
- durata della misura,
- età al primo reato,
- stato civile,
- città del Magistrato di Sorveglianza che ha predisposto, prorogato e revocato la misura di sicurezza,
- presenza o meno di una rete intorno alla persona,
- tipologia di intervento del Servizio Sociale.

Inoltre, per le persone socialmente pericolose per problemi di salute mentale ho raccolto anche informazioni riguardanti la sindrome psichiatrica, il luogo in cui hanno effettuato la misura di sicurezza e gli interventi messi in atto all'interno del progetto di aiuto.

Dall'analisi dei fascicoli è apparso subito evidente che il documento più completo e contenente tutte le informazioni di cui avevo bisogno è costituito dalle ordinanze del Magistrato di sorveglianza. Con tale documento, infatti, il Magistrato motiva la scelta di disporre, prorogare o revocare la misura di sicurezza, riportando nel testo dell'ordinanza frasi e concetti contenuti nelle relazioni che gli assistenti sociali dell'Uepe e gli operatori sanitari (psichiatri) delle comunità e del Dipartimento di Salute Mentale gli inviano, proprio al fine di fornirgli informazioni in grado di supportarlo professionalmente nella decisione di sua competenza. Nelle ordinanze, quindi, sono racchiusi punti di vista di diversi operatori, poi sintetizzati e riorganizzati dal Magistrato di Sorveglianza.

Devo ammettere che la ricerca mi ha richiesto molto tempo, poiché la lettura delle ordinanze non è stata caratterizzata da immediata comprensione, trattandosi di documenti molto formali e scritti con un linguaggio giuridico. Inoltre, mano a mano che procedevo con la raccolta delle informazioni, mi rendevo conto di avere bisogno di ulteriori dati, che sono andata a recuperare nei fascicoli che avevo già analizzato.

Terminata la raccolta di tutti i dati relativi ad ogni utente, ho completato il file Excel che avevo predisposto, strumento che mi ha aiutato, poi, nell'analisi delle informazioni apprese e che ha permesso la realizzazione di grafici e brevi statistiche riguardanti il mio campione.

## 4.3 Risultati

### 4.3.1) I procedimenti

Come già accennato, il campione di soggetti da me analizzato è composto da 148 fascicoli (soggetti) e da 186 procedimenti, che significa, come già visto, che per alcune persone sono stati aperti più sottofascicoli, poiché sottoposte a procedimenti diversi nel tempo.

Raccogliendo i dati ho potuto studiare i diversi procedimenti a cui possono essere sottoposte le persone in misura di sicurezza. Nel mio campione ne sono presenti quattro:

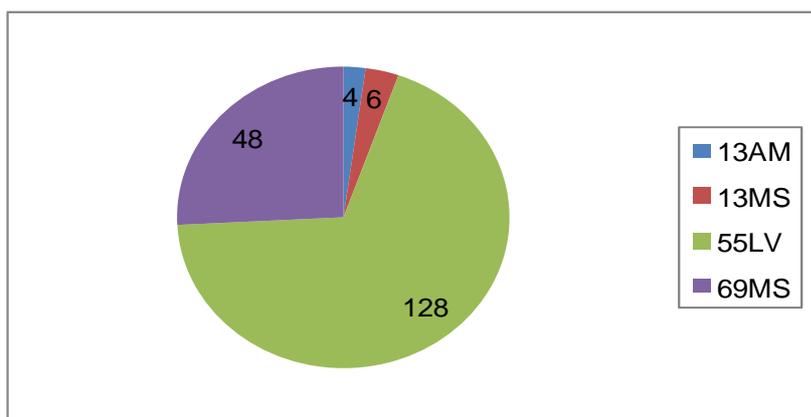
- “osservazione internati”, con codice 13MS;
- “aggiornamento osservazione internati”, con codice 13AM;
- “indagine per misura di sicurezza”, con codice 69MS;
- “libertà vigilata”, con codice 55LV.

Le prime due misure sono rivolte a persone già sottoposte a misura di sicurezza detentiva e il compito dell'assistente sociale dell'UEPE consiste nell'osservare l'internato attraverso colloqui con lui e con altri operatori. L'indagine per misura di sicurezza, invece, si colloca nella fase precedente alla predisposizione di una misura di sicurezza e coincide con il periodo in cui l'assistente sociale dell'UEPE ha il compito di condurre la cosiddetta “indagine socio-familiare”, finalizzata a fornire una valutazione generale della situazione al Magistrato di Sorveglianza. La libertà vigilata, infine, è una vera e propria misura di sicurezza non detentiva.

Come è possibile vedere dal grafico 1, pochi sono i procedimenti contrassegnati dalle prime due tipologie descritte: 6 osservazioni internati (il 3,2%) e 4 aggiornamenti osservazione internati (il 2,2%); 48, invece, i procedimenti di indagine per misura di sicurezza (il 25,8%); 128, infine, le libertà vigilate (il 68,8%).

Questi risultati dipendono anche dal fatto che ho condotto la mia ricerca all'UEPE di Verona, territorio in cui non sono presenti OPG; pertanto, i 10 casi relativi a persone internate riguardano un lavoro di collaborazione con altri UEPE, nel cui territorio insiste un OPG.

Grafico 1: Tipologie procedimento



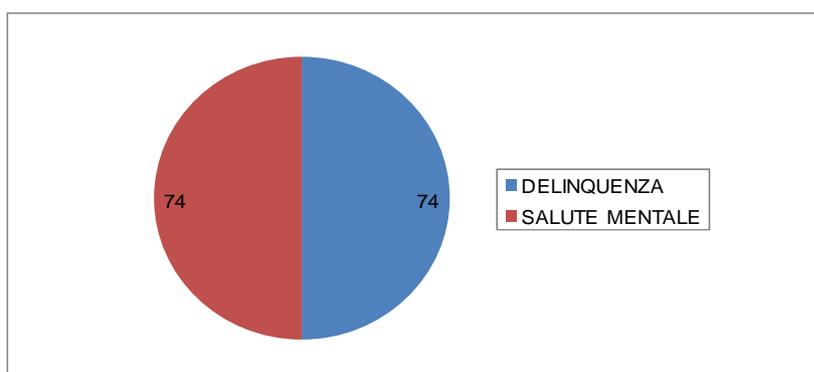
#### **4.3.2) Le persone**

Prima di analizzare i dati raccolti, ho voluto distinguere il campione sulla base della motivazione sottostante la misura di sicurezza (e la pericolosità sociale) e dividendolo, quindi, in due parti: le persone portatrici di una sindrome psichiatrica e le persone dichiarate “delinquenti”. Come già detto, le prime, a seguito dell’accertamento della pericolosità sociale, possono essere sottoposte a misura di sicurezza proprio a causa del loro disturbo mentale, che non permette loro di essere in grado di intendere e/o di volere; le seconde, invece, vengono dichiarate pericolose a causa della particolare gravità o continuità nel compiere reati.

Tale suddivisione mi consentirà di effettuare comparazioni interessanti fra le due tipologie di utenza in relazione all’applicazione delle misure di sicurezza.

Come si può vedere dal grafico 2, le tipologie di utenza suddividono il campione in due parti uguali fra loro: fra i fascicoli analizzati, 74 riguardano persone sottoposte a misura di sicurezza per problemi di salute mentale e gli altri 74 appartengono, invece, a persone dichiarate “delinquenti”.

Grafico 2: Motivazione misura di sicurezza



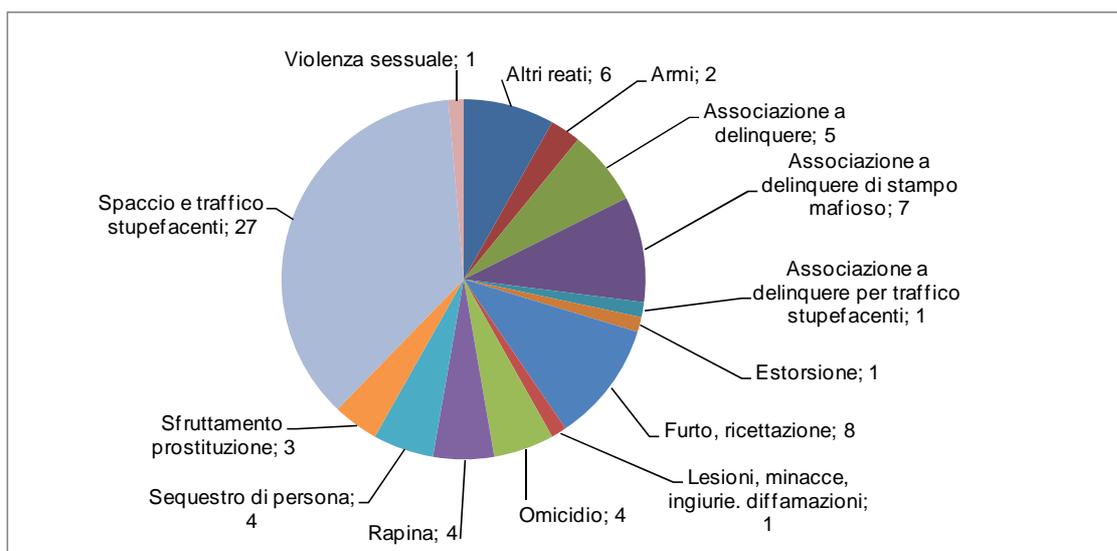
### 4.3.3) I delinquenti abituali, professionali e per tendenza

Credo sia utile ricordare che le persone sottoposte a misura di sicurezza a causa di una pericolosità sociale specifica non possono essere internate in OPG. La misura detentiva per loro, infatti, è costituita dalla casa di lavoro, quindi non sono destinatari delle disposizioni in materia di superamento degli OPG, ma reputo importante analizzare alcune caratteristiche relative a questa categoria di utenti, al fine di rendere possibili alcuni confronti con gli internati portatori di patologie mentali.

Vorrei iniziare con i dati riguardanti le **tipologie di reato** di cui sono autori i 74 soggetti del campione dei “delinquenti”. Già ad una prima lettura del grafico 3, capiamo meglio di che tipologia di utenza stiamo parlando: il reato maggiormente compiuto è lo spaccio e traffico di sostanze stupefacenti (27 persone, il 36,5%), seguito dai reati di associazionismo a delinquere (semplice, di stampo mafioso e per traffico stupefacenti) compiuti da 13 persone (il 17,6%); il terzo reato maggiormente compiuto riguarda il furto e la ricettazione, compiuto da 8 persone (il 10,9%), seguito poi dai reati di furto, omicidio, sequestro di persona, sfruttamento della prostituzione, estorsione, lesioni minacce ingiurie e diffamazioni, violenza sessuale distribuiti tra i restanti soggetti.

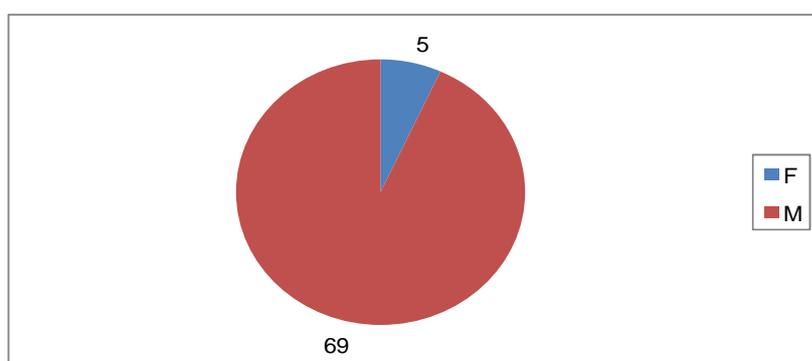
Si tratta di reati che poco hanno a che vedere con “incidenti di percorso”, mentre sembrano ben descrivere una categoria di soggetti delinquenti con una precisa scelta deviante, se così si può dire. Quello che intendo sottolineare è che questa tipologia di reati ben si accompagna alla premeditazione, alla strategia, insomma ad uno stile di vita. A questo proposito, è interessante evidenziare che quasi il 40% del campione ha compiuto reati che hanno a che fare con la droga, fenomeno legato sia al possibile sviluppo di una dipendenza da sostanze stupefacenti, sia all’instaurazione di una modalità di vita incentrata sul traffico di sostanze, dal quale è difficile uscire, anche a causa del “giro di frequentazioni” da cui non è facile prendere le distanze qualora si decidesse di farlo. Credo non sia un caso, infatti, che queste persone siano sottoposte a misure di sicurezza proprio a causa della dichiarazione di pericolosità sociale legata alla delinquenza.

Grafico 3: Reato



Ho voluto suddividere poi il campione dei “delinquenti” per **genere** (grafico 4), rilevando che le donne sono solo 5 su 74 (il 6,8%); gli uomini, quindi, sono 69 (il 93,2%). Non è un dato che stupisce, in realtà, in quanto non si discosta dall’idea comune che i reati di associazione a delinquere e legati al traffico di sostanze stupefacenti siano compiuti prevalentemente da persone di sesso maschile. Tale dato si conferma anche a livello nazionale; come riporta la sezione statistica del Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, la situazione dei detenuti suddivisi per tipologia di reato, aggiornata al 31 dicembre 2014 risulta essere la seguente: per quanto riguarda il reato di associazione di stampo mafioso, su un totale di 6.903 detenuti, solo 147 sono donne, cioè il 2%; 18.946 persone sono, invece, detenute a causa della legge sulla droga, e solo 789 sono donne, cioè il 4%.<sup>15</sup>

Grafico 4: Genere



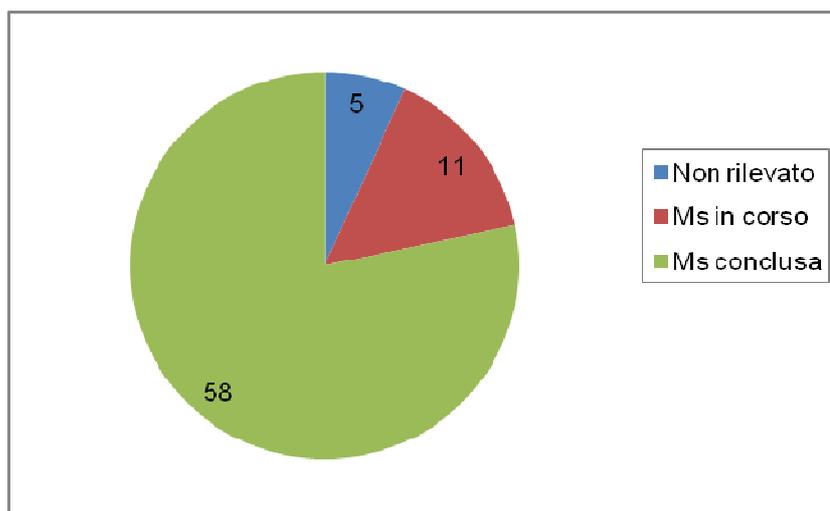
<sup>15</sup> [http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_14\\_1.wp?previousPage=mg\\_1\\_14&contentId=SST1112345](http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?previousPage=mg_1_14&contentId=SST1112345)

Tra le 74 persone, 58 (il 78,3%) hanno concluso la **misura di sicurezza** all'interno del periodo che ho preso in considerazione (primo aprile 2008 – 30 settembre 2014), 11 (il 14,9%) erano ancora in corso di esecuzione, mentre per 5 persone (il 6,8%), essendo passate per competenza ad un altro UEPE (perché trasferite fuori dalla Provincia di Verona), non ho potuto rilevare il dato riguardante la conclusione o meno della misura di sicurezza.

Tra le persone che hanno concluso la misura, ho incluso anche coloro che sono stati sottoposti all'espulsione dal territorio dello Stato (9 persone), intendendo così che, una volta eseguita l'espulsione, la misura di sicurezza fosse conclusa (grafico 5).

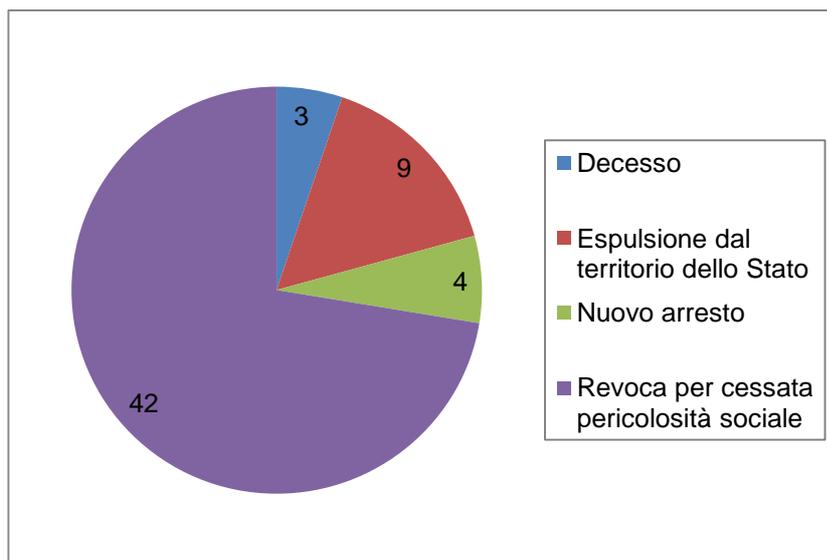
Ho calcolato anche la durata media della misura di sicurezza fra le persone che l'hanno conclusa ed essa risulta essere di 28,34 mesi, cioè di 2 anni e 5 mesi circa.

Grafico 5: Misura di sicurezza conclusa?



La **motivazione** principale della **conclusione** della misura di sicurezza (grafico 6) risiede nella dichiarazione di cessata pericolosità sociale da parte del Magistrato di Sorveglianza (il 72,4% dei casi che hanno concluso la misura, cioè 42 su 58 persone). 9 persone, come già accennato, hanno concluso la misura poiché sottoposte all'espulsione dal territorio dello Stato; 4 persone hanno subito un nuovo arresto, che le ha costrette ad interrompere la misura e ad iniziare un nuovo processo per un altro reato; 3 persone, infine, sono decedute nel corso dell'esecuzione della misura.

Grafico 6: Motivazione conclusione misura di sicurezza

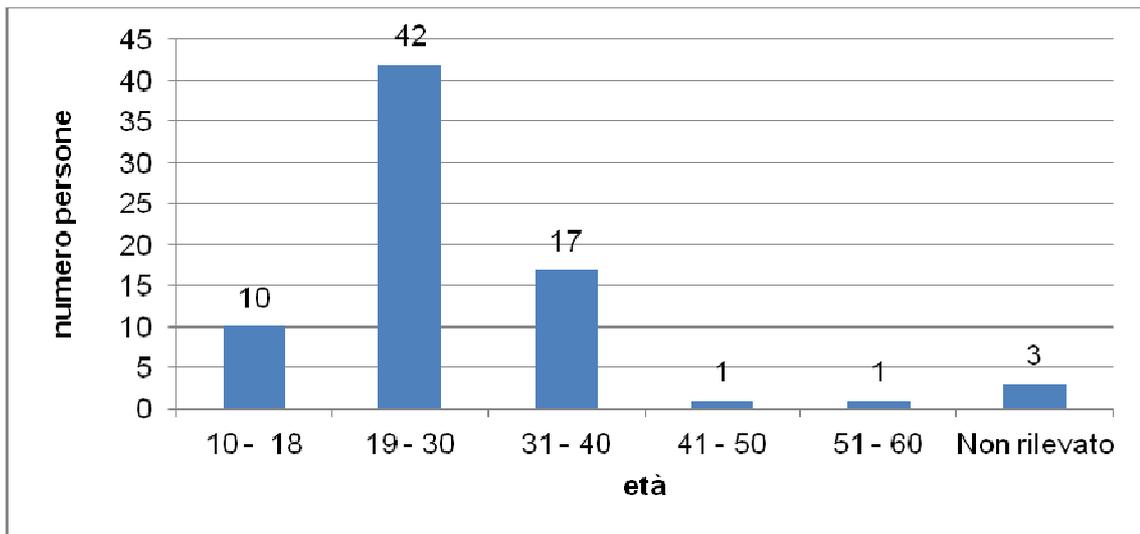


Le persone dichiarate “delinquenti abituali, professionali o per tendenza” iniziano a compiere reati molto giovani: l’età media **di commissione del primo reato** è, infatti, di 26 anni.

Guardando il grafico 7 si nota come la maggioranza di loro abbia tra i diciannove e i trent’anni quando compie il primo reato (42 soggetti, il 56,8%) e stupisce il dato relativo a coloro che lo hanno compiuto da minorenni: 10 persone su 74 (il 13,5%). Sono 17 (il 23%) coloro che al primo reato avevano tra i trentuno e i quarant’anni, mentre pochissimi soggetti iniziano a compiere reati dopo quell’età. Per tre persone non è stato possibile raccogliere il dato relativo all’età di commissione del primo reato.

Credo che, una possibile spiegazione alla giovane età degli autori di reato in questione risieda nella tipologia di reato che caratterizza l’utenza di cui stiamo parlando: come già accennato, si tratta di reati che, a mio avviso, segnalano non solo una trasgressione delle norme del nostro Paese, bensì anche uno stile di vita basato sulla devianza, il quale raramente si apprende quando si è già adulti. A conferma di quanto appena sostenuto, dall’analisi dei fascicoli è emerso che gli stessi sono protagonisti di una carriera delinquenziale importante: le ordinanze dei magistrati raccontano, infatti, storie di vita devianti, costituite da un susseguirsi di reati, processi penali, ingressi e uscite dal carcere e via dicendo.

Grafico 7: Età al primo reato



Per quanto riguarda lo **stato civile** (grafico 8), la maggior parte dei “delinquenti” risulta essere coniugato o convivente (31 persone, cioè il 41,9%), 24 i celibi/le nubili (32,4%), 16 coloro che sono separati o divorziati (21,6%). Se a questi dati correliamo quelli relativi alla presenza di **riferimenti familiari o amicali rilevanti** (grafico 9), notiamo come prevalgano le persone che non si trovano in una situazione di solitudine. Solo 14 soggetti (il 19%), infatti, risultano non avere quella che nel linguaggio sociale viene definita “rete”; 55 coloro che, al contrario, possono contare su valide relazioni nella loro vita sociale (il 74,3%).

Credo che questi dati abbiano un significato importante: le persone dichiarate pericolose socialmente per una delle tipologie di delinquenza previste dal Codice penale, raramente compiono reati a causa di una situazione di deprivazione affettiva o relazionale. Si potrebbe supporre che, se una persona con validi riferimenti familiari e amicali si trovasse in difficoltà, potrebbe fare riferimento su di essi, senza arrivare ad assumere condotte devianti; quindi, se la maggioranza dei nostri “delinquenti” possiede una rete di riferimento, probabilmente la commissione dei reati si discosta da motivazioni quali la solitudine, la deprivazione affettiva e l’isolamento sociale.

Grafico 8:  
Stato civile

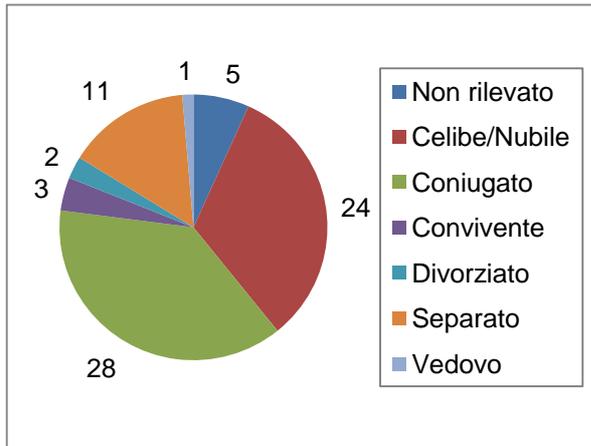
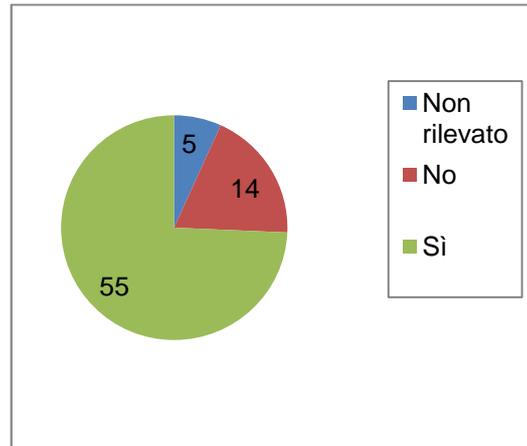


Grafico 9:  
Riferimenti familiari/amicali rilevanti



La suddivisione dei 58 UEPE nazionali è legata alla competenza giurisdizionale dei **Magistrati di Sorveglianza**, quindi l'UEPE di Verona e Vicenza fa capo al Magistrato di Sorveglianza di Verona. I fascicoli che ho analizzato sono quelli dell'UEPE di Verona, ma alcuni utenti sono stati presi in carico da più UEPE, perché, come accennato, nel corso della misura possono aver cambiato residenza o essere stati trasferiti in un carcere o in una struttura al di fuori della Provincia di Verona. In questi casi, la persona sottoposta a misura di sicurezza è stata seguita da Magistrati di Sorveglianza di diverse città, i quali hanno deciso in merito alla proroga o alla revoca della misura. Come si può immaginare, la maggior parte delle persone del mio campione è stata seguita quasi esclusivamente dal Magistrato di Sorveglianza di Verona, ma non mancano ordinanze passate sottoscritte da giudici di altre città, anche se in numero poco significativo (Figura 1).

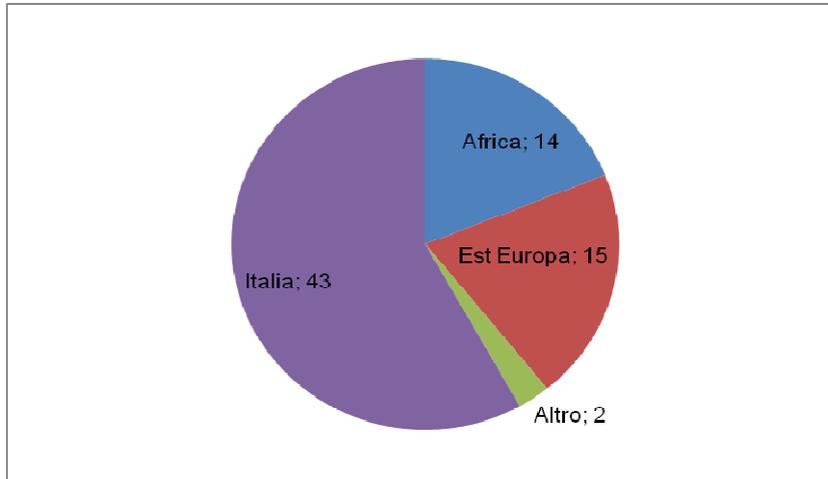
Figura 1: Magistrati di Sorveglianza



Un ulteriore dato a mio avviso interessante riguarda la **cittadinanza** (grafico 10): più della metà dei soggetti in questione è di origine italiana (43 persone, cioè il 58%); 15 persone (il 20.3%) vengono da paesi dell'est Europa (Albania, Moldavia, Romania, Serbia); 14 (il 19%) dall'Africa (Ghana, Marocco, Senegal, Tunisia, Nigeria) e 2 persone (il 2,7%) sono originarie di altri paesi (Israele, Repubblica Dominicana). Credo sia importante soffermarsi su questi risultati, poiché da un lato riflettono una consapevolezza comune, relativa ai reati legati all'associazionismo mafioso, fenomeno in gran parte italiano; ma dall'altro lato costringono a rivedere quel pregiudizio, che vede soprattutto gli stranieri come protagonisti del traffico di sostanze stupefacenti. Le persone provenienti dall'Africa e dai paesi dell'est Europa non costituiscono un numero

trascurabile, però gli italiani rimangono la percentuale maggiore dei soggetti parte del mio campione.

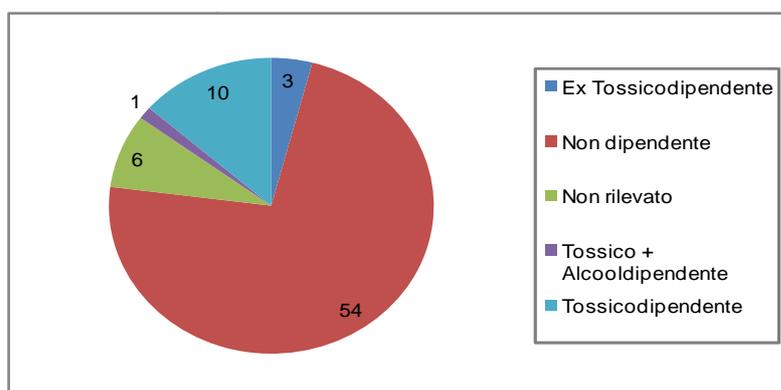
Grafico 10: Cittadinanza



Anche i risultati relativi alla **dipendenza da sostanze** (grafico 11) costituiscono uno spunto di riflessione interessante, poiché ci fanno vedere come la maggior parte delle persone sottoposte a misura di sicurezza a seguito della dichiarazione di “delinquenza” non ha a che fare con il fenomeno della dipendenza. 54 soggetti (il 73%), infatti, risultano non dipendenti, mentre solo 14 persone (il 19%) sono o sono state tossico/alcol dipendenti; per i restanti 6 soggetti, non è stato possibile rilevare il dato (l’8%).

A conferma di quanto detto in relazione alla tipologia di reato di cui sono autrici le persone in questione, il dato sulla dipendenza ci dice che la loro delinquenza non dipende da questioni sanitarie o psicologiche (come di solito accade per le persone tossicodipendenti), bensì da un preciso stile di vita contrassegnato da scelte devianti.

Grafico 11: Dipendenza da sostanze



Vorrei concludere la descrizione dei dati relativi alle persone sottoposte a misura di sicurezza per delinquenza, accennando a quelli che sono gli intervanti che l'assistente sociale dell'UEPE mette in atto in questi casi. Leggendo le diverse ordinanze dei Magistrati di Sorveglianza, ho capito che, al fine di redigere la relazione di indagine socio-familiare e di offrire materiali al Magistrato, l'assistente sociale effettua alcuni colloqui con il diretto interessato (l'autore del reato) e con i suoi familiari, quando possibile, e attiva dei contatti con il datore di lavoro, ammesso che il soggetto ne abbia uno. Questi sono elementi di grande importanza, perché i legami familiari e la presenza di un lavoro costituiscono dei fattori che sono rilevanti ai fini della decisione del Magistrato in merito alla proroga o alla revoca della misura di sicurezza. Pensando ad una persona con un passato particolarmente deviante, infatti, la costruzione di solidi rapporti familiari e l'impegno di un lavoro in regola, costituiscono elementi che sottolineano l'intenzione e la possibilità di instaurare uno stile di vita differente rispetto al passato.

Il compito dell'assistente sociale è quello di raccogliere, quindi, informazioni sulla situazione socio-familiare dell'utente e di redigere una relazione per il Magistrato di Sorveglianza ogni volta che egli dovrà decidere in merito alla proroga o revoca della misura di sicurezza. L'assistente sociale, inoltre, si occupa anche di inoltrare, motivandole, le istanze dell'utente al Magistrato, istanze che solitamente riguardano qualche modifica alle prescrizioni che il soggetto deve seguire nel corso della misura di sicurezza.

#### **4.3.4) Le persone con problemi di salute mentale**

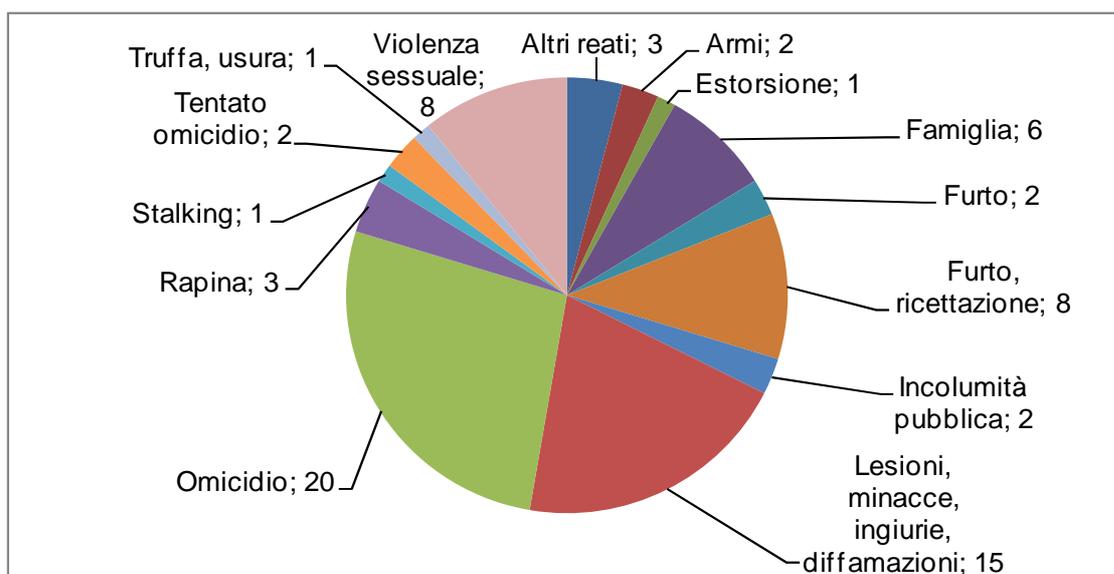
Come nel paragrafo precedente, vorrei iniziare con i dati riguardanti le **tipologie di reato** di cui sono autori gli utenti sottoposti a misura di sicurezza, a causa di una pericolosità sociale derivante da un problema di natura psichiatrica.

Guardando il grafico 12, ci rendiamo subito conto della predominanza del reato di omicidio (il 29,7% del campione) , compiuto da 20 persone (a cui si aggiungono 2 tentati omicidi); a seguire i reati di lesioni, minacce, ingiurie, diffamazioni, compiuti da 15 persone (il 20,2%); furto, ricettazione di cui sono autori 8 soggetti (il 10,9%); violenza sessuale da parte di altre 8 persone (il 10,9%) e reati legati alla famiglia, di cui sono autori 6 utenti (l'8,1%).

Credo che questi dati ben identifichino la categoria di soggetti in analisi: non è casuale che sia l'omicidio il reato maggiormente compiuto, in quanto si tratta spesso dei cosiddetti "raptus omicidi", meglio definiti come situazioni di malattia mentale non

adeguatamente curata o presa in carico. Omicidi, violenze sessuali e reati in famiglia contraddistinguono una categoria di reati in cui l'aggressività è un fattore comune, reati che, solo sentendoli nominare, creano in noi sentimenti di rabbia, disprezzo e dissonanza con tutto ciò che sentiamo di umano dentro di noi. Forse non è un caso che siano le tipologie di reato maggiormente compiute da persone con problemi di natura psichiatrica.

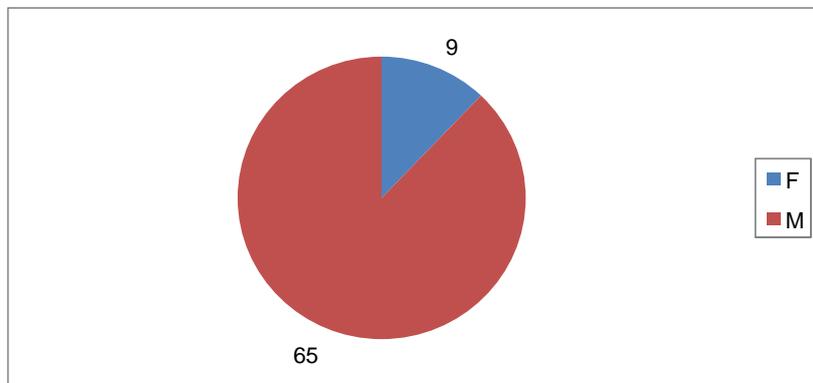
Grafico 12: Reato



Anche per questa tipologia di utenza, la suddivisione di **genere** (grafico 13) ha messo in luce una situazione di grande prevalenza maschile: le donne sono solo 9 su 74 (il 12,2%). Questo è dato che ci si poteva aspettare già solo riflettendo sugli OPG presenti sul territorio italiano: solo quello di Castiglione delle Stiviere, infatti, possiede una sezione femminile, in cui confluiscono tutte le donne del nostro Paese. Però il dato non riguarda solo le donne in OPG, bensì tutte le donne in misura di sicurezza, sottolineando come esse siano in numero inferiore rispetto agli uomini, qualunque sia la misura di sicurezza a cui sono sottoposte. Il dato si ripropone anche a livello nazionale per le misure alternative e per le detenute: come riporta la sezione statistica del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, la situazione dei detenuti suddivisi per tipologia di reato, aggiornata al 31 dicembre 2014 risulta essere la seguente: per quanto riguarda i reati contro la famiglia, su un totale di 1.946 detenuti, solo 75 sono donne, cioè il 3,9%;

22.167 persone sono, invece, detenute a causa di reati contro la persona, e solo 770 di esse sono donne, cioè il 3,5%.<sup>16</sup>

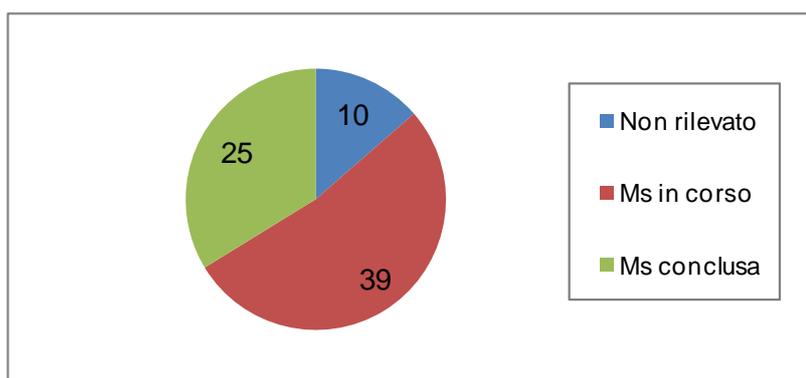
Grafico 13: Genere



Tra le 74 persone del campione, 39 (il 52,7%) erano ancora sottoposte alla **misura di sicurezza** nel periodo da me analizzato, mentre sono 25 (il 33,8%) le persone che hanno concluso la misura in quegli anni; per le restanti 10 persone (il 13,5%) non ho potuto rilevare il dato, perché, come per i “delinquenti”, sono passate per competenza ad altri UEPE, non permettendomi di sapere se hanno concluso o meno la misura di sicurezza (grafico 14).

La durata media della misura fra i 25 soggetti che l’hanno conclusa è di 45 mesi, cioè di quasi 4 anni.

Grafico 14: Misura di sicurezza conclusa?

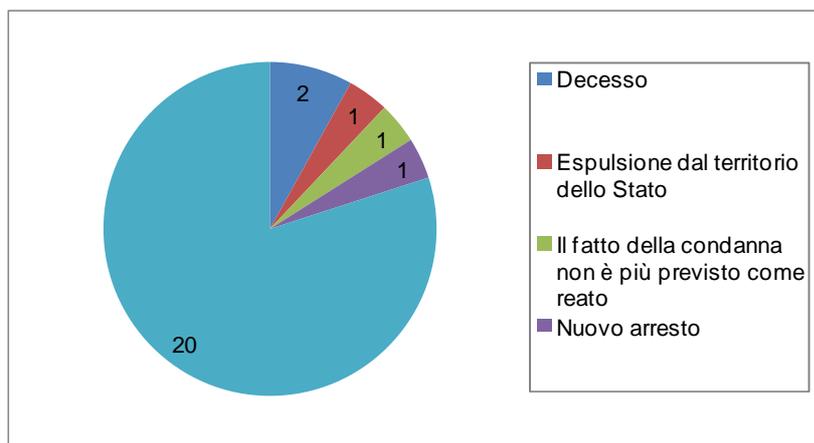


Per quanto riguarda la **motivazione** della **conclusione** della misura di sicurezza, all’80% (20 persone) delle 25 persone che hanno concluso la misura è stato dichiarato

<sup>16</sup> [http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_14\\_1.wp?previousPage=mg\\_1\\_14&contentId=SST1112345](http://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?previousPage=mg_1_14&contentId=SST1112345)

cessato lo stato di pericolosità sociale (grafico 15). È questo uno degli argomenti più difficili da trattare in tema di misure di sicurezza: come già accennato nei primi capitoli, la revoca di una misura corrisponde all'assunzione di un elevato livello di responsabilità da parte del Magistrato e degli operatori che continueranno a seguire la persona affetta da un disturbo mentale. Forse questo aspetto può giustificare in parte il fatto che siano in maggioranza coloro che non hanno concluso la misura, ma, allo stesso tempo, i dati riguardanti le motivazioni della conclusione ci dicono che, a quasi tutti coloro che concludono la misura viene dichiarato cessato lo stato di pericolosità sociale, che costituisce la conditio sine qua non per la revoca di una misura di sicurezza. Approfondirò meglio questo argomento quando analizzerò l'intervista che ho effettuato ad un Magistrato di Sorveglianza.

Grafico 15: Motivazione conclusione misura di sicurezza

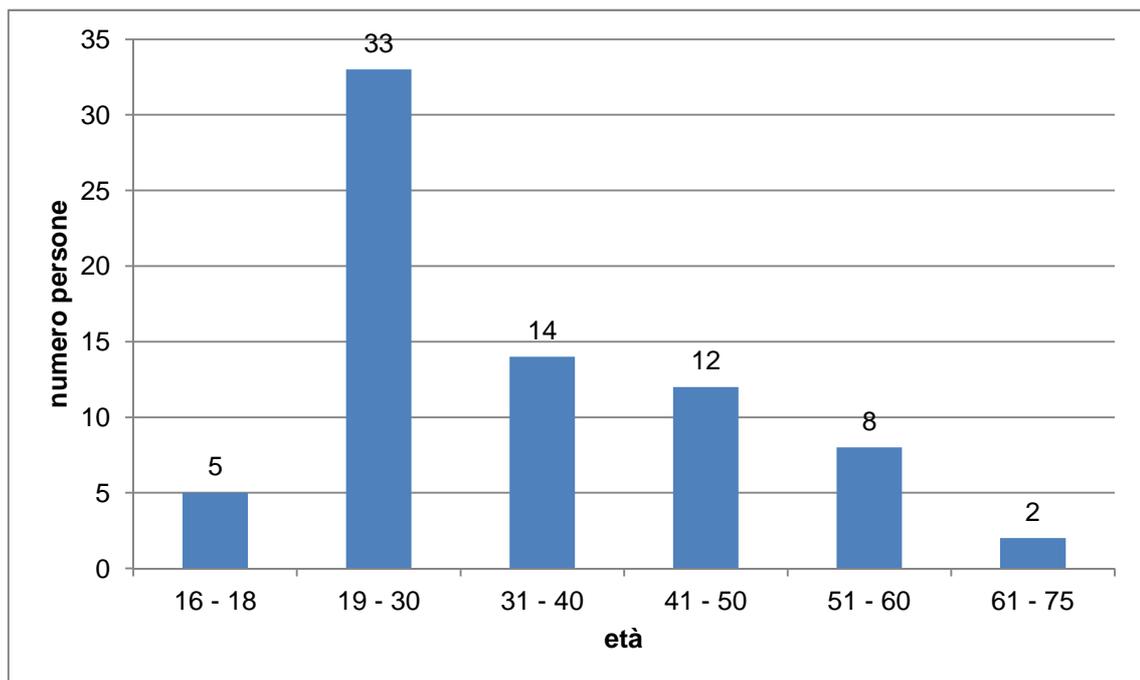


Per le persone affette da un disturbo mentale è stato più facile individuare la data del primo e spesso unico reato compiuto. Esse, infatti, a differenza dei “delinquenti”, non hanno una storia delinquenziale lunga, bensì si sono resi autori, solitamente, di un unico reato. Anche questa tipologia di utenza inizia a trasgredire le norme in **età** piuttosto giovane: come si può vedere dal grafico 16, la maggioranza di essi ha tra i diciannove e i trent'anni (33 persone, il 44,6%); solo 5 i minorenni (il 6,8%); 14 i soggetti che hanno compiuto il primo reato tra i trentuno e i quarant'anni (il 19%); 12 tra i quarantuno e i cinquanta (il 16,2%); 10 oltre i cinquant'anni (il 13,5%). L'età media di commissione del primo reato risulta essere di 34 anni.

Credo che si debba riflettere su questi dati, tenendo in considerazione l'esordio delle diverse malattie mentali, per la maggioranza delle quali esso avviene in giovane età.

Non che tutte le persone del campione abbiano compiuto il reato non appena è comparsa la malattia, ma si tratta sicuramente di uno spartiacque importante, che distingue un prima e un dopo nella vita di questi individui. Inoltre, il periodo di esordio della malattia è sicuramente uno dei momenti più difficili e delicati, in cui possono non essere ancora presente la consapevolezza della malattia e una corretta terapia, fattori di rischio in relazione alla commissione di reati.

Grafico 16: Età



Sfogliando i fascicoli dell'UEPE, mi sono chiesta se queste persone affette da disturbi mentali e, allo stesso tempo, autrici di reato avessero o meno dei riferimenti affettivi su cui poter contare. Come si vede dal grafico 17 relativo allo **stato civile**, la maggior parte di loro è celibe/nubile (51 persone, il 69%); 12 sono separati/divorziati (il 16,2%) e solo 9 sono risultano sposati (il 12,2%). Il grafico successivo (grafico 18), però, evidenzia come più della metà di loro possa contare su delle **relazioni familiari e amicali rilevanti**. Mettendo insieme i dati, si può concludere che molte persone malate e autrici di reato, pur non avendo una propria famiglia, siano ancora in contatto con quella di origine. La rete sociale dei 44 soggetti (il 59,5%) che risultano avere relazioni rilevanti è formata prevalentemente dai genitori o da altri parenti quali fratelli, zii e cugini stretti. Si tratta certamente della maggioranza del campione in analisi, ma credo sia necessario porre l'attenzione anche su quelle 30 persone (il 40,5%) che risultano essere prive di

riferimenti relazionali rilevanti: le norme che dispongono il superamento degli OPG prevedono che gli internati facciano rientro nei loro territori di origine. Non sappiamo se questi 30 soggetti siano stati in OPG o se siano, invece, sottoposti a misure di sicurezza non detentive, ma credo sia doveroso riflettere sul fatto che, in casi come questi, la rete sociale di riferimento prevalente per queste persone sia formata quasi esclusivamente dai servizi socio-sanitari, mancando qualsiasi altra figura familiare o amicale di riferimento.

Grafico 17:

Stato civile

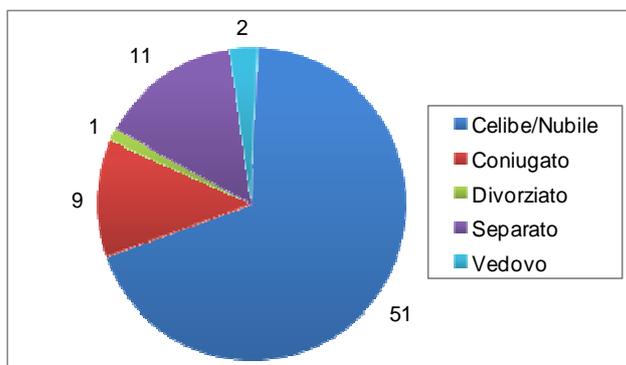
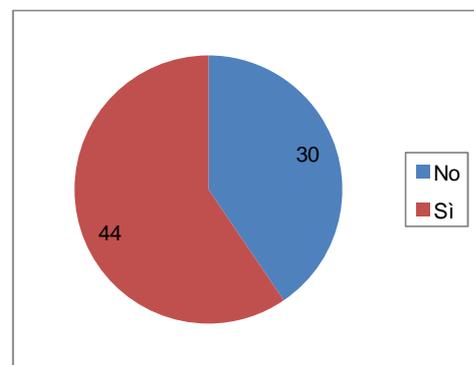


Grafico 18:

Relazioni familiari/amicali rilevanti



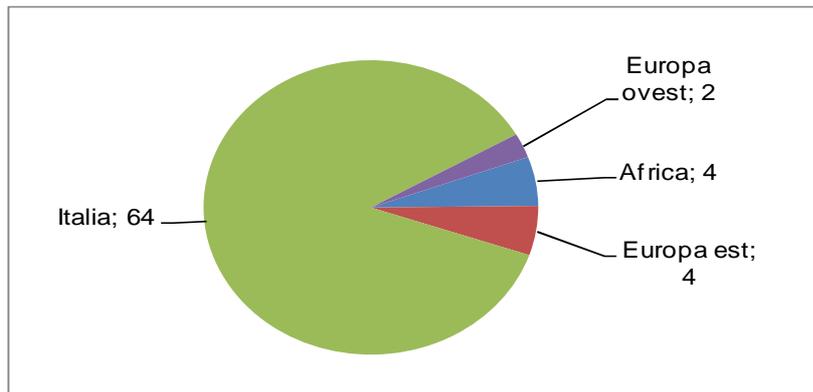
Come per le persone dichiarate “delinquenti abituali, professionali o per tendenza”, anche all’interno di questa seconda tipologia di utenza vi possono essere persone che sono state prese in carico da più UEPE nel corso della misura di sicurezza e che sono state seguite, quindi, da più **Magistrati di Sorveglianza**. È chiaro che anche in questo caso la maggioranza delle persone sia stata sottoposta a misure di sicurezza attraverso le ordinanze del Magistrato di Verona, ma, come si può vedere dalla figura 2, non mancano esempi di soggetti che hanno vissuto in altre città durante l’esecuzione della misura di sicurezza. Alcuni spostamenti possono essere giustificati anche dall’uscita di alcuni soggetti dagli OPG o dal loro passaggio da un OPG ad un altro. Si può vedere che, ad esempio, sono 9 le persone transitate per Firenze e i dati che ho raccolto confermano che esse sono state nell’OPG di Montelupo fiorentino; come i 3 casi seguiti anche dall’UEPE di Napoli, due dei quali sono stati nell’OPG Sant’Eframio; ancora, tutte e 25 le ordinanze del Magistrato di Reggio Emilia riguardano persone che sono state in quell’OPG; infine, le 8 ordinanze del Magistrato di Mantova sono tutte riferite ad internati dell’OPG di Castiglione delle Stiviere.

Figura 2: Magistrato di Sorveglianza



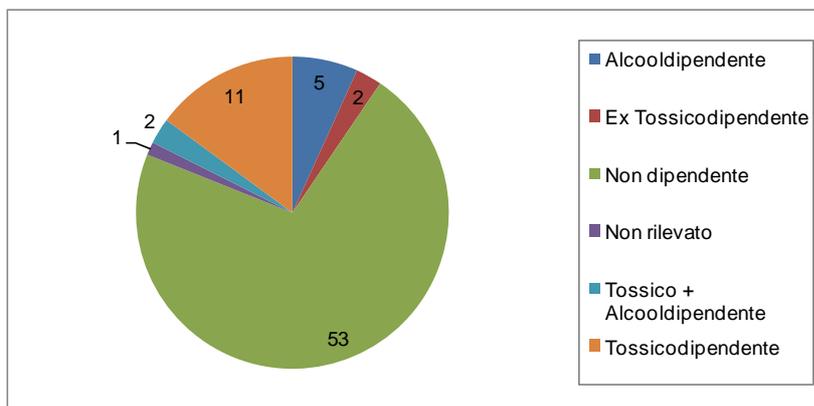
I dati riguardanti la **cittadinanza** (grafico 19) ci dicono senza ombra di dubbio che la maggior parte del campione è italiana (l'86,5%); sono, infatti, solo 10 (il 13,5%) le persone provenienti dall'estero (Europa occidentale, orientale ed Africa). Credo che questo dato possa essere interessante, se pensiamo anche a quanto detto in relazione alle tipologie di reato sopra descritte. Come già visto anche per le persone definite "delinquenti", questo dato ci costringe a riflettere su alcuni pregiudizi o credenze comuni relative al fatto che certi reati siano compiuti prevalentemente dagli stranieri. Ovviamente il dato raccolto si riferisce alle persone in misura di sicurezza e non all'intera popolazione carceraria o in misura alternativa alla detenzione, però credo sia importante sottolineare che i reati visti nel grafico 12 siano stati compiuti prevalentemente da italiani.

Grafico 19: Cittadinanza



Per quanto riguarda la **dipendenza da sostanze** (grafico 20), i dati rilevano che la maggioranza delle persone parte del campione non ha questo tipo di problema (53 persone, il 29,7%); 20 persone, invece, hanno o hanno avuto problematiche legate all'uso di sostanze stupefacenti o di alcol (il 27%). Questo è un dato che un po' stupisce, se si pensa alla grande problematica riguardante la forte relazione fra disturbi psichiatrici e uso di sostanze. Vedremo in seguito tale legame mettendo insieme i due grafici. Credo sia comunque da tenere in considerazione la distinzione fra dipendenza e uso/abuso: la prima fa riferimento ad un fenomeno che condiziona lo stile di vita della persona a tal punto da costringerla a impostare la propria routine sui bisogni che derivano dalla sua condizione patologica, mentre la seconda si riferisce ad un uso di sostanze occasionale che, sebbene non porti ad una situazione patologica, agisce comunque a livello cerebrale e socio-sanitario. Non è da escludere, quindi, che le 53 persone dichiarate non dipendenti, non abbiano avuto in passato condotte legate all'uso/abuso di sostanze (anche se non così gravi da creare una situazione di dipendenza) e che tali comportamenti non abbiano interferito con la loro salute mentale.

Grafico 20: Dipendenza da sostanze

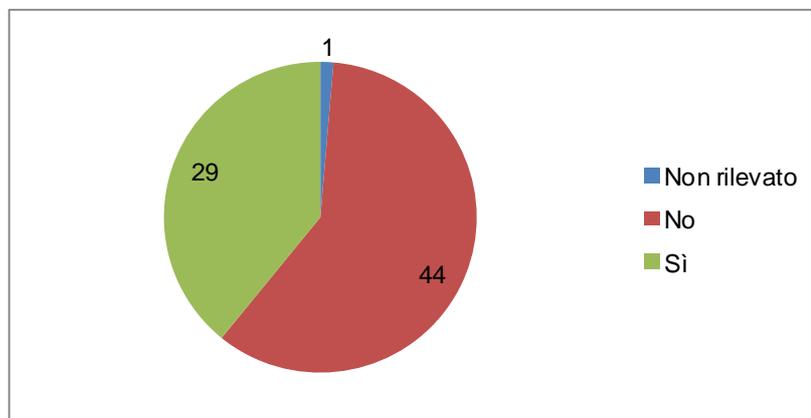


I dati analizzati fino ad ora sono gli stessi già visti per le persone dichiarate “delinquenti”. Per i soggetti con problemi di salute mentale ho voluto raccogliere ulteriori informazioni, al fine di approfondire meglio il tema della tesi.

Innanzitutto mi sono interrogata relativamente al grado di conoscenza di queste persone da parte dei servizi. Come si vede dal grafico 21, i dati dicono che 44 persone (il 59,5%) non erano mai state prese in carico dai **servizi territoriali** prima che esse commettessero il reato; 29 soggetti (il 39,2%), invece, erano già conosciute. Per servizi, intendo in particolare quelli relativi al dipartimento di salute mentale, ma anche i servizi per le dipendenze, a volte coinvolti nella presa in carico di questi pazienti.

Ho voluto raccogliere questo dato, interrogandomi su quale ruolo potesse avere la prevenzione, nell’evitare che persone con problemi di salute mentale compiano un reato. I 29 soggetti già conosciuti in precedenza, non costituiscono un dato irrilevante, ma resta comunque che la maggioranza non era seguita dai servizi, denotando, quindi, una situazione in cui la scoperta del disturbo mentale avviene solo “grazie” alla commissione di un reato.

Grafico 21: Presa in carico dei servizi territoriali prima della commissione del reato



In seguito ho cercato di capire **dove questi pazienti trascorressero il tempo della misura di sicurezza**, raccogliendo dai loro fascicoli i percorsi da loro effettuati nel corso della misura (grafico 22). 20 persone (il 27%) hanno trascorso la misura di sicurezza prima in OPG e poi in comunità terapeutica (Ct); 12 persone (il 16,2%) solo in comunità terapeutica, 9 (il 12,2%) in casa e 5 (il 6,8%) sono passate dall’OPG direttamente al loro domicilio. I percorsi di tutti gli altri soggetti variano da questi appena riportati per ordine o per alcuni nuovi luoghi: carcere, casa di riposo, GAP

(gruppi appartamento protetti del dipartimento di salute mentale), Rsa (residenza sanitaria assistenziale), Spdc (servizio psichiatrico di diagnosi e cura).

Si nota come siano molto presenti le comunità terapeutiche; ho cercato, quindi, di capire di quali **tipologie di comunità** si tratta, visto che esse sono parte di quei servizi maggiormente coinvolti nel superamento degli OPG. Come si può vedere dal grafico 23, gran parte di esse sono comunità terapeutiche residenziali protette (ctrp), ossia comunità psichiatriche ad alto grado di assistenza, in cui le persone vivono giorno e notte; sono presenti anche comunità specifiche per persone che vengono dall'OPG (8) e comunità terapeutiche per tossicodipendenti (6). Credo sia importante conoscere questi dati, al fine di comprendere quali siano gli interlocutori privilegiati quando si pensa alla chiusura degli OPG.

Grafico 22: Luogo di esecuzione della misura di sicurezza

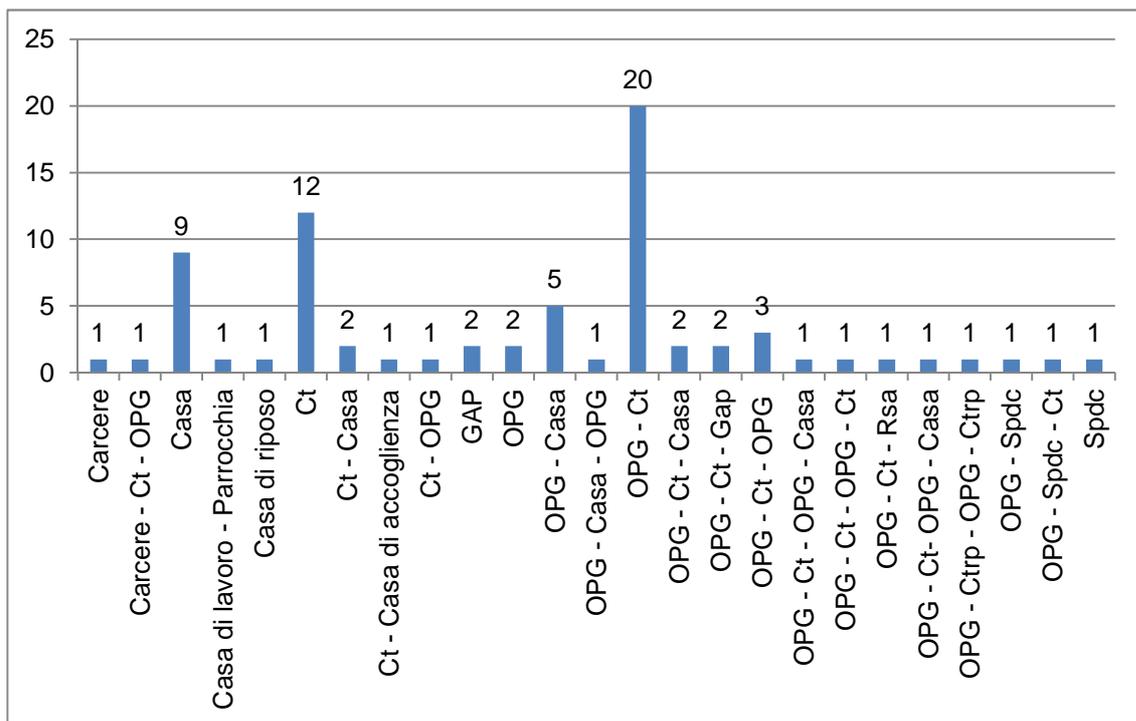
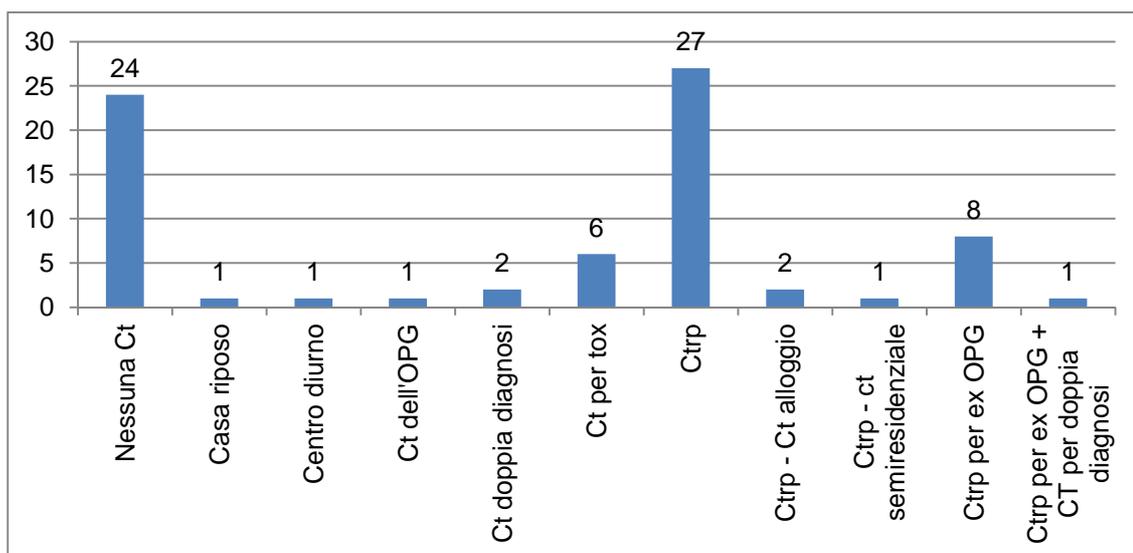


Grafico 23: Tipologia comunità terapeutica (Ct)



Ma quante persone fra le 74 in questione sono state in **OPG**? E in **quale** dei sei italiani? Dal grafico 24 vediamo che la maggior parte dei soggetti è stata destinataria della misura di sicurezza detentiva: 47 persone, infatti, sono state in OPG (il 63,5%), mentre 27 sono state sottoposte solo a misure di sicurezza non detentive (il 36,5%). L'OPG di maggiore provenienza (grafico 25) è quello di Reggio Emilia, il quale, secondo le disposizioni contenute nell'Allegato C del DPCM del 2008, deve accogliere gli internati provenienti dalla Regione Veneto; ma i nostri pazienti sono passati anche per l'OPG di Castiglione delle Stiviere (11) e di Montelupo fiorentino (11); qualcuno è stato anche ad Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto e Napoli. Il numero delle persone distribuite per OPG supera le 47 che risultano nel grafico 24, perché vi sono alcuni soggetti che sono stati in più OPG nel corso della loro misura di sicurezza.

Direi che questi dati riflettono una situazione prevedibile, che vede la vicinanza quale maggiore requisito per l'assegnazione ad un OPG rispetto ad un altro. Inoltre, questo risultato ci dice anche che siamo più o meno in linea con quanto previsto dalle norme, quando si parla di restituire gli internati ai loro territori, cercando di distribuire i pazienti negli OPG in modo che essi si trovino il più vicino possibile alla loro Regione di provenienza.

Grafico 24:

Persone state in OPG

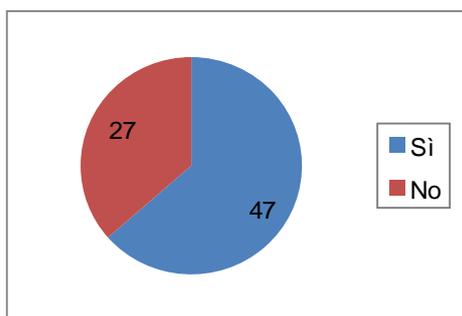
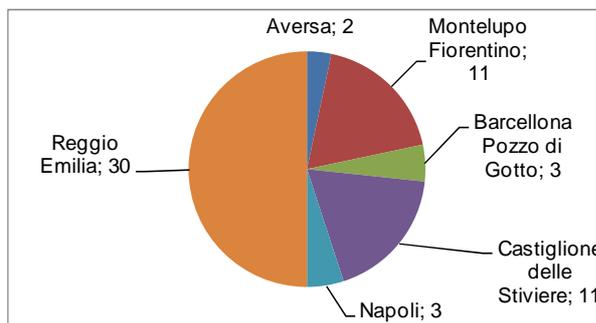


Grafico 25:

Quale OPG



Leggendo le ordinanze e le relazioni contenute all'interno dei 74 fascicoli dell'UEPE, mi sono resa conto di quanto fosse difficile capire quale fosse la diagnosi di ogni utente seguito, per due motivazioni principali: in primo luogo, nei fascicoli non era quasi mai presente la perizia psichiatrica dello specialista; inoltre, il Magistrato e gli altri operatori coinvolti nel caso utilizzano linguaggi differenti e non sempre precisi in merito alle **sindromi psichiatriche**. Per ogni utente ho annotato, quindi, diverse diciture relative alla diagnosi e, al fine di poter analizzare i dati raccolti, ho deciso di accorpate i diversi disturbi in grandi categorie: i disturbi di personalità (39 soggetti), la schizofrenia (17), i disturbi psicotici (6), il ritardo mentale (6), i disturbi deliranti (5), il disturbo bipolare (3) e la depressione (1). Vi è anche un caso denominato "fragilità personale", che si riferisce alla situazione generale di un soggetto a cui non è possibile fare diagnosi di alcun disturbo psichiatrico, ma che si trova comunque in una condizione di fragilità psicologica. Per 3 persone non è stato possibile rilevare la sindrome all'interno del fascicolo. Il totale dei numeri appena riportati (grafico 26) supera le 74 persone del campione, perché ve ne sono alcune portatrici di più disturbi insieme (grafico 28).

Prevalgono i disturbi di personalità (39 persone) rispetto alle altre categorie di sindromi che ho cercato di riassumere dai dati raccolti (grafico 27). Il disturbo di personalità è definito dal DSM-IV (il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) come un modello abituale di esperienza o comportamento che si discosta notevolmente dalla cultura a cui l'individuo appartiene e si manifesta in almeno due delle seguenti aree: esperienza cognitiva, affettiva, funzionamento interpersonale e controllo degli impulsi (area comportamentale). Ne esistono di diversi tipi, ma la particolarità che li contraddistingue consiste nel fatto che non è possibile un loro superamento, bensì solo un contenimento attraverso un adeguato supporto terapeutico.

La seconda diagnosi più frequente è la schizofrenia (17 persone), i cui sintomi caratteristici, secondo il DMS-IV, sono deliri, allucinazioni, discorso e comportamento disorganizzati e mancanza di affettività e motivazione; tale disturbo è causa di una disfunzione sociale e occupazionale, ma possono verificarsi dei miglioramenti sostanziali, soprattutto attraverso un costante trattamento con farmaci antipsicotici. Come si vede dal grafico 28, vi sono 12 casi in cui il soggetto, oltre ad avere una diagnosi psichiatrica, soffre anche di dipendenza da sostanze. Vedremo in seguito come questi due elementi possono essere correlati fra loro.

Grafico 26: Sindrome psichiatrica

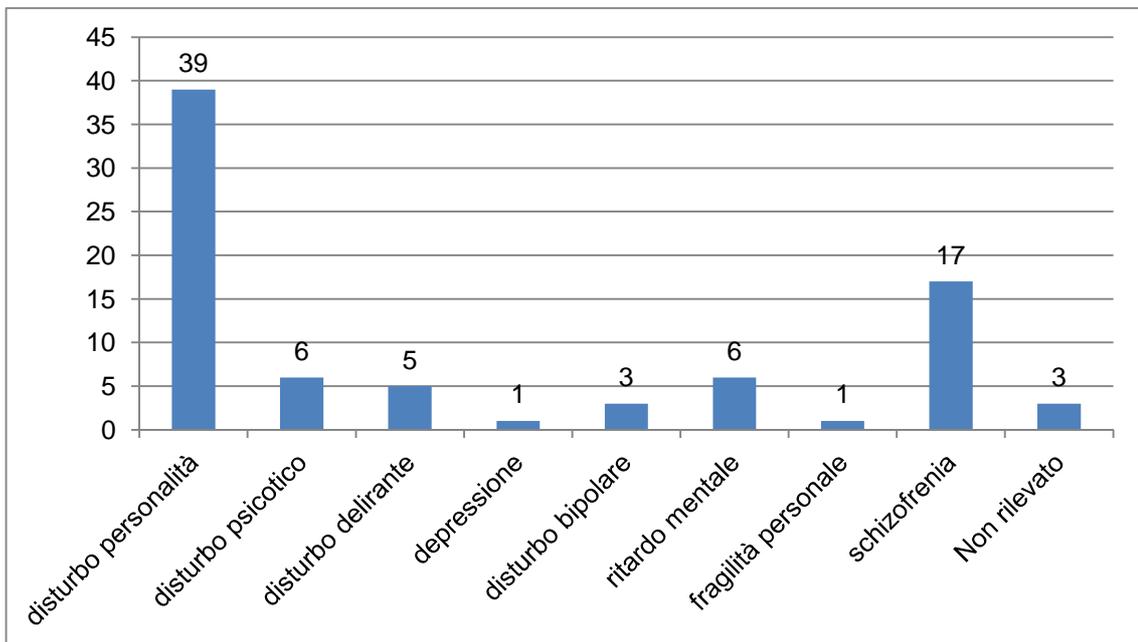


Grafico 27: Sindrome psichiatrica

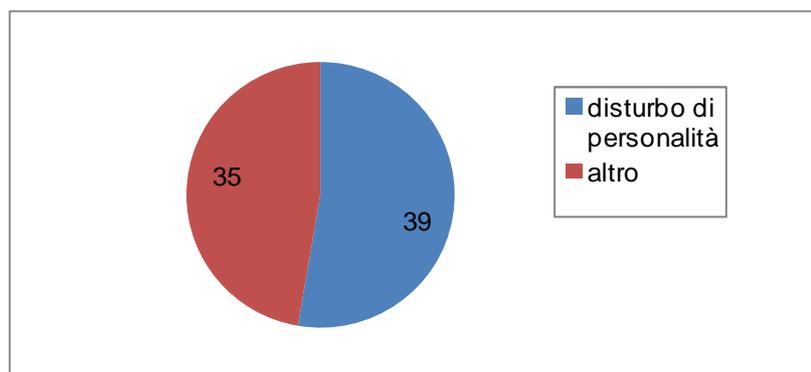
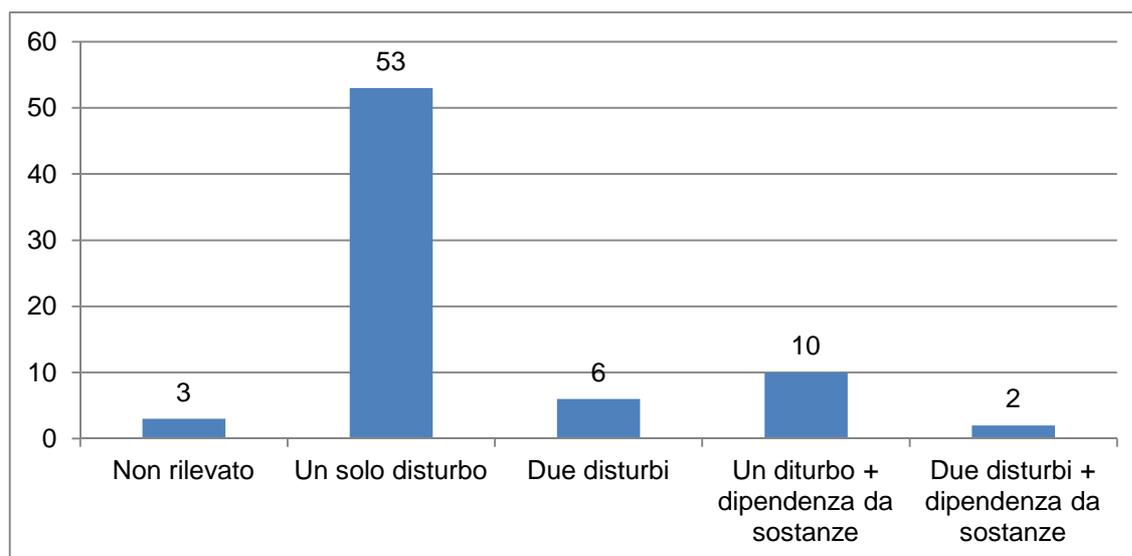


Grafico 28: Sindrome psichiatrica

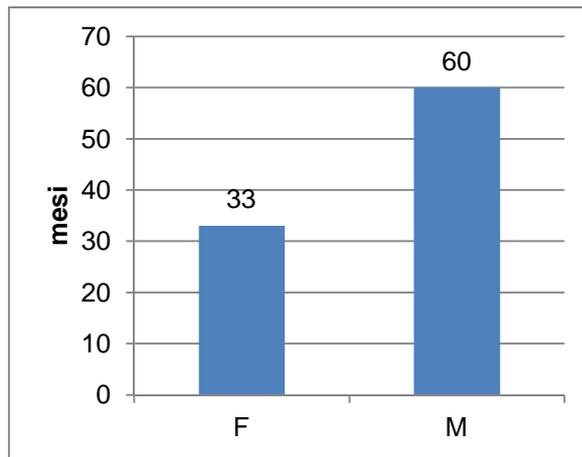


Dopo aver raccolto questi dati, ho cercato di metterne alcuni in relazione fra loro, al fine di ottenere ulteriori informazioni riguardanti le persone con problemi di salute mentale autrici di reato.

Le prime **relazioni** sono riferite al **genere**.

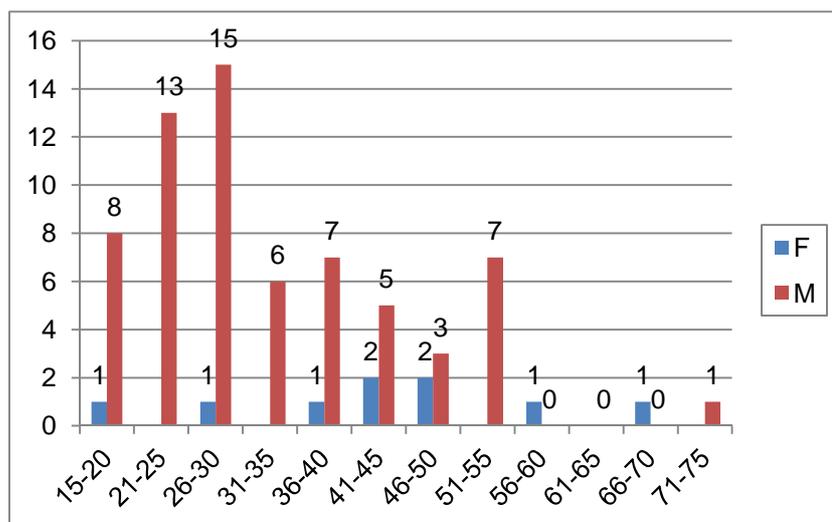
Innanzitutto, ho voluto confrontare la durata media della misura di sicurezza degli uomini e delle donne, con il risultato che queste ultime riescono ad avere misure che durano circa la metà di quelle a cui sono sottoposti gli uomini: come si vede dal grafico 29, infatti, la durata media delle misure delle donne è di 33 mesi (2 anni e 9 mesi), mentre quella delle misure di sicurezza degli uomini è di 66 mesi (5 anni e 6 mesi). Non è facile attribuire la causa che giustifichi questo risultato, perché vi sono molti fattori che potrebbero incidere sui dati raccolti: forse le donne riescono ad avere una rete sociale più estesa rispetto a quella degli uomini; o magari questi ultimi compiono reati più gravi; o forse, ancora, le donne accettano meglio la malattia e le cure e prendono con più regolarità la terapia; oppure, essendo in numero minore, le donne possono usufruire di trattamenti meglio organizzati all'interno dei servizi e delle comunità. Vi sono molte motivazioni, insomma, che possono spiegare la relazione fra genere e durata della misura di sicurezza e sarebbe interessante verificarle e studiarle.

Grafico 29: Genere – durata misura di sicurezza



Le donne compiono il primo reato ad un'età superiore rispetto agli uomini (grafico 30); l'età media maschile, infatti, è di 33 anni, mentre quella femminile è di 44. Questi risultati confermano gli esiti di alcune ricerche, ad esempio, sulla schizofrenia, i quali riportano un esordio della malattia più tardivo nelle donne rispetto agli uomini (tra i 44 e i 55 anziché tra i 18 e i 25).<sup>17</sup> Inoltre, il disturbo anticostituzionale di personalità, come precisa anche il DSM-IV, ha un'età di esordio molto bassa (anche prima dell'adolescenza) e i maschi ne sono più colpiti rispetto alle femmine, fattore questo che potrebbe aver contribuito ad abbassare l'età media di commissione del primo reato degli uomini nel campione da me analizzato.

Grafico 30: Genere – età



<sup>17</sup>Boidi G., “La schizofrenia e la differenza di genere”, all’interno del progetto “Una salute a dimensione di donna nella regione Campania” (<http://www.salutementaledonna.it/la%20schizofrenia.pdf>).

Per quanto riguarda lo stato civile, 4 donne su 9 risultano coniugate, mentre gli uomini sposati sono solo 5 su 65. È vero che il numero totale di donne nel campione è molto basso rispetto a quello degli uomini, però questo risultato sottolinea una diversità non indifferente fra i due sessi. Se uniamo questi dati (grafico 31) con quelli relativi alla presenza di riferimenti familiari ed amicali rilevanti (grafico 32), vediamo che anche in questo secondo caso le donne si contraddistinguono per avere una rete sociale in un numero di casi maggiore rispetto agli uomini. Anche la maggioranza degli uomini risulta avere riferimenti affettivi validi, ma la percentuale è più bassa rispetto a quella delle donne (56% contro 77%).

Grafico 31:

Genere – stato civile

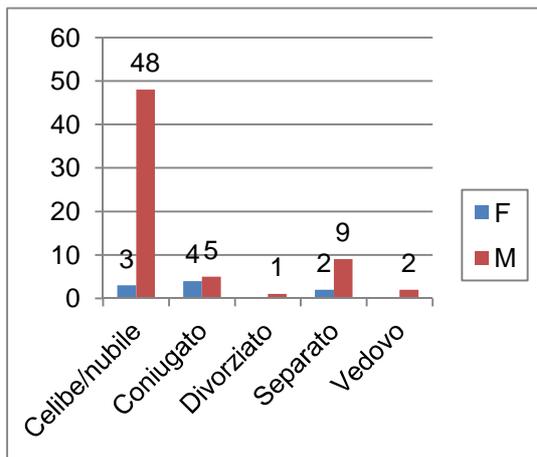
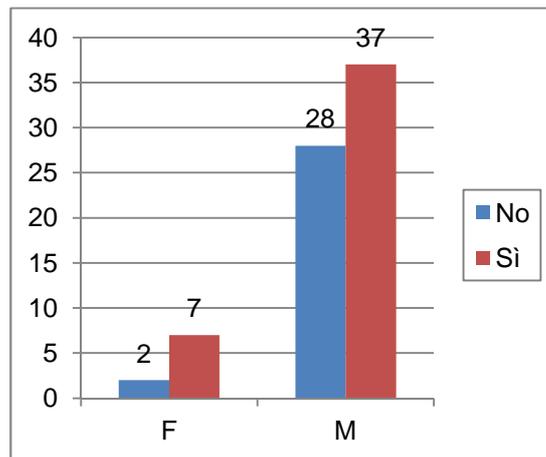


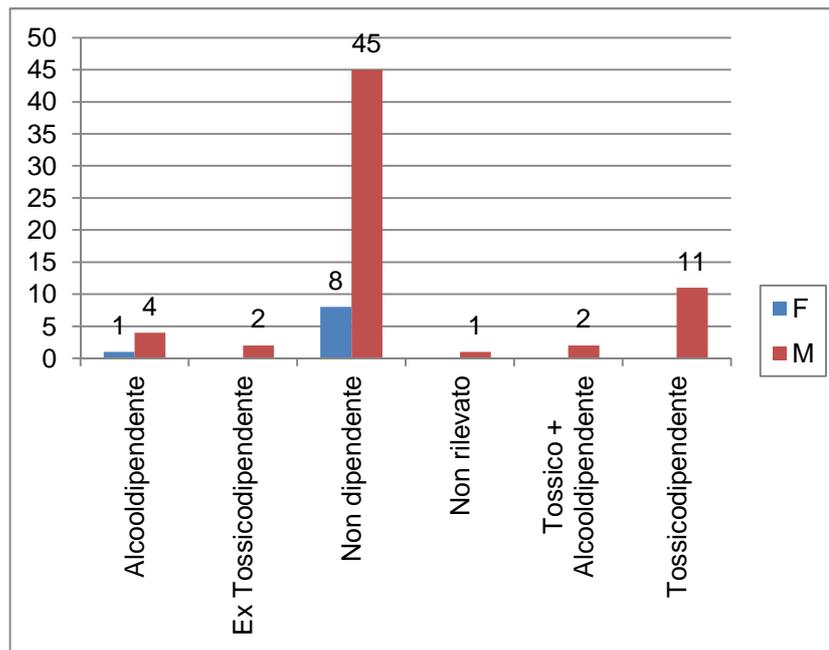
Grafico 32:

Genere – riferimenti familiari/amicali rilevanti



Solo una donna su 9 risulta avere problemi di dipendenza da alcol, mentre le altre 8 non soffrono di alcun tipo di dipendenza; anche la maggioranza degli uomini non presenta problemi di questo tipo, però non mancano coloro che, al contrario, risultano essere tossico/alcol dipendenti (grafico 33). Credo che questa differenza fra i due sessi sia ascrivibile al più generale fenomeno della dipendenza, che colpisce maggiormente il genere maschile rispetto a quello femminile.

Grafico 33: Genere – dipendenza do sostanze



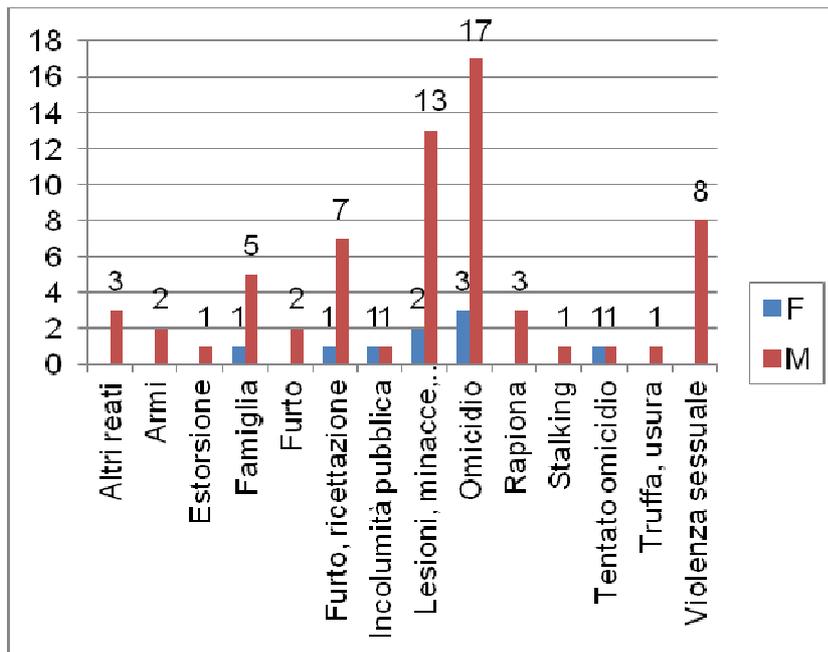
Interessante la relazione fra il genere e il reato commesso. Come si può vedere dal grafico 34, vi sono alcuni reati in cui il sesso femminile è assolutamente assente (armi, estorsione, rapina, stalking, truffa, violenza sessuale), mentre altri in cui è più presente. Abbiamo già visto come il reato maggiormente compiuto in generale sia l'omicidio, ma stupisce il dato che afferma che un terzo delle donne sia colpevole di tale reato (3 su 9), a cui si aggiunge un tentato omicidio. Credo che questi risultati confermino quanto già riportato da molte ricerche relative ai tipici reati femminili: fra di essi vi è, purtroppo, l'infanticidio.<sup>18</sup> Anche uno studio del professor Vincenzo Mastronardi, docente di psichiatria presso l'università la Sapienza di Roma, certifica che la gran parte degli infanticidi è compiuto dalle madri.<sup>19</sup>

La violenza sessuale, reato commesso da 8 persone del campione, non riguarda, invece, il genere femminile. Questo dato non stupisce molto, poiché in linea con l'idea comune che si ha su questa tipologia di reato, in base alla quale le donne rivestono principalmente il ruolo di vittima e gli uomini quello di aggressore.

<sup>18</sup> <http://www.in-formazione-psicologia.com/5caprilanotteetal-differenzecrimini.pdf>.

<sup>19</sup> Mastronardi V., De Vita L., Umani Ronchi F., "Alcune ricerche italiane sul fenomeno del figlicidio", 2012.

Grafico 34: Genere – reato

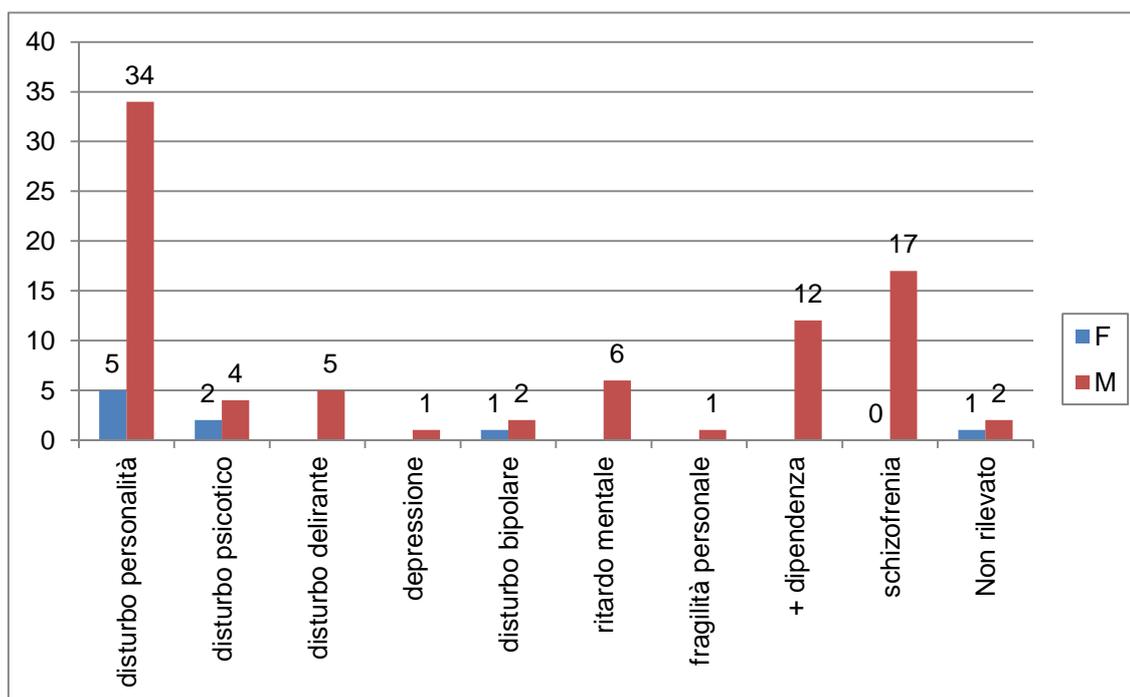


Guardando il grafico 35, si nota come nella distribuzione delle sindromi psichiatriche non vi siano grandi differenze fra uomini e donne, ad eccezione della schizofrenia, in cui il genere femminile è del tutto assente. Questo risultato è in linea con gli esiti degli studi che dicono che l'incidenza di questa malattia sia maggiore negli uomini (fino a quasi il doppio) rispetto alle donne.<sup>20</sup>

A volte alla diagnosi di malattia viene specificata in aggiunta anche l'eventuale dipendenza da sostanze: dal grafico è possibile evidenziare come tale fenomeno riguardi esclusivamente il genere maschile; come accennato sopra, infatti, tra le 9 donne presenti nel campione, solo una viene dichiarata alcolodipendente (e probabilmente non in grado così elevato da ritenere opportuna la segnalazione di tale aspetto parlando della sua diagnosi psichiatrica).

<sup>20</sup> Boidi G., "La schizofrenia e la differenza di genere", all'interno del progetto "Una salute a dimensione di donna nella regione Campania" (<http://www.salumentaledonna.it/la%20schizofrenia.pdf>)

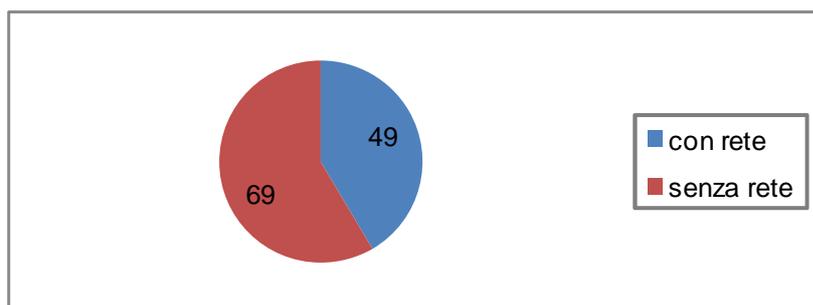
Grafico 35: Genere – sindrome psichiatrica



Giunta a questo punto, ho ritenuto opportuno rilevare alcune **relazioni** riguardanti la **durata della misura di sicurezza**.

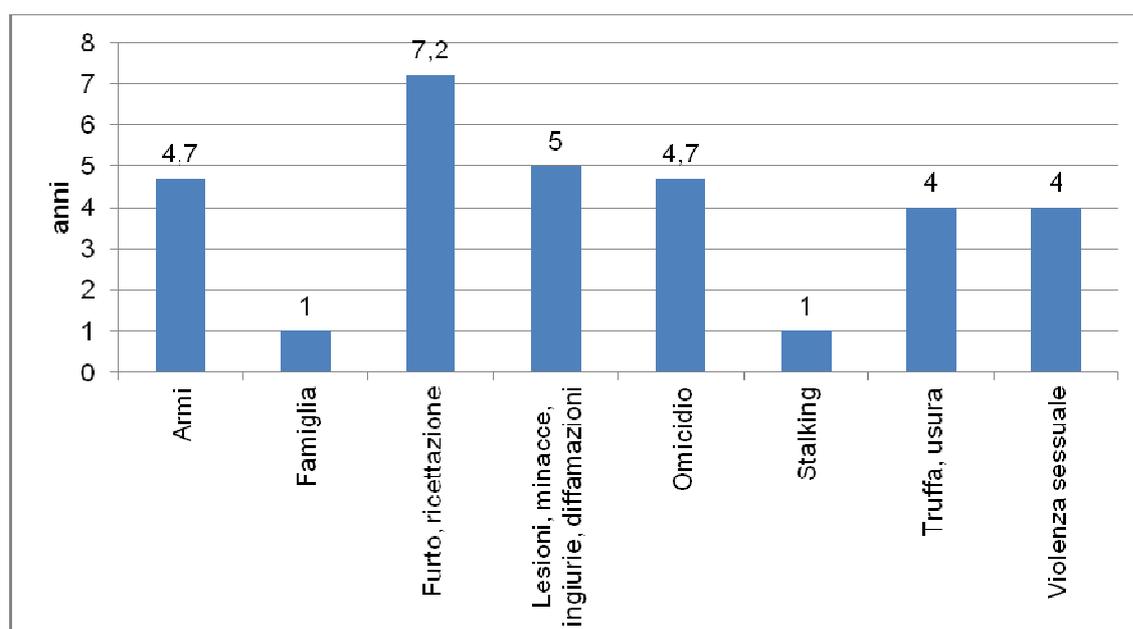
Innanzitutto ho cercato di capire se vi fosse un qualche genere di relazione fra la presenza di riferimenti familiari ed amicali rilevanti e la durata media delle misure a cui sono sottoposti i soggetti del mio campione. Come si può vedere dal grafico 36, le persone che hanno una rete sociale di riferimento sono sottoposte ad una misura di sicurezza che dura in media 49 mesi (4 anni), mentre per le persone che si trovano in una situazione di isolamento sociale, la durata media della misura è di 69 mesi (poco meno di 6 anni). Questo dato conferma l'ipotesi secondo la quale la presenza di un valido sostegno da parte della rete familiare ed amicale dell'internato può costituire un elemento positivo, affinché la misura di sicurezza possa concludersi in minor tempo e, quindi, la rete può essere considerata un fattore importante su cui si basano anche le scelte del Magistrato di Sorveglianza in sede di proroga o revoca delle misure di sicurezza.

Grafico 36: Durata – riferimenti familiari/amicali rilevanti



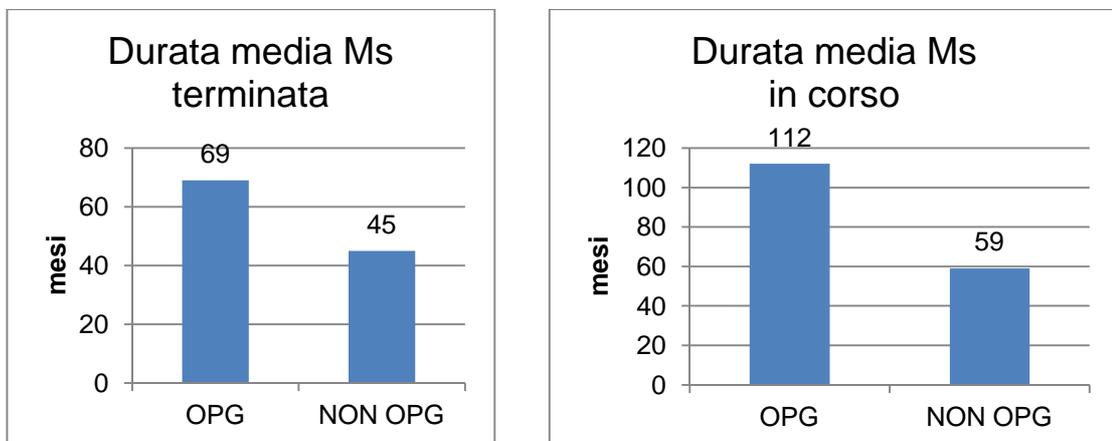
Mi sono interrogata anche circa l'esistenza di un legame fra durata della misura e tipologia di reato (grafico 37). I dati riportati nel grafico stupiscono rispetto a quanto ci si aspetterebbe: sembra, infatti, che per i reati maggiormente violenti (quelli legati alla famiglia, l'omicidio e la violenza sessuale) la misura di sicurezza abbia una durata inferiore rispetto, ad esempio, al furto e alle minacce. Credo che questi risultati ci dicano che, nel caso di persone con problemi di salute mentale, non conta solo la gravità del reato, bensì soprattutto il percorso, la storia e l'evolversi della situazione personale e sociale dei pazienti. Se questo è vero, allora potremmo pensare che le persone che hanno commesso quei reati più violenti abbiano compiuto un percorso migliore in breve tempo, rispetto agli autori dei reati più "lievi" (se così si può dire), che potrebbero essere stati sottoposti ad una misura di sicurezza per un tempo maggiore, a causa di elementi personali e sociali meno favorevoli.

Grafico 37: Durata – reato



In seguito, ho cercato di capire se l'essere sottoposti alla misura detentiva in OPG influenzi la durata totale della misura di sicurezza. Come si vede dal grafico 38, suddiviso fra chi ha terminato la misura e chi ne è ancora sottoposto, la durata media della misura di sicurezza è maggiore per le persone che sono state anche in OPG. Anche in questo caso vi sono molte motivazioni che potrebbero giustificare il risultato ottenuto: forse gli internati hanno meno possibilità di reinserirsi e di essere parte di un progetto terapeutico-riabilitativo adeguato, rispetto a chi, invece, è sottoposto ad una misura di sicurezza non detentiva, favorendo, così, le proroghe della misura; o magari le situazioni personali e sociali degli internati sono più gravi e difficoltose rispetto ai destinatari di misure non detentive e, quindi, il loro percorso risulta più lungo e complesso; o forse, ancora, è più facile prorogare la misura di sicurezza in OPG, perché meno stimolati dagli operatori dei servizi del territorio a far evolvere le situazioni degli internati, come, invece, può accadere per coloro che svolgono la misura di sicurezza in comunità o, comunque, in carico ai servizi territoriali. In ogni caso, il dato afferma che l'internamento in OPG sia correlato ad una maggiore durata delle misure di sicurezza.

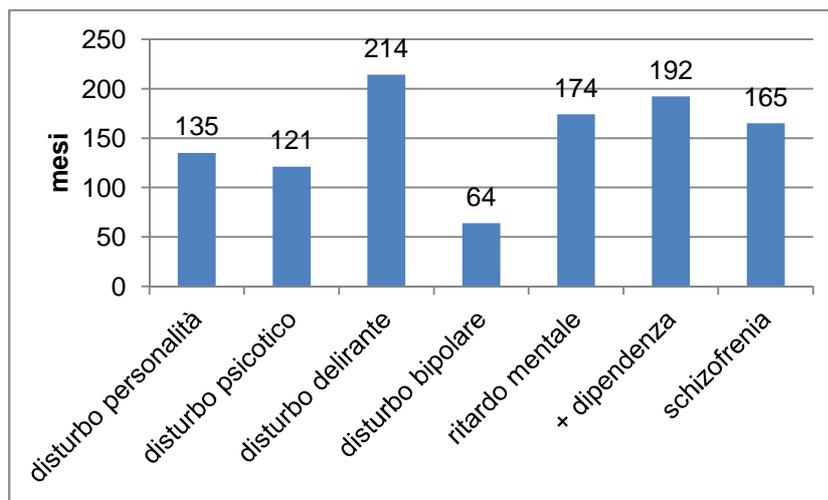
Grafico 38: Durata – OPG



Esiste un legame anche fra la durata della misura di sicurezza e la sindrome psichiatrica. Come già visto per la tipologia di reato, i dati del grafico 39 non possono essere slegati dalla situazione personale e sociale di ogni paziente, poiché sono dell'opinione che essa incida fortemente sulla durata della misura di sicurezza. Come è possibile vedere dal grafico, le persone con disturbi deliranti sono sottoposte, in media, ad una misura di sicurezza di durata maggiore, rispetto alle altre tipologie di disturbo psichiatrico; è difficile dare spiegazioni scientifiche a questo dato, ma si potrebbe pensare che il disturbo delirante dia meno sicurezze in quella che abbiamo chiamato prognosi

criminale, inducendo a più proroghe della misura di sicurezza. Il grafico mette in luce anche come le persone dipendenti da sostanze abbiano una durata media della misura piuttosto alta; è possibile, quindi, che la dipendenza costituisca un fattore di rischio per la commissione di nuovi reati o che essa incida negativamente nel percorso terapeutico-riabilitativo, facendo sì che la misura di sicurezza abbia una durata maggiore rispetto a quei casi estranei al fenomeno della dipendenza da sostanze.

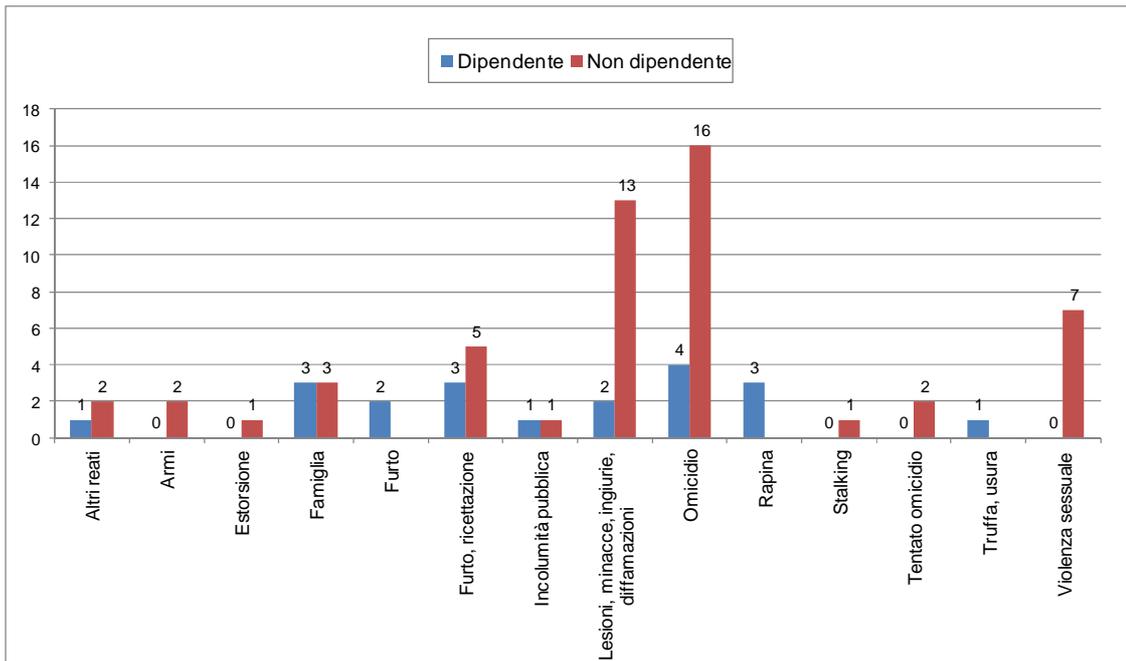
Grafico 39: Durata – sindrome psichiatrica



Il terzo ed ultimo gruppo di **relazioni** che ho voluto rilevare riguarda il fenomeno della **dipendenza da sostanze**.

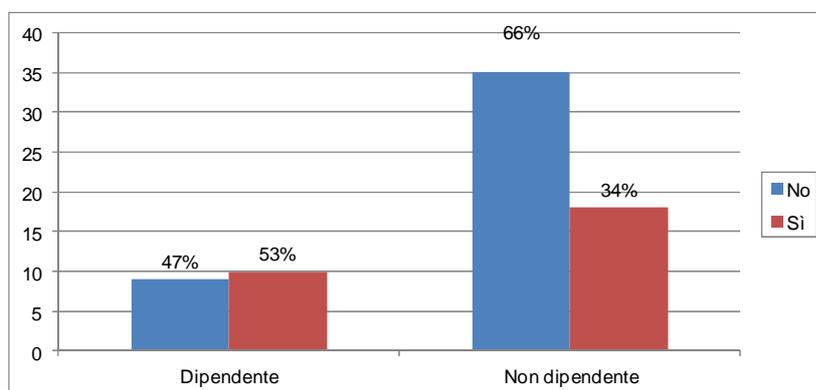
Innanzitutto, essa incide sulla tipologia di reato. Il grafico 40, infatti, mostra come la dipendenza da sostanze sia presente quando si parla di reati “economici”: probabilmente le persone dipendenti, commettono reati legati alla loro situazione, che richiede spesso una disponibilità economica, al fine di poter avere a disposizione la dose di cui si ha bisogno. Anche in reati legati alla famiglia e nell’omicidio si nota una relazione con la dipendenza da sostanze: essa, quindi, incide anche sui quella tipologia di reati alla cui base vi sono violenza e aggressività.

Grafico 40: Dipendenza – reato



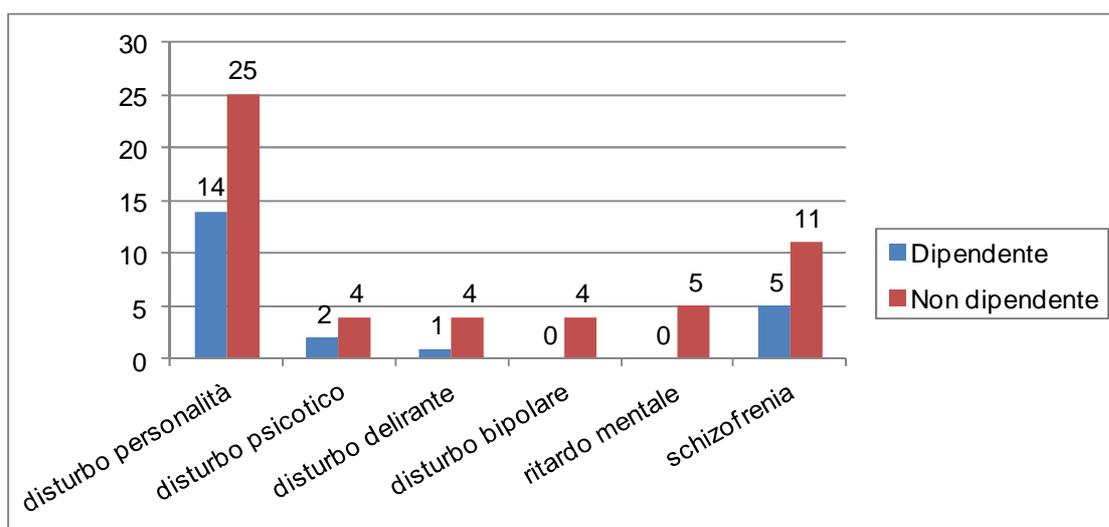
Proseguendo con la ricerca, mi sono chiesta se l'essere dipendenti da sostanze potesse contribuire ad attirare l'attenzione dei servizi territoriali, dal momento che le persone in questione hanno una duplice problematicità (la sindrome psichiatrica e la dipendenza da sostanze). A tal fine ho messo in relazione la situazione di dipendenza dei pazienti, con la loro presa in carico da parte dei servizi prima della commissione del reato (grafico 41). I dati mostrano come le persone dipendenti siano conosciute dai servizi territoriali prima di commettere il reato nel 53% dei casi; le persone senza problemi di dipendenza, invece, solo nel 34% dei casi. Sembra, quindi, che la dipendenza da sostanze aumenti la probabilità di essere presi in carico dai servizi territoriali prima di compiere un reato. Questo risultato potrebbe stimolare la riflessione da parte dei servizi per le dipendenze e dei servizi psichiatrici in tema di prevenzione della criminalità, qualora i pazienti siano portatori di entrambe le problematicità.

Grafico 41: Dipendenza - presa in carico dei servizi territoriali  
prima della commissione del reato



Come è facile pensare, la dipendenza da sostanze incide anche sulla tipologia di sindrome psichiatrica. Come si può vedere dal grafico 42, essa risulta essere correlata con i disturbi di personalità, con la schizofrenia e con i disturbi psicotici. Entriamo nel merito di una riflessione molto dibattuta e attuale, riguardante l'influenza reciproca fra uso di sostanze e disturbi psichiatrici. Non si è ancora compreso quale fra i due fenomeni anticipi l'altro nella storia della persona, ma è chiaro che essi sono profondamente legati fra loro e che questo fenomeno debba far riflettere i servizi per le dipendenze e quelli per la salute mentale in merito ad un'ampia collaborazione reciproca in tema di prevenzione e di interventi condivisi, al fine di rispettare la globalità della persona portatrice di più problematiche fortemente integrate fra loro.

Grafico 42: Dipendenza – sindrome psichiatrica



Per concludere questo paragrafo riguardante gli utenti con problemi di salute mentale autori di reato, vorrei riportare alcune informazioni che ho potuto raccogliere sfogliando i 74 fascicoli.

Innanzitutto, per quanto riguarda la tipologia di intervento dell'assistente sociale dell'UEPE, essa si distingue da quella che viene attuata con le persone "delinquenti": la maggior parte delle informazioni utili al Magistrato di Sorveglianza, infatti, vengono raccolte dall'assistente sociale attraverso colloqui con l'utente e i suoi familiari (quando possibile), ma la seconda fonte di informazioni non si identifica nel datore di lavoro, in quanto questo aspetto non è particolarmente presente fra le persone con problemi di salute mentale; essa è costituita, invece, dagli operatori degli altri servizi coinvolti.

Nonostante, come si evince dai grafici, molte persone non fossero conosciute dai servizi territoriali prima di commettere il reato, una volta sottoposti a misura di sicurezza, essi vengono presi in carico dal dipartimento per la salute mentale, dall'OPG o da altre strutture coinvolte nell'esecuzione della misura di sicurezza, come ad esempio le comunità. Per redigere la relazione conseguente l'indagine socio-familiare, quindi, l'assistente sociale effettua colloqui, incontri e riunioni con l'utente, i suoi familiari o le persone di riferimento e i professionisti dei servizi territoriali coinvolti. Un ulteriore elemento che distingue le due tipologie di utenza, consiste nelle visite domiciliari: in molti casi l'assistente sociale, al fine di effettuare i diversi colloqui descritti, si reca a casa dell'utente o in comunità, con l'obiettivo di conoscere anche l'ambiente di riferimento del paziente e il luogo in cui potrà iniziare il percorso terapeutico-riabilitativo. Le informazioni che interessano al Magistrato, infatti, riguardano certo l'utente, la sua storia e il reato, ma, per poter decidere in merito alla proroga o alla revoca della misura di sicurezza, egli avrà bisogno anche di elementi riguardanti il percorso terapeutico in atto durante la misura, i miglioramenti avvenuti e le ipotesi di trattamento future.

Come per le persone "delinquenti", l'assistente sociale si occupa anche di inoltrare diverse istanze al Magistrato, riguardanti, ad esempio, modifiche delle prescrizioni che accompagnano la misura di sicurezza.

Dalle ordinanze e relazioni presenti all'interno dei fascicoli dell'UEPE, mi è stato possibile capire anche quali sono gli interventi più frequentemente attuati dagli operatori dei diversi servizi coinvolti nella gestione del caso. Quasi tutti i pazienti hanno iniziato un percorso che prevede una terapia farmacologica, distinta sulla base della sindrome e della gravità della situazione personale. Alcuni di loro sono stati coinvolti in

un percorso di psicoterapia, che presuppone l'esistenza di capacità critiche e autoriflessive, non presenti in tutti i pazienti. Nella maggior parte dei casi, come si è visto anche nei grafici, sono stati attivati programmi terapeutici residenziali presso comunità, all'interno delle quali vengono organizzate diverse attività ricreative interne (laboratori) ed esterne (gite). Spesso i pazienti vengono coinvolti in un percorso di rinforzo della propria autonomia, attraverso la sperimentazione delle capacità personali: alcuni partecipano a tirocini lavorativi, altri si recano ai colloqui presso i servizi, dapprima con l'operatore e poi da soli. Gli interventi messi in atto si distinguono da paziente a paziente e sono calibrati sulle sue capacità e caratteristiche, ma l'obiettivo dei servizi che hanno in carico i diversi soggetti è lo stesso: cercare di far raggiungere al paziente una situazione di equilibrio, in cui egli sia compensato dal punto di vista della malattia psichiatrica e in grado di vivere una quotidianità dignitosa e lontana dai rischi di recidiva. Alcuni pazienti riescono a mantenere questa condizione in autonomia, altri hanno sempre bisogno della presenza di qualcuno che li aiuti: fra questi, alcuni possono essere gestiti direttamente dai familiari, quando presenti, altri, invece, necessitano di una continua assistenza da parte di specialisti e, quindi, trovano l'equilibrio in contesti residenziali protetti.

Le ordinanze dei Magistrati di Sorveglianza sono molto chiare anche rispetto agli elementi che motivano la scelta di prorogare o di revocare la misura di sicurezza; elementi che, in ogni caso, vanno interconnessi fra loro e contestualizzati nella situazione personale di ogni paziente.

I fattori più volte citati nelle ordinanze per motivare la revoca della misura di sicurezza sono i seguenti: il rispetto delle prescrizioni, l'assunzione regolare della terapia farmacologica, la presenza di capacità critica e di giudizio, l'assenza di nuove condanne e nuovi procedimenti penali, la consapevolezza di sé e della malattia, il riconoscimento del disvalore dei comportamenti commessi, l'inserimento sociale, la disponibilità all'attività lavorativa, l'attivazione di strumenti di supporto per la riduzione del rischio di recidiva (risorse per affrontare momenti di difficoltà futuri), il raggiungimento di autonomia, la comprensione del significato della misura di sicurezza, l'aver buoni rapporti con i servizi territoriali di riferimento (UEPE, Psichiatria, Servizi per le Dipendenze, etc.), la presenza di un supporto familiare o della rete sociale di riferimento, il compenso psichico, la modifica dello stile di vita rispetto al passato.

Gli elementi più volte riportati nelle ordinanze che, al contrario, motivano la scelta di prorogare ulteriormente la misura di sicurezza, sono i seguenti: la violazione delle

prescrizioni, una situazione di compenso psichico labile, l'assenza di interventi terapeutici, la non compliance alle terapie, l'assenza di revisione critica degli eventi passati, la non consapevolezza della gravità dei fatti compiuti, la probabilità del rischio di recidiva, la non volontà da parte del soggetto di continuare il percorso psicologico qualora venisse revocata la misura di sicurezza, l'impossibilità di continuare la costruzione di un adeguato reinserimento sociale, l'assenza di una struttura o di un domicilio idonei, la non disponibilità all'attività lavorativa, la presenza di una conflittualità familiare, l'impossibilità di garantire il contenimento e la continuità del percorso terapeutico in atto.

Cercando di raggruppare i fattori che incidono/condizionano l'andamento della misura di sicurezza possiamo individuare quattro ambiti:

- Il paziente e la sua malattia: in questo caso gli elementi su cui porre attenzione sono le condizioni cliniche attuali, la compliance alle terapie, la risposta alle medesime, il grado di consapevolezza della propria condizione mentale e dei fattori che possono alimentare nuovi scompensi, il tipo di disturbo mentale che ha condizionato il delitto, la previsione del mantenimento di un buon compenso psichico.
- Il contesto socio-familiare: i fattori importanti riguardano la presenza di sane relazioni familiari e amicali in grado di supportare il paziente nel suo ambiente di riferimento.
- Il percorso terapeutico e l'équipe professionale: questo ambito richiede di porre attenzione sulla continuità e la regolarità della presa in carico (anche futura) da parte dei servizi, sul continuo monitoraggio della situazione clinica del paziente, sul contesto assistenziale nel quale viene realizzato il progetto di cura, sulla sinergia e la collaborazione fra gli operatori e le istituzioni coinvolte.

Il reato: gli elementi importanti sono la coscienza del reato compiuto da parte del paziente e la previsione del rischio di recidiva futuro, in cui è importante non confondere l'attuale compenso psichico e la previsione del mantenimento di questo stato.

#### **4.3.5) Confronti fra “delinquenti” e persone con problemi di salute mentale**

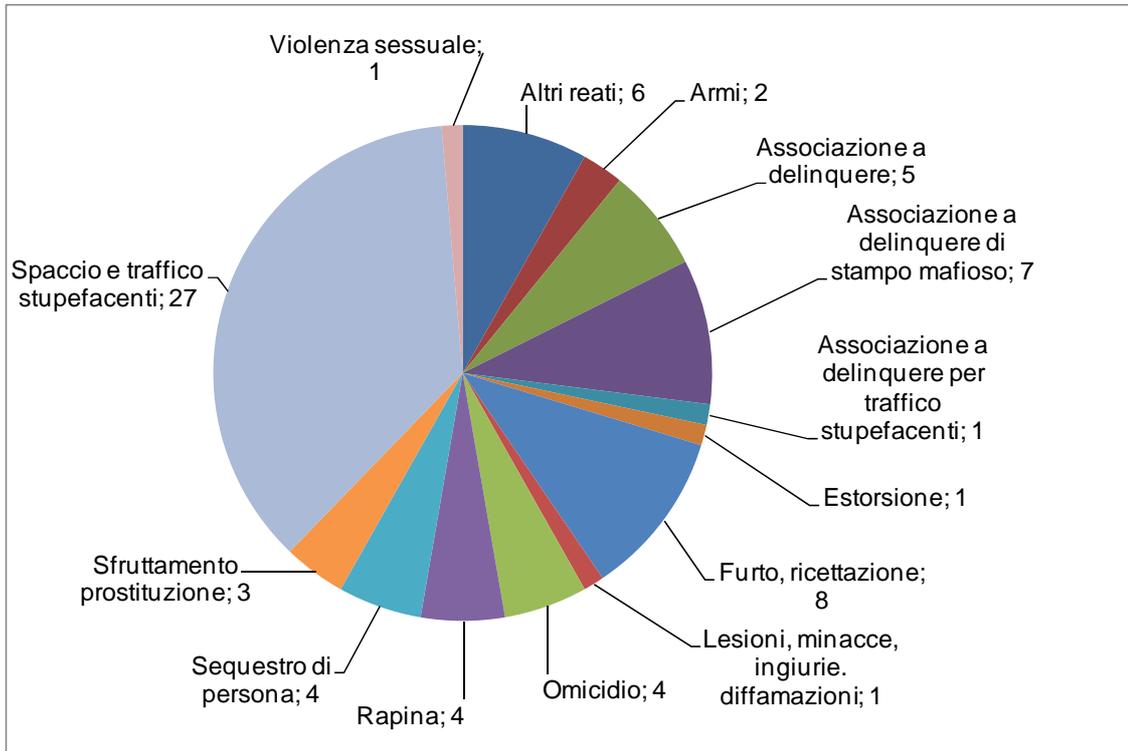
Vorrei concludere il paragrafo relativo ai risultati della ricerca, proponendo un confronto tra gli elementi maggiormente significativi fra le due tipologie di utenza finora analizzate.

Nel grafico 46, ho riportato i dati riguardanti le tipologie di reato. Confrontando il dato tra i “delinquenti” e i malati psichiatrici, riusciamo ad avere più chiara la situazione.

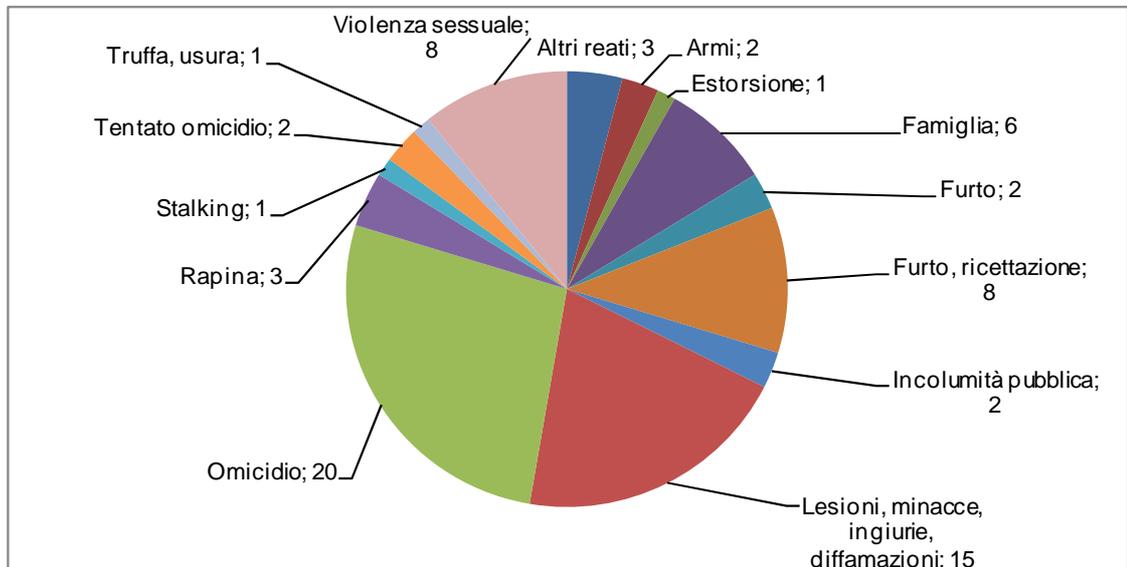
Si vede subito come alcuni reati siano presenti solo in uno dei due casi e come la prevalenza di altri sia maggiore in un caso rispetto all’altro: i reati di associazione a delinquere e di spaccio e traffico di sostanze stupefacenti riguardano solo i “delinquenti”, che, come abbiamo visto, si distinguono per una tipologia di reato strettamente legata allo stile di vita deviante e per scelte delinquenziali ripetute nel tempo. I reati di omicidio, lesioni e minacce, violenza sessuale e legati alla famiglia, invece, seppur non assenti nella prima categoria del campione, risultano essere predominanti negli utenti con problemi di salute mentale; si tratta, come già visto, di reati che non per forza sono legati ad uno stile di vita deviante.

Grafico 46: Reato

*Delinquenza*



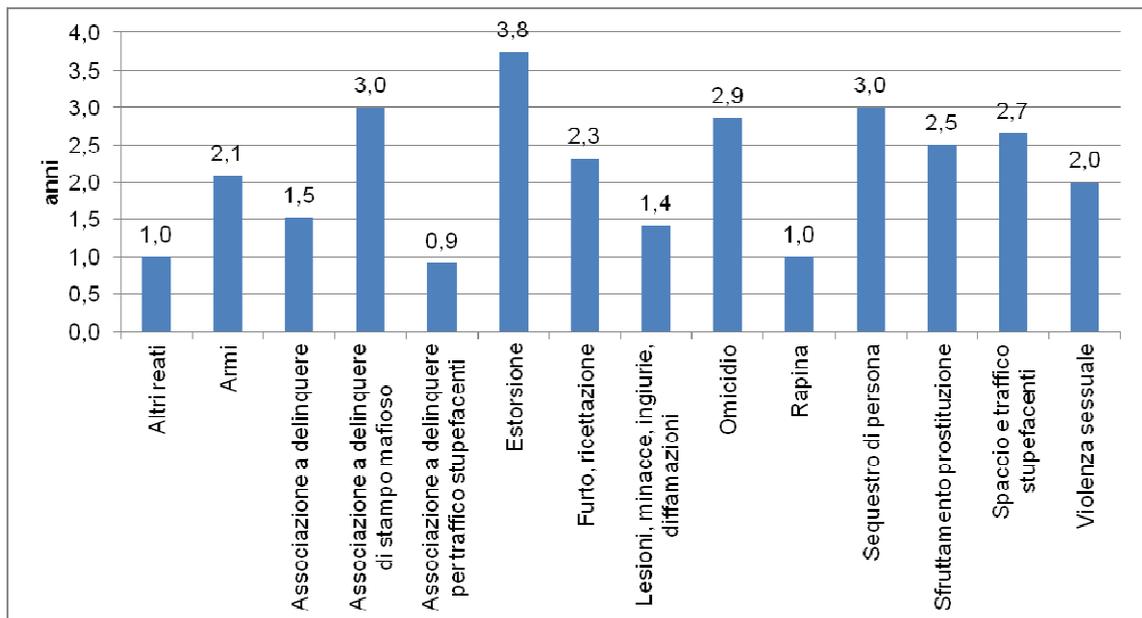
*Salute mentale*



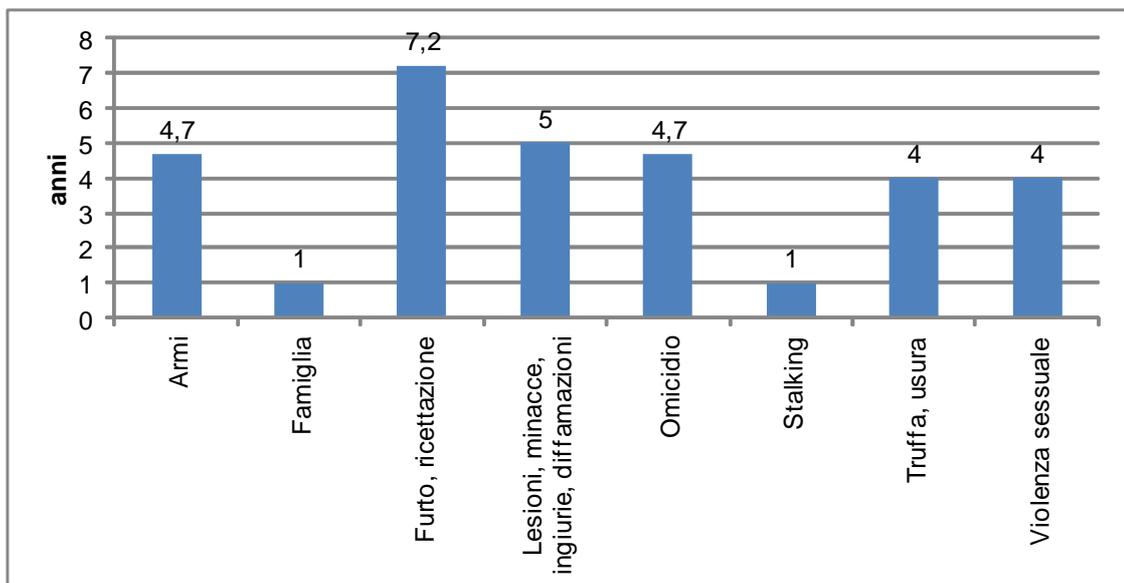
Anche confrontando la durata media della misura di sicurezza fra “delinquenti” e persone con problemi di salute mentale possiamo rilevare alcune differenze. Come già detto, la durata media della misura per i primi è di 28,34 mesi, cioè 2 anni e 5 mesi circa, mentre per i pazienti psichiatrici è di 45 mesi, cioè quasi 4 anni. La misura di sicurezza, quindi, dura in media di più per le persone non imputabili (o semi imputabili); e ciò avviene anche quando si tratti della medesima tipologia di reato. Come si può vedere dal grafico 47, infatti, le misure di sicurezza nel caso di omicidio compiuto da “delinquenti” hanno una durata media di 2,9 anni, mentre, per gli omicidi compiuti dai pazienti psichiatrici la durata media della misura è di 4,7 anni. Lo stesso risultato si ottiene confrontando i reati di furto, ricettazione e lesioni e minacce fra le due categorie di utenti.

Grafico 47: Durata misura sicurezza – reato

*Delinquenza*



*Salute mentale*



Il breve confronto fra le due tipologie di utenza destinatarie di misure di sicurezza porta a concludere che la patologia psichiatrica incida notevolmente nel distinguere gli utenti. Cambia, infatti, la tipologia di reato e, anche quando essa è la medesima, la durata media della misura è maggiore per i pazienti psichiatrici. Ciò significa che, nonostante si parli di misure di sicurezza in entrambe le situazioni (persone dichiarate “delinquenti” e persone psichiatriche), sia necessario tenere presente che si tratta di utenti diversi, a cui devono essere destinati interventi distinti, nei quali sono coinvolti operatori e servizi differenti. La pericolosità sociale è il fattore comune alle due categorie di utenti, ma essa deriva da motivazioni assolutamente differenti e verso le quali è necessario porre un’attenzione diversa a seconda delle finalità che si vogliono raggiungere: nel caso dei “delinquenti” si è visto che l’aspetto su cui intervenire riguarda lo stile di vita, contrassegnato dalla devianza e dalla delinquenza; mentre nel caso di persone non imputabili (o semi imputabili), la pericolosità sociale deriva dalla patologia psichiatrica, la quale può influire su comportamenti delinquenti, che, però, non sono ascrivibili ad un più generale stile di vita deviante. Cambia anche la motivazione che spinge le persone a commettere un reato: nel primo caso oserei dire che si tratti di un comportamento che si ripete nel tempo, anche se condizionato da fattori personali e sociali; mentre nel caso di persone malate, anche quando il reato avvenga “per scelta”, essa è influenzata da elementi non controllabili, poiché parte di una patologia psichiatrica.

Si può concludere affermando che la patologia psichiatrica incide notevolmente sulle motivazioni che stanno alla base della misura di sicurezza a cui sono sottoposte le persone con problemi di salute mentale. Le differenze fra le due tipologie di utenza, infatti, confermano le particolarità proprie di ognuna delle due, sottolineando l’importanza che la patologia psichiatrica riveste, nell’identificare alcune caratteristiche specifiche riguardanti le persone con problemi di salute mentale che hanno commesso un reato.

## **CAPITOLO 5: LA VOCE DEGLI ADDETTI AI LAVORI**

Lo scopo delle interviste che ho condotto é quello di comprendere da una parte, quali sono i fattori che possono facilitare la dimissione dei pazienti internati negli OPG, revocando la loro misura di sicurezza detentiva oppure trasformandola in una non detentiva e dall'altra, come è possibile promuovere lo sviluppo di tali fattori, al fine di dare attuazione a quanto previsto dalle normative che dispongono il superamento degli OPG, evitando di dover procedere ad un'ulteriore proroga del termine, previsto per il 31 marzo 2015.

I molteplici interventi legislativi auspicano il confronto e la piena collaborazione fra le diverse professionalità e i servizi coinvolti, ma, a giudicare anche dalle ripetute proroghe del termine previsto per la chiusura definitiva degli OPG, sembra non essere così semplice e immediato trovare soluzioni condivise e nuovi modi di operare da parte degli attori interessati; stiamo parlando, infatti, di una norma che costringe ad un cambiamento a diversi livelli: organizzativo-gestionale, economico, culturale, sociale e forse anche professionale.

Io sono dell'opinione che il legislatore, nel fissare un termine certo per la chiusura degli OPG, non abbia tenuto conto della complessità propria dell'ambito delle misure di sicurezze applicate a persone con problemi di salute mentale: come già accennato, si tratta di una materia che coinvolge il piano giuridico e quello sanitario, enti pubblici e strutture private, professionisti socio-sanitarie e giuristi e che comporta modifiche gestionali, economiche, professionali, nonché un grande cambiamento culturale. Gli attori coinvolti si torvano, a parer mio, a dover rispettare una scadenza fissata, senza essere stati dotati degli strumenti necessari, da quelli economici e organizzativi a quelli formativi e culturali e non permettendo loro, quindi, di arrivare preparati alle date previste dalle norme.

### **5.1 Le interviste**

Come già accennato, le interviste che ho condotto sono semistrutturate, caratterizzate, cioè, da domande predefinite ma aperte, a cui i diversi interlocutori hanno potuto dare risposte centrate sul tema, ma con lo spazio necessario ad esprimere la propria opinione liberamente. Quest'ultimo aspetto è stato reso possibile anche prevedendo il mantenimento della privacy in relazione ai dati personali degli intervistati, per cui farò

riferimento al tipo di professione e al servizio di appartenenza, ma senza definire nomi e luoghi di città.

Le interviste che ho effettuato sono cinque e sono state sottoposte a due assistenti sociali di un UEPE, ad un Magistrato di Sorveglianza, ad uno psichiatra di un Dipartimento di Salute Mentale e ad un assistente sociale di un Ospedale Psichiatrico Giudiziario. In questo modo, ho coinvolto diverse professionalità (assistenti sociali, Magistrato e psichiatra) e differenti servizi (UEPE, Magistratura di Sorveglianza, Dipartimento di Salute Mentale e OPG).

Analizzerò le interviste raggruppandole per tematiche e temi di riflessione e non per persona intervistata, al fine di mettere in evidenza le diverse opinioni che i professionisti hanno espresso in relazione ad uno specifico argomento di volta in volta approfondito.

## **5.2 Le tematiche affrontate con ogni intervistato**

Nelle interviste che ho effettuato vi sono alcune domande che ho rivolto a ciascun intervistato, in modo tale da avere un quadro completo delle diverse opinioni, riguardanti aspetti che toccano ognuno di loro. Esse riguardano (Tabella 1):

1. i fattori che facilitano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva e come promuoverli;
2. i fattori che ostacolano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva e come neutralizzarli;
3. la possibilità che tutti gli internati escano dagli OPG terminando la misura di sicurezza detentiva;
4. i maggiori ostacoli per il superamento degli OPG e gli elementi che dovrebbero cambiare a tal fine;
5. l'opinione sulla norma che prevede il definitivo superamento degli OPG;
6. gli interventi messi in atto finora;
7. la previsione di alternative alle misure di sicurezza o misure di sicurezza diverse da quelle esistenti.

### **5.2.1) I fattori che facilitano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva e la loro promozione**

Questa è la domanda che ho posto all'inizio di ogni intervista, perché il professionista non venisse influenzato da altre riflessioni e potesse iniziare a pensare all'argomento

della chiusura degli OPG libero da qualsiasi altro ragionamento, critica o difficoltà legata al tema. È, infatti, una delle domande centrali a cui ho riservato particolare attenzione proprio perché utile a capire quali sono gli aspetti più importanti, che permettono di giungere in concreto alla chiusura degli OPG. Infatti, più la misura di sicurezza detentiva è caratterizzata da un buon andamento, più è probabile che essa venga revocata o sostituita con una misura non detentiva, passaggio fondamentale se si vuole fare in modo che tutti gli internati escano dagli OPG.

Secondo uno dei due assistenti sociali dell'UEPE che ho intervistato, i fattori che facilitano il buon andamento della misura detentiva sono due: un percorso caratterizzato dalla **gradualità** e uno stretto **collegamento tra i professionisti dei diversi servizi coinvolti**. Per quanto riguarda il primo dei due, egli sostiene che i casi con esito positivo che ha gestito siano contraddistinti da passaggi graduali, in cui la persona internata poteva avere il tempo di trovare un equilibrio per poi iniziare a sperimentarsi in luogo esterno all'OPG, dapprima attraverso lo strumento della licenza finale di esperimento (una specie di libertà vigilata, in cui però la persona rimane tecnicamente internata, pur iniziando a sperimentare un periodo di tempo in una comunità residenziale) e, solo in seguito, attraverso la sostituzione della misura detentiva in libertà vigilata. Questi passaggi graduali costituiscono una garanzia, in quanto lasciano ai progetti individualizzati il tempo di declinarsi, "tranquillizzando" sia il sistema dei servizi, che la persona internata. Con la nuova Legge questo schema salta: le norme, infatti, prevedono che gli OPG vengano chiusi entro il 31 marzo 2015 e che, quindi, gli internati debbano essere reinseriti nei loro territori di provenienza, senza tenere conto dei rischi che tale previsione crea, non considerando la gravità di alcune situazioni molto complesse, che avrebbero bisogno, al contrario, di un percorso caratterizzato dalla gradualità. Il secondo fattore che facilita il buon andamento della misura detentiva è costituito, secondo l'assistente sociale, dalla comunicazione e collaborazione fra i quattro soggetti coinvolti nella presa in carico dei pazienti: OPG, UEPE, Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e comunità terapeutiche. È necessario trovare un linguaggio comune che permetta il confronto e la conoscenza reciproca, pur nel rispetto del proprio e altrui ruolo professionale, tenendo in considerazione che non si tratta di un'operazione facile, poiché entrano in gioco professionalità e personalità diverse, missioni istituzionali differenti e, a volte, anche lontananza fisica fra i servizi.

Purtroppo la promozione di questi due fattori, gradualità e confronto/collaborazione, dipende, secondo l'intervistato, esclusivamente dalla competenza/disponibilità degli operatori, i quali si trovano a dover dare concretezza a forzature previste ex lege.

Il secondo assistente sociale dell'UEPE introduce altri due fattori che facilitano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva: la **presa in carico da parte del servizio psichiatrico** e l'esistenza di una **rete sociale territoriale** del paziente. Per promuovere il primo dei due è necessario che i servizi territoriali vengano dotati di più risorse, in quanto molte volte i servizi sono presenti ma non possono attuare tutti gli interventi che sarebbero necessari, a causa della scarsa disponibilità di risorse; non sono pochi i casi in cui i tempi di conclusione della misura di sicurezza detentiva si allungano proprio a causa dell'assenza di risorse sul territorio di provenienza. Per promuovere il rafforzamento o la creazione di una rete sociale attorno al paziente è necessario che venga fornita una formazione specifica agli operatori dei servizi che, quindi, possono portare avanti un lavoro di sensibilizzazione del territorio stesso. L'assistente sociale cita a questo proposito l'esempio di un progetto che prevede che i professionisti si rechino nei quartieri più problematici e riflettano con i cittadini su cosa significhi "sicurezza". È, infatti, dalla conoscenza delle situazioni, secondo l'intervistato, che nascono apertura e accoglienza.

Il Magistrato di Sorveglianza, parlando dei fattori che facilitano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva, riflette prevalentemente sulla **qualità dell'intervento terapeutico**, sia all'**interno** degli OPG, che all'**esterno** da parte dei servizi psichiatrici territoriali e delle comunità terapeutiche.

*“Guardando gli OPG del territorio italiano, vediamo che il trattamento offerto non è lo stesso dappertutto” ed “è ovvio che, migliore è l'intervento terapeutico offerto dalla struttura detentiva, migliore è la risposta”.*

Il Magistrato, inoltre, ha avuto più volte difficoltà di revocare una misura di sicurezza detentiva per la mancanza, l'inadeguatezza o l'insufficienza dei programmi terapeutici esterni; i servizi territoriali dovranno rendersi conto che gli internati sono pazienti psichiatrici a tutti gli effetti e, quindi, rientrano nella loro competenza anche se hanno commesso un reato. Promuovere interventi terapeutici di qualità, significa, secondo l'intervistato, strutturare trattamenti psichiatrici contraddistinti più dalla cura che dal controllo, proprio sulla base di quanto appena sostenuto, e cioè che gli internati, anche se autori di reato, sono comunque pazienti con problemi di salute mentale.

Lo psichiatra del DSM sostiene che i fattori che facilitano il buon andamento della misura detentiva siano di due tipologie: quelli **legati al paziente** e quelli legati alla struttura. Fra i primi egli include la gravità della patologia, la capacità di comprendere la situazione da parte del paziente, il suo livello intellettuale e l'aderenza al trattamento. I fattori legati alla struttura fanno riferimento, in particolare, al **trattamento farmacologico, psicosociale e riabilitativo** fornito dalla struttura in cui il paziente è inserito, trattamento che deve essere caratterizzato più da elementi di cura e di riabilitazione rispetto agli elementi di controllo. Per promuovere tali fattori facilitanti il buon andamento della misura detentiva, è necessario che il lavoro con il paziente sia tale da stimolare la sua parte funzionante (le sue capacità e le sue risorse) e che il contesto terapeutico (OPG e comunità terapeutiche) sia contraddistinto da professionalità, competenza e impegno; a questo proposito, secondo l'intervistato, è fondamentale che avvenga una riorganizzazione delle strutture, che quindi necessitano di risorse legate al tempo e al personale.

Infine, l'assistente sociale dell'OPG sostiene che i fattori che facilitano il buon andamento della misura detentiva siano **il progetto individualizzato** di cui l'internato è destinatario all'interno dell'OPG e la costruzione di un'ipotesi di **reinserimento** della persona. Secondo l'intervistato è fondamentale che il percorso terapeutico interno all'OPG sia caratterizzato dalla cura e dalla riabilitazione e che all'ipotesi di reinserimento si affianchi un lavoro di collegamento, costruzione di reti e analisi delle risorse in relazione al territorio di provenienza dell'internato, al fine di comprendere quali siano le reali possibilità che egli vi faccia rientro. Per promuovere un valido progetto individualizzato è necessario che siano messi in stretto collegamento gli aspetti clinico, educativo, assistenziale e sociale del paziente; in seguito, la predisposizione di un progetto di reinserimento richiederà l'attivazione di connessioni fra i diversi attori coinvolti nella gestione del caso (OPG, DSM e Magistratura di Sorveglianza), al fine di condividere modalità e obiettivi.

Leggendo quanto emerso dalle interviste relativamente a quali sono i fattori che facilitano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva, possiamo riassumerli nei seguenti:

- i fattori legati al paziente: comprensione, consapevolezza, capacità, compliance alle terapie;
- la gradualità del percorso dell'internato;

- la qualità dell'intervento terapeutico (inteso come trattamento farmacologico, psicosociale, riabilitativo) interno (predisposizione di un progetto individualizzato) ed esterno (reinserimento e creazione della rete sociale del paziente);
- la collaborazione fra i diversi attori coinvolti: OPG, UEPE, DSM, Magistratura e comunità terapeutiche.

Per promuovere tali fattori è fondamentale che:

- si lavori sulla “parte funzionante” del paziente internato (le sue risorse e capacità);
- gli interventi terapeutici siano caratterizzati più dall'elemento cura rispetto al controllo;
- vengano destinate più risorse (economiche, di personale e di tempo) ai servizi territoriali;
- vi sia una formazione specifica per gli operatori, affinché siano in grado di garantire professionalità e competenza;
- venga sensibilizzato il territorio di provenienza dei pazienti.

Questi costituiscono, quindi, gli elementi necessari su cui puntare l'attenzione e incentrare gli interventi finalizzati al superamento degli OPG, poiché citati e reputati fondamentali dai diversi professionisti intervistati.

### **5.2.2) I fattori che ostacolano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva: come neutralizzarli**

Il rovescio della medaglia di quanto appena detto è costituito dai fattori che ostacolano il buon andamento della misura detentiva.

Uno dei due assistenti sociali dell'UEPE sostiene che tali fattori siano tre: l'**assenza di riferimenti familiari e territoriali** del paziente, il **molto tempo trascorso all'interno dell'OPG** e la **difficoltà di compliance ai farmaci** da parte del paziente. Ancora una volta, la possibilità di neutralizzare tali elementi risiede nella gradualità dell'intervento: essa, infatti, permette di preparare con il tempo adeguato la rete familiare e, quindi, il rientro della persona nel suo territorio di provenienza; permette anche che non avvengano continue proroghe della misura di sicurezza detentiva, perché, senza fretta ma attraverso interventi mirati e programmati, si può giungere a miglioramenti rispetto alla situazione di partenza, i quali possono facilitare l'ipotesi di un passaggio ad una

misura non detentiva; la gradualità, inoltre, consente al paziente e ai professionisti di avere il tempo necessario, perché si stabilizzi il percorso e la persona risulti compensata. Il secondo assistente sociale dell'UEPE ritiene che ad ostacolare il buon andamento della misura detentiva siano la natura stessa dell'OPG, in quanto **istituzione totale**, e, come l'intervistato precedente, il **molto tempo trascorso all'interno dell'OPG**. Una realtà con caratteristiche così totalizzanti, infatti, può appesantire alcune situazioni; il contenimento offerto dall'OPG può essere un elemento positivo, perché aiuta la persona ad iniziare un lavoro su se stessa e sugli aspetti della sua patologia, ma l'indirizzo deve essere quello di un'ipotesi di reinserimento della persona, perché trascorrere molto tempo in OPG, sottolinea quelle che sono le caratteristiche totalizzanti di questa struttura piuttosto che quelle contenitive, ma con un'ottica di reinserimento esterno. Neutralizzare tali elementi ostacolanti, significa muoversi verso un graduale reinserimento sociale, evitando, così, che la situazione di internamento si cristallizzi e diventi un impedimento, invece che un punto di partenza stabilizzante ma volto, allo stesso tempo, ad un'uscita dall'OPG.

Secondo il Magistrato di Sorveglianza, i fattori ostacolanti il buon andamento della misura detentiva sono essenzialmente due: la **limitata disponibilità di risorse** a disposizione dei servizi psichiatrici e il **troppo peso dato agli elementi di controllo** rispetto alla cura. Con la parola "risorse" egli fa riferimento sia a quelle legate al personale, sia a quelle economico-strutturali, le quali sono in quantità esigua se rapportate al numero di internati da reinserire nei loro territori di provenienza. Inoltre, pensare troppo agli elementi legati al controllo, non permette di strutturare interventi tendenzialmente di cura. Per neutralizzare tale ostacolo, è fondamentale, secondo l'intervistato, predisporre interventi di tipo psichiatrico, educativo e ricreativo, attivando tutte quelle figure professionali competenti: psichiatri, educatori, assistenti sociali, ma anche volontari.

Anche lo psichiatra del DSM insiste sull'ostacolo costituito dalla **tipologia di istituzione custodialistico-carceraria** che, purtroppo, contraddistingue la maggior parte degli OPG. Egli è dell'opinione che l'organizzazione e il contesto possano ostacolare il buon andamento della misura di sicurezza detentiva, quando non siano votati all'attitudine sanitaria, dando, così, maggiore importanza al setting e all'impostazione di tipo carcerario. Neutralizzare tale fattore significa *"riorganizzare e riformattare le strutture, rendendole quanto più sanitarie possibile, quanto più vicino possibile alla vita normale, quindi fornire anche delle occasioni di uscita e di*

*sperimentazione del paziente in attività che non siano semplicemente l'attesa dell'ora del pranzo o della cena e così via".*

Secondo l'assistente sociale dell'OPG, i fattori che ostacolano il buon andamento della misura detentiva sono molteplici. Innanzitutto si tratta di **elementi culturali**, cioè di resistenze da parte del territorio e, quindi, dello **stigma** di cui i pazienti internati sono portatori; vi sono poi le **difficoltà delle famiglie**, soprattutto se si pensa ai reati che avvengono al loro interno; anche la **gravità della singola situazione**, in relazione alla patologia e al tipo di reato, è un elemento da tenere in considerazione e che può ostacolare la buona riuscita della misura detentiva. Neutralizzare questi fattori richiede tempo e, soprattutto, una forte collaborazione tra i diversi attori coinvolti nella gestione dei casi.

Riassumendo quanto riportato dagli intervistati in relazione ai fattori che ostacolano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva, possiamo concludere che siano i seguenti:

- la gravità della singola situazione in relazione alla patologia e alla tipologia di reato commesso;
- il molto tempo trascorso in OPG, soprattutto se prevalgono gli aspetti custodialistico-carcerari, caratterizzando tali strutture come istituzioni totali e totalizzanti;
- la limitata disponibilità di risorse (economico-strutturali e di personale) rivolte ai servizi territoriali;
- l'assenza di reti familiari degli internati e le difficoltà che tali famiglie incontrano nell'ipotesi di reinserimento dei pazienti nei territori di provenienza;
- gli elementi culturali legati allo stigma, di cui sono portatori i pazienti internati e la conseguente difficoltà di lavorare con il territorio.

Secondo quanto raccolto dalle interviste, neutralizzare tali fattori ostacolanti significa:

- prevedere percorsi caratterizzati dalla gradualità e pensati in un'ottica di reinserimento dei pazienti;
- attivare diverse figure professionali, al fine di predisporre interventi multidimensionali (psichiatrici, educativi, ricreativi);
- riorganizzare le strutture in termini di cura e prevedere attività esterne risocializzanti;

- attivare un'ampia collaborazione fra i diversi attori coinvolti.

Questi, quindi, gli elementi da tenere in considerazione (oltre a quelli descritti nel paragrafo precedente) quando si pensa agli interventi volti al definitivo superamento degli OPG, al fine di non trascurare l'esperienza e le difficoltà riportate dalle diverse figure professionali intervistate e direttamente coinvolte nella gestione dei pazienti psichiatrici sottoposti a misura di sicurezza.

### **5.2.3) È possibile prevedere che tutti gli internati possano terminare la misura di sicurezza detentiva?**

Questa mia domanda nasce dalla considerazione che, la norma, prevedendo che al 31 marzo 2015 gli OPG debbano essere chiusi, dà per scontato che per tutti gli internati sia possibile prevedere percorsi alternativi e che ciò avvenga nei tempi stabiliti dalla Legge stessa.

Il primo dei due assistenti sociali dell'UEPE ritiene che ciò sia possibile solo perché lo prevede la Legge, costringendo ad applicare un buon principio in maniera scorretta e mettendo in difficoltà gli operatori sociali, i quali si trovano a dover far fronte a situazioni complesse senza aver predisposto preliminarmente tutti gli elementi necessari ad una loro corretta ed adeguata gestione. Tutto questo, purtroppo, porterà, secondo l'intervistato, a recidive da parte dei pazienti.

Il secondo assistente sociale dell'UEPE è dell'idea che tutti gli internati potranno uscire dagli OPG, se vi saranno strutture residenziali intermedie ad alta protezione. Vi sono, infatti, casi di persone che saranno sottoposte a misura di sicurezza per tutta la vita, perché assolutamente ingestibili se non in situazioni protette; è necessario, quindi, che si pensi a potenziare queste strutture intermedie ad alta protezione, al fine di garantire ad ogni paziente l'uscita dall'OPG, restituendogli dignità, ma aiutando anche operatori e familiari nella gestione dei casi più complessi.

Il Magistrato di Sorveglianza è dell'idea che non sia possibile prevedere che tutti gli internati escano dagli OPG. Per alcune patologie, infatti, è difficile pensare che si possa sempre escludere una misura di sicurezza detentiva; *“purtroppo gli studi dicono che i disturbi di personalità di un certo tipo non fanno altro che fotografare il quadro della persona così com'è; così come abbiamo i capelli castani e gli occhi azzurri, abbiamo una certa struttura di personalità. [...] Eliminare completamente una struttura di tipo detentivo penso che non sarà possibile, perché ci sono patologie che purtroppo richiedono anche una forma di restrizione”*.

Anche lo psichiatra del DSM teme che non sia possibile prevedere che tutti gli internati escano dagli OPG. Vi sono, infatti, caratteristiche e fattori legati al paziente che non possono essere trascurati: la consapevolezza di malattia, la compliance al trattamento, la capacità di autodeterminarsi, di controllare i propri impulsi e la propria aggressività. Non sempre questi elementi sono presenti e possibili: in questi casi è difficile prevedere soluzioni alternative alle misure detentive, in particolar modo se si fa riferimento ad alcune sintomatologie, come quella delirante ad esempio, che è difficilmente curabile nonostante tutte le terapie che si possono proporre.

L'assistente sociale dell'OPG, al contrario, sostiene che, trattandosi di misure giuridiche, una fine dovrà esserci sempre: *“tutte le cornici giuridiche hanno un inizio e una fine. [...] Fa parte di quello che è l'iter giuridico anche se, effettivamente, c'è un discorso di pericolosità.”* In relazione a quest'ultima, comunque, entrano in gioco più fattori, sui quali è possibile lavorare, al fine di arrivare ad un termine della misura detentiva. Anche la normativa dice che il passaggio nelle future REMS dovrà essere solo temporaneo.

A pochi mesi dalla definitiva chiusura degli OPG, la maggior parte dei professionisti intervistati sostiene che non sia possibile una reale dimissione di tutti i pazienti internati. Credo che questo aspetto sia significativo e dica molto in relazione all'effettiva preparazione degli operatori e alla predisposizione di percorsi di uscita dall'OPG.

#### **5.2.4) I maggiori ostacoli per il definitivo superamento degli OPG**

Viste le continue proroghe del termine ultimo per la definitiva chiusura degli OPG, ho voluto chiedere agli intervistati quali sono, secondo loro, gli ostacoli prevalenti e quali elementi devono cambiare, affinché si concretizzi l'obiettivo del superamento di tali strutture.

Secondo il primo assistente sociale dell'UEPE “l'ostacolo principale è proprio il fatto che non ci siano delle **strutture intermedie**”. Stiamo parlando, infatti, di persone che, dopo anni di istituzionalizzazione hanno delle “necessità pazzesche”, che possono essere contenute e gestite solo nel momento in cui vengano concretizzate strutture rivolte specificamente ad esse, al di là di quanto prevede la norma, la quale, fondamentalmente, si preoccupa solo di chiudere le strutture degli OPG.

Il secondo assistente sociale dell'UEPE introduce anche l'ostacolo costituito dalla **mancanza di risorse culturali**. È necessario fornire al territorio strumenti tali da cambiare o comunque far sviluppare un'opinione pubblica, che non si basi sull'allarmismo, bensì su informazioni e cultura riguardanti i pazienti autori di reato.

Il Magistrato di Sorveglianza sostiene che **manchino le capacità, i mezzi, le risorse e le persone** per realizzare quello che è stato pensato essere l'effettiva e utile alternativa agli OPG, cioè le REMS, le quali presuppongono che le Regioni, i servizi territoriali e il territorio stesso si attivino. Un aspetto da non trascurare, secondo il Magistrato, risiede nel fenomeno tutto italiano delle cosiddette "macchie di leopardo": la risposta a quanto previsto dalla norma è molto variabile sul territorio nazionale, perciò i mezzi e le risorse andranno individuati sulla base delle possibilità e dei tempi specifici di ogni Regione.

Secondo lo psichiatra del DSM, i maggiori ostacoli all'effettivo superamento degli OPG sono di diverso tipo: vi è un **ostacolo organizzativo-strutturale**, caratterizzato dalla difficoltà di definire nuovi percorsi operativi all'interno dei servizi territoriali, dalla necessità di fornire formazione agli operatori che prenderanno in carico i pazienti dimessi e dall'esigenza di individuare nuove strutture di accoglienza. Vi è poi un **ostacolo culturale**, che richiede di intervenire modificando la cultura all'interno dei servizi e all'esterno, nel tessuto sociale. Egli sostiene, inoltre, che in molti casi sarà difficile, se non impossibile, che la persona faccia rientro nel suo territorio di origine, a causa di tipologie di reato a volte molto violente. Un ulteriore ostacolo individuato dallo psichiatra risiede nel fattore **tempo**: *"questa è una Legge che entrerà in vigore in maniera abbastanza rapida e non sono sicuro che i tempi consentano un'operazione del genere"*.

L'assistente sociale dell'OPG ritiene che gli ostacoli prevalenti siano tre: **le norme**, le quali devono superare anche la previsione della misura detentiva come estrema ratio; **l'esigua disponibilità di risorse**, al fine di distinguere i pazienti psichiatrici dai pazienti autori di reato: infatti, la gestione di questi ultimi è diversa e richiede risorse e strumenti altri rispetto a quelli già esistenti per le persone con problemi di salute mentale non autrici di reato; **la poca formazione degli operatori territoriali**, che si rivolgono al personale dell'OPG, chiedendo come gestire i pazienti autori di reato.

Una lettura attenta delle risposte appena riportate rileva come gli elementi riportati e giudicati come maggiori ostacoli al definitivo superamento degli OPG, siano parte di quei fattori facilitanti la buona riuscita della misura di sicurezza detentiva. Credo che, se

essi vengono considerati fra i maggiori ostacoli per la definitiva chiusura degli OPG, il lavoro da fare da qui al 31 marzo 2015 sia ancora molto.

#### **5.2.5) Cosa pensano della norma sul superamento degli OPG i diversi attori coinvolti**

Non è di secondaria importanza capire l'opinione che hanno i professionisti coinvolti riguardo la norma che prevede la chiusura degli OPG. Si è trattato di un "intervento dall'alto", che non ha chiesto il loro parere tecnico, ma che li costringe comunque ad un grande cambiamento su più livelli: organizzativo-gestionale, strutturale, professionale.

Secondo uno dei due assistenti sociali dell'UEPE, la norma parte da un **principio condivisibile** (le condizioni degli OPG non sono dignitose), **ma** lo applica in **modo troppo rigido e deterministico**, che non tiene conto della complessità del fenomeno.

*"Mi farebbe tanto piacere che qualcuno simbolicamente ci avesse chiesto un parere prima di fare una cosa di questo tipo"*. Egli riconosce quanto possa essere complesso predisporre interventi legislativi, ma è dell'idea che i problemi non possano essere risolti attraverso scelte così rigide.

Il secondo assistente sociale dell'UEPE ritiene che la norma sia passata **"sull'onda dell'emotività"**, presentando il degrado delle strutture degli OPG, ma senza affiancarvi un pensiero più approfondito. *"Si chiudono gli OPG, ma dove le metti queste persone? Che cosa fai? Che risorse metti in campo per questo?"*. Egli è dell'opinione che bisognasse portare all'opinione pubblica la necessità che i territori si facciano carico di queste persone, l'esigenza di risorse aggiuntive e via dicendo. Quindi, pur condividendo il principio alla base del quale è stato deciso di chiudere gli OPG, l'intervistato non è stato d'accordo sulle **modalità con cui è stato presentato il fenomeno**.

Secondo il Magistrato di Sorveglianza, la norma è assolutamente **condivisibile**, perché l'OPG non è mai riuscito a garantire un equilibrio fra intervento residenziale coatto e intervento terapeutico, fra cura e custodia. *"Quindi ben vengano i necessari interventi per modificare questo e cioè fare in modo che, anche quando è necessario un inserimento di tipo residenziale coatto, perché purtroppo esistono casi in cui non si può prescindere da un minimo di coazione, si possa questo risultato però ottenere in strutture dove è molto pregnante l'aspetto terapeutico"*.

Lo psichiatra del DSM sostiene che tale intervento legislativo fosse **doveroso**, come lo era stato quello relativo alla chiusura dei manicomi, prevista dalla Legge Basaglia.

*"Doveva essere già fatto prima e probabilmente ci troveremo come si sono trovati negli*

*anni Settanta, nel momento in cui si è dovuto abbandonare l'ospedale psichiatrico per entrare nella logica territoriale". Egli ritiene che forse già allora si potesse prevedere anche la chiusura degli OPG, ma forse i tempi non erano ancora maturi.*

L'assistente sociale dell'OPG sostiene che i quesiti in proposito siano molti: *"è il momento giusto? Ci sono abbastanza risorse? Il territorio è davvero così pronto a far fronte ad una situazione così? Gli operatori sono così informati per sostenere e condurre e gestire situazioni così gravi? Le famiglie come recepiscono e come vivono in questo momento la chiusura degli OPG?"*. Egli è sostanzialmente **d'accordo con la norma**, poiché i pazienti psichiatrici autori di reato possono essere gestiti anche in modo diverso, tuttavia **preparando il sistema** (risorse, territorio, servizi, operatori, famiglie, pazienti stessi) con tempistiche adeguate.

Riassumendo si può concludere che i diversi professionisti condividano il principio che sta alla base della decisione contenuta nella norma: gli OPG non garantiscono cura e dignità del paziente autore di reato, che può e deve, quindi, essere gestito in maniera differente. Nonostante ciò, ognuno di loro introduce aspetti che il legislatore avrebbe dovuto affrontare in maniera diversa: dalle tempistiche, alla predisposizione delle risorse necessarie, dalle modalità di attuazione del principio, alla mancanza di un pensiero più approfondito.

#### **5.2.6) Gli interventi messi in atto**

Ma oramai la norma c'è e il termine definitivo per la chiusura degli OPG è stato definito. Quindi, quali interventi sono stati messi in atto finora? Cosa è stato fatto per cercare di rispettare il 31 marzo 2015 come data ultima per il superamento degli OPG?

Secondo il primo fra i due assistenti sociali dell'UEPE, l'unico intervento effettuato nella Regione in cui lui svolge la professione consiste nell'aver individuato una struttura residenziale, che accoglie pazienti provenienti dall'OPG. *"É l'unico segno concreto che ho visto"*.

*"Interventi finora non ne sono stati fatti, se non sulla base della sensibilità degli operatori che hanno in carico i casi che gli arrivano"*, così risponde il secondo assistente sociale dell'UEPE intervistato. Lui è dell'opinione, infatti, che i servizi psichiatrici non abbiano più risorse rispetto a prima che venisse emanata la Legge, che le comunità in genere non si facciano ancora carico di queste situazioni e che agli operatori non siano stati destinati approfondimenti formativi.

Il Magistrato di Sorveglianza ritiene che il tempo avuto a disposizione per riorganizzare il sistema non fosse sufficiente: *“il nostro legislatore spesso dimentica che l’attività richiesta agli altri enti ha i suoi tempi e che i tempi degli enti territoriali non sono gli stessi in tutta Italia, per cui, secondo me, all’affermazione di principio, che è giustissima, bisognava assolutamente lasciare un tempo congruo per la sua realizzazione”*. Nonostante ciò, egli è dell’opinione che le continue proroghe siano servite ad attivare i diversi attori coinvolti, che, con scadenze temporali più lontane, sarebbero rimasti inattivi. Il Magistrato prosegue affermando che nel suo territorio siano stati messi in atto diversi interventi, a partire dall’individuazione della futura sede per la Rems. Tuttavia, poiché si dice che non vi sarà un’ulteriore proroga del termine ultimo per la chiusura degli OPG, è necessario che chi di dovere si attivi ulteriormente, perché queste vecchie strutture devono essere superate.

Lo psichiatra del DSM ritiene che sia stato fatto poco o nulla sia a livello nazionale che regionale; qualche seminario e incontro, ma, alla fine, *“i servizi si sono trovati spiazzati”*. Secondo l’intervistato, non è stato fatto niente per preparare il personale, anche in maniera operativa, ad accogliere i pazienti, né per prevedere percorsi possibili. *“Ciascun servizio che acquisirà queste persone, dovrà poi in maniera artigianale decidere e definirsi in termini operativi, costruendo ex novo una professionalità, una progettualità nuova”*.

Secondo l’assistente sociale dell’OPG, si stanno mettendo in atto gli interventi previsti dalla Legge: formazione per gli operatori interni all’OPG e per gli operatori dei servizi psichiatrici, riunioni di presidio, raccolta dati da parte delle Regioni per prevedere il numero di pazienti da dimettere e in quali territori, individuazione di alcune sedi per le Rems e via dicendo.

Credo sia necessario sottolineare che i professionisti intervistati facciano parte di diverse Regioni italiane, fattore che può giustificare risposte così diversificate tra loro. Le differenti opinioni possono derivare, però, anche dalla diversità di professione e di servizio di appartenenza: a partire dalle loro risposte, infatti, sembra che, da un’ottica interna agli OPG, sia stato fatto molto, mentre dal punto di vista esterno i professionisti appaiono più critici e insoddisfatti rispetto agli interventi messi in atto finora. Queste risposte riflettono anche, a mio avviso, l’emotività degli attori coinvolti: sicuramente, come sostengono il Magistrato e l’assistente sociale dell’OPG, sono stati attivati interventi previsti dalla Legge; ma non è da trascurare l’opinione degli altri intervistati, i

quali vivono questo passaggio con più difficoltà, sostenendo che sarebbero necessari ulteriori interventi, affinché i territori siano pronti ad accogliere gli internati dimessi.

### **5.2.7) È necessario pensare a strumenti alternativi alle misure di sicurezza?**

Considerati i molti cambiamenti che la norma introduce anche a livello operativo, diffondendo nuove strutture, nuovi percorsi ed anche una nuova cultura, mi sono chiesta se non si rendesse necessaria anche una modifica delle diverse misure di sicurezza esistenti o l'introduzione di nuovi istituti simili.

Il primo dei due assistenti sociali dell'UEPE ritiene che le misure di sicurezza siano uno strumento funzionale e talmente utile in alcuni casi, da divenire una risorsa che lui stesso ha chiesto, a volte, al Magistrato di Sorveglianza, al fine di gestire al meglio alcune situazioni complesse. In alcuni casi, le misure di sicurezza costituiscono una tutela anche per la persona che vi è sottoposta, garantendo un contenimento da cui non si può prescindere, nel momento in cui autodisciplina e autocontrollo da parte del paziente risultino assenti. Egli sostiene, quindi, che non sia necessario trovare nuove misure, bensì utilizzare quelle già esistenti, adattandole, però, attraverso prescrizioni e tempi adeguati, allo specifico problema di ogni persona.

Il secondo assistente sociale dell'UEPE è dell'idea che le misure di sicurezza siano uno strumento talmente elastico, da poter essere adattato alle diverse situazioni. *“Il nostro lavoro è quello di offrire al Magistrato gli elementi, perché conosca, capisca e adatti”*. Parlando, ad esempio, della misura di sicurezza dell'obbligo di cura esistente nei paesi anglosassoni, anche se essa non è prevista nel nostro ordinamento, in concreto vi sono situazioni che vi corrispondono, perché le prescrizioni sono talmente elastiche rispetto alle limitazioni territoriali, da identificare, in alcuni casi, la misura di sicurezza, ad esempio, della libertà vigilata, con un obbligo di cura. Nella concretezza dello svolgimento della misura, quindi, non cambia nulla; vi è, però, una differenza di significato, perché diverso è dire alla persona che si trova in libertà vigilata, rispetto a dirle che è sottoposta ad un obbligo di cura.

Secondo il Magistrato di Sorveglianza, le misure di sicurezza costituiscono uno strumento funzionale e necessario, poiché le situazioni di rischio per le quali è nato il cosiddetto “doppio binario” necessitano di una risposta e, quindi, di strumenti adeguati a ridurre la probabilità di commissione di nuovi comportamenti criminosi. La sua opinione è che il sistema funzioni e sia corretto; nonostante ciò è necessario che la misura di sicurezza venga utilizzata al meglio dai diversi professionisti coinvolti nella

gestione del caso, predisponendo i trattamenti adeguati da un lato e assumendosi il rischio della revoca dall'altro.

Lo psichiatra del DSM ritiene che, in alcuni casi, le misure di sicurezza non detentive possano rivelarsi molto utili, affinché il trattamento funzioni. La presenza di una figura terza, infatti, costituita dal Magistrato di Sorveglianza, permette allo psichiatra di occuparsi dell'aspetto relativo alla cura, senza dover entrare nella dialettica dell'imposizione, che potrebbe inquinare il rapporto di fiducia e di aiuto tra paziente e psichiatra, che, al contrario, viene reso più chiaro e vissuto meglio dal paziente.

Anche l'assistente sociale dell'OPG sostiene che, in alcuni casi, le misure di sicurezza siano utili, sottolineando la differenza fra pazienti psichiatrici e pazienti autori di reato. In questo secondo caso non si può negare il comportamento messo in atto, perché la commissione di un reato compromette, o comunque modifica, relazioni, storie e vissuti personali, che, a volte, rendono più difficile la gestione di questi pazienti. L'importante, secondo l'intervistato, è che non si trascuri l'aspetto trattamentale, di cura e di riabilitazione di questi soggetti, che rimangono pur sempre persone con problemi di salute mentale.

Concludendo, quindi, tutti gli intervistati sono concordi nel ritenere che non serva modificare le misure di sicurezza esistenti, né prevedere nuovi strumenti alternativi, poiché esse si rivelano essere uno strumento utile e fondamentale nella gestione dei casi più complessi. Inoltre, dal momento che le prescrizioni contenute nelle ordinanze possono essere adeguate e personalizzate per ogni situazione, le misure di sicurezza sono caratterizzate da ampia elasticità e permettono di non trascurare, bensì, anzi, di porre attenzione all'elemento della cura e del trattamento del paziente.

Tabella 1: I risultati delle interviste

TEMA	A.S. UEPE 1	A.S. UEPE 2	MAGISTRATO	PSICHIATRA	A.S. OPG
<b>Fattori facilitanti</b>	Gradualità; comunicazione e tra servizi	Residenza; presa in carico DSM; rete territoriale	Qualità intervento terapeutico in OPG e poi fuori	Fattori del paziente e fattori delle strutture	Trattamento interno all'OPG ed esterno
<b>Come promuoverli</b>	Difficile; dipende da operatori	Risorse ai servizi e sensibilizzare il territorio	Dare un taglio di cura agli interventi	Professionalità, competenza, impegno, tempo, cura	Collaborazioni e tra servizi coinvolti
<b>Fattori ostacolanti</b>	Assenza rete; molto tempo in OPG; compliance alla terapia	OPG come istituzione totale; molto tempo in OPG	Poche risorse per le nuove strutture; logica custodialistica e non di cura	Istituzioni di tipo carcerario e custodialistico	Culturali, familiari, gravità situazione singola, tempi
<b>Come neutralizzarli</b>	Gradualità	Reinserimento o graduale	Interventi terapeutici, educativi e ricreativi adeguati	Riorganizzare le strutture con tagli più sanitario e di cura	Collaborazioni e tra servizi coinvolti
<b>Tutti gli internati sono dimissibili?</b>	Sì perché Legge lo prevede ma ci sarà recidiva	Solo se ci saranno strutture intermedie ad alta protezione	Difficile per alcune tipologie di patologia	Per alcuni pazienti non sarà possibile	Sì perché REMS dovranno essere temporanee
<b>Ostacoli e modifiche necessarie</b>	Strutture intermedie assenti	Risorse culturali	Mancano capacità, mezzi, risorse e personale: attivare i territori	Organizzativi, strutturali, culturali e temporali	Norme; risorse; formazione operatori
<b>Norma sul superamento OPG</b>	Rigida e deterministica; serviva confronto con noi operatori prima	Buona ma con modalità sbagliate: basata su emotività senza pensiero	Condivisibile	Era da fare	Giusta ma preparare operatori, territorio, famiglie e pazienti
<b>Interventi messi in atto</b>	Una struttura per pazienti ex OPG	Nulla: tutto sulle spalle degli operatori che prendono in carico	Individuata sede per Rems ma necessario attivarsi ancora	Qualche seminario ma troppo poco	Vari interventi previsti dalla Legge
<b>Misure di sicurezza alternative</b>	MS sono risorsa, se mirata sul problema della persona	MS sono elastiche: si adattano già alle diverse situazioni	MS funzionano come strumento: applicarle bene	MS di sicurezza utili qualche volta, perché controllo esercitato da figura terza rispetto allo psichiatra	MS utili in alcuni casi se con taglio di cura

### **5.3 Alcune tematiche specifiche**

Vi sono alcuni aspetti su cui ho riflettuto solo con alcuni degli intervistati, perché argomenti o concetti specifici di quella professione o di quel servizio di appartenenza. Essi sono i seguenti:

1. al Magistrato, allo psichiatra e all'assistente sociale dell'OPG ho chiesto le differenze che rilevano nel lavoro fra internati in misura detentiva in OPG e pazienti in misura non detentiva in comunità terapeutica residenziale;
2. sempre con gli stessi tre soggetti ho riflettuto su quelle che sono state e che sono tuttora le difficoltà nel passaggio di competenza per quei casi in uscita dall'OPG da reinserire nei loro territori di provenienza;
3. mi sono confrontata con il Magistrato di Sorveglianza relativamente alla responsabilità che lui ha nel decidere in merito alla proroga o alla revoca di una misura di sicurezza;
4. allo psichiatra e all'assistente sociale dell'OPG ho chiesto un confronto fra il trattamento previsto per i pazienti psichiatrici e i pazienti autori di reato;
5. con gli assistenti sociale dell'UEPE ho riflettuto circa il contributo che tale professionalità può dare nella gestione del paziente psichiatrico autore di reato;
6. sempre a questi ultimi ho chiesto un confronto fra il lavoro con i pazienti psichiatrici in misura di sicurezza e gli altri utenti che seguono in quanto autori di reato (in detenzione o in misura alternativa al carcere).

#### **5.3.1) Differenze fra la misura di sicurezza in OPG e in comunità terapeutica**

Nel momento in cui gli OPG saranno definitivamente chiusi, gran parte degli internati avrà bisogno di strutture residenziali alternative. Nel capitolo precedente si è visto come le comunità terapeutiche siano uno dei luoghi maggiormente presenti durante il periodo in cui il paziente è sottoposto a misura di sicurezza. Ho voluto, quindi, capire quali siano, secondo gli intervistati, le maggiori differenze fra lo scontare la misura di sicurezza in OPG e in comunità terapeutica residenziale. Ho rivolto questa domanda agli operatori dell'OPG e del DSM, perché coinvolti in prima persona nella gestione dei pazienti a loro affidati; ma mi sono confrontata anche con il Magistrato di Sorveglianza, perché ha sicuramente molto chiare le differenze fra i due contesti, dal momento che è lui stesso a decidere dove andrà la persona sottoposta a misura di sicurezza.

Secondo il Magistrato, infatti, *“è abissalmente diverso: la cura che si cerca all'interno della struttura residenziale è basata essenzialmente sull'alleanza terapeutica, mentre*

*nell'OPG è prevalente l'imposizione".* Secondo l'intervistato, quindi, la differenza fra l'essere sottoposti alla misura di sicurezza in OPG piuttosto che in comunità terapeutica risiede nel fatto che, nel primo caso, si tratta di una struttura estremamente contenitiva, nata come un carcere, in cui è presente anche personale della Polizia Penitenziaria, mentre nella struttura terapeutica residenziale prevale la presenza di personale a fini terapeutici. Inoltre, quest'ultima offre risposte differenziate per i diversi casi in carico: vi sono, infatti, comunità caratterizzate da un'assistenza presente ventiquattro ore al giorno e comunità con meno ore di assistenza, fino ad arrivare agli appartamenti protetti, in cui la persona ha ampi margini di autonomia.

Anche lo psichiatra del DSM è dell'opinione che la differenza sia sostanziale: *"la comunità terapeutica è un posto che assomiglia a un luogo di vita che normalizza il paziente, mentre l'OPG è un posto che spesso analizza, è un carcere"*. Secondo l'intervistato, quindi, la comunità terapeutica offre al paziente la possibilità di sperimentarsi in un contesto terapeutico e riabilitativo, ma aperto al territorio e meno spersonalizzante rispetto all'OPG; il paziente in comunità entra nella logica di una vita "normale": si appropria delle sue cose, fa esperienza di relazioni significative con gli altri ospiti e con il personale, il quale è caratterizzato da un aspetto terapeutico e non custodialistico.

L'assistente sociale dell'OPG conferma ancora una volta la differenza che intercorre fra la misura di sicurezza in OPG e in comunità terapeutica. È, infatti, del parere che la misura di sicurezza in comunità terapeutica *"preveda la costruzione di un progetto e di un percorso terapeutico già molto proiettato e condiviso con il territorio, quindi l'ambiente di provenienza della persona"*. Il paziente, infatti, partecipa ad esperienze riabilitative all'interno della struttura, ma anche all'esterno, sul territorio, con modalità, tempi e obiettivi definiti in un progetto il cui fine, quando possibile, è il rientro nel territorio. La persona in comunità, quindi, è già all'interno di un progetto terapeutico-riabilitativo. La permanenza in OPG, invece, è un momento di stabilizzazione, in cui si riflette su ciò che è accaduto, sull'iter giuridico vissuto dal paziente: *"è un momento, in termini di contenuti, dove si cerca di ripartire, di stabilizzare, di capire che cosa è successo. [...] È un punto da cui ripartire, è un momento di valutazione, di osservazione delle risorse; è un momento, in via provvisoria, in cui si riparte"*.

Riassumendo, possiamo concludere che i tre intervistati siano d'accordo nel sostenere che trascorrere la misura di sicurezza in OPG piuttosto che in comunità terapeutica sia molto diverso. Nel primo caso primeggiano gli aspetti custodialistico, contenitivo e di

stabilizzazione della situazione del reo/paziente. La comunità terapeutica, invece, è caratterizzata dalla presenza di personale volto alla cura del paziente, il quale inizia già a sperimentare esperienze sul territorio, all'interno di un progetto terapeutico-riabilitativo. Sembra, quindi, che si stia parlando di due momenti separati nel percorso dell'utente: un primo momento di ricerca di un nuovo equilibrio e un secondo momento volto alla riabilitazione e al reinserimento, quando possibile. Credo che, con la chiusura degli OPG, le future Rems e le comunità terapeutiche debbano interrogarsi su come gestire quegli aspetti che, fino ad oggi, non competevano loro, e cioè una minima parte di controllo (necessario, come abbiamo visto, in alcuni casi complessi) e la stabilizzazione della condizione del paziente, prima di pensare ad un progetto terapeutico-riabilitativo.

### **5.3.2) Le difficoltà nel passaggio di competenza**

Un secondo aspetto su cui ho voluto confrontarmi con i medesimi tre intervistati, riguarda le difficoltà che stanno incontrando nel passaggio di competenza. Gli internati, infatti, dovendo essere dimessi e reinseriti nei loro territori di provenienza, non saranno più competenza solo del Ministero della Giustizia, bensì anche di quello della Sanità, coinvolgendo i Dipartimenti di Salute Mentale e le comunità terapeutiche del territorio. Se, fino all'emanazione della Legge che dispone il superamento degli OPG, i pazienti erano gestiti solo da questa struttura, ora vengono interpellati anche i servizi territoriali, che dovranno prendere in carico gli ex internati.

Il Magistrato di Sorveglianza ritiene che, la maggiore difficoltà incontrata in questo passaggio risieda nella *“ritrosia dei servizi territoriali a farsi carico di questi soggetti. [...] Gli OPG erano sostanzialmente quel contenitore, nel quale finivano soggetti pericolosi o semplicemente quei soggetti per i quali il trattamento da parte delle strutture territoriali era complesso, era complicato o c'era scarsa aderenza”*. Secondo l'intervistato, quindi, finora i casi più difficili venivano risolti/gestiti dall'OPG, mentre ora *“i servizi territoriali si devono riappropriare in pieno del loro ruolo. [...] Fino ad ora chi l'ha fatto, l'ha fatto con le capacità, la sensibilità di chi lavorava all'interno di queste strutture. Adesso lo devono fare tutti, perché sono tutti costretti a dare una risposta”*. La difficoltà maggiore che il Magistrato esprime, consiste, quindi, nell'attivazione dei DSM, i quali devono riprendere il loro ruolo a tutti gli effetti, facendosi carico anche di questi soggetti, che sono in ogni caso pazienti psichiatrici.

Lo psichiatra del DSM ritiene che la difficoltà maggiore nel passaggio di competenza risieda nella poca collaborazione fra i diversi attori coinvolti e, nello specifico, fra l'amministrazione penitenziaria e quella sanitaria, come se si trattasse di *"compartimenti stagni"*. *"Certe volte arrivano i provvedimenti senza che magari siano stati condivisi a livello di servizio con chi dovrà poi prendere in cura il paziente"*. L'intervistato esprime l'esigenza di una maggiore condivisione, di un'interlocuzione un po' più approfondita tra i vari attori coinvolti. *"temo che la Magistratura lavori (non tutti probabilmente) con una sua logica, che non è sempre la logica dei servizi, la logica delle cure"*. Una maggiore comunicazione, quindi, consentirebbe di ovviare ad alcune difficoltà presenti nel passaggio di competenza per la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato.

È interessante notare come il Magistrato trovi che la difficoltà risieda nella insufficiente attivazione dei servizi territoriali, mentre l'opinione dello psichiatra del DSM fa riferimento alla differente logica con cui lavora la Magistratura. Forse è proprio questo il nodo critico su cui intervenire: una maggiore comunicazione fra i diversi attori coinvolti.

Secondo l'assistente sociale dell'OPG, le difficoltà incontrate sono molte e riferite a diversi aspetti: i DSM si sono trovati a dover gestire una casistica complessa in brevi tempi e con poche risorse; in alcuni casi è impossibile pensare che il paziente possa fare rientro nel suo territorio di appartenenza; i Comuni non hanno risorse aggiuntive per gestire questa tipologia di utenza; e il territorio non è pronto e sarebbe necessario affrontare il tema dell'allarmismo e del controllo sociale; non si sa come vivano questa situazione le famiglie dei pazienti (ma anche i pazienti stessi); anche la Magistratura si trova a dover considerare queste situazioni in modo diverso. *"Il rischio è quello di fare delle cose e gestire delle situazioni in modo inadeguato, di fare da tampone perché la Legge te lo dice, il decreto lo dice ma di non gestire in modo adeguato quella che è la problematica"*. Questo lungo elenco di problematiche espresse dall'assistente sociale, credo possa riassumersi in un'unica più ampia difficoltà: la Legge ha previsto un cambiamento strutturale in materia giuridico-psichiatrica, senza predisporre i necessari strumenti utili al passaggio di competenza tra i diversi attori coinvolti.

### **5.3.3) La responsabilità del Magistrato di Sorveglianza**

La responsabilità che il Magistrato di Sorveglianza si assume nel momento in cui emette un'ordinanza di revoca della misura di sicurezza è un tema a mio avviso interessante e

da prendere in considerazione, perché influisce nei percorsi di vita delle persone psichiatriche autrici di reato. Decidere in favore della revoca di una misura di sicurezza, significa presupporre che la persona sia in grado di non compiere più reati, ritenendo, quindi, cessato lo stato di pericolosità sociale e prevedendo al contempo, che, così facendo, sia rispettata l'esigenza di tutelare la collettività. *“É una delle competenze molto importanti e delicate che sono state riconosciute al Magistrato di Sorveglianza. L'applicazione e la revoca delle misure di sicurezza è effettivamente uno dei nostri procedimenti più delicati, anche perché, a differenza, ad esempio, delle misure alternative, ha una durata in teoria indeterminata”*. Dare un giudizio sulla pericolosità sociale di una persona, significa prevedere quello che potrebbe succedere, in termini di probabilità di reiterazione del reato. Nonostante l'arduo compito affidato loro, il Magistrato sostiene che essi siano in grado di gestire tale valutazione di pericolosità, poiché non sono lasciati soli: gli assistenti sociali, gli psichiatri e gli altri professionisti coinvolti nella presa in carico forniscono informazioni ed elementi utili alla formulazione di un giudizio circa la pericolosità sociale della persona: *“non è che il Magistrato si inventi a suo giudizio elementi sui quali ancorare il giudizio di pericolosità sociale.”* Relativamente alle persone pericolose socialmente a causa di un'infermità mentale, il Magistrato lamenta, però, una scarsa formazione specifica sulle patologie psichiatriche, che, quindi, imparano a conoscere con il tempo e con l'esperienza. *“Se (noi Magistrati) riuscissimo a capire meglio come funziona la patologia psichica, potremmo arrivare anche a scindere la patologia dal rischio di commissione di nuovi comportamenti criminosi, perché ci sono tanti soggetti affetti da patologie psichiche che non delinquono, quindi non è automatico. [...] Noi dobbiamo arrivare a vincere quella naturale ritrosia, perché secondo me deriva un po' dall'ignoranza nostra”*. Il Magistrato ritiene, quindi, che non sia sempre necessario applicare una misura di sicurezza nei casi di infermità mentale, però è chiaro che, se lui si prende la responsabilità di revocare la misura (*“Io come giudice devo vivere fino in fondo anche le scelte difficili a cui sono chiamato*), dall'altra parte debbano esserci servizi e professionisti in grado di garantire un trattamento adeguato, senza il quale risulta difficile escludere la probabilità di commissione di nuovi reati e, quindi, la pericolosità sociale. *“È chiaro che revocare è più facile quando c'è un trattamento adeguato fuori”*.

Concludendo, quindi, il Magistrato sostiene che il compito a cui sono chiamati non sia facile e che, nonostante ciò, chi è chiamato ad esercitarlo non possa prescindere

dall'assumersi la responsabilità della decisione che prenderà e riporterà nell'ordinanza; ma egli estende questa responsabilità anche a tutti gli altri professionisti coinvolti nella gestione dei pazienti autori di reato, poiché sono loro che forniscono gli elementi su cui si baserà la decisione del Magistrato e sono loro che, in concreto, avranno in carico il paziente sottoposto o meno alla misura di sicurezza.

#### **5.3.4) Differenze di trattamento fra pazienti psichiatrici e pazienti autori di reato?**

Leggendo le ordinanze all'interno dei fascicoli dell'UEPE ho capito che molte volte, quando al paziente psichiatrico autore di reato viene concessa la misura di sicurezza della libertà vigilata, egli la trascorra presso una comunità residenziale in cui sono presenti anche pazienti non autori di reato. mi sono chiesta, quindi, se vi sia qualche differenza di trattamento fra le due tipologie di soggetti o se, in fin dei conti, il fatto che vi sia una misura di sicurezza non detentiva non porti ad alcuna diversità.

Secondo lo psichiatra del DSM, *“non possono esserci differenze, se non, però, un'attenzione ai profili di rischio e una maggiore attenzione ai presupposti che hanno fatto sì che in passato questa persona si sia macchiata di un reato. [...] Ma il trattamento in sé non può essere diverso; gli ingredienti specifici del trattamento in termini di farmaci, in termini psicosociali, interventi psicologici, non possono essere diversi”*. Lo psichiatra sottolinea il punto di vista dei medici curanti: le persone che hanno in carico sono prima di tutto dei pazienti, a cui vanno rivolti interventi mirati alla problematica di salute mentale di cui sono portatori. La misura di sicurezza può essere uno strumento in più, che aiuta e facilita il lavoro, grazie a quanto già detto in relazione alla presenza di una figura terza (il Magistrato di Sorveglianza) che si occupa dell'aspetto del controllo e dell'imposizione, salvaguardando la relazione paziente-psichiatra.

Il trattamento in termini specificamente terapeutici, quindi, non cambia fra pazienti psichiatrici e pazienti autori di reato; verso questi ultimi è necessaria un'attenzione maggiore su quei profili di rischio che hanno determinato la commissione del reato e, allo stesso tempo, la misura di sicurezza può costituire uno strumento di aiuto all'interno del trattamento, ma negli interventi non possono esservi differenze dal punto di vista tecnico.

Non è dello stesso parere l'assistente sociale dell'OPG, il quale ritiene che la commissione di un reato porti alla creazione di fratture all'interno della vita del paziente

psichiatrico: fratture legate alle vittime, fratture in famiglia, fratture nella storia di vita, in cui situazioni precedenti si sono trasformate in altre. Vi è tutto l'aspetto forense, per cui i pazienti autori di reato, a differenza degli altri, hanno un trascorso giuridico, hanno subito un processo penale, sono stati sottoposti a delle perizie psichiatriche: tutti aspetti, questi, che determinano lo sviluppo di storie cliniche differenti, di diversi percorsi con i servizi psichiatrici e con il proprio ambiente.

Credo che si possano riassumere le due risposte nei seguenti termini: il paziente psichiatrico autore di reato è destinatario di trattamenti farmacologici e terapeutici che non si differenziano da quelli rivolti ai pazienti che non hanno commesso un reato, perché il fattore che li accomuna risiede nella malattia mentale, per la quale, dal punto di vista farmacologico, degli interventi terapeutici e delle strutture esistono le medesime risposte. Quello che cambia è l'approccio che i professionisti devono utilizzare sia nei confronti del paziente, mantenendo alta l'attenzione su quelli che sono i profili di rischio di recidiva, sia nei confronti della sua storia personale e sociale, che, nel momento in cui avviene un reato, acquisisce delle caratteristiche non trascurabili all'interno del progetto di aiuto della persona malata.

### **5.3.5) Il contributo degli assistenti sociali dell'UEPE**

Sono del parere che l'UEPE sia il servizio "di collegamento" fra l'aspetto della cura e quello del controllo. Gli assistenti sociali dell'UEPE, infatti, si interfacciano sia con la Magistratura di Sorveglianza, che impone al paziente una misura di sicurezza e limiti di libertà a cui sottostare, sia con i servizi territoriali, che si occupano del trattamento e del percorso della persona con problemi psichiatrici. Ho voluto chiedere, quindi, agli assistenti sociali dell'UEPE, quale fosse il loro specifico contributo nel lavoro con persone psichiatriche sottoposte a misura di sicurezza.

Le risposte che ho ricevuto sono molto simili fra i due intervistati.

*"Siamo gli operatori abituati ad avere una visione globale: gli aspetti tecnico-giuridici, quelli terapeutici, gli aspetti concettuali e organizzativi e le dinamiche familiari".* L'assistente sociale dell'UEPE, secondo il primo intervistato, riesce a tenere insieme tutti gli aspetti e, quindi, a contribuire a prospettare un progetto organico. Grazie a questa caratteristica, egli può essere interpretato come un mediatore, che gestisce il processo e le informazioni sul piano tecnico-giuridico. L'assistente sociale dell'UEPE, inoltre, è in grado di restituire significato a quello che sta accadendo: l'intervistato riporta la sua esperienza, raccontando di molti casi, in cui, ad esempio, il riesame della

pericolosità sociale creava disperazione nell'utenza, perché non ne capiva il significato. Il lavoro dell'assistente sociale è stato quello di leggere insieme le ordinanze, sensibilizzando sia il paziente, che i servizi coinvolti. *“E quando ci sei dentro bisogna capire che cosa vuole da te il sistema. [...] Quando gli utenti capiscono questo, ho visto la gente rifiorire, perché c'è una restituzione di significato di quello che stava accadendo e non è una cosa da poco”*. Il mezzo principale che viene utilizzato a questo fine è costituito dal confronto e dalla comunicazione: *“essere consulente come loro (gli psichiatri) fanno da consulente per te sulla diagnosi, sulla terapia...”*.

Il secondo assistente sociale sostiene che la sua specificità risieda nella gestione della misura di sicurezza, che significa *“spiegare, motivare, gestire queste cose e dare loro un significato”*. Questo consente di rassicurare gli operatori dei servizi, perché viene loro spiegato e motivato quello che è l'intervento della Magistratura. Lo strumento maggiormente utilizzato dall'assistente sociale dell'UEPE è proprio l'ordinanza, attraverso la quale egli può far comprendere ai pazienti e agli operatori quale significato abbia, ad esempio, la proroga della misura di sicurezza o una particolare prescrizione e via dicendo, attraverso una rilettura di tutto quello che è stato e delle prospettive future. Riassumendo possiamo concludere che l'UEPE sia il servizio che permette una comprensione reciproca fra Magistratura di Sorveglianza e servizi territoriali che hanno in carico il paziente psichiatrico, perché, attraverso il confronto, la lettura delle ordinanze e la spiegazione e motivazione di quanto in esse contenuto, gli assistenti sociali permettono agli operatori territoriali, ma anche ai pazienti, di comprendere e, quindi, accettare meglio, le imposizioni del Magistrato, il quale, a sua volta, potrà prendere decisioni motivate e giustificate dagli elementi che i diversi professionisti sono in grado di fornirgli. Infatti, se gli psichiatri e gli operatori dei servizi territoriali, grazie all'intervento dell'assistente sociale dell'UEPE, comprendono i significati contenuti all'interno delle ordinanze, essi potranno redigere relazioni più adeguate e specifiche per il loro committente.

### **5.3.6) Confronto fra pazienti in misura di sicurezza e “comuni” autori di reato**

Così come ho approfondito le differenze trattamentali fra persone psichiatriche autrici di reato e non, ho voluto capire come cambiasse il lavoro degli assistenti sociali dell'UEPE di fronte ad autori di reato sottoposti o no a misure di sicurezza, confrontando le seguenti due tipologie di utenza: persone psichiatriche sottoposte a misura di sicurezza e persone autrici di reato in detenzione o in misura alternativa.

La risposta dei due assistenti sociali è stata la medesima anche in questo caso: è più facile lavorare con i primi, perché non si è soli, bensì vi è sempre il servizio psichiatrico di riferimento. Quest'ultimo costituisce un elemento molto importante, perché è un servizio specialistico che può aiutare in relazione agli aspetti diagnostici e alle strategie; inoltre tali servizi offrono lo strumento delle strutture (comunità terapeutiche) che contengono la persona, mettendo gli assistenti sociali dell'UEPE in una situazione di grande "tranquillità". *"È più facile per noi avere il supporto forte di un servizio specialistico, che mette una struttura e che li contiene; ci mette in una situazione di grande tranquillità"*. Questo non significa, in ogni caso, lavorare di meno, perché i colloqui, le relazioni e tutto il lavoro di controllo rimangono; inoltre, si aggiunge l'elemento relativo alle riunioni con i professionisti degli altri servizi e il confronto non è sempre facile, anche a causa di meccanismi e prassi lavorative differenti. Si tratta, quindi, di progettualità e percorsi diversi rispetto alle persone non malate di mente autrici di reato, perché vi è la presenza di un altro servizio. Entrambi gli assistenti sociali, quindi, portano alla luce una situazione di solitudine nella gestione di tutti quei casi in cui non vi siano altri servizi territoriali di riferimento, perché il progetto di aiuto, l'elemento del controllo e il confronto stesso con l'autore del reato ricadono esclusivamente nella loro competenza. E questo aspetto li porta a concordare sul fatto che la gestione del paziente psichiatrico risulti più facile, proprio perché vi è la presenza di un altro servizio specialistico, con cui collaborare e condividere le difficoltà che vi possono essere nella presa in carico di queste persone.

#### **5.4 Conclusioni**

Non è facile riassumere tutti gli aspetti emersi durante le interviste, che sono state ricche di riflessioni e di elementi estremamente interessanti in tema di superamento degli OPG. Non sono molti gli aspetti in cui i professionisti intervistati hanno espresso opinioni distanti le une dalle altre; essi, infatti, sono concordi relativamente a quali siano i fattori facilitanti il buon andamento della misura di sicurezza detentiva, e quali quelli che, al contrario, ostacolano tale buon andamento; su quali siano le maggiori difficoltà legate al superamento degli OPG e quali siano gli interventi necessari da mettere in atto a tal fine.

Credo che, analizzati i contenuti delle risposte ricevute durante le interviste, possiamo identificare quali siano gli ambiti su cui intervenire, o comunque su cui porre maggiore

attenzione, al fine di concretizzare realmente la previsione legislativa che dispone la chiusura degli OPG.

È necessario parlare, innanzitutto, di **risorse economiche**, al fine di consentire alle Regioni, agli Enti Locali e ai Dipartimenti di Salute Mentale di intervenire con i mezzi e gli strumenti più adeguati, che non possono prescindere da finanziamenti ulteriori rispetto a quanto già essi dispongono per le persone psichiatriche non autrici di reato. Servono **nuove strutture residenziali**, che accolgano i pazienti dimessi dagli OPG, consentendo la continuità terapeutica rispetto al percorso che hanno iniziato a intraprendere all'interno di queste strutture che verranno chiuse. Prevedere nuove strutture significa dotarle anche di tutto ciò che permette il loro funzionamento, quindi risorse economiche, come già detto, e **risorse professionali** ad hoc. A questo proposito, è fondamentale che gli operatori dei servizi territoriali e degli OPG, siano destinatari di **corsi di formazione**, che permettano loro di essere preparati nella gestione del passaggio di competenza e nella predisposizione di nuovi percorsi terapeutico-riabilitativi. I professionisti (e i loro servizi di appartenenza), inoltre, necessitano di maggiore **confronto, comunicazione, condivisione di obiettivi e modalità e di conoscenza reciproca**, perché sono tutti chiamati a rivedere e riorganizzare le proprie prassi lavorative, dal momento che si troveranno a gestire una tipologia di utenza nuova (distinta dalle persone che già si trovano in libertà vigilata) e di cui non si sono mai occupati senza l'intermediazione degli OPG.

Bisogna poi pensare anche al **territorio**, che dovrà accogliere i pazienti ex internati destinatari di interventi di **reinserimento**. A questo proposito è necessario approfondire e riflettere sull'**aspetto culturale**, che si identifica in fenomeni quali l'etichettamento, lo stigma e l'allarmismo generale; anche i cittadini devono essere, quindi, sensibilizzati e tranquillizzati, attraverso la **promozione di una cultura** sulla salute mentale, la devianza, la sicurezza e il controllo sociale.

Non si può, inoltre, non pensare alle **famiglie** dei pazienti che verranno dimessi: è fondamentale prendere in carico anche loro, ascoltare le loro esigenze, le paure e le emozioni, capire come vivono questa situazione e quali bisogni hanno; come riportano gli intervistati, non sarà sempre possibile reinserire i pazienti nei loro territori di provenienza, sia per alcune tipologie di sindromi psichiatriche molto gravi, sia a cause di alcune tipologie di reato, pubblicizzato dai mass media e, spesso, caratterizzato dalla violenza. È necessario, quindi, approfondire tutti questi aspetti con le famiglie dei pazienti, perché, benché non sempre la persona possa fare rientro in casa, essa si trova

comunque in una condizione di maggior vicinanza alla sua famiglia e al territorio di provenienza.

È fondamentale, infine, che anche i **pazienti stessi** siano preparati a questo grande cambiamento: stiamo parlando delle loro vite e, soprattutto, di storie di vita complesse e caratterizzate da disturbi psichiatrici, che richiedono assistenza, accompagnamento e presa in carico, nel senso più stretto del termine: non si tratta solo di aprire un fascicolo con un nome, bensì di seguire la persona passo per passo nel suo percorso, che è certo un percorso terapeutico-riabilitativo, ma anche relazionale e che coinvolge, quindi, anche quegli aspetti emotivi e irrazionali, che è necessari imparare a controllare, senza negarli, nella gestione di questa particolare tipologia di utenza.

## CONCLUSIONE

Per concludere il lavoro di tesi vorrei riportare quanto è stato fatto o si sta facendo nel territorio della Regione Veneto, per poter accogliere i pazienti internati che verranno dimessi e faranno rientro nella nostra Regione.

Come si è visto analizzando le normative nel secondo capitolo e le interviste nel quinto, ogni Regione si sta organizzando con i propri tempi e con le proprie risorse, proprio perché, ognuna di esse, conta un diverso numero di strutture, di professionisti e di risorse economiche, oltre al fatto che non in tutte è presente un OPG.

La “Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”, redatta dal Ministro della Salute Lorenzin e dal Ministro della Giustizia Orlando il 30 settembre 2014, riporta la situazione attuale delle diverse Regioni italiane in relazione a diversi aspetti. La situazione della Regione Veneto è la seguente:

- dovrà accogliere 44 soggetti provenienti dall’OPG, perché residenti nella Regione Veneto; in particolare si tratta di 36 uomini e 8 donne.
- Di questi 44 soggetti, 21 sono stati dichiarati dimissibili dall’OPG, mentre gli altri 23 sono ritenuti non dimissibili.
- Per i 21 pazienti dimissibili è stata prevista una tipologia di programma terapeutico riabilitativo: un paziente sarà destinatario di un intervento ambulatoriale; uno verrà inserito in una comunità semiresidenziale; per 16 persone si pensa ad un programma residenziale e per i restanti 3 pazienti non è stata ancora indicata la tipologia di programma terapeutico riabilitativo.
- Per il Veneto, come già detto nel secondo capitolo, è stata attivata in un primo tempo la procedura di commissariamento, perché non erano stati trasmessi i programmi relativi agli interventi progettuali residenziali. Successivamente, la procedura è stata interrotta dall’approvazione della DGR 497 del 4 aprile 2014, la quale ha individuato sede e risorse per la costruzione della REMS.

Nel frattempo, però, qualcosa si è mosso: l’Ulss 21 di Verona, infatti, ha ricevuto un contributo versato al Dipartimento di Salute Mentale, con il quale è stata avviata una struttura residenziale sperimentale, chiamata “Casa Don Girelli”. Essa figura come una comunità intermedia ad alta specializzazione dedicata all’accoglienza di pazienti

psichiatrici autori di reato e l'obiettivo è quello di fare in modo che essa si caratterizzi come una "struttura ponte" tra gli OPG e il territorio. Il percorso riabilitativo, infatti, viene previsto per una durata massima di ventiquattro mesi e si basa su un progetto individualizzato condiviso con il DSM di appartenenza del paziente, con la finalità di reinserirlo nel suo ambiente di provenienza, attraverso un intervento che assicuri la continuità assistenziale. A questo proposito è importante il concetto di rete, che si concretizza qui in uno stretto rapporto di collaborazione fra Casa Don Girelli, OPG, DSM inviante, Magistratura di Sorveglianza e territorio (con la presenza anche del privato sociale). Altre caratteristiche configuranti la struttura sono la multiprofessionalità presente al suo interno e la formazione continua del personale (compresa la previsione di una supervisione per il personale, interna ed esterna alla struttura).<sup>21</sup>

Oltre a questo, un'équipe del Dipartimento di Salute Mentale dell'Ulss 20 di Verona ha ipotizzato una procedura per la gestione di pazienti provenienti dall'OPG, la quale si concretizza nei seguenti passaggi:

- la Regione Veneto invia periodicamente la lista dei pazienti di pertinenza del DSM di Verona;
- il servizio territoriale inizia un processo di valutazione di questi pazienti, al fine di definire un programma di uscita dall'OPG: l'équipe multiprofessionale del servizio psichiatrico si reca in visita conoscitiva presso l'OPG e, in accordo con gli operatori dell'OPG, dispone tempi e modi di valutazione del paziente, che poi specificherà in una relazione scritta, utile anche al Magistrato di Sorveglianza per eventuali decisioni riguardanti il paziente.
- Infine, il servizio psichiatrico progetta il percorso riabilitativo coadiuvato dagli operatori dell'OPG.

Quelli appena descritti costituiscono, a mio avviso, due interventi molto importanti: Casa Don Girelli concretizza quella esigenza che alcuni intervistati hanno espresso circa la necessità di strutture intermedie, che permettano il passaggio dei pazienti internati dall'OPG al territorio; la procedura ipotizzata dall'équipe dell'Ulss 20 di Verona è un

---

<sup>21</sup> Dal convegno: "*Brutti, sporchi e cattivi. Viaggio attorno alla pericolosità sociale*", tenuto presso l'Ateneo di Verona in data 23/01/2015.

segnale di quanto gli operatori stiano realizzando per prevedere nuovi percorsi di aiuto e, quindi, una nuova organizzazione del loro lavoro.

Se si è posta molta attenzione agli elementi che ancora mancano e a quelli che ostacolano il definitivo superamento degli OPG, è necessario anche sottolineare quante riflessioni, azioni e interventi siano stati messi in atto dai diversi servizi a professionisti coinvolti.

Ancora non si sa con certezza se si riuscirà a rispettare il 31 marzo 2015 come termine ultimo per la chiusura degli OPG, ma concludo riportando l'intervento del Ministro della Giustizia Orlando, nell'Assemblea della Camera dei deputati, tenutasi il 19 gennaio 2015:

*“Quanto al tema degli ospedali psichiatrici giudiziari, il superamento di questo modello ha purtroppo subito una proroga per la complessità delle procedure necessarie alle regioni per realizzare le strutture sanitarie sostitutive. L'impatto delle innovazioni legislative sugli OPG viene costantemente monitorato attraverso la rilevazione delle presenze degli internati negli OPG del territorio nazionale e attraverso un'analisi delle ordinanze emesse dall'autorità giudiziaria. E ciò al fine di rilevare le condizioni di perdurante pericolosità degli internati confermando o revocando in ragione di ciò le misure di sicurezza. Va segnalato che, a seguito dell'entrata in vigore della Legge, si è rilevata una leggera ma costante diminuzione delle presenze. Alla data del 31 ottobre 2014, gli internati erano 780, a fronte degli 880 presenti alla data del 31 gennaio 2014, dato ancora più rilevante se paragonato a quello del 2010 in cui si registrava la presenza di ben 1.448 internati. Si sta operando in piena adesione agli accordi raggiunti con la Conferenza unificata e nel rispetto della collaborazione istituzionale instauratasi con le regioni, i Dipartimenti di Salute Mentale e la Magistratura di Sorveglianza. È stato costituito presso il Ministero della salute l'organismo di coordinamento per il superamento degli OPG. **L'obiettivo è quello di evitare ulteriori ritardi ed arrivare entro i termini stabiliti alla chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari.**”<sup>22</sup>*

---

<sup>22</sup> Camera dei Deputati, Resoconto stenografico dell'Assemblea, Seduta n. 365 di lunedì 19 gennaio 2015, intervento del Ministro della Giustizia Orlando.



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Appunti dal convegno di Portogruaro, 14 marzo 2008: *“La tutela del paziente psichiatrico e la responsabilità dell’operatore sanitario: aspetti medici e giuridici a confronto”*.

Bassiri Gharb Rohanak, (2013), *“Il problema del trattamento dell’infermo di mente autore di fatto-reato nel diritto penale italiano: prospettive di riforma”*, tesi di dottorato di ricerca in Giurisprudenza, Padova.

Boidi G., (2001), *“La schizofrenia e la differenza di genere”*, all’interno del progetto *“Una salute a dimensione di donna nella regione Campania”*.

Centonze A., (2011), *“L’inquadramento dei disturbi mentali atipici, la capacità giuridica penale e l’accertamento della pericolosità sociale dell’imputato”*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica* 3/2011, pp. 53-75.

Fiandaca G., Musco E., (2010), *“Diritto penale – Parte generale”*, VI edizione, Zanichelli, Bologna, pp. 328-329 e pp.807-837.

Grispini A., Ducci G., (2013), *“Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Considerazione e riflessioni”*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica* 1/2013, pp. 9-24.

Mastronardi V., De Vita L., Umani Ronchi F., (2012), *“Alcune ricerche italiane sul fenomeno del figlicidio”*.

Miravalle M., (2011), *“La riforma della sanità penitenziaria: il caso Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Esigenze etiche e giuridiche dell’oltre”*, tesi di laurea in Sociologia del diritto, Torino.

Saporito F., (1908) *“Su gl’incorreggibili e il loro governo razionale: nota di psicologia criminale”*, Aversa.

Schiaffo F., (2014) *“La pericolosità sociale tra sottigliezze empiriche e spessori normativi. La riforma di cui alla legge n. 81/2014”*, in *“Diritto Penale Contemporaneo”*.

Zanalda E., Mencacci C., (2013), *“Percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia. L’impatto sui Dipartimenti di Salute Mentale. L’opinione della Società Italiana di Psichiatria”*, in *Rassegna penitenziaria e criminologica* 1/2013, pp. 25-47.

XI Congresso nazionale di psichiatria forense: *“La gestione del rischio in psichiatria”*, Alghero, 23-25 maggio 2008. La pericolosità sociale in psichiatria forense.

## **SITOGRAFIA**

<https://www.associazioneantigone.it>

<https://www.camera.it>

<https://www.giustizia.it>

<https://www.gruppoabele.org>

<https://www.lafraternita.it>

<https://www.normattiva.it>

<https://www.osservatorioantigone.it>

<https://www.penalecontemporaneo.it>

<https://www.psichiatria.it>

<https://www.psychiatryonline.it>

<https://www.ristretti.it>

<https://www.salutementaledonna.it>

<https://www.stopopg.it>

## **NORMATIVE/LEGGI**

1889. Codice Penale Zanardelli del 1889.

1904. Legge 36/1904: *“Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”*.

1930. Codice Penale Rocco del 1930.

1948. Costituzione italiana.

1968. Legge 431/1968: *“Provvidenze per l’assistenza psichiatrica”*.

1974. Sentenza Corte Costituzionale 110/1974.

1975 Legge 375/1975: Ordinamento penitenziario.

1976. D.P.R. 431/1976: *“Approvazione del regolamento di esecuzione della L. 26 luglio 1975, numero 354, recante norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà”*.

1978. Legge 180/1978: *“Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”*.

1978. Legge 833/1978: *“Istituzione del servizio sanitario nazionale”*.

1982. Sentenza Corte Costituzionale 139/1982.

1983. Sentenza Corte Costituzionale 1983.

1986. Legge 663/1986: *“Modifiche alla legge sull’ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà”*.

1999. Decreto legislativo 229/1999: *“Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”*.

1999. Decreto Legislativo 230/1999: *“Riordino della medicina penitenziaria a norma dell’articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419”*.

2000. D.P.R. 230/2000: *“Regolamento recante norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà”*.

2003. Sentenza Corte Costituzionale 253/2003.

2008. DPCM 1 aprile 2008: *“Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”*.

2011. *“Relazione sulle condizioni di vita e di cura all’interno degli ospedali psichiatrici giudiziari”* approvata dalla Commissione Parlamentare di Inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio sanitario nazionale, nella seduta numero 125 del 20 luglio 2011.

2011. Decreto Legge 211/2011: *“Recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”*.

2012. Legge 9/2012: *“Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”*.

2012. Decreto Ministeriale del 1 ottobre 2012: *“Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia”*.

2013. Decreto Legge 24/2013: *“Disposizioni urgenti in materia sanitaria”*.

2013. Legge 57/2013: *“Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 25 marzo 2013, n. 24, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria”*.

2013. Decreto Legge 150/2013: *“Proroga di termini previsti da disposizioni legislative”*.

2013. *“Relazione al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi dell’articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n.211 convertito dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal decreto-legge*

*25 marzo 2013, n. 24 convertito con modificazione, dalla legge 23 maggio 2013, n. 57, alla data del 30 novembre 2013*”, redatta dai Ministri della Salute e della Giustizia.

2014. Legge 15/2014: *“Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 31 dicembre 2013, n. 150 Proroga di termini previsti da disposizioni legislative”*.

2014. Decreto Legge 52/2014: *“Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”*.

2014. Legge 81/2014: *“Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”*.

*“Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”*, redatta dal Ministro della Salute Lorenzin e dal Ministro della Giustizia Orlando, 30 settembre 2014.

## **FILMOGRAFIA**

*“Si può fare”*, regia di Giulio Manfredonia, Italia, 2008.



# **ALLEGATI**



## **A) INTERVISTA AGLI ASSISTENTI SOCIALI DELL'UEPE**

- 1) Quali sono secondo lei i fattori che facilitano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva e che, quindi, permettono la revoca di tale misura o la sua sostituzione con una non detentiva?
- 2) Come promuovere e rafforzare tali fattori?
- 3) Quali i fattori, invece, che possono ostacolare il buon andamento della misura di sicurezza detentiva? Come cercare di neutralizzarli?
- 4) È possibile prevedere che tutti gli attuali internati possano terminare la misura di sicurezza detentiva?
- 5) Quali sono i maggiori ostacoli per il definitivo superamento degli OPG? Cosa dovrebbe cambiare perché si concretizzi tale obiettivo?
- 6) Cosa pensa, in generale, di questa norma che prevede il definitivo superamento degli OPG?
- 7) Quali sono gli interventi messi in atto finora per il superamento degli OPG?
- 8) Esistono, secondo lei, delle possibili alternative alle misure di sicurezza?
- 9) Quale contributo possono dare gli assistenti sociali nel lavoro con le persone sottoposte a misure di sicurezza? Attraverso quali strumenti?
- 10) Quali differenze riscontra fra il lavoro con gli infermi di mente sottoposti a misura di sicurezza e il lavoro con gli autori di reato non infermi in detenzione o in misura alternativa al carcere?

## **B) INTERVISTA AL MAGISTRATO DI SORVEGLIANZA**

- 1) Quali sono secondo lei i fattori che facilitano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva e che, quindi, permettono la revoca di tale misura o la sua sostituzione con una non detentiva?
- 2) Quali i fattori, invece, che ostacolano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva? Come cercare di neutralizzarli?
- 3) È possibile prevedere che tutti gli internati possano terminare la misura di sicurezza detentiva?
- 4) Quali sono i maggiori ostacoli per il definitivo superamento degli OPG? Cosa dovrebbe cambiare perché si concretizzi tale obiettivo?
- 5) Quali sono le differenze che lei riscontra fra lo scontare la misura di sicurezza detentiva in OPG e la misura di sicurezza non detentiva (libertà vigilata) presso una comunità residenziale terapeutica ?
- 6) Cosa pensa, in generale, di questa norma che prevede il definitivo superamento degli OPG?
- 7) Quali sono gli interventi messi in atto finora per il superamento degli OPG nel settore giuridico-normativo?
- 8) Esistono, secondo lei, delle possibili alternative alle misure di sicurezza?
- 9) Quali difficoltà ha incontrato nella gestione del passaggio di competenza?
- 10) Cosa si sente di dire in merito alla responsabilità che voi Magistrati di Sorveglianza avete nella decisione di revocare o prorogare una misura di sicurezza?

### C) INTERVISTA ALLO PSICHIATRA DEL DSM

- 1) Quali sono secondo lei i fattori che facilitano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva e che, quindi, permettono la revoca di tale misura o la sua sostituzione con una non detentiva?
- 2) Come promuovere e rafforzare tali fattori?
- 3) Quali i fattori, invece, che ostacolano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva? Come cercare di neutralizzarli?
- 4) È possibile auspicare che tutti gli internati riusciranno a terminare la misura di sicurezza detentiva?
- 5) Quali sono i maggiori ostacoli per il definitivo superamento degli OPG? Cosa dovrebbe cambiare perché si concretizzi tale obiettivo?
- 6) Quali sono le differenze che lei riscontra fra lo scontare la misura di sicurezza detentiva in OPG e la misura di sicurezza non detentiva (libertà vigilata) presso una comunità residenziale terapeutica ?
- 7) Cosa pensa, in generale, di questa norma che prevede il definitivo superamento degli OPG?
- 8) Quali sono gli interventi messi in atto finora per il superamento degli OPG?
- 9) Esistono, secondo lei, delle possibili alternative alle misure di sicurezza?
- 10) Quali differenze di trattamento vi sono fra i pazienti che segue e i pazienti sottoposti alla misura di sicurezza?
- 11) Quali difficoltà ha incontrato nella gestione del passaggio di competenza?

#### **D) INTERVISTA ALL'ASSISTENTE SOCIALE DELL'OPG**

- 1) Quali sono secondo lei i fattori che facilitano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva e che, quindi, permettono la revoca di tale misura o la sua sostituzione con una non detentiva?
- 2) Come promuovere e rafforzare tali fattori?
- 3) Quali i fattori, invece, che ostacolano il buon andamento della misura di sicurezza detentiva? Come cercare di neutralizzarli?
- 4) È possibile auspicare che tutti gli internati riusciranno a terminare la misura di sicurezza detentiva?
- 5) Quali sono i maggiori ostacoli per il definitivo superamento degli OPG? Cosa dovrebbe cambiare perché si concretizzi tale obiettivo?
- 6) Quali sono le differenze che lei riscontra fra lo scontare la misura di sicurezza detentiva in OPG e la misura di sicurezza non detentiva (libertà vigilata) presso una comunità residenziale terapeutica ?
- 7) Cosa pensa, in generale, di questa norma che prevede il definitivo superamento degli OPG?
- 8) Quali sono gli interventi messi in atto finora per il superamento degli OPG?
- 9) Esistono, secondo lei, delle possibili alternative alle misure di sicurezza?
- 10) Quali difficoltà ha incontrato nella gestione del passaggio di competenza?

## E) DPCM 01/04/2008, ALLEGATO C

### Allegato C

Ministero della Salute

Ministero della Giustizia

Linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia.

#### **Premessa**

Nell'ambito degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione in favore dei detenuti affetti da disturbi mentali, un programma specifico deve essere attivato per gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC), strutture di internamento che ospitano soggetti con patologie psichiatriche, tutti autori di reato, ma con posizioni giuridiche eterogenee

. Le azioni principali devono essere considerate in tale programma riguardano da un lato l'organizzazione degli interventi terapeutico riabilitativi, dall'altro la previsione di specifiche indicazioni affinché il passaggio di competenza delle funzioni sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale si modelli su un assetto organizzativo in grado di garantire una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza. Per tale scopo è necessaria una costante collaborazione fra operatori sanitari, operatori dell'Amministrazione della Giustizia e la magistratura. È da sottolineare che il successo del programma specifico per gli OPG è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della Salute Mentale negli istituti di pena, con particolare riferimento all'attivazione, all'interno degli istituti, di sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati e condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario o l'ordine di ricovero in O.P.G. o in case di cura o custodia; presso le stesse sezioni potrebbero essere assegnati, per l'esecuzione della pena, anche i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente. In coerenza con il dettato costituzionale, la Legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, all'articolo 2, punto 8, lettera g) pone come obiettivo «la tutela della Salute Mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni

forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici».

L'ambito territoriale costituisce, dunque, la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali per il fatto che nel territorio è possibile creare un efficace sinergismo tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone. Il principio del reinserimento sociale, sancito nell'articolo 27 della Costituzione, per coloro che, autori di reato,

sono stati prosciolti per infermità mentale e ricoverati in OPG può e deve essere garantito attraverso la cura, che ne è fondamentale presupposto, e l'azione integrata dei servizi sociosanitari territoriali.

Peraltro il principio di territorialità è parte integrante dello stesso ordinamento penitenziario che all'articolo 42 stabilisce che «nel disporre i trasferimenti deve essere favorito il criterio di destinare i soggetti in istituti prossimi alla residenza delle famiglie». Per tutte queste ragioni, il principio di territorialità costituisce il fondamento che motiva il decentramento degli OPG e rende possibile la differenziazione nella esecuzione della misura di sicurezza, come del resto hanno sanzionato le sentenze della Corte costituzionale che non legano l'applicazione della misura di sicurezza in modo univoco ed esclusivo all'OPG.

## **Le azioni**

In una prima fase, a passaggio di competenze avvenuto, la responsabilità della gestione sanitaria degli OPG è assunta interamente dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede. Nello specifico, per lo stabilimento di Castiglione delle Stiviere subentra la Regione Lombardia, per quello di Reggio Emilia subentra l'Emilia-Romagna, per quello di Montelupo Fiorentino la Toscana, per quello di Napoli e quello di Aversa subentra la Campania e per quello di Barcellona Pozzo di Gotto la Sicilia

Questi primi provvedimenti avranno come conseguenza un primo e opportuno sfoltimento del carico di internamento degli attuali OPG, il che rende possibile una migliore gestione personalizzata, un più idoneo rapporto tra operatori e internati e una maggiore possibilità di programmare le ulteriori fasi successive. In una seconda fase, a distanza di un anno, si prevede una prima distribuzione degli attuali internati in modo che ogni OPG, senza modificarne in modo sostanziale la capienza e la consistenza, si

configuri come la sede per ricoveri di internati delle Regioni limitrofe o comunque viciniori, in modo da stabilire immediatamente rapporti di collaborazione preliminari per ulteriori fasi di avvicinamento degli internati alle realtà geografiche di provenienza.

In via orientativa:

- all'OPG di Castiglione delle Stiviere, saranno assegnati internati provenienti dal Piemonte, dalla Val d'Aosta, dalla Liguria, oltre che naturalmente dalla Lombardia; considerando che tale struttura è l'unica con una sezione femminile, ad essa verranno assegnate le internate provenienti da tutte le regioni;
- all'OPG di Reggio Emilia, gli internati delle Regioni Veneto, Trentino-Alto Adige e Friuli V. Giulia e Marche, oltre che dall'Emilia Romagna;
- all'OPG di Montelupo Fiorentino, gli internati della Toscana, dell'Umbria, del Lazio e della Sardegna;
- all'OPG di Aversa e all'OPG di Napoli, gli internati della Campania, dell'Abruzzo, del Molise, della Basilicata e della Puglia;
- all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, gli internati della Sicilia e della Calabria.

Tra la Regione titolare della competenza gestionale dell'OPG e le regioni limitrofe e/o viciniori devono essere predisposti programmi di cura, di riabilitazione e di recupero sociale di ciascuno degli internati prevedendo rapporti tra i diversi servizi sociali e sanitari utili e necessari per realizzare il programma di ulteriore decentramento nelle Regioni di provenienza.

La terza fase, a distanza di due anni, prevede la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di

internati in OPG di provenienza dai propri territori e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza, dando così piena attuazione al disposto dell'art. 115, c. 1, D.P.R. 230/2000.

Le soluzioni possibili, compatibilmente con le risorse finanziarie, vanno dalle strutture OPG con livelli diversificati di vigilanza, a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di Salute Mentale della Azienda sanitaria dove la struttura o il servizio è ubicato. Tramite specifico Accordo in sede di Conferenza permanente fra lo Stato e le Regioni e Province Autonome, vengono definite la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le

Amministrazioni coinvolte. Nelle fasi transitorie, le persone affette da disturbi psichici cui a partire dal 1° gennaio 2008 è stata applicata la misura di sicurezza saranno destinate alle sedi trattamentali più prossime alla residenza, tenendo conto della fase attuativa del Progetto di regionalizzazione degli OPG e delle forme alternative in essere per la esecuzione della misura di sicurezza.

### **Indicazioni sui modelli organizzativi**

Nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari l'indicazione è di istituire, nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale, idonea struttura avente autonomia organizzativa. La struttura, coordinata con gli altri servizi sanitari della Azienda sanitaria e con i servizi sociali, deve avere funzioni di raccordo nei confronti delle Aziende sanitarie (regionali ed extraregionali) di provenienza dei singoli internati ospitati presso gli OPG, al fine di concordare ed attuare piani individualizzati di trattamento per il reinserimento dei pazienti nel territorio entro i tempi previsti dalla misura di sicurezza comminata e favorire la continuità terapeutica. In ogni Regione dove è ubicato un OPG deve essere realizzato uno specifico Accordo tra l'Amministrazione Penitenziaria e la Regione, con il quale sono definite le rispettive competenze nella gestione della struttura, individuando le funzioni proprie del Responsabile dei servizi di cura e riabilitazione e le funzioni di competenza dell'Amministrazione Penitenziaria. L'accordo andrà rivisto a cadenza annuale. In detto accordo, sono stabiliti gli ambiti delle funzioni di sicurezza in base alle esigenze dei singoli OPG, sono definite le modalità di intervento in casi di necessità ed urgenza, con la raccomandazione di istituire presidi di sicurezza e vigilanza, preferibilmente, perimetrali o esterni ai reparti. È comunque raccomandato l'avvio di apposite convenzioni tra Amministrazione Penitenziaria e le Regioni al fine di consentire la regionalizzazione delle misure di sicurezza per infermi di mente.

### **Monitoraggio e valutazione**

Il programma di superamento graduale degli OPG impegna, dunque, tanto l'Ordinamento penitenziario che il sistema sanitario sia per le scelte di campo che esso richiede che per la sua applicazione nella quotidianità degli atti amministrativi da assumere. Questo richiede di determinare le forme della reciproca responsabilità e della

sinergica collaborazione a livello nazionale, regionale e locale, facendo tesoro delle esperienze positive di collaborazione realizzate tra il Ministero della Giustizia e il Servizio sanitario nazionale su specifici problemi e su diverse realtà regionali e locali. Per tale scopo, deve essere attivato uno specifico gruppo di lavoro, sia all'interno di ogni Osservatorio regionale, sia, a livello nazionale, all'interno del Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza Unificata fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie Locali, previsto nelle Linee guida per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale per il monitoraggio del passaggio di competenze della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale. Gli interventi previsti dovranno essere posti in essere senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali trasferite.

## **F) DECRETO LEGGE 211/2011 (LEGGE 9/2012), ARTICOLO 3-ter**

### Art. 3-ter. Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

1. Il termine per il completamento del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari già previsto dall'allegato C del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, e dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011, secondo le modalità previste dal citato Decreto e dai successivi accordi e fatto salvo quanto stabilito nei commi seguenti, è fissato al 1° febbraio 2013.

2. Entro il 31 marzo 2012, con Decreto di natura non regolamentare del Ministro della Salute, adottato di concerto con il Ministro della Giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 3 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti, ad integrazione di quanto previsto dal Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a Casa di Cura e Custodia.

3. Il Decreto di cui al comma 2 è adottato nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
- b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente;
- c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

4. A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2, fermo restando che

le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di Salute Mentale.

5. Per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprese anche quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione del Ministro della Salute assunta di concerto con il Ministro per la Pubblica Amministrazione e la semplificazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

6. Per la copertura degli oneri derivanti dalla attuazione del presente articolo, limitatamente alla realizzazione e riconversione delle strutture, é autorizzata la spesa di 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni di euro per l'anno 2013. Le predette risorse sono assegnate alle regioni e province autonome mediante la procedura di attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede, quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2012, utilizzando quota parte delle risorse di cui al citato articolo 20 della Legge n. 67 del 1988; quanto ad ulteriori 60 milioni di euro per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 7-quinquies del Decreto-Legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla Legge 9 aprile 2009, n. 33; quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2013, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 32, comma 1, del Decreto-Legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111.

7. Al fine di concorrere alla copertura degli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 nonché degli oneri derivanti dal comma 5, é autorizzata la spesa nel limite massimo complessivo di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede:

- a) quanto a 7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della Legge 31 dicembre 2009, n. 196, dei programmi del Ministero degli affari esteri;
- b) quanto a 24 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244;

c) quanto a 7 milioni di euro per l'anno 2012 e a 24 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della Legge 31 dicembre 2009, n. 196, dei programmi del Ministero della Giustizia.

8. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di

Bolzano del 23 marzo 2005, provvede al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione del presente articolo.

9. Nell'ipotesi di mancato rispetto, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, del termine di cui al comma 1, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, il Governo provvede in via sostitutiva al fine di assicurare piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4.

10. A seguito dell'attuazione del presente articolo la destinazione dei beni immobili degli ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari è determinata d'intesa tra il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia, l'Agenzia del demanio e le regioni ove gli stessi sono ubicati.