DIRITTO PENALE CONTEMPORANEO

CHIUDONO GLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (?): LA SITUAZIONE E LE PROSPETTIVE IN LOMBARDIA

di Giulia Alberti

Abstract. *Il processo di superamento degli OPG, scandito dalla l. 22 febbraio 2012, n. 9 e successive modifiche, affida alle regioni una serie di azioni da intraprendere per la definitiva chiusura delle sei strutture para-carcerarie presenti sul territorio nazionale (in Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Campania e Sicilia) e per la loro sostituzione con una pluralità di micro-strutture sanitarie di tipo residenziale, dislocate nelle diverse regioni italiane. La tipologia e l'entità degli interventi richiesti alle regioni hanno subito modifiche in corso d'opera a seguito degli interventi legislativi succedutisi fino alla recente l. 30 maggio 2014, n, 81. La Regione Lombardia, competente in relazione all'OPG di Castiglione delle Stiviere – una riconosciuta eccellenza che, non senza talune criticità, spicca nel contesto del degrado generale dei sei OPG italiani – ha programmato diverse iniziative da intraprendere per attuare il superamento dell'unico OPG lombardo, approvando il proprio programma di utilizzo delle risorse, con DGR n. X/122 del 14 maggio 2013 e modificandolo – per adeguarlo alle novità introdotte con la l. n. 81/2014 – con DGR n. X/1981 del 20 giugno 2014. Il presente lavoro affiancherà una ricognizione degli interventi legislativi e di programmazione regionale succedutisi negli ultimi due anni ad un'analisi della realtà dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, basata su dati relativi alla popolazione presente nella struttura al 31 dicembre 2013 – un anno prima dell'ultimo decisivo intervento del legislatore. Alla vigilia della scadenza del termine per la chiusura degli OPG – fissato nel 31 marzo 2015 – l'avanzamento del processo di superamento degli OPG in Lombardia risulta bloccato in attesa dell'erogazione delle risorse da parte dello Stato. L'OPG di Castiglione delle Stiviere si trova pertanto in una situazione che, seppure migliorata rispetto all'anno precedente, non corrisponde ancora a quella programmata dalla Regione per la piena attuazione di quanto previsto dalla l. n. 9/2012 (e successive modificazioni) e dal d.m. 1° ottobre 2012 in materia di residenze sostitutive degli OPG.*

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Il primo passo verso la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari. Il DPCM 1° aprile 2008: trasferimento delle funzioni sanitarie relative agli OPG alla sanità regionale. – 3. Le iniziative intraprese dalla Regione Lombardia per l'attuazione del DPCM 1° aprile 2008. – 3.1. Attuazione del DPCM 1° aprile 2008: gli effetti sull'OPG di Castiglione delle Stiviere. − 4. Le novità introdotte con la l. 17 febbraio 2012, n. 9 e successive modificazioni. – 5. L'attuazione della l. n. 9/2012 e successive modificazioni in Regione Lombardia: DGR n. X/122 del 14 maggio 2013 e DGR n. X/1981 del 20 giugno 2014. − 6. Una fotografia dell'OPG di Castiglione delle Stiviere scattata un anno e mezzo fa, prima dell'imminente chiusura, prevista per il 31 marzo 2015. – 6.2. Gli internati. – 6.2.1. Età. – 6.2.2. Provenienza geografica. – 6.2.3. Posizione giuridica. – 6.2.4. Reato commesso. – 6.2.5. Tempi di permanenza e proroghe.

 BY-NC-ND 2010-2015 Diritto Penale Contemporaneo

6.2.6. Esito delle udienze di riesame della pericolosità sociale da giugno 2013 ad aprile del 2014. – 7. La situazione regionale alla fine del 2014: qualche dato. – 8. Considerazioni finali.

1. Premessa.

Siamo dunque giunti al 31 marzo 2015, data della prevista chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari. È quanto stabilisce la l. 30 maggio 2014, n. 81, che ne prevede la sostituzione con residenze esclusivamente sanitarie e di tipo residenziale, improntate alla cura e al reinserimento sociale dei pazienti autori di reato. Così facendo si realizza l'obiettivo centrale dell'intervento legislativo in materia: abbandonare il modello custodialistico e para-carcerario degli attuali ospedali psichiatrici giudiziari.

Contrariamente a quanto avvenuto allo scadere dei termini di volta in volta fissati nei due anni precedenti per la chiusura degli OPG, alle soglie dello scadere del termine del 31 marzo 2015 il Governo ha deciso di non adottare un ennesimo decreto di proroga. Se, da un lato, si tratta di una scelta che va incontro agli appelli di quanti hanno in passato criticato il succedersi delle proroghe, che hanno via via procrastinato di oltre due anni l'annunciata riforma, dall'altro lato, va considerato che quella scelta è stata presa nonostante il conclamato ritardo delle Regioni nella realizzazione delle residenze destinate a sostituire gli OPG. E' un dato che è emerso anche e in particolare nella Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della riforma degli OPG, presentata dai Ministri della Salute e della Giustizia il 30 settembre 2014, di cui abbiamo dato notizia sulle pagine di *questa Rivista*; relazione che prospettava un quadro di generale ritardo nell'attuazione della legge, da parte della quasi totalità delle regioni, e auspicava un'ulteriore proroga.

Sta di fatto che, come si è detto, l'ennesima proroga non si è avuta; che le regioni non hanno realizzato le residenze sostitutive e che, ciononostante, dopo il 31 marzo 2014 gli OPG, a norma di legge, sono da considerarsi 'chiusi'. Vi è allora da chiedersi cosa ne è e cosa ne sarà delle attuali strutture e, soprattutto, delle centinaia di persone che attualmente vi sono ristrette. Ovviamente, dato il generale ritardo nell'attuazione dei programmi regionali – almeno per quanto ci è noto –, gli internati non potranno, nella maggior parte dei casi, essere trasferiti immediatamente nelle residenze sostitutive. E' verosimile, pertanto, ipotizzare che le regioni ricorrano a soluzioni transitorie (ad esempio l'adeguamento degli attuali OPG), che consentano di dare una qualche attuazione alla legge.

In questo generale contesto problematico, il presente lavoro si concentra sulla realtà della Lombardia, competente per il superamento dell'OPG di Castiglione delle Stiviere (l'unico presente nella Regione). Il caso dell'OPG lombardo presenta particolare interesse in quanto si tratta dell'istituto di eccellenza nel panorama, desolante, dei superati OPG. La struttura è infatti l'unica ad essere stata da sempre gestita esclusivamente da personale sanitario e a contrapporsi pertanto al modello para-carcerario proprio degli altri OPG. Per questa ragione – lo ricordiamo altresì – l'OPG di Castiglione delle Stiviere è l'unico ad essere stato 'assolto con formula pressoché piena' dalla Commissione di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del sistema

sanitario nazionale (c.d. Commissione Marino), che nel 2011 ha denunciato le drammatiche condizioni in cui versavano gli internati negli OPG italiani.

Nella ricostruzione della situazione Lombarda ci concentreremo anzitutto sugli interventi posti in essere a livello regionale prima della riforma del 2012; in secondo luogo, illustreremo la situazione in cui versava, alla fine del 2013 l'OPG di Castiglione delle Stiviere; da ultimo, infine, cercheremo di fare brevemente il punto sulla situazione attuale, per capire quale sia la strategia della Regione Lombardia per fronteggiare questo momento di transizione, in attesa della completa realizzazione delle residenze sostitutive degli OPG.

Con particolare riferimento alla ricostruzione della realtà dell'OPG lombardo a fine 2013, cui sarà principalmente dedicato il presente lavoro, daremo conto di una serie di dati concernenti la popolazione presente nella struttura, che ci consentirà di tracciare uno spaccato della realtà su cui la riforma è andata ad incidere, utile per la comprensione della portata della riforma stessa e dell'efficacia della sua applicazione.

Partiremo, nella rassegna dei provvedimenti cui la Regione si è trovata a dover dare attuazione, dal DPCM 1° aprile 2008, con il quale si sono poste le basi per il processo di superamento degli OPG.

2. Il primo passo verso la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari. Il DPCM 1° aprile 2008: trasferimento delle funzioni sanitarie relative agli OPG alla sanità regionale.

Il momento iniziale del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari può essere identificato con l'emanazione del DPCM 1° aprile 2008[1], con il quale è stato disposto il trasferimento alla sanità regionale delle funzioni sanitarie

[1] Il DPCM 1° aprile 2008 è stato emanato in attuazione del d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230, recante disposizioni per il riordino della medicina penitenziaria. L'art. 5 del DPCM 1° aprile 2008, norma specificamente riguardante gli ospedali psichiatrici giudiziari, ha disposto il trasferimento delle funzioni sanitarie afferenti agli OPG alle regioni nel cui territorio sono ubicati. A tal fine le regioni, attraverso le aziende sanitarie, sono state individuate come soggetti competenti a disciplinare gli interventi da attuare in conformità con quanto previsto dalle linee di indirizzo contenute nell'allegato C del decreto. La predisposizione di linee guida *ad hoc* per l'attuazione del passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale specificamente riguardanti gli OPG e le CCC si giustificava con la consapevolezza delle peculiarità di tali strutture, sia in ragione dei destinatari delle misure di sicurezza psichiatriche, sia per la criticità della situazione in cui da tempo versavano. In particolare si sentiva la necessità di predisporre, nell'ambito degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione in favore dei detenuti e internati affetti da disturbi mentali, uno specifico programma che si occupasse degli ospedali psichiatrici giudiziari e delle case di cura e di custodia, che provvedesse: a) alla riorganizzazione degli interventi terapeutico-riabilitativi; b) a fornire indicazioni affinché il passaggio delle funzioni sanitarie al S.s.n. si potesse concretizzare in un modello organizzativo in grado di garantire il giusto equilibrio tra esigenze sanitarie e esigenze di sicurezza; c) ad assicurare il coordinamento e la costante collaborazione tra operatori sanitari da un lato e Magistratura e Amministrazione della giustizia, dall'altro, queste ultime rimaste competenti per i profili attinenti alla sicurezza.

relative agli OPG, mediante l'indicazione, all'allegato C del citato decreto, delle linee guida per la sua attuazione.

Il principio di territorialità costituiva il punto di riferimento delle linee di indirizzo contenute nell'allegato C e rappresentava il filo conduttore delle azioni previste dal decreto, per la 'sanitarizzazione' e il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nella loro storica configurazione. Il territorio è stato infatti individuato come sede privilegiata per la cura e la riabilitazione delle persone affette da disturbi mentali, in ragione della possibilità di creare un efficace sinergia tra i diversi soggetti coinvolti: servizi sanitari, servizi sociali, istituzioni e comunità. Tale principio, come precisato nelle linee di indirizzo articolate nell'allegato C, costituisce un fattore indispensabile anche per consentire una differenziazione nell'applicazione e nell'esecuzione della misura di sicurezza, calibrata sul grado di pericolosità sociale manifestata nel caso concreto, come stabilito in più occasioni dalla Corte costituzionale[2]. Quando nel 2003 ha spezzato l'automatismo che caratterizzava l'applicazione del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, la Corte ha infatti consentito al giudice l'applicazione di misure meno afflittive, già previste dall'ordinamento, quali la libertà vigilata.

L'allegato C del citato decreto scandiva il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nella loro storica − e per molti aspetti attuale − configurazione, in tre fasi, da realizzarsi ciascuna ad un anno di distanza dall'altra, così delineate:

1. Integrale assunzione, da parte delle regioni sede di OPG, della responsabilità per la gestione sanitaria delle strutture di loro competenza. Per il completamento della stessa fase, poi, il decreto imponeva la redazione, da parte dei dipartimenti di salute mentale (DSM) competenti, in collaborazione con il personale degli OPG responsabile della cura e del trattamento degli internati, di un programma che contenesse indicazione delle attività da intraprendere, in primo luogo, al fine di procedere alla dimissione degli internati 'dimissibili', in secondo luogo, per trasferire nelle carceri gli internati in OPG per infermità sopravvenuta nel corso dell'esecuzione della pena e, da ultimo, per assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche avvenissero negli istituti di pena ordinari, in conformità con quanto previsto dall'art. 112, co. 1 e co. 2 del DPR 30 giugno 2000, n. 230;
2. Distribuzione degli internati in modo da far sì che ciascun OPG fosse configurato come la sede per i ricoveri di persone provenienti dalle regioni limitrofe, al fine di stabilire, già nella fase dell'esecuzione della misura di sicurezza detentiva, rapporti di collaborazione tra OPG e servizi psichiatrici territoriali, funzionali alle ulteriori fasi di avvicinamento degli internati al territorio di provenienza;

[2] Cfr. sent. n. 253/2003 e sent. n. 367/2004.

3. Restituzione ad ogni regione della quota di internati provenienti dal territorio di competenza e assunzione della responsabilità della loro presa in carico, attraverso la predisposizione di programmi terapeutico-riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla futura dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza. Per la realizzazione di questo obiettivo il decreto indicava, tra le soluzioni possibili, la realizzazione di 'strutture-OPG' con diversi livelli di vigilanza, scelta poi fatta propria dal legislatore della più recente riforma, di cui tratteremo in seguito.

Al DPCM 1° aprile 2008 hanno fatto seguito due accordi in Conferenza unificata Stato-regioni[3] nei quali sono stati specificati, nel contenuto, gli obiettivi da raggiungere per il completamento delle tre fasi scandite dal decreto e gli adempimenti gravanti sulle regioni e sugli altri soggetti coinvolti per il loro conseguimento.

3. Le iniziative intraprese dalla Regione Lombardia per l'attuazione del DPCM 1° aprile 2008.

Fin da subito la Regione Lombardia si è attivata per dare attuazione al DPCM, programmando gli interventi da intraprendere al fine di portare a completamento il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, delineato nell'allegato C dello stesso decreto. A tal fine, è stato attivato, presso la Direzione generale sanità, un gruppo di lavoro specifico incaricato di coordinare e monitorare la realizzazione degli interventi volti al completamento del processo di superamento degli OPG.

La Regione, essendo sede di un OPG – quello di Castiglione delle Stiviere –, è diventata capofila del macro-bacino di propria competenza[4], con funzioni di

[3] Ci riferiamo agli accordi del 26 novembre 2009 e del 13 ottobre 2011. Nel primo accordo sono stati fissati tre obiettivi, a carico delle diverse amministrazioni coinvolte (Ministero della salute, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, regioni sede di OPG e regioni non sede di OPG), finalizzati all'attuazione delle linee di indirizzo di cui all'allegato C: a) raggiungimento, entro la fine del 2010, di un numero pari a 300 dimissioni (da una rilevazione del DAP era infatti emerso che, nel giugno 2009, vi erano 413 internati considerati 'dimissibili', ma in regime di proroga per mancanza di alternative all'esterno); b) invio, a cura del DAP, degli internati ai diversi OPG sulla base dei bacini di utenza, come ridefiniti dallo stesso accodo; c) identificazione e adozione − al fine di realizzare quanto previsto nella seconda e nella terza fase del percorso scandito dall'allegato C − di modelli organizzativi negli OPG e nelle strutture ad essi alternative e connessa definizione di accordi tra DAP e regioni. Il secondo accordo, invece, rispondeva all'esigenza di apportare integrazioni alle linee guida contenute nell'allegato C, in ragione della presa di coscienza del ritardo nell'attuazione del processo di superamento degli OPG scandito nel DPCM 1° aprile 2008 (cfr. *infra* par. 3). Venivano quindi delineati ulteriori interventi volti all'attuazione del processo di superamento degli OPG, concentrati prevalentemente su due aspetti: tutela della salute mentale in carcere − obiettivo fondamentale e strettamente connesso al superamento degli OPG; b) coordinamento tra i macro-bacini regionali e tra i diversi soggetti coinvolti nella cura e nella presa in carico degli infermi di mente autori di reato.

[4] Nello specifico, la Regione è divenuta capofila del bacino degli utenti di sesso maschile provenienti da Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta e degli utenti di sesso femminile provenienti da Lombardia,

coordinamento delle regioni afferenti al bacino stesso e con il compito – nella prima fase – di verificare che queste ultime provvedessero a fare rientrare i pazienti residenti nel proprio territorio, ma ricoverati negli altri OPG italiani e considerati dimissibili per il venir meno della pericolosità sociale[5].

Per il conseguimento dell'obiettivo della dimissione di coloro che erano stati ritenuti dimissibili, dall'équipe dell'OPG responsabile della loro cura, ma per i quali erano per lungo tempo mancate serie possibilità di presa in carico da parte dei servizi territoriali, la Regione ha definito un proprio progetto – denominato Progetto OPG-Regione Lombardia[6]. Tale progetto, mediante la previsione di una sistematica collaborazione tra Regione, OPG, ASL e DSM, prevedeva, tra le azioni da intraprendere, la predisposizione di programmi di reinserimento nel tessuto assistenziale regionale dei pazienti dimessi dagli OPG e l'individuazione di strutture aperte a programmi di assistenza e riabilitazione di pazienti autori di reato.

Di particolare importanza per la realizzazione del processo di dimissione è stata l'attivazione – a Castiglione delle Stiviere – della SLiEV, una struttura deputata ad accogliere persone in esecuzione della misura di sicurezza della libertà vigilata o pazienti internati in esecuzione della misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o dell'assegnazione a casa di cura e di custodia, ammessi alla licenza finale esperimento di cui all'art. 53 ord. penit. La possibilità di disporre di una simile struttura ha consentito di dimettere dall'OPG pazienti la cui pericolosità sociale non poteva dirsi cessata, ma solo attenuata e ha permesso di realizzare dimissioni graduali, fondamentali per il successo del reinserimento sociale e la riduzione del rischio di recidiva.

3.1. Attuazione del DPCM 1° aprile 2008: gli effetti sull'OPG di Castiglione delle Stiviere.

Nel presente paragrafo ci concentreremo sull'analisi degli effetti dell'applicazione del DPCM 1° aprile 2008 sull'OPG di Castiglione delle Stiviere, operazione che riteniamo opportuna in quanto la situazione della struttura lombarda alle soglie dell'ultimo intervento legislativo – l. n. 81/2014 – che ha significativamente

---

Piemonte, Valle d'Aosta, Provincie autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Sardegna.

[5] G. BIFFI, E. STRATICÒ, A. CALOGERO, G. CERATI, F. MILANI, *Il DPCM 1° aprile 2008 e i pazienti autori di reato. Il governo del processo di dimissione dei pazienti ricoverati in OPG e la programmazione regionale in materia di sanità penitenziaria*, in M. PERCUDIANI, G. CERATI, L. PETROVICH, A. VITA (a cura di), *La psichiatria di comunità in Lombardia, Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*, Milano, 2013, p. 196. Nello specifico, l'OPG doveva, periodicamente: a) provvedere alla puntuale segnalazione dei nominativi dei pazienti alle regioni e alle ASL competenti territorialmente; b) monitorare costantemente la presenza di pazienti afferenti al bacino, ma ricoverati presso altri OPG italiani; c) segnalare alle ASL i nominativi si nuovi casi di persone oggetto di misure di sicurezza detentive.

[6] Il citato Progetto è stato formalizzato e specificato con la DGR 1° dicembre 2010, n. IX/937, che conteneva indicazioni più dettagliate sulle azioni che i diversi soggetti coinvolti dovevano intraprendere. Il documento è pubblicato nel BURL, 2° supplemento straordinario al n. 50, 14 dicembre 2010.

inciso sul processo di superamento degli OPG come delineato dalla l. n. 9/2012 è prevalentemente riconducibile all'attuazione di quanto stabilito dal decreto del 2008.

Tra gli obiettivi che con il DPCM 1° aprile 2008 si intendevano perseguire figurano:

a) la diminuzione del numero di internati, così da alleggerire il carico gravante sugli ospedali psichiatrici giudiziari, mediante, da un lato, la dimissione degli internati non più socialmente pericolosi e, dall'altro, il trasferimento dei detenuti ricoverati ai sensi dell'art. 148 c.p. e delle persone sottoposte ad osservazione psichiatrica ex art. 112 DPR n. 230/2000;

b) avvicinamento degli internati al territorio di provenienza, così da facilitare il reinserimento sociale, tramite il coinvolgimento della rete di assistenza psichiatrica territoriale.

La Regione Lombardia , negli anni successivi al 2008, ha realizzato le azioni imposte dal DPCM, con riferimento ad entrambi gli aspetti sopra evidenziati, in particolare:

a) Dimissioni

Un primo dato rilevante è quello relativo al numero di dimissioni effettuate ogni anno a partire dal 2008. Nella tabella sotto riportata è possibile prendere visione di tale dato e confrontarlo con il numero di internati che, nello stesso arco temporale, hanno fatto ingresso nella struttura lombarda[7].

Ammissioni/dimissioni dal 2008 al 2012							
Anno	Ammissioni			Dimissioni			Totale internati presenti
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	
2008	64	76	140	52	74	126	204
2009	73	78	151	57	78	135	206
2010	120	75	195	73	69	142	243
2011	154	63	217	94	69	163	288
2012	121	61	182	119	63	182	288
Totale	532	353	885	395	353	748	

Dalla tabella si può notare che nell'OPG di Castiglione delle Stiviere è stato effettuato un elevato numero di dimissioni, soprattutto se paragonato a quello riferito agli anni precedenti: a titolo esemplificativo, si consideri che nel 2005 le dimissioni si sono attestate a quota 15-20 e che nel periodo che va dal 2010 al 2012 nell'OPG

[7] La tabella è tratta da G. BIFFI, E. STRATICÒ, A CALOGERO, G. CERATI, F. MILANI, *Il DPCM del 2008 e i pazienti autori di reato, cit*., p. 197.

lombardo si è realizzato un *turn over* quasi totale: il 93,7% degli internati è infatti cambiato[8].

Da una rilevazione effettuata nel 2011 risultava, comunque, che oltre 300 pazienti *lombardi* erano stati dimessi – o avevano in corso un progetto per esserlo – dal sistema OPG e successivamente presi in carico tramite il sistema sanitario e di salute mentale regionale. Le dimissioni – dei pazienti lombardi – si sono attestate a quota 169 nel 2011 e 114 nel 2012[9].

b) Trasferimento dei pazienti sulla base del bacino di appartenenza.

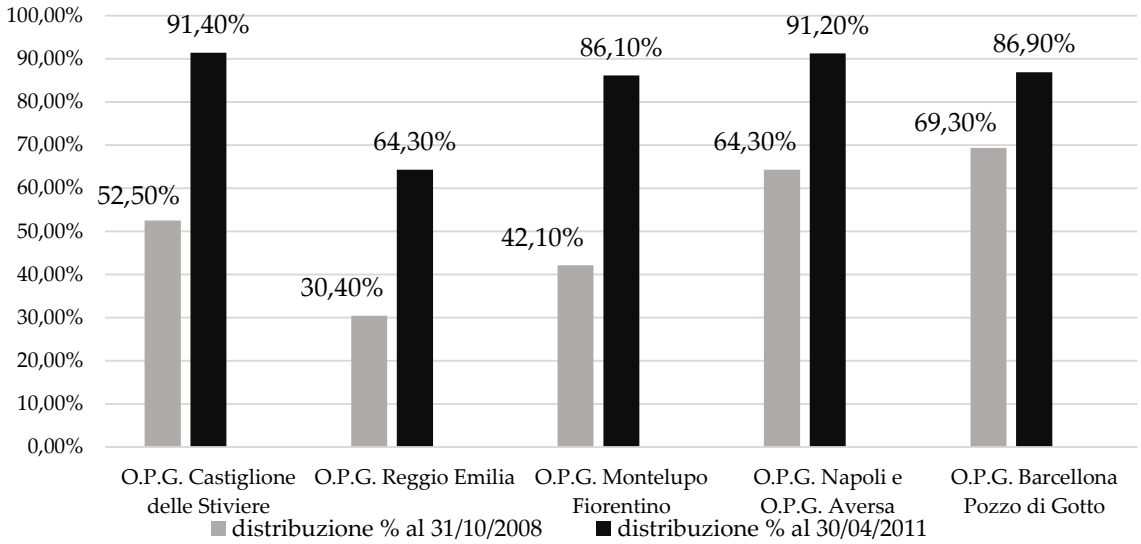
Come anticipato, il DPCM 1° aprile 2008 prevedeva, come uno degli obiettivi da realizzare nell'ottica del superamento degli OPG, la distribuzione degli internati sulla base del bacino di provenienza. Dal grafico[10] sotto riportato si evince una quasi completa attuazione – a livello nazionale – del trasferimento degli internati di sesso maschile nell'OPG di riferimento.

[8] G. BIFFI, E. STRATICÒ, A CALOGERO, G. CERATI, F. MILANI, *Il DPCM del 2008 e i pazienti autori di reato, cit.*, p. 197.

[9] I dati sono tratti da G. BIFFI, E. STRATICÒ, A CALOGERO, G. CERATI, F. MILANI, *Il DPCM del 2008 e i pazienti autori di reato, cit.*, p. 197 e dalla relazione di M. PERCUDANI, G. CERATI al corso *"Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e la presa in carico territoriale del paziente autore di reato"*, Éupolis Lombardia, Milano, 2013-2014. Più nel dettaglio, con riferimento al 2011, risulta quanto segue: dimessi dall'OPG di Castiglione delle Stiviere: 78; dall'OPG di Reggio Emilia: 60; dall'OPG di Montelupo Fiorentino: 14; dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto: 3; dall'OPG di Aversa: 1; dal carcere: 2; persone per le quali manca il dato relativo alla provenienza: 11. All'atto delle dimissioni questi pazienti sono stati inseriti in: strutture psichiatriche residenziali private: 61 (36%); Residenze sanitarie assistenziali (RSA): 5; strutture per disabili: 3; comunità per tossicodipendenti o per doppia diagnosi: 2; Pazienti monitorati dal CPS ma non inseriti in strutture residenziali: 8. Pazienti dimessi senza alcun trattamento: 1. Solo due pazienti dimessi hanno successivamente fatto rientro in OPG. Rispetto alle dimissioni effettuate nel 2012: dimessi dall'OPG di Castiglione delle Stiviere: 78; dall'OPG di Reggio Emilia: 60; dall'OPG di Montelupo Fiorentino: 14; dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto: 3; dall'OPG di Aversa: 1; persone per le quali manca il dato relativo alla provenienza: 11. All'atto delle dimissioni questi pazienti sono stati inseriti in: strutture psichiatriche residenziali private: 61 (36%); Residenze sanitarie assistenziali (RSA): 5; strutture per disabili: 3; comunità per tossicodipendenti o per doppia diagnosi: 2; Pazienti monitorati dal CPS ma non inseriti in strutture residenziali: 8. Pazienti dimessi senza alcun trattamento: 1. Solo due pazienti dimessi hanno successivamente fatto rientro in OPG.

[10] Il grafico è il risultato della rielaborazione di una tabella tratta da *Relazione sui dati forniti da Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia, relativamente alle rispettive azioni, in attuazione dell'Accordo in Conferenza Unificata, 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)*.

Soggetti maschi con misura di sicurezza provenienti dalle regioni del bacino afferente a ciascun OPG: confronto tra presenze 2008 - 2011



Per quanto riguarda invece le donne, un analogo risultato non è stato conseguito, in ragione del fatto che l'unica sezione femminile destinata all'esecuzione delle misure di sicurezza di cui agli artt. 219 e 222 c.p. è situata presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere. La sezione femminile che avrebbe dovuto essere realizzata nell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, in ottemperanza a quanto stabilito nell'accordo in Conferenza unificata del 26 novembre 2009, non è mai stata ultimata.

Con riferimento all'OPG lombardo, la tabella[11] sotto riportata contiene i dati relativi agli internati presenti nella struttura nel quinquennio 2008-2012, suddivisi sulla base del bacino di provenienza. Si riscontra, per quanto riguarda gli uomini, a fronte di un sensibile aumento del numero degli internati, una riduzione della quota quelli provenienti da bacini non di competenza dell'OPG di Castiglione delle Stiviere. Considerando unitamente il dato relativo all'aumento del numero complessivo di internati di sesso maschile (da 126 nel 2008 a 216 nel 2012) e quello concernente l'incremento del numero dei pazienti provenienti dal bacino dell'OPG (dai 101 del 2008 ai 206 del 2012), pare ragionevole concludere che tali variazioni siano state almeno in parte dovute al trasferimento degli internati lombardi provenienti dagli altri OPG, in attuazione del DPCM 1° aprile 2008.

[11] Risultato della rielaborazione di dati contenuti in una tabella tratta da G. BIFFI, E. STRATICÒ, A CALOGERO, G. CERATI, F. MILANI, *Il DPCM del 2008 e i pazienti autori di reato, cit.*, p. 196.

Popolazione OPG: dal 2008 al 2012										
Data	Uomini					Donne		Totale		
	Valle d'Aosta	Piemonte	Lombardia	Totale bacino OPG Castiglione delle Stiviere	Totale extra-bacino	Centro-nord (bacino OPG Castiglione delle Stiviere	Centro-sud (extra-bacino)	Bacino	Extra-bacino	Totale
20.02.2008	1	18	82	101	25	86		non disp.	non disp.	212
31.12.2010	2	33	119	154	23	59	31	213	54	267
24.07.2011	2	46	147	195	13	49	33	244	46	290
24.10.2011	2	52	165	219	12	54	27	273	39	312
15.02.2012	1	51	154	206	10	86		non disp.	non disp.	302

A livello nazionale, nonostante siano state realizzate, con riferimento alla data del 31 maggio 2011, un numero di dimissioni pari a 217[12], non si è registrata l'auspicata sensibile diminuzione del numero complessivo di internati negli ospedali psichiatrici giudiziari. Nel 2011 si trovavano negli OPG italiani 1133 internati, a fronte dei 1153 del 2008[13].

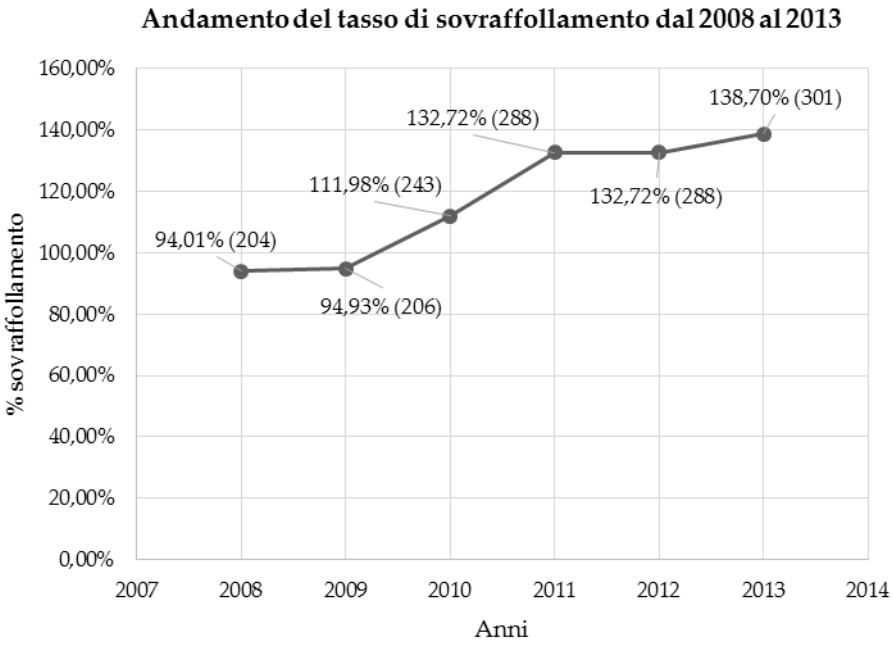
Nell'OPG di Castiglione delle Stiviere, in particolare, nel 2011 il numero dei pazienti in carico risultava raddoppiato rispetto al 2008, passando da 120 a 245 e facendo registrare una variazione delle presenze pari al 104,2%[14].

Come conseguenza di tale incremento, nell'OPG lombardo si è per la prima volta registrato, a partire dal 2010, il fenomeno del sovraffollamento. Il grafico sottostante riporta l'andamento del tasso di sovraffollamento globale della struttura nell'arco temporale 2008-2013.

[12] Cfr. *Relazione sui dati forniti da Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia, cit*.

[13] Cfr. *Relazione sui dati forniti da Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia, cit*.

[14] Cfr. *Relazione sui dati forniti da Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia, cit*. Seguono, invece, le variazioni delle presenze registratesi negli altri OPG. Reggio Emilia: -28,5%; Montelupo Fiorentino: -29,5%; Napoli: -2,9%; Aversa: -16,7%; Barcellona Pozzo di Gotto: 14,1%.



Interessante notare che il fenomeno del sovraffollamento ha iniziato a manifestarsi proprio negli anni in cui si è registrato un significativo aumento delle dimissioni effettuate nell'OPG di Castiglione delle Stiviere, in applicazione del DPCM 1° aprile 2008. L'effetto dell'applicazione del DPCM non è stato quindi, neanche con riferimento all'OPG lombardo, quello auspicato, vale a dire una sensibile diminuzione del numero degli internati.

4. Le novità introdotte con la l. 17 febbraio 2012, n. 9 e successive modificazioni.

Nel settembre del 2011, da una relazione[15] sui dati forniti dalle regioni sullo stato di attuazione del DPCM del 2008 e del successivo accordo in Conferenza unificata del 26 novembre 2009 emergeva una non completa attuazione di quanto stabilito nelle linee guida contenute nell'allegato C e, per quanto riguarda le azioni intraprese, si riscontrava una situazione non omogenea sul territorio nazionale. Tanto che si è resa necessaria, nell'accordo in Conferenza unificata del 13 ottobre 2011, un'integrazione delle citate linee guida. Le cause che hanno concorso a determinare il mancato completamento del progetto delineato nel DPCM 1° aprile 2008 sono state da alcuni[16] individuate nell'inesistenza, nelle carceri, di sezioni speciali in grado di farsi carico dei detenuti con infermità sopravvenuta e in osservazione psichiatrica, nonché nell'inadeguatezza − per carenza di risorse, oltre ad una certa resistenza a farsi carico

[15] Cfr. *Relazione sui dati forniti da Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia, cit.*

[16] M. PELISSERO, *Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misure di sicurezza*, in *Dir. pen. proc.*, 2014, n. 8, pp. 919 ss.

dei pazienti autori di reato − dei servizi psichiatrici territoriali a garantire idoneo supporto per le persone dimesse dagli OPG.

La preoccupante situazione di degrado in cui versavano quasi tutti gli ospedali psichiatrici giudiziari era stata, nel frattempo, portata alla luce, in tutta la sua drammaticità, dalla Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale[17]. Si rendeva perciò necessario un nuovo intervento del legislatore per imprimere un'accelerazione al processo di 'sanitarizzazione' e di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, intrapreso nel 2008.

Su impulso dei componenti della citata Commissione d'inchiesta[18] è stato dunque presentato un emendamento – poi approvato – in sede di conversione del d.l. 22 dicembre 2011, n. 211 (c.d. "svuota carceri") per l'introduzione dell'art. 3-*ter*, che detta disposizioni per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. La legge di conversione del d.l. n. 211/2011 – l. 17 febbraio 2012, n. 9 – può identificarsi quindi come il primo decisivo passo verso la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Dopo questo primo decreto ne sono susseguiti altri due[19]. Questi ultimi interventi si giustificavano prevalentemente e inizialmente con la necessità di prorogare il termine per la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, fissato con la l. n. 9/2012. Tuttavia, si sono rivelati entrambi come portatori di novità di non poco

---

[17] Con diversi sopralluoghi a sorpresa effettuati da alcuni componenti della Commissione di inchiesta e da dalle forze dell'ordine in tutti gli OPG è stata portata alla luce una situazione di un degrado e una drammaticità tali da far pensare di essere improvvisamente ritornati a più di un secolo fa, quando Cesare Lombroso descriveva il manicomio giudiziario di Aversa coma "un'immensa latrina" (cfr. C. LOMBROSO, *La cattiva organizzazione della polizia ed i sistemi carcerari*, 1900, in *Il momento attuale*, Milano, 1903, p. 94). Dalla relazione emerge una realtà a tratti sconcertante, fatta di strutture a dir poco inadeguate a garantire anche un'assistenza sanitaria di base – per non parlare di quella psichiatrica – e in molti casi versanti in condizioni igienico-sanitarie "gravi e inaccettabili", tali da rendere l'OPG, più che un luogo di cura, un luogo di isolamento dalla società, in cui la malattia mentale non può far altro che cronicizzarsi, sostanzialmente azzerando le possibilità di recupero e reinserimento.

[18] Elemento determinante per l'inserimento, nella legge di conversione del decreto "svuota carceri", di una norma che prevedesse la chiusura degli OPG può essere infatti individuato nelle risultanze dell'attività della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, presieduta dal sen. Marino. Nella *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari* la Commissione, nel rendere conto dei risultati dell'articolata attività istruttoria svolta, estesa a tutti i sei OPG dislocati sul territorio nazionale, aveva messo in evidenza le drammatiche condizioni in cui versavano gli internati in più di una delle strutture visitate, condizioni che talvolta hanno "travalicato il limiti del trattamento contrario al senso di umanità e degradante" (cfr. M. PELISSERO, *La soppressione degli ospedali psichiatrici giudiziari: realtà e apparenze*, in *Leg. pen.*, 2012, p. 366). La Commissione, con la sua attività, a partire dal primo sopralluogo effettuato negli OPG di Aversa e Barcellona Pozzo di Gotto (il resoconto dettagliato è reperibile nella citata relazione), in data 11 giugno 2010, ha provocato "un qualcosa di simile all'apertura di un enorme e terrificante vaso di Pandora" (cfr. F. DELLA CASA, *Basta con gli OPG! La rimozione di un "fossile vivente" quale primo passo di un arduo percorso riformatore*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2013, p. 83). Di fronte alla intollerabile realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari, così come denunciata dalla Commissione, si infatti è sollevata l'indignazione dell'opinione pubblica e ci si è resi conto che la permanenza degli OPG, così come strutturati e gestiti, non poteva essere accettabile.

[19] Ci riferiamo al d.l. 25 marzo 2013, n. 24, convertito con l. 23 maggio 2013, n. 57 e al d.l. 31 marzo 2014, n. 52, convertito con l. 30 maggio 2014, n. 81.

conto: ci riferiamo soprattutto al più recente di essi, che ha inciso anche sulla disciplina delle misure di sicurezza detentive.

Il primo degli interventi susseguitisi in materia a partire dal 2012 − art. 3-*ter* l. n. 9/2012 − incideva esclusivamente sulle modalità esecutive delle misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione ad una casa di cura e di custodia, in particolare prevedendo la sostituzione degli attuali OPG con strutture di ridotte dimensioni, di competenza regionale e distribuite in modo più capillare sul territorio nazionale, ad esclusiva gestione sanitaria. La riforma interveniva quindi, inizialmente, "a codice penale invariato"[20], senza incidere dunque sulla disciplina delle misure di sicurezza psichiatriche[21].

Prendendo in considerazione i provvedimenti legislativi susseguitisi in materia, prescindendo dall'ordine cronologico delle singole modifiche, possiamo distinguere due categorie di interventi:

a) interventi sulle strutture e sulle modalità esecutive delle misure di sicurezza;

b) interventi sulla disciplina delle misure di sicurezza;

Ci pare opportuno esporre sommariamente il contenuto delle disposizioni riguardanti entrambe le categorie di interventi, e non solo quelle relative alle strutture − che interessano direttamente il tema del presente lavoro −, dal momento che l'introduzione delle modifiche alla disciplina delle misure di sicurezza ha inciso profondamente anche sul profilo attinente alla realizzazione delle residenze sostitutive degli attuali OPG e su quello relativo alla predisposizione di alternative alle misure di sicurezza detentive.

a) È previsto un termine − originariamente individuato nel 31 marzo 2013 e ad oggi fissato al 31 marzo 2015 − entro il quale le misure di sicurezza di cui agli artt. 219 e 222 c.p. devono essere eseguite esclusivamente nelle strutture sostitutive (c.d. REMS), per la realizzazione delle quali un decreto interministeriale, adottato il 1° ottobre 2012[22], definisce i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. Tali residenze dovranno essere a gestione interna esclusivamente sanitaria − senza dunque la presenza del personale di polizia penitenziaria − e svolgeranno una funzione di tipo terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo, mentre sarà facoltativa l'attivazione di un

---

[20] Si vedano, tra gli altri, M. PELISSERO, *Quale futuro per le misure di sicurezza?*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2013, p. 1273; M. C. ORNANO, *Il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti problematici e esperienza operative della gestione dell'autore di reato affetto da disagio mentale*, in *Cass. pen.*, 2013, p. 2086; F. DELLA CASA., *Basta con gli OPG!*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2013., pp. 64 ss.

[21] La scelta di optare per un intervento limitato alle modalità esecutive delle misure di sicurezza psichiatrica si spiega probabilmente con la necessità di fornire una risposta immediata e "mirata ad un obiettivo prioritario e indefettibile per esigenze umanitarie" (cfr. in proposito G. DODARO, *Ambiguità e resistenze nel superamento dell'OPG in Regione Lombardia: verso la "istituzionalizzazione" del malato di mente autore di reato?*, in *Riv. it. med. leg.*, 2013, p. 1388.

[22] Il decreto doveva essere adottato nel rispetto di tre criteri fissati dalla legge: a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture; b) attività perimetrale di sicurezza e 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 (principio di territorialità).

sistema di vigilanza esterna, che potrà essere predisposto solo se necessario − in relazione alla tipologia di pazienti ristretti − per garantire adeguati *standard* di sicurezza. È fissato un numero massimo di 20 posti letto per ciascuna residenza − in modo tale da discostarsi dall'attuale modello di OPG di grandi dimensioni − e una dotazione minima di personale[23].

b) Rispetto alla disciplina delle misure di sicurezza detentive, le novità introdotte con la l. 30 maggio 2014, n. 81 (si veda in proposito la scheda di G. L. Gatta, sulle pagine di *questa Rivista*) possono riassumersi come segue:

- Positivizzazione del principio di sussidiarietà nell'applicazione del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e assegnazione a casa di cura e di custodia: la legge indica come regola l'applicazione, all'infermo di mente e al seminfermo, di una misura diversa dal ricovero in OPG e dall'assegnazione a CCC. Il giudice può fare ricorso a queste misure di sicurezza detentive solo se sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni altra misura è inidonea ad assicurare all'interessato cure adeguate e a contenerne la pericolosità sociale;
- Introduzione di due nuovi criteri per la valutazione della pericolosità sociale, secondo i quali: 1) la valutazione stessa va effettuata sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'art. 133 co. 2, numero 4, c.p. (condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo); 2) "la sola mancanza di programmi terapeutici individuali" non può essere posta a fondamento esclusivo del giudizio di pericolosità;
- Introduzione di un termine massimo di durata delle misure di sicurezza detentive, che non possono protrarsi oltre ad un tempo pari al *massimo edittale della pena comminata per il reato commesso*.

Queste modifiche rappresentano il chiaro segnale di un cambiamento nell'approccio del legislatore alla questione del superamento degli OPG (e delle CCC). Mostrano, in particolare, l'intento di relegare la misura di sicurezza detentiva per i non imputabili (e per i semi imputabili) ad un ruolo di ultima *ratio*, limitando il numero di casi di ricovero e la durata della misura stessa.

L'attuazione del processo di superamento degli OPG delineato dalla l. n. 9/2012 e successive modificazioni è di competenza regionale. Le regioni dovevano presentare al Ministero della salute dei programmi di utilizzazione delle risorse stanziate a loro favore per la realizzazione di quanto previsto dalla legge, al fine di ottenere l'erogazione delle stesse. Tali programmi dovevano prevedere − secondo quanto da

[23] La dotazione di personale minima per la gestione di 20 pazienti è fissata dal decreto come segue: 12 infermieri e tempo pieno, 6 OSS a tempo pieno, 2 medici psichiatri a tempo pieno con reperibilità notturna e festiva, 1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno, 1 psicologo a tempo pieno, 1 assistente sociale per fasce orarie programmate. Fin dal momento della pubblicazione dei d.m. 1° ottobre 2012 si sono sollevate critiche concernenti lo squilibrio tra personale medico e personale riabilitativo, nettamente a favore del primo, circostanza che poteva aprire la strada ad un "serio rischio di medicalizzazione" del nuovo modello di residenzialità. Si vedano, in questo senso, M. PELISSERO, Il *definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in *Dir. pen. proc.*, 2012 ., p. 1026; G. DODARO, *Ambiguità e resistenze, cit.*, p. 1391; M. PELISSERO, *Quale futuro per le misure di sicurezza?, cit.*, pp. 1274 ss.

ultimo stabilito dalla l. n. 81/2014[24] che ha modificato il co. 6 dell'art. 3-*ter* − iniziative volte a: a) realizzare le REMS; b) incrementare la predisposizione di percorsi terapeutico-riabilitativi finalizzati al reinserimento sociale; c) favorire l'esecuzione di misure alternative a quelle di cui agli artt. 219 e 222 c.p., mediante la riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale.

La scelta del legislatore, compiuta con la l. n. 81/2014, di mutare il proprio approccio nei confronti della questione del superamento degli OPG, concentrandosi sulle alternative alle misure di sicurezza psichiatriche piuttosto che sulla semplice revisione delle modalità esecutive delle misure stesse e sui luoghi della loro esecuzione, non poteva che incidere in modo significativo sulle azioni che le regioni avevano programmato di intraprendere per la definitiva chiusura degli attuali OPG. La stessa legge ha infatti previsto un nuovo termine per la rimodulazione dei programmi già presentati, con particolare riferimento alla riduzione dei numero complessivo di posti letto da realizzare e alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, nell'ottica di un allontanamento dalla risposta custodiale, favorendo la presa in carico degli autori di reato infermi di mente da parte dei servizi psichiatrici territoriali.

5. L'attuazione della l. n. 9/2012 e successive modificazioni in Regione Lombardia: DGR n. X/122 del 14 maggio 2013 e DGR n. X/1981 del 20 giugno 2014.

La Regione Lombardia aveva presentato − ai sensi dell'art. 3-*ter* co. 6 come modificato dalla l. 23 maggio 2013, n. 57 −, nel maggio del 2013, un primo programma di utilizzazione delle risorse, approvato dalla Giunta regionale con la DGR n. X/122, che si concentrava soprattutto sulla realizzazione delle strutture sostitutive degli attuali OPG. Successivamente, dopo l'entrata in vigore della l. n. 81/2014 − che prevedeva la possibilità, per le regioni, di modificare i programmi già presentati riducendo il numero dei posti letto da realizzare e pianificando interventi di riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale − la Giunta regionale ha approvato, con DGR n. X/1981 (pubblicata sulle pagine di *questa Rivista*), un'integrazione del programma contenuto nella DGR n. X/122 del 2013.

[24] Inizialmente l'art. 3*ter* non conteneva alcuna disposizione che imponesse la presentazione, da parte delle regioni, di programmi di utilizzo delle risorse assegnate. La prima menzione di simili programmi può essere individuata nel d.m. 28 dicembre 2012 all'art. 2 co. 1. Il decreto non conteneva però alcuna specificazione circa il loro contenuto, ma si limitava a subordinare l'effettiva erogazione delle risorse assegnate alle regioni alla presentazione dei summenzionati programmi. Il legislatore inizia invece ad occuparsi di questo profilo del processo di superamento degli OPG con il d.l. 25 marzo 2013, n. 24, conv. con l. 23 maggio 2013, n. 57, prevedendo che essi debbano indicare, oltre agli interventi relativi alle strutture sostitutive degli OPG anche azioni volte ad incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi di cui al co.5, alla dimissione e presa in carico da parte dei servizi territoriali dei pazienti non più socialmente pericolosi (mediante realizzazione di progetti di reinserimento sociale) e alla predisposizione attività finalizzate a favorire l'esecuzione di misure alternative a quelle di cui agli artt. 219 e 222 c.p.

Quest'ultimo programma, nel confermare l'impostazione generale di quello precedente, prevede una riduzione del numero di posti da realizzare[25], attualmente fissato a 160 (in luogo dei 240[26] programmati), da distribuire su otto residenze (anziché dodici) con diversi livelli di assistenza, offerta riabilitativa e sicurezza, modulati sulla base della tipologia di pazienti ristretti. Analogamente al programma approvato con DGR n. 122/2013, l'integrazione di recente approvata con DGR n. 1981/2014 concentra nel polo di Castiglione delle Stiviere[27] la maggior parte delle residenze previste (sei su otto)[28]. Tale scelta, combinata con la decisione di assegnare alle residenze del polo mantovano il personale oggi impiegato nell'OPG presenta il duplice vantaggio, da un lato, di non disperdere le specifiche competenze maturate nel corso degli anni, che hanno reso la struttura di Castiglione delle Stiviere un *unicum* sul territorio nazionale e, dall'altro, di ottenere un risparmio di risorse[29] che potranno essere destinate alla

[25] Tale sensibile riduzione dei posti ritenuti necessari si giustifica, come si legge nel programma, in ragione dell'effetto congiunto delle disposizioni contenute nella l. n. 81/2014 che prevedono: un limite massimo di durata della misura di sicurezza e l'impossibilità di porre a fondamento della dichiarazione di pericolosità sociale le condizioni di vita individuale, sociale e familiare del reo (e in particolare l'assenza di un programma terapeutico individuale). Tale modifica è stata poi motivata non solo mediante il riferimento alla riduzione delle persone attualmente internate, in seguito alla dimissione di coloro la cui misura di sicurezza ha già avuto, per effetto delle proroghe, una durata superiore a massimo edittale della pena comminata per il reato commesso; ma anche in considerazione del fatto che nelle future REMS – così come, in seguito alla recente riforma, negli attuali OPG – i pazienti vi potranno permanere non oltre il citato limite massimo e quindi si prevede che vi potrà essere un maggiore flusso in uscita.

[26] Il numero di posti da realizzare era stato calcolato tenendo come principale riferimento il numero di pazienti lombardi presenti nell'OPG di Castiglione delle Stiviere alla fine del 2012. Sono stati presi in considerazione anche i 36 pazienti residenti in Lombardia, ma ancora ricoverati negli altri OPG. Si doveva poi tenere conto delle persone che, pur non trovandosi in OPG, sono suscettibili di entrarvi o rientrarvi: il riferimento è ai liberi vigilati a rischio di trasgressione delle prescrizioni imposte, che ai sensi dell'art. 232 c.p., ultimo comma, in caso di violazioni gravi, vengono ricoverati in OPG, in applicazione dell'assegnazione a casa di cura e di custodia. È stato quindi aggiunto un numero di posti pari al 20% del numero di pazienti lombardi ricoverati a Castiglione delle Stiviere, in considerazione dei circa 500 liberi vigilati, a rischio di trasgressione degli obblighi. In realtà vi è un'altra categoria di soggetti che potrebbero fare ingresso in OPG, della quale sarebbe opportuno tenere conto: si tratta dei seminfermi attualmente detenuti, ai quali deve essere ancora applicata la misura di sicurezza dell'assegnazione a casa di cura e di custodia. Al momento, però, non siamo in grado di conoscerne il numero, perché il dato non è stato rilevato.

[27] Sei delle otto residenze programmate saranno quindi il risultato della riorganizzazione del polo mantovano, che manterrà un ruolo centrale nella rete di assistenza psichiatrica regionale destinata ai pazienti psichiatrici autori di reato. Nel polo di Castiglione delle Stiviere verranno realizzate tre residenze ad alta intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale − destinate ad accogliere i nuovo ingressi e gli internati con più elevata pericolosità sociale − e tre residenze per alta riabilitazione e media intensità assistenziale.

[28] Per una critica di tale decisione se vedano G. DODARO, *Ambiguità e resistenze, cit.*, p. 1391 e G. DODARO, *L'impatto di saperi, culture e sentimenti d'insicurezza dei servizi psichiatrici sulle politiche per il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario*, relazione al convegno *"Superare gli OPG. Quali alternative?"*, Milano, 25 novembre 2013.

[29] Il risparmio di risorse è imputabile al fatto che, concentrando la quasi totalità delle REMS a Castiglione delle Stiviere, si potrà mantenere tutto il personale ora impiegato nell'OPG ed evitare di assumerne altro, salvo le poche assunzioni necessarie per conformarsi al d.m. 1° ottobre 2012, recante i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle REMS. Le residenze che necessiteranno di assunzione di personale *ex*

implementazione dei dipartimenti di salute mentale, in modo tale da consentire la realizzazione di una più efficiente e articolata rete di assistenza psichiatrica sul territorio.

L'ultima delibera prevede, infatti, fra le iniziative volte a favorire la presa in carico dei pazienti autori di reato e la predisposizione di alternative alle misure di sicurezza detentive, la creazione di micro-équipe territoriali con il compito, tra l'altro, di favorire una presa in carico "multidimensionale", seguendo il percorso sanitario del paziente e fungendo da collegamento con la magistratura e con gli altri soggetti coinvolti nell'ambito del percorso giudiziario. In questo modo si è ritenuto di valorizzare i servizi psichiatrici territoriali, che costituiscono − come affermato nella stessa delibera − la "seconda colonna portante del processo di superamento degli OPG".

6. Uno fotografia dell'OPG di Castiglione delle Stiviere scattata un anno e mezzo fa, prima dall'imminente chiusura, prevista per il 31 marzo 2015.

Dalla DGR n. 12/2013 e dalla successiva DGR n. 1981/2014 emerge, come accennato, che i principali interventi previsti dalla Regione Lombardia per il superamento degli OPG si concentrano, per quanto riguarda la realizzazione delle REMS, sulla riqualificazione del polo mantovano e quindi dell'attuale OPG di Castiglione delle Stiviere.

Nel presente paragrafo forniremo alcuni dati, frutto di una ricerca condotta presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere e la Regione Lombardia, dai quali è possibile cogliere la configurazione dell'OPG lombardo alle soglie del più recente intervento legislativo in materia: la l. n. 81/2014. Ciò consentirà di comprendere quale sia la realtà, a livello regionale, sulla quale la riforma ha inciso, mediante la realizzazione di un modello di risposta alla pericolosità sociale dell'autore di reato infermo di mente che, almeno sulla carta, promette di discostarsi dal modello attuale di OPG, al quale – pur con connotati di eccellenza all'interno del panorama nazionale – la struttura lombarda appartiene.

Le tabelle ed i grafici di seguito riportati sono il risultato di una nostra rielaborazione di dati prevalentemente forniti dal dott. Gianfranco Rivellini, direttore della sezione femminile dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, relativi agli internati presenti alla data del 31 dicembre 2013. Ove saranno riportati dati reperiti altrove, ne verrà specificata la fonte.

---

novo saranno, quindi, solo due (quelle da realizzare fuori dal polo mantovano). Il risparmio è dovuto anche al fatto che le risorse che dovevano essere destinate alla realizzazione delle REMS da costruire al di fuori del polo mantovano (che in base al programma approvato con la DGR n. 1981/2014, in parte, non verranno realizzate), alla loro gestione e all'assunzione del relativo personale, potranno essere ora impiegate per l'attuazione degli interventi volti alla creazione di alternative alla misura di sicurezza detentiva. L'ottimizzazione delle risorse è quindi dovuta alla scelta di rinunciare alla realizzazione di alcune delle REMS programmate al di fuori del polo di Castiglione delle Stiviere, piuttosto che a quelle previste per quest'ultimo.

6.1. La struttura e il personale.

Com'è noto, l'OPG di Castiglione delle Stiviere è l'unico dei sei OPG italiani ad essere da sempre caratterizzato dalla gestione esclusivamente sanitaria e dalla conseguente assenza di personale della polizia penitenziaria. Questo aspetto, unitamente al buono stato complessivo della struttura, alla qualità dell'offerta terapeutica – finalizzata alla minore permanenza possibile dell'internato in OPG e alla continua ricerca di percorsi di risocializzazione –, ha consentito all'OPG di Castiglione delle Stiviere di poter rappresentare una "anomalia" – positiva – nel panorama nazionale[30]. Da una visita che ci è stato consentito di effettuare nell'istituto nel marzo del 2014 si è potuto prendere coscienza di tale situazione.

La struttura si compone di quattro reparti, uno femminile e tre maschili, collocati in un ampio cortile. I reparti durante il giorno rimangono aperti, in modo tale da consentire agli internati di uscire liberamente il cortile, mentre l'accesso alle stanze è limitato a determinate fasce orarie, in modo tale da evitare l'isolamento e da forzare, in qualche misura, la socializzazione. L'OPG – va specificato – è composto da stanze, non di celle – a differenza degli altri cinque OPG –, dotate delle caratteristiche conformi agli *standard* ospedalieri. Sono consentite ampie possibilità di personalizzazione degli spazi, che però variano in dipendenza del livello di autonomia dei pazienti e sono condizionate dal livello di sovraffollamento, condizione in cui, alla fine del 2013, versava – come vedremo – anche la struttura di Castiglione delle Stiviere. Le stanze si trovano, come abbiamo avuto modo di verificare durante la visita e come del resto aveva rilevato la Commissione d'inchiesta nel corso dei sopralluoghi effettuati, in buone condizioni igienico-sanitarie e strutturali.

Oltre ai reparti finora descritti, è presente anche una palazzina dedicata al Servizio Continuità Riabilitativa (SCR) che funziona sostanzialmente come una 'comunità diurna' e ospita circa venti persone, sia uomini che donne, che hanno raggiunto un sufficiente livello di autonomia e collaborazione nella realizzazione percorso riabilitativo.

Dal 2011 è poi stata attivata, a Castiglione delle Stiviere, la Struttura per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza in regime di Licenza Esperimento e per l'Esecuzione Penale Esterna della Libertà Vigilata (SLiEV), destinata, come si evince dal nome, all'esecuzione della misura di sicurezza della libertà vigilata e ad ospitare internati in OPG in licenza finale esperimento.

---

[30] La struttura lombarda è infatti stata l'unica ad essere 'assolta' dalla Commissione di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, che, nella *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, cit.*, ha osservato come l'unica eccezione alle "gravi e inaccettabili […] carenze strutturali e igienico-sanitarie rilevate in tutti gli OPG" fosse appunto l'OPG lombardo.

Nemmeno l'OPG di Castiglione delle Stiviere, che rappresenta un'eccellenza nel panorama nazionale, è sfuggito al problema del sovraffollamento[31], anche se, essendo una struttura a gestione esclusivamente sanitaria e in buone condizioni generali, non risente del problema con la stessa drammaticità con cui esso viene percepito nelle carceri o negli altri OPG[32].

Di seguito si riporta una tabella indicante i tassi di sovraffollamento – dei singoli reparti e dell'intero istituto – che caratterizzavano la struttura alla data del 31 dicembre 2013.

Tassi di sovraffollamento			
Reparto	Capienza[33]	N° ricoverati	Tasso di sovraffollamento
Morelli	32	44	137,5%
Aquarius	70	88	125,7%
Virgilio	55	75	136,4%
Arcobaleno	60	94	156,7%
Totale	217	301	138,7%

Dai dati riportati in tabella si evidenzia un tasso di sovraffollamento globale del 138,7%, con un picco massimo nel reparto Arcobaleno (femminile) dove si raggiungeva il 156,7%. Il tasso di sovraffollamento complessivo dell'area maschile, invece, si attestava al 131,9%.

L'organico dell'OPG si componeva di 205 operatori, di cui 13 psichiatri[34]. La tabella sottostante mostra un confronto tra il rapporto operatori/pazienti del 2004 e quello del 2013.

---

[31] Questo fenomeno di sovraffollamento è stato, come abbiamo anticipato (cfr. *supra* par. 2.1), l'effetto dell'azione congiunta di diversi fattori, tra cui l'applicazione del DPCM 1° aprile 2008 ed in particolare della creazione dei bacini, con la conseguente distribuzione degli internati nei diversi OPG, in base alla regione di residenza. L'attuazione del citato decreto avrebbe dovuto comportare una riduzione del numero di internati, anche grazie all'elevato numero di dimissioni programmato. L'auspicato effetto di alleggerimento del carico di pazienti gravante sugli OPG non si è verificato, in particolar modo a Castiglione delle Stiviere, dove si è registrato un significativo aumento delle presenze, nonostante l'elevato numero di dimissioni effettuate.

[32] La condizione di sovraffollamento in cui versa la struttura si percepisce soprattutto vedendo le stanze, nelle quali sono presenti un numero di letti a volte visibilmente superiore rispetto a quello originariamente previsto e per cui le stanze stesse sono state predisposte. Dal *Rapporto redatto dall'associazione Antigone Lombardia sull'OPG di Castiglione delle Stiviere* risulta, per esempio, che nel reparto Virgilio (maschile) le stanze misurano tipicamente dodici o diciassette metri quadri (escluso il bagno adiacente) e che quelle più ampie, originariamente destinate a tre persone, sono oggi occupate da cinque o sei persone, mentre le camere più piccole arrivano a contenere anche quattro letti, posizionati a pochi centimetri l'uno dall'altro. In queste circostanze, chiaramente, dato il ristretto spazio a disposizione, poco spazio residua per l'arredamento e la personalizzazione degli ambienti.

[33] I dati relativi alla capienza sono tratti dal *Rapporto redatto dall'associazione Antigone Lombardia sull'OPG di Castiglione delle Stiviere, cit.*

[34] Il dato è tratto dalla relazione di E. STRATICÒ, G. RIVELLINI, L. CASTELLETTI, *Presa in carico del paziente autore di reato in OPG. Implicazioni epidemiologiche, valutative e di trattamento*, nell'ambito del corso *"Il*

Rapporto operatori/pazienti[35]					
2004			2013		
Operatori	Pazienti	Rapporto	Operatori	Pazienti	Rapporto
169	170	0,99	205	301	0,68

Si nota che dal 2004 il numero dei pazienti a carico della struttura è quasi raddoppiato – con conseguente verificarsi del fenomeno del sovraffollamento – mentre la dotazione di personale non ha subito analogo incremento. Il rapporto operatori/pazienti è passato, di conseguenza, dallo 0,99% del 2004 allo 0,69% del 2013. In altri termini, mentre nel 2004 vi era sostanzialmente un operatore per ogni paziente, nel 2013 per ogni operatore c'erano quasi due pazienti. Chiaramente questa circostanza non può che influire sul carico di lavoro sopportato dal personale e di conseguenza rendere più difficile il mantenimento di quell'elevato *standard* di offerta terapeutico-assistenziale che ha contraddistinto, negli anni, l'OPG di Castiglione delle Stiviere.

6.2. Gli internati.

Al dicembre del 2013 nell'OPG di Castiglione delle Stiviere erano presenti 301 internati, di cui 207 uomini e 94 donne[36]. Di seguito riportiamo un tabella che fornisce un quadro della popolazione trattata nell'OPG, mediante l'indicazione dell'anno di ammissione dei pazienti in carico, del numero dei pazienti presenti in OPG e di quelli in regime di licenza finale esperimento.

superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e la presa in carico territoriale del paziente autore di reato", Éupolis Lombardia, Milano, 2013-2014.

[35] Fonte: i dati riferiti al 2004 sono tratti da G. RIVELLINI, *Ospedale psichiatrico giudiziario. Trattamento penitenziario e riabilitazione psichiatrica*, lezione tenuta il 13 ottobre 2007, nell'ambito del master in scienze criminologico-forensi, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"; i dati riferiti al 2013 sono il risultato di un calcolo effettuato sulla base informazioni contenute nella relazione di E. STRATICÒ, G. RIVELLINI, L. CASTELLETTI, *Presa in carico del paziente autore di reato in OPG. Implicazioni epidemiologiche, valutative e di trattamento*, *cit*.

[36] Ricordiamo che tutte le internate si trovano ancora oggi presso l'OPG di castiglione delle Stiviere, unica struttura dotata di una sezione femminile, nonostante in sede di accordo in Conferenza unificata del 26 novembre 2009 fosse stata prevista la creazione di una seconda sezione femminile presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, in Sicilia – mai realizzata.

Pazienti in carico[37]								
Anno di ammissione	Uomini	Donne	Totale	In carico al 30 ottobre 2013	In OPG	In LFE	% in OPG	% in LFE
Prima del 2009	430	752	1182	30	18	12	60%	40%
2009	72	62	134	15	11	4	73%	27%
2010	120	67	187	41	26	15	63%	37%
2011	153	51	204	72	34	38	47%	53%
2012	121	51	172	94	74	20	79%	21%
2013 (proiezione)	102	67	169	130	125	5	96%	4%
Totale 1991 -2013	998	1050	2048	382	288	94	75%	25%

Dai dati sopra riportati si può notare che la maggior parte dei pazienti in carico è stata ammessa dopo il 2009, infatti solo 45 pazienti ammessi prima del 2010 risultavano essere ancora a carico dell'OPG nel mese di ottobre del 2013. Inoltre, possiamo rilevare che una significativa percentuale di pazienti ammessi prima del 2010 si trovava, alla data di riferimento, in licenza finale esperimento, cioè nella fase finale della misura di sicurezza e in uno stato avanzato del progetto terapeutico-riabilitativo finalizzato ad una futura dimissione, che può avvenire in seguito alla trasformazione della misura in libertà vigilata o alla revoca ai sensi dell'art. 207 c.p.

6.2.1. Età.

Per quanto riguarda l'età degli internati, questa si colloca su un valore medio di 42 anni sia per gli uomini che per le donne. Di seguito riportiamo una tabella e dei grafici relativi alla popolazione presente in OPG al 31 dicembre 2013, distribuita per fasce di età.

Età				
Fascia di età	Uomini	% su totale uomini	Donne	% su totale donne
18-24	11	5,32%	1	1,06%
25-29	19	9,18%	3	3,19%
30-39	55	26,57%	32	34,04%
40-49	72	34,78%	38	40,43%
50-59	34	16,43%	15	15,96%
60-69	8	3,86%	4	4,26%
70+	8	3,86%	1	1,06%
	207		94	

[37] Fonte: relazione di E. STRATICÒ, G. RIVELLINI, L. CASTELLETTI, *Presa in carico del paziente autore di reato in OPG. Implicazioni epidemiologiche, valutative e di trattamento, cit.*

6.2.2. Provenienza geografica.

Nel presente paragrafo riporteremo alcuni dati relativi alla provenienza geografica dei pazienti presenti nell'OPG di Castiglione delle Stiviere alla data di riferimento (31 dicembre 2013). Il dato è rilevante soprattutto per verificare la presenza di pazienti residenti in regioni non appartenenti al bacino di competenza dell'OPG di Castiglione delle Stiviere. Nella tabella sottostante vengono mostrati i dati relativi alle Regioni di provenienza degli internati.

Regione di provenienza			
Regione di provenienza	Uomini	Donne	Totale
Valle d'Aosta	0	0	0
Lombardia	153	28	181
Trentino Alto Adige	0	1	1
Piemonte	48	5	53
Veneto	1	9	10
Friuli Venezia Giulia	0	2	2
Liguria	1	2	3
Emilia Romagna	1	3	4
Toscana	0	3	3
Umbria	0	4	4
Marche	0	0	0
Lazio	2	11	13
Abruzzo	0	1	1
Molise	0	0	0
Sardegna	0	0	0
Campania	0	11	11
Puglia	0	1	1
Basilicata	0	0	0
Calabria	0	2	2
Sicilia	1	11	12
Totale	207	94	301

Giova poi mettere in evidenza, oltre alla regione di provenienza, anche l'appartenenza o meno di quest'ultima al bacino di competenza dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, per evidenziare lo stato di attuazione del DPCM 1° aprile del 2008.

Al 31 dicembre 2013 la quasi totalità degli internati di sesso maschile risultava proveniente da regioni afferenti al bacino di pertinenza della struttura lombarda. Tutte le donne internate, invece, si trovano nell'OPG lombardo, con la conseguente presenza di pazienti residenti in regioni non afferenti al bacino di competenza di Castiglione delle Stiviere. Infatti, alla data di riferimento, l'86% degli internati provenienti da regioni non di competenza dell'OPG di Castiglione delle Stiviere era rappresentato da donne. Di seguito si riportano i relativi dati, nel dettaglio.

Uomini per bacino di provenienza								
Bacini					Totale bacino	% bacino	Totale extra-bacino	% extra-bacino
Castiglione delle Stiviere	Reggio Emilia	Montelupo Fiorentino	Napoli	Barcellona Pozzo di Gotto				
201	2	1	2	1	201	97%	6	3%

Donne: bacino/extra-bacino			
Centro-nord	Centro-sud	% bacino	% extra-bacino
57	37	61%	39%

6.2.3. Posizione giuridica.

Nel presente paragrafo analizzeremo la popolazione internata nell'OPG di Castiglione delle Stiviere sulla base della posizione giuridica. Possono fare ingresso in un ospedale psichiatrico giudiziario – lo accenniamo – non solo coloro ai quali è stata applicata la misura di sicurezza di cui all'art. 222 c.p., ma anche le persone per le quali è stata disposta la misura di sicurezza dell'assegnazione a casa di cura e di custodia, di cui all'art. 219 c.p., in quanto le due misure vengono eseguite nelle medesime strutture. Questo per quanto riguarda le misure di sicurezza definitive. Possono poi fare ingresso in OPG le persone non ancora condannate o non ancora prosciolte, alle quali è stata applicata una misura di sicurezza in via provvisoria, ai sensi degli artt. 206 c.p. e 312 c.p.p. Inoltre, vengono, in alcuni casi, inviati in OPG: i condannati ai quali è sopravvenuta un'infermità psichica durante l'esecuzione della pena, ai sensi dell'art. 148 c.p.; i minorati psichici di cui all'art. 111 DPR 230/2000; e, infine, gli imputati o i condannati in osservazione psichiatrica, ai sensi dell'art. 112 dello stesso DPR.

Posizione giuridica						
Posizione giuridica		Uomini	Donne	Totale	%	
Misura di sicurezza definitiva	Ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.)	81	39	120	39,87%	64,78%
	Assegnazione a casa di cura e di custodia (art. 219 c.p.)	61	14	75	24,92%	
Misura di sicurezza provvisoria	Applicazione misura di sicurezza provvisoria (artt. 206 c.p. e 312 c.p.p.)	60	33	93	30,90%	
Altro	Infermità psichica sopravvenuta del condannato (art. 148 c.p.)	4	4	8	2,66%	4,32%
	Minorati psichici (art. 111 DPR 230/2000)	0	1	1	0,33%	
	Accertamento infermità psichica condannato e imputato (art. 112 DPR 230/2000)	0	3	3	1%	
	Dato non disponibile	1	0	1	0,33%	

Dai dati sopra riportati si evince che, alla fine del 2013, la quasi totalità (il 96%) degli internati era sottoposta a una delle misure di cui agli artt. 219 e 222 c.p.: il 64,79% in via definitiva, mentre il 30,90% in via provvisoria. Il 4,32% si trovava, invece, nelle restanti posizioni giuridiche che comportano o possono comportare l'ingresso il OPG (infermità psichica sopravvenuta, osservazione psichiatrica o minorati psichici). Per quanto riguarda questi ultimi casi, possiamo riscontrare che pochi sono i soggetti internati per infermità sopravvenuta, ai sensi dell'art. 148 c.p. e che non è presente alcun internato di sesso maschile in osservazione psichiatrica; questo perché tali osservazioni attualmente avvengono, come prescritto dall'art. 212 DPR 230/2000, in apposite sezioni di alcuni istituti di pena lombardi. Per le donne la realtà è diversa, in quanto accade tuttora che vengano inviate persone – sia imputate che condannate – per le osservazioni psichiatriche. Anche se al dicembre del 2013 queste persone risultavano essere comunque poche, nella realtà della gestione dei singoli casi e in particolare del loro inserimento nel reparto si riscontrano, come ci è stato spiegato dal personale nel corso della visita dell'OPG, non pochi problemi. Si tratta infatti spesso di persone abituate alle regole rigide del regime carcerario e che possono rivelarsi di non facile gestione in un contesto, come quello dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, caratterizzato da maggiori spazi di libertà e di autonomia.

6.2.4. Reato commesso.

Passiamo ora ad analizzare la popolazione presente in OPG alla data di riferimento da un altro punto di vista: la tipologia di reato commesso. Di seguito riportiamo una tabella che suddivide gli internati sulla base di tale criterio.

Reato commesso						
Reati		Uomini	Donne	Totale	Totale categoria	% categoria
Delitti contro la persona e delitti contro la famiglia	Omicidio (art. 575 e 577 c.p.)	28	26	54	192	63,79%
	Tentato omicidio (artt. 56 - 575 c.p.)	13	12	25		
	Violenza privata (art. 610 c.p.)	2	3	5		
	Violenza sessuale (art. 609-bis c.p.)	13	0	13		
	Ingiuria (art. 594 c.p.)	1	0	1		
	Lesioni personali (artt. 583 e 583 c.p.)	24	11	35		
	Minaccia (art. 612 c.p.)	4	1	5		
	Atti persecutori (art. 612-bis c.p.)	8	3	11		
	Sequestro di persona (art. 605 c.p.)	1	2	3		

	Prostituzione minorile (art. 600-bis c.p.)	1	0	1		
	Maltrattamenti contro familiari e conviventi (art. 572 c.p.)	31	8	39		
Delitti contro il patrimonio	Furto (artt. 624, 624-bis e 625 c.p.)	5	4	9	33	10,96%
	Danneggiamento (art. 635 c.p.)	4	0	4		
	Rapina (art. 628 c.p.)	5	5	10		
	Estorsione (art. 629 c.p.)	7	1	8		
	Ricettazione (art. 648 c.p.)	2	0	2		
Delitti contro la Pubblica Amministrazione e delitti contro l'amministrazione della giustizia	Resistenza a un pubblico ufficiale (art. 337 c.p.)	7	4	11	17	5,54%
	Violenza o minaccia a un pubblico ufficiale (art. 336 c.p.)	3	1	4		
	Evasione (art. 385 c.p.)	2	0	2		
Violazione prescrizioni libertà vigilata	Art. 231 c.p.	26	8	34	46	15,28%
	Art. 232 c.p.	11	1	12		
Altro		9	4	13	13	4,32%
Totale		207	94	301		

Dalla tabella risulta la netta prevalenza dei reati contro la persona e contro la famiglia, rispetto ai reati contro il patrimonio. I primi rappresentano il 63,79% del totale, con un picco del 70,21% delle donne; per quanto riguarda gli uomini, il 60,87% di essi si è reso autore di tali reati. I reati contro il patrimonio costituiscono il 10,96% del totale. Consistente – pari a 46 – anche il numero di persone internate in seguito alla violazione delle prescrizioni imposte con l'applicazione della libertà vigilata[38].

[38] Trentaquattro di queste risultano essere in OPG in seguito all'applicazione dell'art. 231 c.p., mentre 12 dell'art. 232 c.p. Le due norme – che regolano entrambe le conseguenze della trasgressione delle prescrizioni imposte con la misura di cui all'art. 228 c.p. – hanno diverso ambito di applicazione: la prima riguarda i casi di libertà vigilata applicata per ragioni diverse dall'infermità mentale, mentre la seconda regola nello specifico quest'ultima ipotesi, come del resto pare di poter desumere sia dalla rubrica, che dal tenore letterale della norma. Si veda, per l'individuazione dell'ambito di applicazione delle citate disposizioni, Cass. pen., Sez. Un., n. 34091/2011, che ha stabilito i seguenti principi di diritto: "L'art. 231 c.p. regolamenta gli effetti che conseguono alla trasgressione degli obblighi imposti al libero vigilato, dichiarato pericoloso per un titolo diverso dalla infermità psichica"; "L'art. 232 c.p. non è norma speciale rispetto all'art. 231 c.p. e disciplina - tra l'altro - la diversa ipotesi della persona che, dichiarata pericolosa per infermità psichica e sottoposta alla libertà vigilata per tale titolo, manifesta, in corso di esecuzione della misura, nuovi sintomi di una più accentuata pericolosità, sì da rendere inadeguata la misura non detentiva in atto e da legittimarne la sostituzione con il ricovero in casa di cura e custodia"; "La misura di sicurezza della libertà vigilata applicata per effetto della dichiarazione di abitualità nel reato non può essere sostituita, per sopravvenuta infermità psichica, con la misura del ricovero in casa di cura e custodia,

6.2.5. Tempi di permanenza e proroghe.

Di seguito esamineremo la popolazione presente in OPG alla data di riferimento sulla base di due criteri che corrispondono ad importanti aspetti – che hanno fatto molto discutere e che in diversi casi hanno dato luogo al fenomeno dei c.d. ergastoli bianchi – dell'applicazione delle misure di sicurezza: la durata e il meccanismo delle proroghe.

Prima di occuparci della durata della misura di sicurezza daremo qualche dato relativo al tempo di permanenza nell'OPG di Castiglione delle Stiviere, ovviamente sempre riferendoci alla popolazione presente nella struttura al 31 dicembre 2013. I dati sotto riportati non tengono conto del periodo eventualmente trascorso dagli internati in altri OPG. Occorre poi specificare che tali dati, riferendosi solo alla popolazione internata in un determinato momento, non riflettono i tempi di permanenza nella struttura in generale, ma solo quelli della popolazione presente al momento preso in considerazione, anche se, come vedremo, i tempi di permanenza medi del campione preso in considerazione si avvicina a quello calcolato sulla base degli ingressi e delle uscite, riportato nel rapporto riguardante l'OPG di Castiglione delle Stiviere redatto a cura dell' associazione Antigone Lombardia[39].

non operando in tale ipotesi la disposizione di cui all'art. 232 c.p., comma 3". Da ciò ci pare di poter affermare che in OPG dovrebbero trovarsi soltanto persone che hanno trasgredito le prescrizioni della libertà vigilata applicata in ragione dell'infermità mentale. Anomala quindi risulterebbe la presenza in OPG – come sembra, sulla base dei dati di cui disponiamo, essere avvenuto nell'OPG di castiglione delle Stiviere – di persone alle quali è stato applicato l'art. 231 c.p., perché i destinatari della citata norma dovrebbero essere liberi vigilati sottoposti alla misura di cui all'art 228 c.p. per ragioni diverse dal proscioglimento per infermità mentale o la condanna a pena diminuita per seminfermità mentale. Avendo avuto accesso solo al dato relativo al reato commesso (indicato con il corrispondente articolo del Codice penale) e non alle singole posizioni giuridiche complete dei pazienti, non ci è possibile conoscere con certezza la ragione di tale presenza. In particolare non possiamo conoscere il motivo per cui a queste persone era stata applicata la libertà vigilata, circostanza che, se fosse nota, permetterebbe di verificare la corretta applicazione o meno dell'art. 231 c.p. ed escludere che queste persone potessero rientrare nell'ambito di applicazione dell'art. 232 c.p. Il dato ora in esame ci pare in ogni caso preoccupante, dal momento che potrebbe indicare la presenza in OPG, della quale abbiamo peraltro ricevuto conferma anche se non in termini quantitativi precisi, di persone che hanno trasgredito gli obblighi imposti con l'applicazione della libertà vigilata, ordinata per ragioni diverse dall'infermità o seminfermità mentale.

[39] *Rapporto redatto dall'associazione Antigone Lombardia sull'OPG di Castiglione delle Stiviere, cit.*

Tempo di permanenza			
Tempo di permanenza	Uomini	Donne	Totale
Meno di 6	55	33	88
6 mesi o più	37	8	45
1 anno o più	49	25	74
2 anni o più	32	8	40
3 anni o più	19	3	22
4 anni o più	8	4	12
5 anni o più	1	5	6
6 anni o più	1	4	5
7 anni o più	0	1	1
8 anni o più	0	1	1
9 anni o più	0	1	1
10 anni o più	0	0	0
11 anni o più	0	0	0
12 anni o più	5	1	6

Si può notare come la maggior parte degli internati presenti nella struttura al 31 dicembre 2013 (l'89,37%) avesse trascorso – fino a quel momento – nell'OPG lombardo meno di quattro anni e che il 41,19% risultasse ammesso nel 2013. Ci sono però alcune persone con un tempo di permanenza superiore a dodici anni, tra le quali si trovano anche casi limite di internati per 18 anni o addirittura, in un caso, 27 anni.

Il tempo di permanenza medio – con riferimento agli internati alla data del 31 dicembre 2013 – è di 2,1 anni per le donne e di 1,9 anni per gli uomini. I dati forniti da Antigone Lombardia – con riferimento ad una data di poco antecedente a quella da noi considerata – sono invece 2,3 anni per le donne e 1,6 per gli uomini[40].

Passiamo ora ad analizzare i dati a disposizione dal punto di vista delle proroghe[41]. Nei dati di seguito forniti sono comprese anche le proroghe, di solito brevi (sei mesi o un anno), finalizzate prosecuzione della licenza finale esperimento. Prenderemo in considerazione, ai fini delle statistiche sulle proroghe, solo gli internati in seguito all'applicazione di una misura di sicurezza definitiva, in quanto gli altri non sono investiti dal fenomeno delle proroghe ai sensi dell'art. 208 c.p.[42] Ricordiamo che i

[40] Nel *Rapporto redatto dall'associazione Antigone Lombardia sull'OPG di Castiglione delle Stiviere, cit.* si sottolinea che questi valori medi sono dati puramente statistici e sono calcolati sugli ingressi e sulle uscite e non sulle persone; pertanto due ingressi della stessa persona, a distanza di tempo, sono calcolati come due eventi separati e il tempo di permanenza risultante non sarà cumulato nel calcolo.

[41] Com'è noto, la misura di sicurezza può essere prorogata allo scadere del periodo minimo stabilito dalla legge e in occasione di ogni successivo riesame della pericolosità sociale, qualora il magistrato abbia modo di ritenere che la stessa non sia venuta meno o diminuita a tal punto da poter disporre una revoca o una trasformazione in libertà vigilata.

[42] Le persone sottoposte a misura di sicurezza provvisoria, ai sensi dell'art. 206 c.p. vi rimangono sottoposte finché il giudice ritiene che non siano più socialmente pericolose e revoca l'ordine di ricovero (art. 206 co. 2 c.p.).

soggetti ai quali è stata applicata una misura definitiva erano – al 31 dicembre 2013 – 195, di cui 142 uomini e 53 donne.

La tabella sottostante, che reca indicazione delle percentuali di pazienti sottoposti a misura di sicurezza in regime di proroga, si evince che circa la metà degli internati in esecuzione di una misura di sicurezza definitiva, erano stati, alla fine del 2013, destinatari almeno ad una proroga.

Proroghe						
	N° uomini	% uomini in misura di sicurezza definitiva	N° donne	% donne in misura di sicurezza definitiva	Totale	% totale internati in misura di sicurezza definitiva
Misura di sicurezza prorogata	74	52%	21	40%	95	49%
Misura di sicurezza non prorogata	68	48%	32	60%	100	51%

Nella tabella sottostante, invece, riportiamo i dati relativi al numero di proroghe subite dagli internati nell'OPG.

Internati in proroga: numero proroghe						
N° proroghe	Uomini		Donne		Totale	
	N°	% su uomini in proroga	N°	% su donne in proroga	N°	% su totale in proroga
1	22	29,73%	9	42,86%	31	32,63%
2	16	21,62%	3	14,29%	19	20,00%
3	9	12,16%	3	14,29%	12	12,63%
4	9	12,16%	0	0%	9	9,47%
5	1	1,35%	0	0%	1	1,05%
6	2	2,70%	2	9,52%	4	4,21%
7	1	1,35%	2	9,52%	3	3,16%
8	4	5,41%	0	0%	4	4,21%
9	0	0%	0	0%	0	0%
10	1	1,35%	1	4,76%	2	2,11%
Più di 10	2	2,70%	1	4,76%	3	3,16%
Più di 20	4	5,41%	0	0%	4	4,21%
Più di 30	3	4,06%	0	0%	3	3,16%
Totale	74		21		95	

Si nota, dai dati sopra riportati, che la maggior parte delle persone in regime di proroga, ha avuto meno di tre proroghe della misura di sicurezza. In particolare si tratta del 52,63%. Il 23,16% degli internati in proroga ha subito tra le tre e le cinque proroghe. Ci sono poi casi – anche se pochi – di persone alle quali la misura di sicurezza è stata prorogata per più di 20 o 30 volte, portando lunghissimi periodi di

internamento, talvolta a fronte di reati per i quali la pena edittale è di gran lunga inferiore al tempo complessivo di permanenza in OPG.

Nella seguente tabella, invece, si raggruppano gli internati sulla base della durata complessiva delle proroghe subite.

Internati in proroga: durata complessiva proroghe						
Durata complessiva	Uomini	% su uomini in proroga	Donne	% su donne in proroga	Totale	% su totale in proroga
Meno di 1 anno	13	17,58%	6	28,57%	19	20,00%
1 anno o più	26	35,13%	6	28,50%	32	33,68%
2 anni o più	14	18,92%	4	19,05%	18	19,95%
3 anni o più	5	6,76%	0	0%	5	5,23%
4 anni o più	2	2,70%	2	9,52%	4	4,21%
5 anni o più	3	4,05%	1	4,76%	4	4,21%
6 anni o più	2	2,70%	0	0%	2	2,11%
7 anni p più	1	0,02%	1	4,76%	2	2,11%
8 anni o più	1	0,02%	1	4,76%	2	2,11%
9 anni o più	0	0%	0	0%	0	0%
10 anni o più	5	6,76%	1	4,76%	6	6,32%
20 anni o più	3	4,05%	0	0%	3	3,16%
25 anni o più	1	0,02%	0	0%	1	1,05%

Si può notare che per la maggior parte degli internati in regime di proroga – 53,68% – quest'ultima ha avuto una durata complessiva – alla data del 31 dicembre 2013 – compresa tra sei mesi e due anni. Ci sono però alcune persone, anche se in numero ridotto, che si trovano in regime di proroga da oltre 10 anni e quattro di essi da più di 20 anni.

6.2.6. Esito udienze di riesame della pericolosità sociale da giugno 2013 ad aprile 2014.

Con cadenza mensile, presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere si tengono le udienze di riesame della pericolosità sociale, la cui competenza spetta al Magistrato di sorveglianza di Mantova. Ci è stato possibile assistere ad una di queste udienza e disponiamo dei dati relativi all'esito di quelle tenutesi tra il giugno 2013 e l'aprile 2014. I dati sono stati forniti dall'OPG di Castiglione delle Stiviere. Le tabelle sotto riportate sono il frutto di una rielaborazione di tali dati, da parte di chi scrive.

Nella prima tabella, oltre al semplice esito del riesame della pericolosità sociale e quindi il numero di revoche, proroghe e trasformazioni in libertà vigilata disposte, metteremo in evidenza il numero di persone che risultavano essere beneficiarie della licenza finale esperimento al momento del riesame. Questo ci permetterà di effettuare alcune osservazioni.

Esito udienze di riesame della pericolosità sociale da giugno 2013 ad aprile 2014.											
Udienza	N. riesaminati	Revoche			Proroghe			Trasformazione in libertà vigilata			Altro
		Persone non in L.F.E.	Persone in L.F.E.	Totale	Persone non in L.F.E.	Persone in L.F.E.	Totale	Persone non in L.F.E.	Persone in L.F.E.	Totale	
Giugno	32	1	0	1	14	9	23	0	7	7	0
Luglio	33	0	0	0	11	16	27	0	6	6	0
Settembre	33	0	2	2	16	7	23	2	6	8	0
Ottobre	33	2	1	3	16	8	24	1	2	3	3
Novembre	27	1	0	1	9	9	18	1	6	7	0
Dicembre	20	0	1	1	7	10	17	0	2	2	0
Gennaio	25	0	1	1	12	9	21	0	3	3	0
Febbraio	28	0	2	2	12	8	20	0	5	5	1
Marzo	23	0	1	1	9	10	19	1	1	2	1
Aprile	28	0	1	1	13	7	20	0	5	5	2
Totale	282	4	9	13	119	93	212	5	43	48	7

In primo luogo possiamo notare come il numero delle revoche appaia molto ridotto. Ciò non è dovuto ad una scarsa propensione verso questo tipo di esito, ma al fatto che raramente le revoche della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario vengono disposte senza il passaggio intermedio della libertà vigilata o quantomeno della licenza finale esperimento[43].

In secondo luogo possiamo rilevare un elevato numero di proroghe di pazienti in licenza finale esperimento. Come avremo modo di sottolineare a breve, nella quasi totalità dei casi si tratta di proroghe di breve durata, nello specifico di sei mesi. Sono queste le ipotesi in cui la proroga è finalizzata alla prosecuzione della licenza esperimento, in ragione della insussistenza di tutti i presupposti che giustificherebbero una immediata revoca o una trasformazione in libertà vigilata. Si tratta comunque di persone che non sono in OPG, ma normalmente in comunità esterne, che proseguiranno il percorso di reinserimento, che si auspica possa portare ad una futura revoca della misura di sicurezza.

In terzo luogo, notiamo che la netta maggioranza delle persone cui la misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario viene trasformata in libertà vigilata, si trova in licenza esperimento. Ciò si giustifica con la necessità di un passaggio intermedio tra il ricovero in una struttura altamente contenitiva quale l'OPG e la

[43] Dai dati a nostra disposizione non emerge il numero di persone alle quali è stata revocata la misura di cui all'art. 228 c.p., applicata in seguito alla trasformazione del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, in ragione del fatto che al momento dell'applicazione della libertà vigilata i pazienti vengono dimessi e cessa la competenza dell'OPG.

misura della libertà vigilata, che pur essendo limitativa della libertà personale consente più ampi spazi di libertà.

Durata delle proroghe (periodo di riferimento: giugno 2013-aprile 2014)													
Udienza	N. proroghe			Durata proroghe						Totale			
				Persone non in L.F.E.			Persone in L.F.E.						
	Persone non in L.F.E.	Persone in L.F.E.	Totale	6 mesi	Più di 6 mesi	1 anno o più	6 mesi	Più di 6 mesi	1 anno o più	6 mesi	Più di 6 mesi	1 anno o più	Dato non disponibile
Giugno	14	9	23	6	2	6	8	0	1	14	2	7	0
Luglio	11	16	27	7	5	1	12	1	0	19	6	1	1
Settembre	16	7	23	4	6	6	7	0	0	11	6	6	0
Ottobre	16	8	24	3	6	5	7	0	0	10	6	5	3
Novembre	9	9	18	4	2	3	9	0	0	13	2	3	0
Dicembre	7	10	17	3	2	2	9	0	0	12	2	2	1
Gennaio	12	9	21	2	5	5	9	0	0	11	5	5	0
Febbraio	12	8	20	5	6	0	8	0	0	13	6	0	1
Marzo	9	10	19	4	2	2	10	0	0	14	2	2	1
Aprile	13	7	20	9	1	3	4	0	1	13	1	4	2
Totale	119	93	212	47	37	33	83	1	2	130	38	35	9

Di seguito, invece, riportiamo una tabella riassuntiva[44], dalla quale possiamo meglio comprendere la ragione delle proroghe, suddividendole per durata.

Riepilogo proroghe suddivise per durata			
Durata proroghe	Semplice	Persone già in licenza esperimento	Totale
6 mesi	47	83	130
Più di 6 mesi	37	1	38
1 anno o più	33	2	35

In generale, possiamo notare che la maggior parte – 130 su 203 – delle proroghe (di cui conosciamo la durata) risulta essere di sei mesi, o comunque – 168 su 203 – di durata inferiore ad un anno. Buona parte delle proroghe di sei mesi – 83 su 130 – riguardano persone in licenza finale esperimento e sono quindi verosimilmente finalizzate alla prosecuzione della stessa. Mentre quasi nessuna della proroghe di media o lunga durata riguarda persone in licenza finale esperimento.

[44] Nella tabella abbiamo riportato solo i dati relativi alle proroghe di cui consociamo la durata; per questa ragione il numero di persone alle quali è stata prorogata la misura di sicurezza sopraindicato risulta superiore (212), anche se di poco, rispetto a quello risultante dalla seguente tabella (203).

7. La situazione della Regione Lombardia alla fine del 2014: qualche dato.

Si è detto che la l. n. 81/2014 dispone che gli OPG debbano essere definitivamente chiusi e sostituiti dalle REMS entro il 31 marzo 2015. Come già sottolineato sulle pagine di *questa Rivista*, la Regione Lombardia, che aveva presentato, il 20 giugno 2014, un programma integrativo di quello precedente, era ancora in attesa, negli ultimi mesi dello scorso anno, dell'approvazione del programma stesso e, quindi, dell'erogazione da parte dello Stato delle risorse per la sua realizzazione. La situazione, in buona sostanza, era bloccata.

Purtroppo, ad oggi, quasi nulla pare essere cambiato. In particolare, la realizzazione delle REMS non è ancora stata avviata; sembra che lo Stato, pur avendo stanziato le risorse, non le abbia ancora erogate alle regioni. In questa situazione è allora verosimile ritenere – come si è ipotizzato in via generale in apertura del presente lavoro – che la Regione Lombardia farà ricorso come le altre regioni a misure transitorie; considerato il riconosciuto ruolo di eccellenza dell'OPG di Castiglione delle Stiviere (pur in presenza di alcune criticità), è ragionevole ipotizzare che la Regione cercherà di riorganizzare la struttura, suddividendola provvisoriamente in reparti di piccole dimensioni, tali da avvicinarsi, quantomeno, agli *standard* strutturali e organizzativi previsti dal d.m. 1° ottobre 2012 per le costituende REMS.

Ciò detto quanto al possibile futuro, va segnalato, quanto al recente passato, che nell'OPG lombardo si riscontrava, al 31 dicembre 2014, una diminuzione del numero dei pazienti in carico, rispetto alla stessa data dell'anno precedente (in cui erano, in totale, 301). In particolare, alla fine del 2014 erano presenti, nell'OPG di Castiglione delle Stiviere, 226 pazienti di cui 157 uomini e 69 donne. I pazienti lombardi (residenti) erano 129. Interessante sottolineare, però, che il 19% dei pazienti in carico (42, di cui 31 lombardi) si trovava, alla data di riferimento, il licenza finale esperimento, e quindi di fatto non presente in OPG. A fronte di tale numero di pazienti, vista la capienza totale dell'OPG (217), al momento la situazione di preoccupante sovraffollamento in cui la struttura versava al termine dell'anno precedente pare essere rientrata. Vale la pena sottolineare che, però, in base a quanto programmato dalla Regione con DGR n. 1981/2014, il numero massimo di posti letto dovrà esser limitato, nel polo di Castiglione delle Stiviere, a 160 (è infatti prevista la realizzazione di otto residenza da 20 posti letto ciascuna). Pertanto, la situazione, seppure migliorata rispetto al passato, non pare essere ancora pienamente in linea con quanto previsto a livello di programmazione regionale, conformemente ai requisiti di cui al d.m. 1° ottobre 2012[45].

8. Considerazioni finali.

Il termine fissato dalla legge, al 15 marzo 2015, per la chiusura degli OPG è

[45] Tale decreto, lo ricordiamo, reca i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle REMS e prevede che tali residenze non possano avere più di venti posti letto ciascuna.

spirato, e le Regioni non risultano aver realizzato le strutture residenziali sostitutive. A fronte della volontà di non prorogare ulteriormente il termine e di un certo ottimismo, manifestato nei mesi precedenti, circa la possibilità di rispettarlo, sono state sollevate preoccupazioni per il rischio di un'attuazione solo 'di facciata'[46] della riforma e di un protrarsi oltre il tempo necessario di soluzioni transitorie che le regioni saranno probabilmente costrette a porre in essere.

E' a nostro avviso una preoccupazione almeno in parte condivisibile: il formale rispetto del termine, mediante l'adozione di soluzioni intermedie e transitorie, porta con sé il rischio che, nella convinzione che tale termine sia stato rispettato e che la riforma sia stata portata a compimento, ci si 'dimentichi' di nuovo degli ospedali psichiatrici giudiziari e che la situazione rimanga 'in sospeso' oltre il necessario. Il rischio è quindi che, dopo anni di continue proroghe ed una riforma che prometteva cambiamenti radicali nel trattamento sanzionatorio dell'infermo di mente autore di reato, ci si ritrovi con una riforma 'a metà' e con dei cambiamenti molto meno epocali di quanto prospettato e con degli OPG che di fatto continuano ad esistere sotto mentite spoglie – anche se probabilmente in condizioni migliori rispetto al passato e con una configurazione parzialmente diversa.

Tale risultato ci pare evitabile solo se l'impegno, a livello tanto nazionale, quanto regionale, sarà volto ad un effettiva attuazione della riforma in atto, e continuerà fino a che tale faticoso processo non possa considerarsi effettivamente ultimato, senza accontentarsi di inutili 'vie di mezzo'.

[46] Per il comunicato stampa di Psichiatria Democratica, in proposito, clicca qui.