



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea Specialistica in Politiche e Servizi Sociali

—
Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

La follia criminale

Appunti sul superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Laureanda:
Sara Paiero



Relatore:
Prof. Mario Galzigna
Correlatore:
Prof. Michele Cangiani

Anno Accademico 2011/2012

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1 Dal manicomio per folli al manicomio per criminali.....	7
1.1 Il paradigma manicomiale.....	7
1.2 Il controverso rapporto tra psichiatria e giustizia.....	10
1.3 I presupposti culturali dei primi manicomi criminali.....	14
CAPITOLO 2 Storia e legislazione degli OPG dagli inizi agli anni '70.....	18
2.1 La “sezione per maniaci” di Aversa.....	18
2.2 Le prime difficoltà nella gestione dei manicomi civili e giudiziari.....	19
2.3 Il codice Rocco e il sistema del “doppio binario”.....	20
2.4 Gli anni delle polemiche e delle inchieste giudiziarie.....	22
2.5 Le modifiche della normativa negli anni '70.....	26
2.6 La Legge di riforma psichiatrica.....	29
2.7 Le proposte di superamento degli OPG.....	32
2.7.1 Il progetto Vinci Grossi.....	32
2.7.2 La proposta Corleone.....	33
2.7.3 Il disegno di Legge Riz.....	34
2.7.4 Il Progetto di proposta di Legge della Fondazione Michelucci.....	35
2.7.5 Conclusioni.....	37
CAPITOLO 3 La normativa italiana attuale in tema di OPG.....	39
3.1 Le misure di sicurezza e le misure di prevenzione.....	39
3.2 La pericolosità sociale.....	40
3.3 L'imputabilità.....	42
3.4 La perizia psichiatrica.....	44
3.5 Le due sentenze della Corte Costituzionale: le misure alternative all'OPG	46
3.6 I minori e l'OPG.....	48
3.7 Chi è recluso in OPG: le categorie giuridiche.....	50
CAPITOLO 4 L'organizzazione degli OPG.....	53
4.1 Le strutture.....	53
4.1.1 Aversa.....	53
4.1.2 Montelupo Fiorentino.....	54
4.1.3 Reggio Emilia.....	56
4.1.4 Napoli-San Eframo nuovo.....	57
4.1.5 Barcellona Pozzo di Gotto.....	58

4.1.6 Castiglione delle Stiviere.....	59
4.2 Le caratteristiche della popolazione internata.....	61
4.3 Il personale.....	67
4.4 Le risorse finanziarie.....	70
CAPITOLO 5 Il diritto alla salute del detenuto.....	72
5.1 Le malattie psichiche in carcere.....	72
5.2 Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale.....	74
5.3 Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 2008.....	81
5.4 Le Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale.....	84
5.5 Le criticità legate all'applicazione del DPCM	86
CAPITOLO 6 La Legge 9/2012 e gli scenari futuri.....	90
6.1 La Commissione parlamentare d'inchiesta	90
6.2 L'articolo 3-ter della Legge n. 9 del 17 febbraio 2012.....	91
6.3 La Regione Toscana.....	94
6.4 La Regione Abruzzo.....	97
6.5 La Regione Emilia Romagna.....	98
6.6 La Regione Marche.....	100
6.7 La Regione Campania.....	101
6.8 La Regione Sardegna.....	103
6.9 La Regione Lombardia.....	105
6.10 La Regione Veneto.....	107
6.11 La Regione Calabria.....	108
6.12 La Regione Puglia.....	108
6.13 Provincia autonoma di Bolzano.....	109
6.14 La Regione Sicilia.....	110
6.15 La Regione Lazio.....	112
6.16 Il dibattito attuale sul tema del superamento degli OPG.....	113
APPENDICE Intervista al Dott. Giuseppe Dell'Acqua.....	120
BIBLIOGRAFIA.....	132
PRINCIPALI FONTI GIURIDICHE DI RIFERIMENTO.....	135
SITI CONSULTATI.....	137

Nel febbraio 2012 è stata approvata la Legge n. 9, che all'articolo 3-ter sancisce il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Si tratta di una Legge importante e molto attesa, giunta dopo un prolungato silenzio legislativo.

Gli OPG sono istituzioni carcerarie nate nei primi anni del '900, che prevedono delle finalità terapeutiche e rieducative largamente disattese nel corso degli anni. L'apparato normativo che le disciplina è rimasto praticamente immutato per un secolo, con l'eccezione di alcune sentenze della Corte Costituzionale che sono riuscite ad apportare delle modifiche in materia denotando al contempo uno scarso impegno da parte del potere politico.

La Legge non è stata priva di contestazioni, ha alimentato un acceso dibattito e ha sollevato non poche perplessità in merito alla sua futura applicazione. Essa infatti impone la chiusura dei sei OPG esistenti oggi in Italia, prevedendo l'apertura di strutture sanitarie regionali a capienza ridotta, scontentando coloro che attendevano una radicale modifica del codice penale che abolisse la nozione stessa di "pericolosità sociale".

Con il presente elaborato ci si propone di ripercorrere la storia e l'evoluzione normativa dei manicomi giudiziari, tracciandone i tratti caratterizzanti, per mettere in luce le potenzialità e i rischi derivanti dall'imminente chiusura.

La prima parte tratta della nascita della psichiatria sul finire del XVIII secolo, quando veniva chiamata "alienistica", e del suo contrastato rapporto con la giustizia, riportando le tappe principali che hanno condotto alla creazione di quelli che, nei primi anni della loro vita, si chiamarono "manicomi criminali".

Nella seconda parte si affronta il tema delle difficoltà sorte nella gestione di questi nascenti istituti, della loro conformazione normativa assunta in epoca fascista e tuttora vigente, degli scandali e delle contestazioni che si sollevarono negli anni '70 e delle proposte di Legge per il loro superamento.

Nella terza parte si sono definiti alcuni aspetti chiave e particolarmente caratterizzanti dell'istituzione OPG, per facilitare la loro comprensione e definizione, specialmente dal punto di vista normativo.

Nella quarta parte si è voluto delineare il modo in cui gli OPG si presentano oggi,

attraverso la descrizione dei quattro assi principali sui quali si reggono: le strutture, la popolazione internata, il personale che vi opera e le risorse finanziarie di cui dispongono.

Si è passati poi a parlare del diritto alla salute del detenuto e del faticoso passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

Nella sesta ed ultima parte si giunge all'approvazione del già citato art 3-ter della Legge n. 9 del 2012, avvenuta anche in seguito alle visite effettuate dalla Commissione Parlamentare d'Inchiesta guidata dal Senatore Ignazio Marino all'interno degli OPG, che hanno avuto il merito di riaccendere il dibattito sul tema. Si è cercato inoltre di approfondire l'attuale stato di attuazione della Legge e il modo in cui questa è stata recepita localmente. Per avere delle notizie il più possibile aggiornate, si sono inviate delle richieste di informazioni alle singole Regioni: mentre alcune di queste sono state solerti nelle risposte, da altre non si è avuto modo di apprendere informazioni dirette; si è fatto dunque ricorso alle notizie pubblicate in rete, laddove presenti. Vengono infine riportati i tratti essenziali del dibattito attuale sul tema per concludere con la trascrizione di un'intervista al dott. Giuseppe Dell'Acqua, ex Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, psichiatra da sempre impegnato nel campo della Salute Mentale anche in ambito carcerario.

CAPITOLO 1

Dal manicomio per folli al manicomio per criminali

1.1 Il paradigma manicomiale

Il XVIII secolo, nonostante sia passato alla storia come il secolo del Razionalismo e dell'Illuminismo, è anche un secolo di contrasti, di tumulti e di riassetamenti di pensiero. E' al contempo il secolo che proclama l'importanza dei diritti dell'uomo e il secolo che inventa la ghigliottina.

Il malato di mente vaga per le campagne, emarginato dalla società e, se catturato ed imprigionato, viene messo in carcere assieme ai criminali, legato a catene senza speranza di essere liberato. Esistono pochissimi posti dove il malato di mente viene trattato con un po' di umanità, come ad esempio a Parigi nelle *maisons de santé*, le quali però sono accessibili solo a persone molto ricche. Spesso il folle è affidato alle cure degli ordini religiosi, alla *pietas* cristiana. Da quasi duemila anni e fino alla fine del '700 lo studio clinico e il trattamento del malato di mente sono fermi alla reclusione e all'uso delle catene¹.

L'aria di rivoluzione che comincia a spirare col secolo dei lumi porta innovazioni di pensiero un po' in tutti i campi del sapere. Anche la medicina subisce le influenze di questi caratteri ideologici e vanno delineandosi i caratteri della riforma, della salute pubblica e della cura dei malati di mente. L'uomo, e con lui il folle, diventano soggetti di diritto. In tutta Europa si risveglia il senso di responsabilità della comunità verso i suoi membri.

Così come è necessaria una conoscenza scientifica delle malattie fisiche, si incominciano a trattare scientificamente anche le malattie mentali. Il medico del XVIII secolo si dedica soprattutto alla catalogazione delle malattie mentali, dando vita alla nosologia², facendo fiorire la letteratura sull'argomento. Ovviamente lo psichiatra non è ancora lo specialista quale lo intendiamo oggi, è piuttosto un medico generico con uno spiccato interesse verso le malattie mentali, interesse più neurologico che terapeutico- psichiatrico³.

In Germania, Francia, Inghilterra e Italia i medici che lavorano con gli alienati

1 G. Zilboorg, G. W. Henry, *Storia della psichiatria*, Nuove Edizioni Romane, Roma 2001, p. 293.

2 G. Zilboorg, G. W. Henry, *Op. Cit.*, p.311.

3 G. Zilboorg, G. W. Henry, *Op. Cit.*, p. 314.

incominciano ad invocare trattamenti più umani nei loro confronti. Agli inizi del secolo XIX in tutta Europa la cura della follia si medicalizza e la gestione degli asili, con tempi e modalità differenti, diventa laica e viene affidata ai medici alienisti. La carità diventa tutela dei folli poveri e la *pietas* cristiana diventa terapia medica.

Come la Rivoluzione francese è all'avanguardia del nuovo ordinamento a cui l'Europa stava uniformandosi, così i medici francesi sono gli esponenti più rappresentativi del nuovo indirizzo psichiatrico⁴.

Si avverte un certo scontento per il modo in cui gli internati vengono trattati, si vuole evitare l'uso dell'internamento come mezzo di repressione socio-politica. Si auspica un controllo maggiore, che passi anche attraverso il giudizio di un medico, non solo tramite il potere poliziesco. Uno dei protagonisti della psichiatria nascente è Philippe Pinel (1745- 1826), il medico che nel 1792, mentre Parigi è in piena agitazione rivoluzionaria, viene chiamato a dirigere l'ospedale di Bicêtre, nel quale sono internate tutte le categorie emarginate dalla società e, due anni dopo, quello della Salpêtrière, il primo vero manicomio di Parigi. Egli è passato alla storia come colui che ha tolto le catene ai folli, formulando una nuova organizzazione del manicomio, ispirata a una riproduzione della vita del mondo esterno all'interno delle mura. I malati non sono più lasciati in catene e malnutriti, ma partecipano alla vita dell'ospedale, vengono sottoposti ai bagni terapeutici, mangiano assieme agli altri ricoverati. Pinel, animato da uno spirito illuminista, studia attentamente i suoi pazienti, ascoltando, annotando e osservando quello che dicono. E' Pinel ad introdurre l'uso di prendere appunti sui casi psichiatrici e di conservarli e a scrivere nel 1801 il primo trattato di psichiatria⁵. Il trattamento morale è il tipo di cura con cui egli intende guarire i folli, che consiste proprio nel risvegliare le normali facoltà mentali che sono state distorte dalla malattia⁶. Elabora una semplificata classificazione delle malattie mentali, condanna l'uso di alcune pratiche manicomiali, quali l'uso delle droghe e del salasso sui pazienti, la contenzione viene utilizzata ma solo come "castigo" nei momenti di agitazione dei pazienti, non come regime permanente di cura.

Allievo di Pinel è Esquirol, il quale apre una clinica privata, una casa di cura per alienati benestanti. E' qua che raccoglie le idee per scrivere il testo edito nel 1805

4 G. Zilboorg, G. W. Henry, *Op. Cit.*, p. 332.

5 G. Zilboorg, G. W. Henry, *Op. Cit.*, p. 340.

6 L. Attenasio (a cura di), *Fuori norma. La diversità come valore e sapere*, Armando editore, Roma, 2000, (si veda il capitolo *La lunga storia del manicomio*, p. 170).

“Delle passioni”. Egli sostiene che la follia sia causata da un eccesso di passioni non ben governate: la malattia mentale fa il suo ingresso nella normalità e nella ragione⁷: l'individuo “normale” può, per un eccesso di passioni, giungere allo stato di follia. Ragione e sragione vengono inserite in un *continuum*, collocate su una stessa linea immaginaria che le collega.

Si può affermare che la psichiatria nasce quando la dottrina medica sulla mente si coniuga con la pratica asilare. Essa nasce con finalità terapeutiche, viene abbandonato il concetto di “follia totale”, che vedeva il folle come posseduto da un demone, e si adotta la concezione di follia parziale, restituendo al soggetto la sua dignità e la possibilità di guarigione, presupposto essenziale per la nascita del manicomio e della psichiatria come scienza autonoma, come sapere deputato alla cura della popolazione internata. Bisogna cercare la continuità tra la nostra vita e la follia, dice Esquirol, per instaurare la possibilità del dialogo col folle. Per capire il delirio bisogna mettersi in armonia con le idee generatrici del delirio. Il trattamento morale, di cui l'allievo di Pinel continua ad occuparsi, è il risultato di contenzione e cura. Non esiste trattamento morale senza un esercizio di forza messo in pratica dal medico, al quale il folle viene sottomesso. La psichiatria esquiroliana si oppone all'anatomia patologica, sostenendo che l'alienazione non implica affatto una lesione del sistema nervoso, ma soltanto l'alterazione delle sue funzioni.

Cambia il sapere medico e parallelamente cambia l'apparato istituzionale. L'amministrazione, per legittimare le pratiche di internamento che durante l'*ancien regime* consistevano in misure di polizia, incorpora il sapere psichiatrico. Quest'ultimo, a sua volta, acquista potere istituzionale e amministrativo. Il paradigma della guaribilità giustifica la nascita degli asili per folli, che vengono amministrati in nome di una verità generale ed assoluta che diventa il sapere psichiatrico. L'internamento così viene giustificato, nascondendo le esigenze di sicurezza sociale⁸.

Tra il 1802 e il 1805 Esquirol si fa portavoce della guaribilità della malattia mentale, esaltandone quest'aspetto attraverso la cura di soggetti trattabili, vittime di passioni non governate.

Non è attraverso la repressione che si realizza la cura, ma attraverso una diversa forma di violenza, che è la forza del sapere medico, esercitata attraverso il potere di

7 M. Galzigna, *La malattia morale*, Marsilio, Venezia, 1992 seconda edizione (2006 terza edizione, consultabile on line), p. 130.

8 M. Galzigna, *Op. Cit.*, p. 130.

dissuasione. “Sicurezza e violenza vengono incorporate e legittimate da un sapere che le nobilita”⁹.

Il manicomio nasce dal doppio paradigma del potere dell'isolamento e della parzialità della follia. Il tema dell'isolamento è da sempre uno dei cardini della spiritualità cattolica: la separazione dalle tentazioni e dalle passioni della vita reale. Isolando il deviante l'istituzione riesce da un lato a garantire l'ordine sociale e la sicurezza della popolazione, dall'altro assicura ordine, sicurezza e disciplina, le quali caratterizzano la nuova psichiatria. La disciplina sottesa all'isolamento serve perché impone regole dall'esterno e fa interiorizzare la norma. Essa sarà ritenuta, per tutta la prima metà dell'800, il fondamento della cura morale, che nella tradizione cattolica avvicina alla verità, rafforza lo spirito e irrobustisce la volontà. Tutta la tradizione asilare sostiene la segregazione perché sottrae il malato agli stimoli dell'ambiente esterno e ai condizionamenti di carattere ambientale: l'ospedale diventa un luogo strategico in cui la malattia diventa osservabile, confrontabile, classificabile ed eventualmente curabile¹⁰.

1.2 Il controverso rapporto tra psichiatria e giustizia

All'inizio dell' '800 la segregazione ha una triplice funzione: morale (rinchiude il folle per curarlo), scientifica (perché si fonda sul sapere medico) e di sicurezza (protegge la società dal folle per restituirglielo guarito). La misura amministrativa che incorpora in sé queste tre funzioni, accettando la custodia del folle, diventa indispensabile al funzionamento della società così costituita.

Gli alienisti, consapevoli del loro ruolo, si battono per chiedere un maggiore riconoscimento, in particolare nel foro, in qualità di periti medico-legali: la psichiatria si trova ad affrontare il rapporto tra crimine e follia¹¹.

La questione dell'imputabilità del folle è rintracciabile già nel diritto romano, secondo il quale i “fatui” e i “furiosi”, qualora si rendano colpevoli di un crimine, non sono ritenuti responsabili dello stesso. Il vocabolario nosografico si arricchisce nella legislazione giustiniana, ma il concetto resta lo stesso, cioè quello della non imputabilità del folle. Il diritto penale germanico è l'unico che fa eccezione, non

9 M. Galzigna, *Op. Cit.*, p. 135.

10 M. Galzigna, *Op. Cit.*, p.87.

11 M. Galzigna, *Op. Cit.*, p.250.

curandosi dell'elemento soggettivo del danno e ritenendo i malati di mente responsabili delle proprie azioni. Il diritto penale canonico esclude l'imputabilità del folle, fatto che durante il periodo dell'Inquisizione è stato poco rilevante, perché il folle veniva ritenuto posseduto dal demonio o sotto l'effetto di qualche stregoneria¹².

L'articolo 64 del codice napoleonico del 1804 recita: "Non vi ha né crimine né delitto allorché l'imputato trovavasi in stato di pazzia quando commise l'azione, ovvero se vi fu tratto da una forza alla quale non poté resistere". Il codice penale del Regno d'Italia ricalca l'impostazione del codice napoleonico, all'art. 94 infatti recita: "Non vi è reato se l'imputato trovavasi in istato di assoluta imbecillità, di pazzia o di morboso furore quando commise l'azione, ovvero se vi fu tratto da una forza alla quale non poté resistere". La coscienza viene ritenuta parte integrante nel giudizio del reo. Non viene considerato il solo fatto, il crimine, ma anche l'intenzione. Il bisogno di analizzare le intenzioni e la psiche dell'imputato rende ora necessaria la perizia medico-legale, in genere affidata ad un medico esperto nel campo dell'alienistica.

Un problema di difficile risoluzione si pone col pericolo di simulazione della follia. In questo medici e giuristi si trovano concordi nell'affermare che l'internamento, ed in particolare l'isolamento manicomiale, sono gli unici strumenti per smascherare il simulatore che vuole sottrarsi ai rigori della Legge. Gli alienati criminali vengono internati nei manicomi e sottoposti a rigida osservazione. Dall'analisi degli archivi dei manicomi emerge un'ossessiva attenzione verso il pericolo della simulazione, tema che occupa molte pagine dei trattati di psichiatria già a partire dai primi anni dell'800. Persuasione, intimidazione, trabocchetti, interrogatori, incitazione alla scrittura, sono tutti strumenti utilizzati dagli alienisti per "penetrare il segreto"¹³ del presunto folle, per produrre verità a mezzo di prove, attraverso una presa diretta sulla soggettività dell'internato¹⁴.

La perizia medico-legale, come pratica separata dal processo penale, fa la sua comparsa grazie a due fenomeni propulsori: da un lato, la nascita dei manicomi e il contemporaneo sviluppo della psichiatria come disciplina indipendente, dall'altro l'apparato legislativo, a partire dal codice penale napoleonico del 1804, pone non pochi problemi interpretativi e chiama in causa l'intervento del medico alienista. La

12 E. Aguglia, *La perizia psichiatrica*, www.medeacom.it.

13 P. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Richard, Caille et Ravier, Parigi, 1800, p.16.

14 M. Galzigna, *Op.Cit.*, pp. 264-272.

psichiatria nascente vede il proprio intervento in campo giuridico come un possibile terreno di conquista per l'affermazione della propria autonomia e credibilità scientifica.

Nei codici non viene fatta alcuna distinzione tra follia totale e follia parziale, probabilmente in maniera deliberata, in modo da non rendere obbligatoria l'applicazione della non imputabilità ai monomaniaci. L'alienistica europea fa notevoli sforzi per includere nella categoria della non imputabilità anche i folli parziali, chiamati monomaniaci fino alla metà del secolo, perché ugualmente soggetti ad un'alterazione della volontà che li rende incapaci di essere in pieno possesso delle proprie facoltà morali; mentre i giuristi la considerano una lesione dell'intelletto e quindi riferibile alla singola parte danneggiata. Dunque, il monomaniaco che commette un delitto estraneo al tema dominante della sua follia, per i magistrati è imputabile.

La nosografia fa notevoli passi avanti, gli alienisti svolgono un grande lavoro di patologizzazione delle figure che più inquietano la popolazione e che sono al centro di numerosi episodi di cronaca nera dell'epoca. Quello che non si riesce ancora a spiegare all'opinione pubblica è la coesistenza di follia e ragione. La psichiatria dei primi anni venti del secolo XVII deve rivedere le proprie impostazioni. Messa da parte la nozione di follia totale, si trova a dover coniugare in un'unica teoria le alterazioni della volontà e le lesioni dell'intelletto.

Esquirol aveva collocato le passioni nell'area epigastrica e la volontà nel cervello. Georget, suo allievo, fa un passo avanti, riconducendo entrambe al sistema nervoso. Introduce così l'elemento della discontinuità tra follia e passioni, sostenendo che l'alterazione delle funzioni del sistema nervoso -correlato ineliminabile della follia- non appartiene all'uomo "normale". Lo scandalo della continuità viene così scongiurato¹⁵, permettendo ai magistrati una più agevole applicazione dell'articolo 64.

Georget, separando normalità e follia, corre però il rischio di ritornare alla riduttiva concezione di follia totale. Include allora tra le monomanie la follia omicida. Il monomane omicida può essere tale sia per un delirio della ragione, sia per un turbamento delle passioni. Nel primo caso egli delira su un solo oggetto, conservando nel resto le sue facoltà intellettuali. Si tratta di un delirio parziale, che conduce nel tempo a una sempre maggiore alterazione dei sentimenti. Nel secondo caso egli mantiene intatta la sua facoltà di ragionare, ma non riesce a dominare le

¹⁵ M. Galzigna, *Op. Cit.*, p. 238.

passioni. Si tratta allora di una “mania senza delirio” o “follia morale” e porta a una sempre minore capacità di usare le facoltà intellettuali¹⁶. ecco dunque che la coesistenza tra delirio e ragione diventa possibile. In base a quanto riportato nell'articolo 64 del codice napoleonico, il “monomaniaco omicida senza delirio”¹⁷ deve essere rinchiuso in manicomio, ma può essere rimesso in libertà non appena i medici ne abbiano dichiarato la guarigione. Si nota come in più di due secoli il percorso legislativo del malato di mente criminale sia rimasto praticamente immutato.

A partire dagli inizi del XIX secolo le legislazioni penali introducono dunque l'uso della perizia psichiatrica in ambito giudiziario, ma da subito le offrono un posto marginale nella pratica processuale, subordinato a quello del giudice¹⁸.

Il processo penale è costituito da una fase inquisitoria, segreta e scritta, e da una fase dibattimentale, pubblica e alla presenza di una giuria. La perizia è richiesta solo in fase inquisitoria, di modo che lo psichiatra non abbia modo di fare sentire la sua voce alla giuria. Ne è un esempio il famoso caso di Pierre Rivière, un giovane ragazzo accusato e incriminato per pluriomicidio, il quale, sottoposto a perizia psichiatrica dal medico alienista Vastel viene definito “affetto da delirio e debolezza mentale congenita”. In fase dibattimentale viene però chiamato a parlare alla giuria il medico generico, il quale si dice convinto della lucidità e delle facoltà di ragionamento del giovane, che viene poi condannato alla pena di morte; successivamente gli viene concessa la grazia, e viene all'ergastolo¹⁹. Luigi Ferrarese, psichiatra e politico italiano della prima metà dell'800, a proposito della sentenza riguardante Pierre Rivière e i pareri pubblicati dagli alienisti dell'epoca, si dice concorde nel ritenere tale tipo di omicidi unicamente dovuti alla follia, e aggiunge che gli individui di questo tipo, accertati folli, dovrebbero essere tenuti lontani dal “consorzio degli uomini”, come esseri pericolosi per la sicurezza sociale, e perciò bisognerebbe vigilarli in apposite case unicamente destinate a tali folli delinquenti. Egli chiede che si cessi di ammassare gli accusati colpiti da follia nelle prigioni con gli altri detenuti poiché, “se la malattia è l'unica causa del reato, colpevole sarebbe la società quando non ne affrettasse con ogni suo mezzo la guarigione; e perciò convien curarli in ispeciali case di salute all'uopo istituite, in guisa che sarebbe molto

16 M. Galzigna, *Op. Cit.*, p. 239.

17 Georget, *Il crimine e la colpa. Discussione medico legale sulla follia*, edizione a cura di M. Galzigna, Marsilio, Venezia, 1984.

18 M. Galzigna, *Op. Cit.*, p. 263.

19 M. Foucault (a cura di), *lo Pierre Rivière, avendo ucciso mia madre, mio padre e mia sorella. Storia di un caso di parricidio nel XIX secolo*, Einaudi, Torino, 1976.

desiderabile che tra le riforme delle case penitenziarie, si ponesse mente a questa piaga sociale con far sorgere al fianco di ogni carcere uno stabilimento unicamente destinato per curare i folli delinquenti²⁰.

Si vedrà di seguito come Ferrarese non sia l'unico a vedere il problema dei folli reclusi nelle carceri e a proporre un luogo deputato alla loro reclusione.

1.3 I presupposti culturali dei primi manicomi criminali

Nella seconda metà del secolo XIX si sviluppano e si contrappongono in Italia due Scuole di dottrina penale. La Scuola Classica, come si è visto, nasce in pieno Illuminismo e vede la pena come il risarcimento che il colpevole deve alla società e la intende come un mezzo afflittivo attraverso cui risarcire la società proporzionalmente al danno ad essa cagionato. La personalità del reo in quanto tale non è oggetto di studio da parte dei giuristi appartenenti a tale scuola; essi credono al libero arbitrio e all'equiparazione del delinquente agli altri uomini.

Sul fronte opposto, la Scuola Positiva è più centrata sul reo che sul reato e interpreta la pena come isolamento e rieducazione del condannato a difesa della società, quindi sollecita l'elaborazione di misure diverse dalla pena tradizionale: quelle che poi sarebbero diventate le misure di sicurezza²¹. La Scuola Positiva si basa sugli studi di Cesare Lombroso riguardanti l'innatismo della delinquenza di matrice biologico- determinista e sugli studi della nuova disciplina emergente in quegli anni, la Sociologia criminale.

Prima dell'Unità d'Italia, i diversi Stati hanno legislazioni diverse e a sé stanti, ma nessuna di queste prevede un trattamento particolare per i condannati prosciolti per vizio di mente. Con l'emanazione del Codice penale sardo, entrato in vigore nel 1859, si affronta il problema dei folli criminali e compare la distinzione tra i folli-rei (cioè i prosciolti per vizio di mente) e i rei-folli (detenuti impazziti nelle carceri). Vengono riconosciuti non imputabili coloro che commettono il crimine in stato di assoluta pazzia, ma non è previsto ancora un apposito istituto destinato ad accoglierli.

Seppur ancora non tradotto a livello legislativo, il problema è al centro di

20 L. Ferrarese, *Questioni medico legali intorno alle diverse specie di follie*, Napoli 1843, p.49.

21 M. Valcarengi, *I manicomi criminali*, Mazzotta, Milano, 1975, p. 14.

numerosi dibattiti parlamentari dell'epoca. Gli esponenti delle due scuole penalistiche dell'epoca discutono il tema della responsabilità penale della persona considerata "folle", ognuna sostenendo le proprie idee da applicare per trovare una soluzione al problema.

C'è da dire che all'epoca il concetto di "malattia mentale" è legato a questioni di equilibri politici e di potere, più che a una definizione scientifica e medica della patologia. Spesso ad essere giudicati folli sono le persone che manifestano comportamenti inconsueti e stravaganti o che rischiano di sovvertire l'ordine sociale, politico ed economico.

Una delle voci più forti dell'epoca a sostegno della nascita di manicomi criminali è appunto Cesare Lombroso. Come medico militare, egli aveva seguito al Sud l'esercito piemontese nelle campagne contro il brigantaggio meridionale nel 1862, e da quell'esperienza aveva poi tratto le sue dottrine sull'origine biologica del delitto. Uomo di cultura appartenente alla borghesia settentrionale, fondatore della Scuola di Antropologia criminale, egli ha notevole influenza sul potere politico del tempo e sui giovani, che vedono nelle sue dottrine e nella sua opera una possibilità di combattere con strumenti "scientifici" il "disordine sociale"²². Egli guarda agli esempi inglesi e americani dei primi manicomi criminali come modelli cui il Regno d'Italia avrebbe dovuto ispirarsi per mettere in atto una politica di "difesa sociale" dai criminali.

A questo proposito egli stila un elenco dettagliato delle tipologie di persone che avrebbero dovuto esservi rinchiusi:

- tutti i condannati impazziti e con tendenze pericolose, incendiarie, omicide ed oscene , dopo trascorso lo stadio acuto del male;
- tutti gli alienati che, per tendenze omicide, incendiarie, omosessuali ecc., venissero sottoposti ad inquisizione giudiziaria, restata sospesa per la riconosciuta alienazione;
- tutti quegli imputati di crimini strani, atroci, senza un movente chiaro, o con un movente sproporzionato al delitto;
- quelli che furono spinti al delitto da un abituale, evidente, infermità, come: pellagra, alcoolismo, isterismo, malattie puerperali, epilessia, massime quando abbiano parentele con alienati o con epilettici, o presentino una difettosa struttura del cranio²³.

22 A. Manacorda, *Il Manicomio Giudiziario. Cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale*, De Donato, Bari, 1982, p. 14.

23 C. Lombroso, *Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia*, in "Rendiconti del Regio istituto lombardo di scienze, lettere e arti", 1872, cit. da R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano, 1939, p. 137.

Sulle categorie di persone da internare non tutti si dicono d'accordo; si ritiene infatti prioritario occuparsi dei detenuti impazziti, i quali, sempre più numerosi, creano problemi nella gestione carceraria. Lombroso propone luoghi in cui ci sia una severa disciplina, con una sorveglianza maggiore di quella dei comuni manicomi e analoga a quella delle case penali. La direzione avrebbe dovuto essere medica e il personale carcerario. Un luogo dove gli individui riconosciuti socialmente pericolosi non sarebbero mai stati dimessi, mentre gli alienati “a follia istantanea, od intermittente” avrebbero potuto essere dimessi dopo uno o due anni di osservazione²⁴.

L'esigenza di istituire in Italia degli appositi luoghi per la reclusione di delinquenti folli diventa centrale per la Scuola di Antropologia criminale, che individua tra le cause che portano a delinquere innanzitutto quella patologica. Il crimine è dunque una malattia e, in quanto tale, la cura deve essere affidata alla medicina²⁵. Nell'ottica degli alienisti dell'epoca, folli e delinquenti rappresentano una “degradazione morbosa della specie”²⁶ e la società va difesa da questa degenerazione dell'individuo. Stabilito il punto di contatto tra le due categorie, va però individuato il trattamento per ciascuna di esse. Si cerca allora di analizzare la responsabilità nei condannati e nei folli. Gaspare Virgilio, medico primario del manicomio civile di Aversa, nel 1874 scrive che “certo vi è un livello differente di responsabilità tra delinquenti e folli, ma la società deve provvedere comunque contro di essi, poiché l'esigenza primaria resta sempre la difesa sociale”²⁷; pertanto, il carcere per i delinquenti e il manicomio per i folli sono da ritenersi la giusta medicina per la cura di tali stati patologici. Per evitare scompiglio negli uni e negli altri istituti, vanno poi reclusi separatamente quegli individui che presentino allo stesso tempo le caratteristiche della follia e della delinquenza.

In Europa incominciano a sorgere i primi istituti destinati a raccogliere i folli criminali. Il primo di cui si ha notizia è in Inghilterra nel 1786, dove viene destinata a questo scopo una sezione speciale dell'Asilo di Bedlam, ancora prima della creazione di veri e propri manicomi criminali. Negli anni successivi, altre sezioni facenti parti di Asili vengono destinate ai folli criminali. E' proprio l'Inghilterra il primo

24 R. Canosa, *Op. Cit.*, p.137.

25 A. Borzacchiello, *Alle origini del manicomio criminale*, in G. Pugliese e G. Giorgini (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli Ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta*, Datanews editrice, Roma,1997, p.73.

26 G. Virgilio, *Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto e delle sue analogie colle malattie mentali. Osservazioni raccolte nella Casa dei Condannati invalidi e nel manicomio muliebre di Aversa pel dott. G. Virgilio*, in Rivista di discipline carcerarie, anno IV, 1874, p. 382.

27 G. Virgilio, *Op.Cit*, p. 385.

paese a disciplinare la materia dei delinquenti folli attraverso leggi apposite²⁸.

Negli Stati Uniti il primo manicomio criminale è istituito ad Auburn nello Stato di New York nel 1855, e a New York nel 1874. Nello Stato del Massachusetts nel 1872 viene stabilito che ogni assassino prosciolto, perchè ritenuto pazzo, deve venir ricoverato per tutta la vita in un Asilo di Stato. Asili di Stato di questo tipo sorgono nel 1850 a Dundrum, in Irlanda e nel 1858 a Perth, in Scozia. In Francia, dove tutti i folli venivano mandati nel manicomio di Bicêtre, nel 1876 viene istituita un'apposita sezione per i folli criminali alle dipendenze delle carceri centrali di Gaillon; in Germania, tra il 1870 e il 1875, sorgono sezioni distaccate per gli stessi usi a Bruchsal, Halle e Amburgo; nel 1877 anche il Canada vede sorgere il primo manicomio criminale, denominato Asilo di Rockwood, messo alle dipendenze delle carceri di Kingstone²⁹.

28 A. Borzacchiello, *Op. Cit.*, p. 71

29 A. Borzacchiello, *Op. Cit.*, p. 72

2.1 La “sezione per maniaci” di Aversa

In Italia, uno dei primi documenti ufficiali che tratta il problema dei detenuti impazziti in carcere è una circolare del 1872, inviata dal Ministero dell'Interno ai Prefetti, e da questi ai direttori dei manicomi. Vi si chiede cosa sia necessario per attrezzare un locale da destinarsi utilmente alla cura dei delinquenti alienati³⁰. Si ritiene sempre più necessario creare degli istituti che non siano carceri e che non siano manicomi, in modo che detenuti comuni e detenuti folli non stiano a contatto, e che nei manicomi non si mescolino folli e rei-folli.

In quegli anni vengono presentate varie proposte di legge ma il Parlamento non emana nessun provvedimento. Nonostante ciò, nel 1876 con un semplice atto amministrativo, nasce ad Aversa il primo manicomio criminale italiano.

I rei-folli, ovvero i detenuti condannati e impazziti in carcere, vengono dunque raccolti all'interno di questo tipo di strutture, dalle quali vengono dimessi nel momento stesso in cui cessano di scontare la condanna loro inflitta. In quanto istituto penitenziario, il manicomio criminale è a tutti gli effetti una succursale del carcere, specializzata per il trattamento e la gestione dei casi psichiatrici: esso rimane un luogo di esecuzione della pena³¹. Nel manicomio civile continua ad essere accolta la generalità delle persone necessitanti cure per infermità psichica, tra cui le persone prosciolte per vizio di mente.

Un anno dopo l'apertura della sezione per maniaci di Aversa, il deputato Righi fa un'interpellanza parlamentare, richiedendo al più presto una legislazione che preveda l'attuazione dei manicomi criminali. Successivamente Agostino Depretis, capo della sinistra storica, presenta un apposito disegno di legge, che prima viene rinviato e poi messo da parte, vista l'imminente emanazione del nuovo codice penale³².

Nel 1889 viene promulgato il codice penale Zanardelli, il primo codice penale

30 F. Pappalardo, *Psichiatria, diritto e controllo sociale*, Ed. Goliardiche, Trieste, 2009, p.51.

31 A. Manacorda, *Il manicomio giudiziario. Aspetti di raffronto tra l'Italia e gli altri paesi europei*, in G. Pugliese e G. Giorgini, *Op. Cit.*, p. 97.

32 A. Borzacchiello, *Op. Cit.*, p. 80.

dell'Italia unita. Vi prevale l'impostazione classica della pena, che è anche quella che si ritrova in gran parte dei paesi europei: nel caso di seminfermità di mente, è previsto che il giudice applichi a sua discrezione una diminuzione della pena, mentre nel caso di vizio totale di mente il reo non è imputabile, ma il giudice, ove stimi pericolosa la liberazione dell'imputato prosciolto, può ordinare l'osservazione in un manicomio provinciale. A seconda dell'esito della perizia, il Tribunale civile può ordinare la liberazione del prosciolto senza che egli riporti alcuna conseguenza penale, oppure il suo ricovero definitivo. L'ordine di ricovero definitivo può essere revocato anche dalla stessa autorità che l'ha posto in essere, qualora cessino le ragioni del ricovero o qualora si individui una persona cui affidarlo e che ne garantisca la custodia e la cura.

Sia il Codice sia la Legge penitenziaria (L. 6165 del 14 luglio 1889) prevedono il ricovero del prosciolto folle in manicomi civili che, fino al 1930, erano dotati di una sezione speciale di sicurezza per il ricovero detenuti impazziti. Nel testo di legge non viene fatto alcun riferimento al manicomio criminale, con grande disappunto dei positivisti dell'epoca, che si aspettavano invece che con esso ne venisse suggellata la nascita.

2.2 Le prime difficoltà nella gestione dei manicomi civili e giudiziari

Un'ispezione ministeriale all'interno dei manicomi esistenti nel Regno (61 istituti che contenevano in totale tra le 24 e le 25 migliaia di persone) individua grosse difficoltà e problemi nella gestione di tali strutture. In particolare si rilevano il sovraffollamento degli istituti manicomiali, la mancanza di una legislazione unitaria, valida ed omogenea per tutte le regioni d'Italia, l'incuria nei confronti dei beni degli alienati una volta reclusi, l'assenza di un organo indipendente che segua e sorvegli il percorso giudiziario dell'internato. Si contestano le disparità di trattamento ed organizzative tra i vari manicomi, l'inadeguatezza della direzione dei manicomi criminali già esistenti³³ e il fatto che vengano ricoverati solo i rei-folli e non i folli-rei³⁴.

La questione viene affrontata nel 1891 con il Regio Decreto n. 260, col quale viene emanato il Regolamento Generale degli Stabilimenti Carcerari e dei Riformatori

³³ Nel 1890 i manicomi criminali erano due, quello di Aversa e quello di Montelupo Fiorentino.

³⁴ A. Scartabellati, *L'umanità inutile. La questione follia in Italia*, Franco Angeli, Milano, 2001, p. 135.

Governativi, il cui articolo 469 prevede che “ai condannati colpiti da alienazione mentale che devono scontare una pena maggiore di un anno sono destinati speciali stabilimenti, manicomi giudiziari nei quali si provveda ad un tempo alla repressione e alla cura”.

Possono essere reclusi in manicomio giudiziario, inoltre, i condannati colpiti da alienazione mentale che devono scontare una pena inferiore all'anno e, in mancanza di strutture adeguate ad accoglierli, gli imputati prosciolti per i quali il Presidente del Tribunale dispone il ricovero definitivo in manicomio, i prosciolti provvisoriamente in attesa di osservazione clinica, gli inquisiti in stato d'osservazione.

La gestione dei manicomi giudiziari viene affidata a un Direttore amministrativo, mentre i medici chirurghi alienisti, col titolo di Direttori sanitari, si occupano soltanto dell'aspetto terapeutico: emerge chiaramente la funzione punitivo-carceraria di tali istituti a scapito di quella terapeutico-sanitaria.

Un'altra ispezione ministeriale del 1906 nel Manicomio giudiziario di Aversa riporta una situazione catastrofica nella gestione dell'istituto, sia per quanto riguarda le condizioni igieniche del luogo, sia per la qualità del vitto e dell'assistenza medico-infermieristica. Lo stesso direttore appoggia la proposta della chiusura dell'istituto. Nel 1908, infatti, Saporito scrive: “I manicomi criminali non erano che pessime carceri (...) Erano luoghi in cui, quasi meccanicamente, dalle case di pena veniva ad affluire tutto ciò che esse contenevano di più torbido”³⁵. Anche Lombroso, in un testo da lui pubblicato scrive che “vi è ad Aversa un manicomio criminale che potrebbe chiamarsi un'immensa latrina”³⁶.

E' così che, a pochi anni dall'apertura dei primi manicomi criminali, si sollevano le voci di protesta, a partire proprio da quelli che ne sono stati i principali sostenitori.

2.3 Il codice Rocco e il sistema del “doppio binario”

Passano gli anni e la legislazione rimane pressoché invariata, fino al 1930 quando, in piena epoca fascista, viene promulgato il Codice Rocco. In esso si ritrova lo spirito positivista dell'epoca e il concetto di difesa sociale elaborato dalla Scuola di

35 F. Saporito, *Su gl'incorreggibili e il loro governo razionale: nota di psicologia criminale*, Aversa, 1908, p. 362.

36 C. Lombroso, *La cattiva organizzazione della polizia ed i sistemi carcerari*, 1900, in *Il momento attuale*, Ed. Moderna, Milano, 1903, p. 94.

Antropologia criminale. Nel sistema punitivo italiano si afferma il cosiddetto sistema “a doppio binario” tuttora vigente: la pena viene inflitta in base al reato commesso, la misura di sicurezza è assegnata in base al giudizio di pericolosità sociale. E' una logica che riesce a riunire in sé le due scuole penalistiche di pensiero. La motivazione politica che giustifica l'introduzione delle misure di sicurezza è il raggiungimento di una finalità di recupero sociale del soggetto. La misura di sicurezza mantiene il carattere di afflittività e mira alla difesa sociale. E' inflitta dal giudice nella stessa sentenza di condanna o di proscioglimento per incapacità d'intendere e di volere del soggetto autore di reato. Nello spirito del legislatore la misura di sicurezza deve riunire in sé gli aspetti custodialistici e quelli terapeutici, in realtà poi i secondi sono stati subordinati ai primi causa le difficoltà sorte nell'organizzazione degli istituti preposti³⁷.

L'Italia diventa l'unico Paese europeo in cui l'autore di reato riconosciuto infermo di mente al momento del reato, non fuoriesce dal circuito penale all'atto del proscioglimento; al contrario, egli fa ingresso in uno specifico e particolare ambito del circuito penale. Il mutamento normativo che si verifica in Italia con la promulgazione del codice Rocco costituisce un dato storico che non ha riscontro in alcun altro Paese³⁸.

Come si dirà più avanti, la questione della “pericolosità sociale presunta” è stata oggetto di dibattiti lungo tutto il corso del Novecento. In base ad una perizia psichiatrica, la persona veniva giudicata senza avere diritto ad un regolare processo. Bisognerà attendere una sentenza della Corte Costituzionale del 1982 per giungere alla sua abolizione.

Dopo l'approvazione del codice Rocco il numero dei prosciolti folli internati in manicomio giudiziario comincia a superare quello dei detenuti impazziti in carcere. Il numero dei ricoverati cresce, con un apice che nel 1941 porta a contare 3432 internati, tra cui soprattutto prosciolti per vizio di mente, poiché criterio dominante per l'internamento continua ad essere considerato la pericolosità sociale, derivata dalla necessità di controllo sociale di matrice positivista.

37 A. Barzocchiello, *Op. Cit.*, p. 85.

38 A. Manacorda, *Op. Cit.*, 1997, p.101.

2.4 Gli anni delle polemiche e delle inchieste giudiziarie

Negli anni '60 incominciano a diventare sempre più forti le discussioni attorno al significato sociale e politico delle due grandi istituzioni segreganti del carcere e del manicomio. Si assiste ad un ricambio generazionale del personale medico dirigente, all'introduzione di nuove figure professionali negli istituti, a una riqualificazione culturale e professionale degli operatori, a una diversa gestione delle risorse finanziarie, a un nuovo fermento culturale. Gli anni '70 sono gli anni delle riforme, sono gli anni in cui ci si batte per la chiusura dei manicomi civili e si discute sulle logiche psichiatriche in generale, dibattito che sfocia nella L. 180 del 1978 che ha sancito il loro superamento e che è confluita nella riforma del Servizio sanitario nazionale (L. 833/78).

Anche nel campo della magistratura di sorveglianza si organizzano i primi convegni pubblici, criticando il sistema delle misure di sicurezza e proponendo tentativi di soluzione. Alcuni magistrati, attraverso relazioni ufficiali al Ministero di Grazia e Giustizia, riportano le incongruenze organizzative e legislative dei manicomi giudiziari. Nei confronti di due di questi, A. Margara di Firenze e V. Accattatis di Pisa, vengono messe in atto azioni repressive da parte del Procuratore di Firenze Calamari; vengono deferiti dal Consiglio superiore della magistratura e viene fatto un tentativo per rimuoverli dalle loro funzioni³⁹.

Fino al 1970 i manicomi giudiziari non vengono neanche sfiorati dalle arie di riforma di quegli anni, sembrano quasi dimenticati, le pubblicazioni che li riguardano sono praticamente inesistenti. Quali le motivazioni? In quanto istituti penitenziari, rimangono fuori dal circuito "civile" dell'assistenza sanitaria pubblica⁴⁰, ambito che al contrario viene profondamente coinvolto in movimenti di riforma. Inoltre, mentre il carcere e il manicomio sono diffusi in maniera capillare su tutto il territorio nazionale, interessando una buona parte della popolazione, i manicomi giudiziari in Italia sono sette, e interessano una popolazione di poche migliaia di persone, le quali di frequente vengono ricoverate molto lontano dalla propria Regione di appartenenza, finendo in una sorta di isolamento, quasi di esilio. Infine, le frequenti rivolte nelle carceri e le iniziative antimanicomiali vengono frequentemente riportate sui mezzi d'informazione, rendendo impossibile all'opinione pubblica ignorare il problema. Nei

39 A. Manacorda, *Op. Cit.*, 1982, p.133.

40 A. Manacorda, *Op. Cit.*, 1997, p. 104.

manicomi giudiziari, invece, non ci sono mai sommosse, e i fatti che vi accadono vengono accuratamente censurati sia dall'interno che dall'esterno, da parte cioè dell'autorità giudiziaria e del ministero.

Forse il primo tentativo a livello giornalistico è quello di Emilio Sanna, che nel 1969 si occupa di un'inchiesta televisiva sulle carceri italiane⁴¹, nell'ambito della quale riporta dati documentari sui manicomi giudiziari e sulle case di cura e custodia. La documentazione raccolta è stata poi pubblicata in un volume⁴².

A risvegliare l'opinione pubblica è la notizia dei fatti sconcertanti avvenuti all'interno dei Manicomi giudiziari di Napoli, Pozzuoli e Aversa.

Nel 1974 il Ministero di Grazia e Giustizia emana una Circolare in cui chiede alle direzioni degli istituti di rimuovere i letti di contenzione e di limitare il loro uso solo in situazioni di estrema necessità di carattere medico-psichiatrico sotto la responsabilità del personale sanitario. In tale evenienza, i letti di contenzione devono essere sostituiti con letti comuni che consentano il movimento mediante fasce sanitarie e permettano di svolgere le normali funzioni fisiologiche della persona mediante gli ausili comunemente usati nelle strutture sanitarie⁴³.

Nel 1974 Aldo Trivini, ex detenuto di Aversa, presenta un esposto-denuncia risvegliando l'attenzione della magistratura e del mondo giornalistico. Egli denuncia le condizioni inumane in cui la maggioranza dei detenuti viene fatta vivere e i favoritismi che vengono autorizzati da Ragozzino nei confronti di alcuni internati, i quali hanno a disposizione un numero illimitato di telefonate e di visite da parte di parenti, possono svolgere lavori Leggeri e alloggiano in un reparto più confortevole. Nel testo viene descritto come gli altri detenuti girino sporchi, a piedi nudi, e come arbitrariamente vengano legati ai letti di contenzione. La Procura della Repubblica apre un procedimento penale e dalle indagini emergono fatti allarmanti; si rileva che decine di internati sono deceduti in circostanze poco chiare e altre persone gravemente ammalate non sono curate adeguatamente.

Alla denuncia di Trivini se ne aggiungono a poco a poco delle altre. Nel 1978 si celebra il processo in seguito al quale Ragozzino e due dei suoi più stretti collaboratori vengono condannati. Sotto processo finisce anche il Ministero di Grazia e Giustizia, per omesso controllo sulla gestione dell'istituto, il quale viene condannato

41 E. Sanna, A. Montanari, *Dentro il carcere*, Rai Tv, 2° canale, gennaio 1970

42 E. Sanna, *Inchiesta sulle carceri*, De Donato, Bari, 1970.

43 Circolare n. 2139/4594 del Ministero di Grazia e Giustizia, Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e Pena, Ufficio III, Prot. n. 2999464, 2 febbraio 1974.

al risarcimento dei danni delle parti civili. Ragozzino si suicida nello stesso anno, senza attendere i risultati dell'interpellanza d'appello⁴⁴.

Mentre scoppia lo scandalo innestato dalle denunce degli ex detenuti di Aversa, alcune lettere anonime denunciano illegalità all'interno del manicomio giudiziario di Napoli, dove il direttore Giacomo Rosapepe vive con la famiglia e dove la moglie, pur non avendo nessun rapporto di lavoro con l'amministrazione, svolge un ruolo attivo nella gestione dell'istituto. Si denunciano i favori da parte del direttore nei confronti di alcuni detenuti, ai quali vengono concessi frequenti colloqui privati nella sua abitazione, telefonate interurbane e internazionali, visite e colloqui dall'esterno vietati dalla Legge. Rosapepe viene condannato a quattro anni, il processo d'appello annulla la sentenza, ma questo non gli impedisce di seguire Ragozzino nella sua scelta di togliersi la vita.

Anche il manicomio giudiziario di Montelupo Fiorentino è al centro di polemiche a partire dai primi anni '70 quando, durante alcune sommosse avvenute nelle carceri, alcuni detenuti vi vengono accolti in osservazione per un breve periodo, cui fa seguito il rientro al carcere di provenienza. I detenuti raccontano quello che hanno visto. Anche gli internati provano a farsi sentire, lanciando biglietti da una parte all'altra delle mura. Alcune lettere vengono raccolte da Franca Rame, la quale le sottopone all'attenzione del Sindaco di Reggio, al Presidente della Repubblica, al Ministro di Grazia e Giustizia, a parlamentari e alla stampa.

Una commissione regionale visita l'istituto e redige una relazione che viene inviata al Ministro della Giustizia. Nella relazione si descrive come gli internati vengano legati ai letti di contenzione oppure con le cinture di sicurezza, si sottolinea la carenza di personale (due infermieri per 254 detenuti), si descrivono gli spazi ristretti in cui i detenuti vivono. Viene infine richiesta la chiusura del Manicomio giudiziario di Reggio. Il Ministro si dice disposto ad ordinarne la chiusura, a condizione che gli internati vengano accolti negli Ospedali psichiatrici della Regione e che il personale medico venga riassorbito dalla nuova amministrazione. Egli giustifica i mezzi contenitivi utilizzati, spiegandoli con la carenza di personale.

Nel 1976 il direttore e il contabile dell'OPG di Reggio vengono incriminati con l'accusa di aver utilizzato a proprio vantaggio il lavoro dei detenuti e i beni dell'amministrazione.

Nello stesso anno viene emanato il regolamento attuativo della Legge di riforma

44 A. Manacorda, *Op. Cit.*, 1982 p. 85-95.

penitenziaria, che prevede la possibilità di trasferire gli internati dagli OPG ai manicomi civili, tramite una convenzione. Già agli inizi del 1977 vengono poste le premesse operative affinché gli Ospedali psichiatrici civili del centro-nord possano accogliere le persone destinate al giudiziario. A questo scopo viene formulato e approvato uno schema di convenzione tra Ministero e manicomi civili.

La promulgazione della Legge 180 del 1978 impedisce la messa in pratica di quanto finora prospettato, le pressioni degli enti locali si affievoliscono e il governo minimizza la situazione, affermando ora che il manicomio giudiziario di Reggio non va soppresso ma va migliorato con un aumento di personale e di mezzi.

Il 1975 è l'anno in cui nelle pagine di cronaca nera scoppia il caso di Antonietta Bernardini e il manicomio giudiziario è ormai al centro di dibattiti che coinvolgono la società civile. La Bernardini era una donna di quarant'anni che viveva a Roma, era sposata e aveva una figlia. Da molti anni si recava per brevi periodi al manicomio civile di Roma, per un problema di salute simile alla depressione ("distimica recidivante"). Un giorno, non sentendosi tanto bene, aveva deciso di farsi ricoverare a Reggio Emilia. Nella stazione di Termini nacque un diverbio tra lei e una persona anziana. Si intromise un uomo a cui lei rispose con uno schiaffo. Quest'uomo era un carabiniere che la arrestò e la portò nel carcere di Rebibbia. Da indagini emerse che era in cura al manicomio civile e dopo un accertamento medico venne condotta al manicomio giudiziario di Pozzuoli, dove rimase per un anno e due mesi in osservazione. Al momento della sua morte Antonietta Bernardini non era ancora stata processata. E' morta il 31 dicembre 1974 a quarant'anni, bruciata viva legata ad un letto di contenzione. Il sottosegretario alla Sanità, Franco Foschi, chiede immediatamente la chiusura dell'istituto. Vengono processati il direttore, il vice direttore, una suora e tre vigilatrici, e tutti vengono condannati. Nella sentenza viene messo un forte accento sul problema di liceità nell'uso del letto di contenzione, sollevando dubbi sulla sua terapeuticità e sui mezzi contenitivi in genere. La sentenza d'appello non conferma quella di primo grado, sostenendo la liceità dei mezzi di contenzione e assolvendo a formula piena gli imputati.

Il manicomio giudiziario di Pozzuoli, sorto nel 1955, viene chiuso "soli" vent'anni dopo per essere trasformato in carcere femminile e le sue internate vengono trasferite a Castiglione delle Stiviere.

Anche a livello politico incominciano a giungere le prime interrogazioni e interpellanze al Ministero di Grazia e Giustizia. Emerge che talvolta il manicomio

giudiziario è stato usato come deterrente nei confronti di detenuti politici o politicizzati⁴⁵.

E' del '75 la prima proposta di Legge per l'abolizione dei manicomi giudiziari. Essa, dopo un'introduzione in cui riporta l'anacronismo dell'istituzione, consta di due articoli nei quali propone la soppressione degli Ospedali psichiatrici giudiziari e lo svolgimento della fase di osservazione e della perizia all'interno dei manicomi civili⁴⁶.

Il dibattito fa emergere due principali filoni critici: chi da un lato contesta le gravi disfunzioni da sempre presenti nell'organizzazione di questi istituti, e chi invece si incentra più sugli aspetti normativi che regolano il funzionamento degli stessi. Come sappiamo in quegli anni i manicomi giudiziari vengono gestiti con una scarsità di mezzi e risorse che rendono ancor più miserevole la detenzione degli alienati. Le responsabilità si possono attribuire sia a una direzione sanitaria di basso profilo culturale e professionale, sia ad un'amministrazione della giustizia poco propensa a scardinare un'organizzazione consolidatasi fortemente negli anni e che fino a quel momento non aveva creato problemi.

2.5 Le modifiche della normativa negli anni '70

Dall'emanazione del codice Rocco fino agli anni '70, l'apparato legislativo riguardante i manicomi giudiziari resta immutato.

La Legge 431 del 1968 “ Provvidenze per l'assistenza psichiatrica”, introduce il ricovero volontario in manicomio civile su richiesta del malato, permettendo all'internato che avesse terminato di scontare la misura di sicurezza di passare volontariamente all'ospedale psichiatrico più vicino, e abolisce l'obbligo di annotazione sul casellario giudiziario dei provvedimenti di ricovero disposti dal magistrato civile.

Il Governo, nel frattempo, continua a non esprimere alcun impegno sul superamento dei manicomi giudiziari.

Fa eccezione una dichiarazione alla stampa del Sottosegretario alla Sanità Franco Foschi⁴⁷. In tale dichiarazione Foschi afferma l'inopportunità di tenere in vita i

45 Manacorda, *Op. Cit.*, 1982, p. 134.

46 Disegno di Legge n. 1923, presentato dai senatori Parri Ferruccio, Branca Giuseppe, Galante Garrone Carlo, Ossicini Adriano, Romagnoli Caretoni Tullia, Rossi Dante, il 14 febbraio 1975.

47 F. Foschi, dichiarazione alla stampa del 7 gennaio 1975.

manicomi giudiziari ed in genere un sistema sanitario-carcerario separato dal servizio sanitario nazionale, poiché segregante e pregiudizievole per la salute del malato mentale.

Nel 1971 sono gli stessi direttori dei manicomi giudiziari a segnalare il malfunzionamento delle strutture da loro amministrate. Essi lamentano la scarsità di personale, l'inadeguatezza delle strutture, il sovraffollamento dato dai detenuti in osservazione e da quelli a pena sospesa o a procedimento sospeso⁴⁸.

Il Ministero di Grazia e Giustizia si accorge che queste strutture non possono continuare a funzionare come in passato, e nel 1974 istituisce una Commissione parlamentare, i cui lavori portano alla proposta del trasferimento delle funzioni fino a quel momento attribuite agli Ospedali psichiatrici giudiziari ai manicomi provinciali. I lavori della Commissione non portano ad alcuna azione legislativa poiché sono forti le perplessità in merito al fatto che, così facendo, il problema si sarebbe solo spostato invece che risolto.

Nel 1974 interviene la sentenza della Corte Costituzionale n. 110, che dichiara l'illegittimità dell'articolo 207, terzo comma, del codice penale, nella misura in cui attribuisce al Ministero di grazia e giustizia anziché al magistrato di sorveglianza la facoltà della revoca della misura di sicurezza. Dichiara illegittimo anche il secondo comma dello stesso articolo, nella parte in cui non prevede la possibilità della revoca della misura di sicurezza prima che sia decorso il tempo corrispondente alla durata minima prevista per Legge. In questo modo, molte persone giudicate non più socialmente pericolose hanno potuto essere liberate, sgravando in parte gli istituti dal problema del sovraffollamento.

E' rilevante notare a questo punto, che la maggior parte delle modifiche apportate da ora in avanti in ambito psichiatrico-penitenziario non derivano dal potere politico, quanto da eccezioni di legittimità sollevate dalla Corte Costituzionale.

La Sentenza della Corte Costituzionale n. 146 del 1975 ne è un altro esempio: essa abroga la parte dell'art. 148 del codice penale riguardante le persone internate a procedimento sospeso. Fino al 1975, infatti, capitava che, se la totale infermità di mente si manifestava nel corso del procedimento penale, il processo era sospeso, e l'imputato restava in manicomio fino a che non rinsaviva, poiché il processo poteva riprendere solo in caso di guarigione. Se non guariva, restava in manicomio per

⁴⁸ A. Madia, "Problemi attuali dell'ospedale psichiatrico giudiziario, Atti del simposio su Problemi attuali dell'ospedale psichiatrico giudiziario, Castiglione delle Stiviere, 9-10 giugno 1971", in *Rivista sperimentale di Freniatria*, 30 giugno 1972.

sempre. Se guariva, e poi era condannato, gli anni trascorsi in manicomio non venivano computati nel tempo della pena. La Corte Costituzionale dichiara illegittimo tale articolo nella parte in cui prevede che il giudice, nel disporre il ricovero in manicomio giudiziario del condannato caduto in stato di infermità psichica durante l'esecuzione di pena restrittiva della libertà personale, ordini che la pena medesima sia sospesa; dichiara altresì l'illegittimità nella parte in cui prevede che il giudice ordini la sospensione della pena anche nel caso in cui il condannato sia ricoverato in una casa di cura e di custodia ovvero in un manicomio comune.

La Legge n. 354 del 26 luglio 1975 di riforma dell'ordinamento penitenziario, apporta minime modifiche in tema di manicomi giudiziari: essi cambiano nome per prendere quello attuale di "Ospedali psichiatrici giudiziari". Una novità significativa per il sistema penitenziario in generale è l'introduzione del regime di semilibertà, ovvero la possibilità per il detenuto/internato di trascorrere parte della giornata all'esterno dell'istituto, "per partecipare ad attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale" (art. 48). La Legge dispone inoltre la presenza obbligatoria, oltre che del servizio medico e farmaceutico, di uno specialista in psichiatria in ogni carcere (art. 11, 1° comma).

E' proprio quando sembra che per l'internato si aprano nuove possibilità di reinserimento che viene emanato il regolamento attuativo della Legge di riforma (Dpr 431/1976), il quale all'art. 20 prevede delle limitazioni per gli internati infermi di mente: della corrispondenza epistolare e telefonica, di colloqui, di attività lavorativa, di partecipazione alle rappresentanze interne di controllo su varie attività dell'istituto. E' il medico l'unico a decidere se i detenuti possono o meno usufruirne per motivi terapeutici, anche laddove il Giudice si sia precedentemente pronunciato in maniera favorevole o sfavorevole.

Il regolamento attuativo prevede un'altra innovazione, la possibilità cioè di stipulare delle convenzioni tra amministrazione penitenziaria e manicomi civili per il ricovero di soggetti destinati agli OPG nei manicomi provinciali. All'epoca era sembrata una grande rivoluzione, vista di buon occhio dagli operatori del diritto, che speravano in un alleggerimento degli OPG, ma contrastata da quelli psichiatrici, che si vedevano caricati della cura dei ricoverati giudiziari. Le Regioni non sono però riuscite ad attuare nella pratica questa possibilità, da un lato perché si resero conto di come le esigenze di custodia andavano a contrastare con quelle di cura, dall'altro perché incontrarono difficoltà su piano organizzativo.

Nel 1976 la Commissione di giustizia approva l'ordine del giorno proposto da tre senatori del PCI, in cui si chiede di valutare "l'opportunità di sopprimere i manicomi giudiziari, per trasferire le funzioni di cura e di recupero ai normali presidi sanitari⁴⁹". Il 2 dicembre 1976 la Camera approva la mozione presentata da alcuni deputati e afferma: "La Camera impegna il governo ad affrontare con sollecitudine i rilevanti temi del superamento dei manicomi giudiziari".

Solo due mesi dopo che il Governo aveva annunciato in Parlamento la volontà di superare i manicomi giudiziari, viene presentato il disegno di Legge n. 1208/1977⁵⁰, che afferma la necessità di una riorganizzazione e di un riordino degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Anche questa proposta non viene approvata, ma ben rappresenta quanto il Governo sia ancora in disaccordo sul tema e lontano da una decisione risolutiva del problema.

2.6 La Legge di riforma psichiatrica

La prima Legge nazionale sull'assistenza psichiatrica viene promulgata nel 1904⁵¹ dal governo Giolitti, completata nel 1909 da un regolamento d'esecuzione⁵² e modificata in parte nel 1916⁵³. Il corpo legislativo resta immutato fino al 1978, con una parziale attenuazione delle norme più restrittive nel 1968: si è già accennato infatti alla Legge 431/1968, che rappresenta uno dei primi tentativi legislativi di restituire dignità e diritti al malato di mente, attraverso l'avvicinamento ai concetti di prevenzione e cura, l'introduzione del ricovero volontario in Ospedale psichiatrico, la possibilità di convertire il ricovero coatto in volontario e l'istituzione di interventi preventivi e interventi di cura fuori dalle mura manicomiali.

La Legge 180 del 1978⁵⁴, inserita in seguito nella Legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 dello stesso anno, stabilisce che alla base del trattamento

49 Odg. Approvato dalla commissione di Grazia e Giustizia il 18 novembre 1976 a firma dei senatori Luberti, Petrella e Guarino.

50 Disegno di Legge n. 1208 del 28 febbraio 1977 proposto dal Ministro di grazia e giustizia Bonifacio alla Camera dei deputati "Riordinamento degli organici del personale delle carriere di concetto, esecutiva ed ausiliaria dell'amministrazione giudiziaria, nonché del personale civile dell'amministrazione degli istituti di prevenzione e di pena".

51 Legge 14 febbraio 1904, n. 36 "Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati".

52 Regio decreto 16 agosto 1909, n. 615 "Regolamento sui manicomi e sugli alienati".

53 Decreto Luogotenenziale 25 maggio 1916, n. 704 "Modificazione degli artt. 2 della l. 14/2/1904, nn. 86 e 49 del relativo regolamento approvato con R.D. 16/8/1909 n. 615, sui manicomi e sugli alienati".

54 Legge 13 maggio 1978 n. 180, "Accertamenti sanitari volontari e obbligatori".

sanitario, anche psichiatrico, ci deve essere il diritto della persona alla cura e alla salute. Tale trattamento è di norma volontario e viene effettuato, come la prevenzione e la riabilitazione, nei presidi e nei servizi extra Ospedalieri, operanti nel territorio. I due principi cardine attorno ai quali si sviluppa la riforma sono quelli della territorializzazione delle cure e quello della responsabilizzazione del malato.

La Legge stabilisce inoltre che non venga più ricoverato nessuno negli Ospedali psichiatrici e che si vada verso un graduale superamento di tali strutture⁵⁵.

La riforma nasce da un momento storico di profonda crisi della psichiatria, che vuole rinnovarsi e rompere il paradigma custodialista e coercitivo dominante, che aveva come presupposto la difesa della società dal folle, per abbracciare un approccio terapeutico e riabilitativo: il malato non deve più essere emarginato ma tutelato, deve riappropriarsi dei propri diritti, che gli sono stati sottratti per troppo tempo; come tutti gli altri malati deve essere curato in una struttura sanitaria pubblica e non ghettizzato entro le mura degli Ospedali psichiatrici.

La Legge 180 abolisce il giudizio di pericolosità del folle, che fino al '78 era insito nella malattia mentale e che aveva portato fin dal 1904 a gravi violazioni di diritti civili. Questi concetti non vengono però allargati anche al folle che ha commesso un reato, il quale continua a vedersi applicata la misura di sicurezza e a non avere diritto di accedere ai servizi sanitari pubblici. Gli OPG rimangono dunque esclusi dalla Legge di riforma, pur non restando completamente immuni dalle idee di rinnovamento, anche perché a dirigerli ci sono degli psichiatri, figure coinvolte in prima persona da una cultura in pieno cambiamento. All'interno delle mura degli OPG si insinua una maggiore attenzione ai bisogni del detenuto che, anche se reo, è pur sempre un malato titolare di diritti quanto gli altri. Aumentano le iniziative terapeutiche e riabilitative, anche occupazionali e comunitarie. Si assiste alla presentazione di alcune proposte di Legge, delle quali si parlerà più approfonditamente nel prossimo paragrafo, ma nulla viene in concreto recepito dal legislatore.

La Legge di riforma psichiatrica ha rivelato in seguito alcune criticità. Essa rinvia ad un Piano Sanitario Nazionale per la definizione dei criteri e degli indirizzi ai quali avrebbe dovuto riferirsi la legislazione regionale, indirizzi concernenti l'organizzazione dei servizi fondamentali, l'organico del personale, le norme generali per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, gli indici e gli standard nazionali da

55 Nel 1999 il Ministero della Sanità ne proclama l'avvenuta, definitiva chiusura.

assumere per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale tra le Regioni. Le leggi regionali, però, sono state formulate con gravi ritardi, in modo frammentario e spesso contraddittorio rispetto alla Legge nazionale, e il Piano Sanitario Nazionale è stato realizzato con difficoltà.

La Legge 180 è stata criticata anche perché, oltre ad aver ignorato gli OPG, ha provocato un aumento della popolazione internata in OPG. Il riferimento è a quei soggetti per i quali, in caso di piccoli reati, l'autorità giudiziaria preferiva ordinare il ricovero in manicomio civile, piuttosto che avviare l'azione penale e il conseguente ricovero in OPG. Effettivamente, guardando le statistiche relative al numero degli internati tra il 1950 e il 2000, si nota un incremento degli internati negli anni post riforma, fino al 1985, quando il numero incomincia a decrescere. Ma confrontando i dati relativi al rapporto tra numero di internati e numero della popolazione detenuta, emerge che nel giro di una quindicina di anni, tra il 1970 e il 1985, il numero dei detenuti in Italia è praticamente raddoppiato, causa l'uso smodato della detenzione che è stato fatto a partire proprio da quegli anni. Si può ragionevolmente supporre dunque, che l'aumento degli internati in OPG sia stato effettivo ma che, in relazione al numero totale delle persone in carcere, esso sia rimasto praticamente invariato⁵⁶.

Se si può smentire l'effetto di aumento della popolazione internata, altrettanto non si può fare con il dato rilevato della contrazione delle dimissioni dagli OPG: gli internati non più pericolosi socialmente, ma ugualmente bisognosi di cure, prima dello smantellamento dei manicomi civili vi venivano trasferiti dai giudizari. Ci sono infatti internati che, al momento delle dimissioni, non hanno un luogo dove andare, perché le famiglie o non ci sono o non possono farsene carico, internati che necessiterebbero di un accoglimento in strutture intermedie, le quali spesso però non ci sono o sono insufficienti. In questi casi capita che venga prorogata la misura di sicurezza, rimandando la dimissione⁵⁷.

L'impressione di alcuni studiosi è che in seguito all'emanazione della Legge 180 ed evitando di mettere mano a modifiche del sistema legislativo legato agli OPG, si sia evitato di affrontare una realtà a volte scomoda, delegando agli OPG le stesse funzioni dei manicomi soppressi⁵⁸ e si sia resa più profonda la demarcazione tra

56 M. Miravalle, "L'insicurezza collettiva e il diritto penale del rischio. Introduzione e premessa metodologica", Cap. I, pp. 23-26, in *La riforma della sanità penitenziaria: il caso degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, www.altrodiritto.unifi.it.

57 F. Basaglia, "La politica psichiatrica dopo la Legge 180" in *Dei diritti delle pene* n. 1/1984 pp. 87-89.

58 S. Gandolfi, M. Vescovelli, A. Manacorda, "Cenni storici sull'Ospedale Psichiatrico Giudiziario" in Manacorda A. (a cura di) *Folli e reclusi*, La casa Usher, Milano, 1988, p. 63.

malati psichici comuni e quelli autori di reato, i primi liberi di essere curati dai servizi territoriali e i secondi sottoposti a misure scarsamente terapeutiche e prevalentemente carcerarie.

2.7 Le proposte di superamento degli OPG

Come si è detto, gran parte delle spinte rivoluzionarie in tema di Ospedali psichiatrici giudiziari, non giunsero direttamente dall'ambiente politico, ma da altri organi che hanno rilevato negli anni aspetti della normativa non conformi alla Costituzione del 1948. Nonostante ciò, negli ultimi trent'anni si è assistito in parlamento a un maggiore interesse sull'argomento, manifestatosi con la presentazione di alcune proposte di riforma, segno evidente del fatto che queste istituzioni non sono più così necessarie come le si riteneva cento cinquant'anni fa.

Le varie proposte di Legge presentate, possono essere fatte rientrare in due macro categorie: quelle che hanno proposto la regionalizzazione degli OPG, mantenendo gli istituti dell'imputabilità e della pericolosità sociale (modelli revisionisti), e quelle che hanno proposto l'abolizione degli OPG con la conseguente cancellazione della non imputabilità (modelli abolizionisti).

Qui di seguito si riportano quelle che sono state al centro dei più recenti dibattiti sul tema.

2.7.1 Il progetto Vinci Grossi

Nel 1983 viene presentato in Senato il disegno di Legge n. 177, detto progetto Vinci Grossi, dal nome del firmatario. Questo disegno di Legge tenta di colmare le lacune in materia penitenziaria lasciate dalla Legge 180/78, e seguendo la direzione della Legge citata, proponeva la chiusura definitiva e lo smantellamento degli OPG.

Primo obiettivo della proposta è l'abolizione della legislazione penale riguardante i malati psichici, presente sia nei codici che nella legislazione italiana. Viene proposta l'abolizione del concetto stesso di incapacità d'intendere e di volere, dichiarando il folle criminale imputabile, poiché seppur ammalato, si ritiene che disponga comunque di un certo grado di libertà, in base al quale egli può dominare il suo comportamento. Questa logica riprende le convinzioni della psichiatria moderna, la

quale attribuisce alla persona malata di mente una buona parte di libero arbitrio, lavorando spesso per rendere consapevole la persona della propria malattia e dei suoi effetti. Se il malato di mente è pensato come soggetto attivo, allora diventa responsabile dei propri atti.

I primi dieci articoli della proposta di Legge mirano alla modifica della legislazione penale in materia di infermità psichica, gli articoli da 11 a 17 puntano alla parificazione della malattia mentale a quella fisica, infine gli articoli dal 18 al 21 trattano la tutela della salute del condannato.

Questo progetto di Legge propone dunque l'abolizione dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, e la sua sostituzione con il carcere. E' stato contestato l'intento abolizionistico poiché riversa le persone da un'istituzione segregante ad un'altra, acuendo invece che eliminando il problema di una cura efficace all'interno del carcere che è pur sempre una struttura chiusa e ghettizzante⁵⁹.

2.7.2 La proposta Corleone

La proposta di Legge presentata alla Camera dal deputato Francesco Corleone il 9 maggio 1996 n. 151, "Norme in materia di imputabilità e trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato", segue le linee del progetto Vinci Grossi. Essa riporta nella nota introduttiva: "Se in passato erano i malati di mente imputati o condannati per reati di media o di elevata grandezza ad essere sottoposti, di norma, alla misura di sicurezza, negli ultimi anni, di regola appunto, oggetto delle misure di sicurezza sono stati soggetti colpevoli o imputati di reati minori, in particolare connessi alla legislazione proibizionista e punizionista in materia di droghe e di "non droghe". A differenza dei soggetti "sani di mente" condannati a pena detentiva, ai quali viene concessa in sede esecutiva la possibilità di usufruire di benefici e facilitazioni al fine di un reinserimento sociale, a coloro che, per infermità psichica, sono stati prosciolti dal reato, tale possibilità appare negata. In tal modo e per considerazioni di ordine più generale, l'istituto della "non imputabilità" del malato di mente corrisponde a minori, se non estremamente limitate, garanzie rispetto a quelle che il riconoscimento dell'imputabilità dovrebbe presentare in relazione al codice penale. In questo modo, tramite gli Ospedali psichiatrici giudiziari, la società evita il

59 M. Betti, M. Pavarini, "La tutela sociale della/dalla follia", in *Dei delitti e delle pene*, n. 1/1984, p. 169.

proprio dovere di punire chi infrange la Legge e, in sostituzione di una riabilitazione umana e sociale in un ambito penale, il malato di mente viene punito con la restrizione e il trattamento di un contesto psichiatrico”.

Questa proposta di Legge, andando ad apporre modifiche del codice penale, del codice di procedura penale e dell'ordinamento penitenziario, prospetta l'abolizione dell'istituto dell'imputabilità del malato di mente e dell'incapacità di intendere e di volere, ritenendo il malato di mente imputabile in quanto capace d'intendere e di volere. Ne consegue l'abolizione degli Ospedali psichiatrici giudiziari attraverso una particolare cura e attenzione da assicurare al malato di mente sottoposto a detenzione, attraverso la previsione di strutture sanitarie nell'ambito del carcere in grado di assistere i malati psichici e la previsione di programmi di riabilitazione formulati dai medici specialisti appartenenti ai servizi psichiatrici del territorio. Il medico dell'unità sanitaria locale è tenuto ad elaborare un piano di assistenza medico-psichiatrica che, in conformità con i principi sanciti in materia di assistenza psichiatrica della L. 833/78, ritiene maggiormente idoneo alla cura ed alla riabilitazione del malato. Il piano è redatto per iscritto ed è corredato da una relazione esplicativa scritta e motivata. Il piano di cura viene sottoposto al giudice di sorveglianza che lo approva previo consenso del detenuto; il medico segue il paziente e periodicamente riferisce sull'andamento al giudice di sorveglianza con una relazione scritta. Nei casi determinati dalla Legge 354/75, nei confronti dei malati di mente sono applicabili le misure alternative alla detenzione.

2.7.3 Il disegno di Legge Riz

Il 2 agosto 1995 viene presentato il disegno di Legge n. 2038, ad opera del senatore Riz, avente oggetto alcune proposte di modifica al primo libro del codice penale.

Esso prevede una dislocazione regionale degli OPG per l'accoglienza degli internati, i quali secondo il criterio di residenza vi vengono trasferiti. I soggetti cui mantenere la misura di sicurezza detentiva sono solo quelli dichiarati totalmente incapaci di intendere e di volere, riconosciuti socialmente pericolosi e responsabili di reati per i quali la Legge prevede nel massimo una pena di dieci anni di reclusione. Le amministrazioni e gli enti locali sono costantemente e direttamente coinvolti nel percorso terapeutico-riabilitativo degli internati.

Vengono mantenute le nozioni di imputabilità ed incapacità di intendere e di volere, mentre viene apportata una modifica all'articolo 83 c.p., dove la parola “infermità” viene sostituita con quella di “anomalia”, termine che consente l'allargamento della non imputabilità a quelle situazioni che, pur non costituendo una reale infermità, portano pur sempre il soggetto a un difetto di imputabilità⁶⁰.

“La pericolosità sociale va accertata dal magistrato almeno una volta all'anno e, se in seguito al riesame la persona non fosse più giudicata pericolosa, la revoca comporta l'estinzione della pena e l'immediata cessazione di tutti i suoi effetti. Viene proposta una graduazione della pericolosità, che può essere utilizzata sia per l'applicazione di misure alternative alla detenzione, sia per la concessione di licenze premio”⁶¹.

2.7.4 Il Progetto di proposta di Legge della Fondazione Michelucci

Su iniziativa della Regione Toscana, presso la Fondazione Michelucci, tra il 1996 e il 1997 si è costituito un gruppo di lavoro composto da giuristi, psichiatri e da alcuni rappresentanti di altre regioni interessate dalla tematica del ricovero in OPG. E' così stata formulata una proposta di Legge promossa e sostenuta anche dalla Regione Emilia Romagna.

Questa proposta, come quella precedente, non supera il limite della misura di sicurezza né quello della nozione di imputabilità. La novità introdotta riguarda l'abolizione dell'istituto della seminfermità e dell'applicazione della conseguente misura di sicurezza della casa di cura e custodia.

Viene mantenuta l'impostazione della pericolosità sociale e vengono previste due tipi di misure di sicurezza:

– l'assegnazione ad un istituto delle persone assolte per un reato che prevede nel massimo una pena non inferiore ai dieci anni (art.4) e delle persone per le quali si ritiene che ricorrano particolari condizioni in senso contrario all'applicazione dell'affidamento al servizio sociale;

60 La Sentenza n. 9163 del 2005 della Cassazione, Sezioni Unite Penali, ha poi messo in atto quanto qui previsto dal disegno di Legge, ampliando il ricorso alla non imputabilità ai sensi dell'art. 88 e 89 c.p. alle persone con disturbi di personalità, sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa, non così invece le “anomalie del carattere” e “gli stati emotivi e passionali” che non rivestono altrettanta incisività sulle capacità di autodeterminarsi del soggetto.

61 G. Simonetti, “Il futuro dell'OPG: i progetti di Legge”, Cap. IV, p. 4, in *Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici. Il caso di Montelupo Fiorentino*, www.altrodiritto.unifi.it.

– l'affidamento dell'interessato al servizio sociale (art.6) con la prescrizione obbligatoria di imporre al soggetto di seguire presso il Servizio sanitario pubblico un programma terapeutico e riabilitativo, concordato con l'interessato. Spetta al Servizio sanitario seguire l'andamento del programma e riferire periodicamente all'UEPE (che nel progetto di Legge è denominato “servizio sociale per adulti”) circa l'andamento complessivo e il rispetto del programma. All'attuazione del programma partecipano anche gli altri enti territoriali con competenze in campo sociale e assistenziale.

Per l'applicazione di queste due misure di sicurezza non è previsto un termine minimo né uno massimo. E' previsto solo il riesame periodico da parte del magistrato di sorveglianza della pericolosità sociale, dopo un anno per la reclusione, ogni sei mesi per l'affidamento, sulla base di quanto relazionato dal responsabile della struttura e dal servizio sanitario nel primo caso, dal UEPE e dal servizio sanitario nel secondo.

La proposta prevede per ogni Regione l'organizzazione di istituti cui vengono assegnati i soggetti assolti per incapacità di intendere e di volere, con lo scopo dell'esecuzione della misura. Questi istituti “devono essere di ridotte dimensioni, ospitare un numero limitato di ricoverati, comunque non superiore a trenta, ed essere organizzati per lo svolgimento della funzione terapeutica nei confronti degli stessi, dovendo altresì garantirne la custodia”. I soggetti vengono assegnati alle varie strutture in base ai criteri di residenza e per ognuno di loro è formulato un programma di trattamento. Le funzioni sanitarie sono assegnate al SSN, mentre le funzioni di custodia sono esercitate dall'amministrazione penitenziaria (art. 5).

Quando risulta possibile, al posto dell'OPG deve essere assegnata la misura della libertà vigilata, tra le cui prescrizioni si trova quella di mantenere un costante rapporto di assistenza e cura con il servizio psichiatrico territoriale. Il servizio sociale acquista dunque un ruolo chiave di sostegno, controllo e collegamento tra il soggetto, il giudice e la ASL, nei confronti della quale il soggetto si deve impegnare seguendo il progetto terapeutico predisposto.

Viene prevista l'organizzazione di Centri psichiatrici di diagnosi e cura presso ogni istituto penitenziario ordinario di ogni Regione, dotati di personale sanitario autonomo. A questi centri possono essere assegnati i detenuti con problematiche psichiatriche sopravvenute durante l'esecuzione della pena, i detenuti in osservazione e quelli che devono essere sottoposti a perizia psichiatrica.

Il progetto delle regioni configura una procedura per la definizione di pericolosità

sociale più rigorosa, che deve avvenire attraverso l'adozione di elementi concreti di valutazione, criteri oggettivi, in modo tale da ridurre i casi di applicazione della misura nei confronti del prosciolto: attraverso una concezione graduata della pericolosità, sarebbe possibile ridurre in maniera consistente la reclusione, aumentando invece l'applicazione delle misure senza internamento.

Infine, viene rivista la modalità di attuazione della perizia psichiatrica che, nei casi di particolare complessità, può essere espletata da un "collegio peritale" (art. 14). I periti psichiatri devono essere iscritti in un albo istituito presso ogni tribunale e le loro nomine sono effettuate a rotazione.

2.7.5 Conclusioni

Come afferma Margara⁶² nel corso di un Convegno svoltosi a Trieste nel 1998, è evidente che le due proposte di riforma, quella delle Regioni e quella Corleone, partono da premesse antitetiche: nell'una la non imputabilità è mantenuta, nell'altra è abolita; da una parte l'OPG, dall'altra il carcere⁶³.

Esaminando le due proposte da vicino però, queste non sono poi così lontane ed inconciliabili. Nel progetto Corleone, compiuto l'accertamento sulla commissione del reato, segue l'irrogazione della pena, la cui modalità di attuazione può avere diverse forme, tra cui la sostituzione con le modalità alternative. Nel progetto delle Regioni, una volta accertata la non imputabilità e la sussistenza della pericolosità sociale, viene decisa l'applicazione della misura di sicurezza, che può essere sostituita da misure alternative. Entrambi i progetti quindi, prevedono due momenti omogenei: quello dell'accertamento del reato e quello della decisione sulle conseguenze dello stesso. Resta la differenza relativa agli strumenti utilizzati, poiché nel progetto Corleone è la pena, in quello delle Regioni la misura di sicurezza. Da una parte la determinatezza della pena e dall'altra l'indeterminatezza della misura di sicurezza.

Margara sostiene dunque che esistono delle differenze sostanziali, ma prendendo in esame le realtà operative previste dai due progetti, questi non si discostano poi di

62 Il Dott. A. Margara era tra i firmatari della proposta di progetto di Legge della Fondazione Michelucci.

63 Il 4 maggio 1998 si è svolto un seminario intitolato "Per la soppressione dell'ospedale psichiatrico giudiziario", nell'ambito della ricerca "Le donne nell'ospedale psichiatrico giudiziario", promossa dal Centro studi e ricerche salute mentale Regione Friuli Venezia-Giulia, i cui contenuti sono riportati nell'opuscolo *Per la chiusura dell'ospedale psichiatrico giudiziario*, G. del Giudice (a cura di), Edizioni "E", Trieste, 1998.

molto.

Nel corso del medesimo Convegno, Corleone rivela i suoi dubbi riguardo a una possibile applicazione della riforma del progetto delle Regioni: moltiplicare gli OPG senza abolirli definitivamente, comporterebbe soluzioni che portano ad altre istituzioni chiuse, quando invece bisognerebbe fare in modo di sfruttare le risorse del territorio. Certo, aggiunge, realizzare un progetto come quello che porta la sua firma, comporterebbe una profonda revisione giuridica, cosa che ha portato molti, lui compreso, a definire la sua proposta “bella ma impossibile”.

Come si vedrà in seguito, Corleone non sbagliava a definire in tal modo il suo progetto; nel 2008, infatti, è stata adottata una soluzione che ricalca, anche se solo in parte, quella prospettata dalle Regioni Emilia Romagna e Toscana.

3.1 Le misure di sicurezza e le misure di prevenzione

Le persone che non sono considerate responsabili dei propri atti in quanto affette da malattie che ne aboliscono la capacità d'intendere e di volere sono comunque poste in condizione di non nuocere. Non potendo farlo tramite il riconoscimento di una responsabilità e la conseguente irrogazione di una pena, l'ordinamento giuridico attua altre forme di controllo e di repressione. Nell'ordinamento giuridico italiano attuale queste modalità di controllo sono attuate con diversi strumenti, che sono previsti anche per chi non sia infermo di mente: a) le misure di prevenzione, b) le misure di sicurezza⁶⁴. Le misure di prevenzione, disciplinate dalla L. 27/12/1956 n.1423, sono misure sanzionatorie (meglio conosciute come "di polizia") dirette a evitare la commissione di reati da parte di soggetti considerati socialmente pericolosi. La loro applicazione prescinde dalla commissione di un reato, essendo sufficiente anche la semplice esistenza di un indizio a carico del soggetto⁶⁵. E' questa caratteristica che distingue tali misure da quelle di sicurezza per la cui applicazione è necessaria la commissione di un reato da parte del soggetto ritenuto socialmente pericoloso⁶⁶.

Il codice penale all'art. 215 specifica che le misure di sicurezza personali possono essere non detentive o detentive. Tra le prime troviamo: a) la libertà vigilata; b) il divieto di soggiorno in uno o più Comuni, o in una o più Province; c) il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche; d) l'espulsione dello straniero dallo Stato.

Le misure di sicurezza detentive sono: a) l'assegnazione a una colonia agricola o

64 A. Manacorda, *Op. Cit.*, 1982, p.23.

65 La Legge 327/1988 ha individuato tre categorie di destinatari: "coloro che debba ritenersi, sulla base di elementi di fatto, che siano abitualmente dediti a traffici delittuosi; coloro che, per la condotta e il tenore di vita debba ritenersi, sulla base di elementi di fatto, che vivano abitualmente con i proventi di attività delittuose; coloro che, per il loro comportamento, debba ritenersi sulla base di elementi di fatto, che siano dediti alla commissione di reati che offendono o mettono in pericolo l'integrità fisica o morale dei minorenni, la società, la sicurezza o la tranquillità pubblica".

Le misure di prevenzione possono essere personali (richiamo orale, rimpatrio con foglio di via obbligatorio, sorveglianza speciale, divieto di accedere a determinati luoghi) o patrimoniali (sequestro o confisca di beni).

66 www.studiocataldi.it.

a una casa di lavoro, per soggetti imputabili; b) il ricovero in una casa di cura e custodia, per i soggetti semi-imputabili; c) il ricovero in manicomio giudiziario, per i soggetti non imputabili; d) il ricovero in un riformatorio giudiziario, per i minorenni.

Comune denominatore per l'applicazione di tali misure è dunque l'essere giudicati socialmente pericolosi.

3.2 La pericolosità sociale

La pericolosità sociale è la probabilità che la persona, anche se non imputabile, che ha commesso reati per i quali è prevista l'applicazione di una misura di sicurezza commetta nuovi reati, di qualsiasi natura. Secondo quanto specificato dal codice penale (art. 203), la pericolosità sociale è desunta tenendo conto della gravità del reato (le modalità con cui è stata commessa l'azione, la gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa, l'intensità del dolo o grado della colpa) e della capacità a delinquere (i motivi e il carattere, i precedenti penali e la condotta di vita precedenti, contemporanei o susseguenti al reato, le condizioni di vita sia personali sia socio-familiari del reo). La misura di sicurezza può essere applicata soltanto quando è stata riconosciuta, sulla base di questi criteri, la pericolosità del soggetto.

La corrispondenza tra misura di sicurezza e durata prevista della pericolosità sociale è stata molto criticata. Perfino la psichiatria classica dell'800 riconosceva che non non c'è alcun nesso automatico tra un determinato tipo di reato commesso e un dato periodo di tempo durante il quale si possa prevedere che la persona commetta altri fatti penalmente sanzionabili.

Fino a tre decenni fa all'articolo 204 del Codice Penale erano previsti dei casi particolari in cui veniva a priori stabilita la pericolosità della persona e si rendeva automatica l'applicazione della misura di sicurezza, precludendo così al giudice ogni possibilità di valutazione relativa alle circostanze del reato ed alla personalità del soggetto⁶⁷. Tra i casi espressamente determinati rientravano il proscioglimento per infermità e il riconoscimento di seminfermità di mente. Si trattava di una norma che impediva al giudice di valutare secondo coscienza, evitando che una persona prosciolta per vizio di mente potesse andare esente da quella che è ad ogni effetto una sanzione criminale. Questo meccanismo, detto appunto della pericolosità

⁶⁷ F. Pappalardo, *Op. Cit.*, p.61.

presunta, prevedeva sempre la misura dell'OPG, anche se una perizia successiva dichiarava la non pericolosità del reo.⁶⁸ Il Giudice non era costretto ad applicare la misura del manicomio giudiziario solo nei casi in cui fossero trascorsi 5 anni per i reati più lievi e 10 per i reati più gravi, tra quando era stato commesso il reato e il momento in cui era stata pronunciata la sentenza, oppure tra quando era stato pronunciato il proscioglimento e il momento in cui doveva iniziare l'applicazione della misura di sicurezza⁶⁹.

Il sistema della pericolosità sociale presunta è stata per anni aspramente criticata, finché la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 139 del 7 luglio 1982, ne ha dichiarato l'illegittimità. L'articolo 204 è stato infine abrogato con la Legge 663/1986 ("Modifiche alla Legge sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà"), che all'art. 31 al 2° comma dispone: «Tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui che ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa». La pericolosità sociale deve dunque essere accertata nel momento della concreta esecuzione della misura di sicurezza. Si conferisce così al giudice quel diritto-dovere di valutare la situazione caso per caso, potere che la legislazione fascista gli aveva volontariamente e consapevolmente sottratto⁷⁰.

C'è un altro articolo del Codice Penale relativo alle misure di sicurezza che è stato a lungo contestato e che ad oggi non è stato modificato. Si tratta dell'art. 207, che dà disposizioni sulla revoca di tali misure: "Le misure di sicurezza non possono essere revocate se le persone ad esse sottoposte non hanno cessato di essere socialmente pericolose". La misura di sicurezza non ha mai una durata massima, ma solo termini minimi, perché, stando alla logica del legislatore, essa ha uno scopo rieducativo, pertanto resta efficace finché non ha sortito il suo effetto.

Quest'ultimo articolo, unito all'articolo 208 sul riesame della pericolosità⁷¹, fa sì che potenzialmente l'applicazione della misura di sicurezza possa essere prorogata innumerevoli volte e possa quindi avere una durata potenzialmente variabile da zero ad infinito. Come già accennato, nel 1974 la Corte Costituzionale, con sentenza n.

68 A. Manacorda, *Op. Cit.*, 1982, p.25.

69 F. Pappalardo, *Op. Cit.*, p. 61.

70 A. Manacorda, *Op. Cit.* 1997, p.105.

71 Decorso il periodo minimo di applicazione della misura di sicurezza, il giudice procede con il riesame della pericolosità. Se ne valuta la persistenza, egli proroga la misura ma può in ogni momento, cioè senza attendere il termine prefissato, procedere con il riesame, se non ravvisa più il presupposto della misura applicata.

110 del 23 aprile, dichiara legittima la revoca anticipata della misura di sicurezza e dichiara inoltre illegittimo che questo potere sia affidato al Ministro di Grazia e Giustizia la facoltà della revoca o della proroga della misura di sicurezza in via del tutto eccezionale. La L. 354/75 attribuisce tale potere alla sezione di sorveglianza per il distretto della Corte d'Appello. La Legge 663/1986 (Legge Gozzini), la assegna al magistrato di sorveglianza, riservando al Tribunale di sorveglianza la competenza in seconda istanza. Questo mutamento è stato importante perché ha reso più facilmente praticabile la revoca anticipata della misura di sicurezza anche prima che sia decorso il termine minimo della misura, su richiesta del P.M. o del diretto interessato (art. 69 dell'ordinamento penitenziario).

L'istituto della pericolosità è stato oggetto, da parte della dottrina penalistica, criminologica e medico-legale, di un ampio ed annoso dibattito relativo alla sua ammissibilità (ha senso parlare di pericolosità sociale?), alla fase dell'accertamento (come si può esserne certi?) e del trattamento.

3.3 L'imputabilità

L'imputabilità è il presupposto della responsabilità della pena. L'articolo 85 del codice penale spiega che essa si misura in base alla capacità di intendere e di volere. Possedere la capacità d'intendere significa non solo conoscere la realtà esterna, ma anche rendersi conto del valore sociale degli atti che vengono compiuti. La capacità di volere equivale a quella di autodeterminazione, a compiere atti voluti dall'intelletto adeguando il comportamento alle scelte fatte.

La persona che commette il reato non è imputabile se nel momento in cui commette il fatto presenta un "vizio totale di mente", se cioè si trova in uno stato mentale tale da escludere la capacità di intendere e di volere (art. 88 c.p.). Per i maggiorenni, le condizioni che escludono l'imputabilità sono:

- piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore (art. 91 c.p.)
- azione di sostanze stupefacenti, derivante da caso fortuito o da forza maggiore (art.93 c.p.)
- infermità, malattia psichica (art. 88 c.p.)
- cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti (art. 95 c.p.)

– sordomutismo (art.96 c.p.)

L'imputabilità sussiste invece quando è accertato il "vizio parziale di mente", ovvero quando al momento in cui il fatto è stato compiuto, la capacità di intendere e di volere era grandemente scemata, ma non completamente esclusa (art. 89 c.p.).

Nel caso del vizio parziale di mente per infermità psichica, intossicazione da alcool, da sostanze stupefacenti o per sordomutismo, la pena è diminuita e il reo viene ricoverato in una casa di cura e custodia. Se per il reato commesso è previsto l'ergastolo o la reclusione per più di 10 anni, si applica la reclusione per un periodo non inferiore ai tre anni; se si tratta di un altro reato per il quale è prevista una pena detentiva e la persona è giudicata socialmente pericolosa, è previsto il ricovero in casa di cura e custodia per almeno 6 mesi. In quest'ultimo caso il giudice può sostituire il ricovero con la libertà vigilata, eccettuati i casi di persone alcool o tossicodipendenti (art. 219 c.p.). Viene applicata prima la pena e dopo la misura di sicurezza, ma il Giudice può ordinare anche che il ricovero sia effettuato prima che sia iniziata o abbia termine la pena (art. 220 c.p.).

Nel caso del vizio totale di mente si ha il proscioglimento per infermità psichica, ovvero cronica intossicazione da alcool o da stupefacenti, ovvero per sordomutismo. L'art. 222 c.p. stabilisce che se il minimo della pena previsto per il reato commesso è superiore a due anni, l'imputato viene recluso in OPG. Se la pena massima per il reato commesso è inferiore ai due anni, la misura non viene applicata. Il periodo minimo di durata della reclusione in OPG è dunque di due anni se la pena prevista per il reato commesso è compresa tra i due e i dieci anni di reclusione; di 5 anni quando la legge prevede una pena superiore ai 10 anni; non inferiore ai 10 se la legge prevede l'ergastolo.

Come scrive Manacorda, si nota un'assenza di proporzione tra misura di sicurezza minima e pena massima: per i reati lievi è previsto un trattamento più sfavorevole rispetto alle situazioni in cui c'è la piena imputabilità, mentre nel caso di reati molto gravi avviene il contrario. Questa elasticità e flessibilità del periodo di ricovero è data dal fatto che la misura di sicurezza tecnicamente non è una pena ma una sanzione penale, anche se sovente afflittiva quanto o più di una pena. Si può ritenere che questo criterio di elasticità e di valutazione caso per caso sia funzionale al trattamento di soggetti per i quali si ritiene che il momento della cura debba prevalere su quello della sanzione. Tale normativa risulta però estremamente vantaggiosa per l'autore di reati gravi. Questa possibilità di vedersi diminuita

notevolmente la condanna per aver commesso un reato grave grazie a una dichiarazione di infermità mentale, è stata spesso sfruttata anche da persona che avevano commesso reati legati alla criminalità organizzata⁷².

3.4 La perizia psichiatrica

A perizia psichiatrica in manicomio giudiziario sono sottoposti tutti coloro che, dopo aver commesso un reato (o subito dopo che l'autorità giudiziaria presume che l'abbiano commesso) oppure nel corso del procedimento penale, danno segni di malattia di mente⁷³.

In questa fase il giudice richiede al perito il giudizio di pericolosità sociale del reo. Al termine dell'indagine peritale, se il giudice ritiene che l'imputato, al momento in cui commise il fatto, non fosse nella condizione di intendere e di volere, ne pronuncia il proscioglimento per difetto di imputabilità. A questo punto, se ritiene che il soggetto non sia socialmente pericoloso, la persona esce dal circuito penale ed è libero ad ogni effetto di Legge. Se invece la pericolosità sociale è riconosciuta, il giudice ordina che gli venga applicata la misura di sicurezza di ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario e la competenza passa al magistrato di sorveglianza. Poiché in genere intercorre un certo periodo di tempo tra l'emanazione della sentenza e la sua esecuzione, il magistrato di sorveglianza deve accertare la perdurante pericolosità sociale del soggetto. Se questa sussiste, il condannato inizia a scontare la misura, in caso contrario egli viene messo in libertà.

Una volta che sia iniziata la concreta esecuzione della pena, il soggetto interessato può in qualsiasi momento chiederne la revoca. Il magistrato valuta la persistenza della pericolosità del richiedente e, se questa è effettivamente cessata, dispone la revoca della misura di sicurezza. Se la revoca avviene prima della scadenza del termine di durata minimo stabilito per legge si parla di "revoca anticipata", se è richiesta alla scadenza del periodo di reclusione previsto, si parla di "revoca a termine", mentre quando la misura viene revocata dopo una o più proroghe si parla di "revoca dopo proroga".

La revoca, come già detto, può essere disposta in ogni caso anche su iniziativa

72 A. Manacorda, *Op. Cit.*, 1997, p. 107.

73 M. Valcarengi, *Op. Cit.*, p. 20.

del magistrato di sorveglianza stesso. Nel caso egli valuti che la pericolosità sociale non è cessata ma è sensibilmente diminuita, può, su istanza sua o dell'interessato, sottoporlo al regime di libertà vigilata. Contro le istanze del magistrato di sorveglianza l'interessato può fare appello al Tribunale di sorveglianza e, se necessario, alla Corte di cassazione per motivi di legittimità.

La perizia psichiatrica (art. 220 c.p.p.) è ammessa quando serve:

- 1) svolgere indagini per acquisire dati probatori;
- 2) selezionare ed interpretare i dati acquisiti;
- 3) valutare i dati assunti.

E' ammessa quando lo svolgimento di queste funzioni esula dalle competenze del giudice, attraverso di essa il giudice acquisisce le competenze tecniche che gli mancano. La scelta del giudice di disporre la perizia è discrezionale e di solito egli sceglie tra i periti esperti in materia ed iscritti all'albo professionale. Dopo averlo formalmente nominato, il giudice formula i quesiti peritali, in accordo con le parti, che in ambito di perizia psichiatrica solitamente sono: "Dica il perito, esaminati gli atti di causa, visitato (nome e cognome), eseguiti tutti gli accertamenti clinici e di laboratorio che ritiene necessari ed opportuni, quali fossero le condizioni di mente di (nome e cognome) al momento del fatto per cui si procede; in specie se la capacità di intendere e di volere fosse per infermità, esclusa o grandemente scemata". Il secondo quesito attiene la pericolosità sociale: "In caso di accertato vizio di mente dica altresì il perito se (nome e cognome) sia persona socialmente pericolosa". Il terzo quesito attiene la capacità processuale: "dica il perito, esaminati gli atti, visitato (nome e cognome), eseguiti tutti i rilievi clinici e di laboratorio che ritiene opportuni e necessari quali siano le attuali condizioni di mente di (nome e cognome) e, in particolare, se sia in grado o meno di partecipare coscientemente al processo"⁷⁴.

La perizia è un atto medico, perché svolto da un medico, basato su esami clinici e di laboratorio, sul colloquio psichiatrico, sulla somministrazione di test. Al contempo deve elaborare una diagnosi che in realtà diagnosi non è, perché non deriva da un rapporto terapeutico col paziente che ha una sofferenza psichica ma dal bisogno di indagare su un fatto ipotizzato come reato, dovendone poi desumere l'eventuale responsabilità morale⁷⁵.

A questo proposito, si è rilevato che non sono pochi i casi in cui c'è discordanza

74 G. Giordano, "Il contributo della perizia psichiatrica alla valutazione della responsabilità penale", Cap. II, pp. 1-4, in *La perizia psichiatrica*, www.altrodiritto.unifi.it.

75 G. Giordano, *Op. Cit.*, p. 4

tra il parere espresso dai periti e il giudizio emergente dalle valutazioni degli psichiatri penitenziari che seguono il caso per un tempo più lungo e attraverso una modalità differente che si colloca all'interno della relazione terapeutica. Questa problematica deriva principalmente dall'assenza di collaborazione e comunicazione tra perito e specialista del servizio psichiatrico penitenziario⁷⁶.

L'uso della perizia psichiatrica nel processo penale ha sollevato non pochi problemi a partire dagli anni '70, anni in cui la scienza giuridica e quella psichiatrica hanno incominciato a “marciare a velocità differenti”. Come si è visto, in passato psichiatria e diritto si muovevano con prospettive comuni di difesa sociale, mettendo in pratica un rigido e stereotipato controllo sulla società.

Oggi una larga parte della cultura psichiatrica rifiuta la concezione del malato mentale come persona compromessa in tutte le sue funzioni e rifiuta l'uso improprio della nosografia, che attraverso una diagnosi non permette di mettere a fuoco le diverse e possibili caratteristiche, abilità, potenzialità che sono insite in ogni essere umano. Il problema dell'accertamento della pericolosità è un nodo critico ancora irrisolto. L'articolo 203 del codice Rocco non indica le qualità in base alle quali bisogna ritenere una persona socialmente pericolosa, ammesso che queste esistano, e si limita a rinviare all'articolo 133 c.p., per cui il giudizio di pericolosità va espresso in base alla considerazione della gravità del reato. Gli psichiatri si trovano nella complessa situazione di “fare una scommessa sul futuro di una persona”, senza avere l'effettiva certezza di come si comporterà una persona, se sceglierà di intraprendere una strada oppure l'altra. Questa incertezza porta di frequente a fargli “mettere le mani avanti”, emettendo giudizi di pericolosità per non trovarsi un anno dopo di fronte alla reiterazione del reato⁷⁷.

3.5 Le due sentenze della Corte Costituzionale: le misure alternative all'OPG

Il 12 luglio 2002 il Giudice dell'udienza preliminare del Tribunale di Genova è chiamato a pronunciarsi in merito alla responsabilità penale di un imputato maggiorenne per i reati di tentata violenza sessuale aggravata e lesione personale.

76 R. Andreano, “Le riforme in materia sanitaria”, Cap. VI, p. 16, in *Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: aspetti normativi e sociologici*, www.altrodiritto.unifi.it.

77 L. Basilio, “Minore età e pena”, Cap. VII, pp. 2-3, in *Imputabilità, minore età e pena*, www.altrodiritto.unifi.it.

La perizia psichiatrica dichiara che l'imputato è totalmente incapace di intendere e di volere “e che ne è esclusa la pericolosità sociale se ricoverato in una comunità per psicotici”.

Viene sottoposto all'attenzione della Corte Costituzionale il rigido automatismo previsto dall'articolo 222 del codice penale, che impone al giudice di ordinare il ricovero in OPG nei casi di proscioglimento per infermità mentale per un delitto che comporti una pena di almeno due anni, senza consentirgli di disporre, in alternativa, di misure diverse, meno drastiche e segreganti, come la libertà vigilata, “che è accompagnata da prescrizioni imposte dal giudice e non tipizzate”⁷⁸.

La Corte osserva come non sia la prima volta che le viene richiesto di pronunciarsi in merito al trattamento riservato al malato di mente autore di reato e nemmeno la prima volta che sente l'esigenza di esprimersi circa il “non soddisfacente trattamento riservato all'infermità psichica grave (...) specie quando è incompatibile con l'unico tipo di struttura custodiale oggi prevista⁷⁹, nonché circa l'opportunità di una revisione dell'intera disciplina del trattamento degli infermi di mente, disciplina che pare inadeguata ai mutamenti introdotti dalla Legge n. 180 del 1978 e dalla Legge 833 dello stesso anno. Quella dell'infermo di mente che ha compiuto reato ma che non viene ritenuto penalmente responsabile, è una condizione che richiede protezione e cure, le quali non vengono garantite da una misura “segregante e totale” come il ricovero in OPG, e che rappresenta una disuguaglianza di trattamento rispetto a quanto previsto dalla riforma sanitaria.

La Corte, con la sentenza n. 253 del 2003, conclude che “mentre solo il legislatore (la cui inerzia in questo campo, caratterizzato da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche, non può omettersi di rilevare ancora una volta) può intraprendere la strada di un ripensamento del sistema delle misure di sicurezza, con particolare riguardo a quelle previste per gli infermi di mente autori di fatti di reato, e ancor più di una riorganizzazione delle strutture e di un potenziamento delle risorse, questa Corte non può sottrarsi al più limitato compito di eliminare l'accennato automatismo, consentendo che, pur nell'ambito dell'attuale sistema, il giudice possa adottare, fra le misure che l'ordinamento prevede, quella che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento,

78 Sentenza Corte Costituzionale n. 253 del 2003.

79 Sentenza Corte Costituzionale n. 111 del 1996.

dall'altro lato". Viene così dichiarato illegittimo l'articolo 222 del codice penale ("Ricovero in un Ospedale psichiatrico giudiziario"), "nella parte in cui non consente al giudice di adottare, in luogo del ricovero in Ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza prevista dalla Legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale". La sentenza chiarisce che in luogo della misura di sicurezza può essere assegnata la libertà vigilata accompagnata dalla prescrizioni idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati.

La Sentenza della Corte Costituzionale n. 367 del 2004 richiama l'appena citata Sentenza n. 253, sollevando la questione di legittimità dell'articolo 206 del codice penale ("Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza") in merito alla situazione di un soggetto sottoposto alla misura di sicurezza dell'OPG, per il quale è stata formulata una prognosi di "scemata, anche se non completamente cessata" pericolosità sociale, al quale non è consentita l'applicazione in via provvisoria di una misura di sicurezza alternativa, quale ad esempio la libertà vigilata. La Corte giudica questo fatto come una violazione degli articoli 3 e 24 della Costituzione, "essendo privo di ragionevolezza il rigido automatismo di una disciplina che in fase cautelare preclude al giudice di valutare quale sia in concreto la misura di sicurezza più idonea a contemperare le esigenze di cura e quelle di controllo di un soggetto socialmente pericoloso".

I giudici hanno così rilevato che l'internamento è spesso nocivo oltre che lesivo del diritto alla salute delle persone sofferenti psichicamente, anche per quelle autrici di reato, e che le cure psichiatriche devono svolgersi in ambito territoriale. I Dipartimenti di salute mentale vengono dunque chiamati ad agire, attraverso la formulazione e la messa in atto di programmi terapeutico-riabilitativi, anche laddove persistono delle limitazioni della libertà dovute alla misura di sicurezza⁸⁰.

3.6 I minori e l'OPG

Nella storia penale italiana il minore socialmente pericoloso non è stato esonerato dall'applicazione delle misure di sicurezza. Il codice penale, infatti, prevede che al minore infra quattordicenne o di età superiore ai quattordici anni e inferiore ai diciotto

80 G. Del Giudice, P. Dell'Acqua, M. Rondi *Di cosa parliamo quando parliamo di OPG. Leggi, norme e pratiche*, www.forumsalutementale.it, 10 gennaio 2011.

che ha commesso un delitto e sia ritenuto socialmente pericoloso venga applicata la misura di sicurezza del riformatorio giudiziario o quella della libertà vigilata. Il codice penale prevede poi che al minore non imputabile che ha commesso un delitto non colposo punibile con l'ergastolo o la reclusione non inferiore ai tre anni, è ordinato il ricovero in riformatorio giudiziario per almeno tre anni (art. 224 c.p.).

La Corte Costituzionale è intervenuta nel 1971 con una sentenza nella quale ha dichiarato illegittimo l'automatismo del ricovero obbligatorio in riformatorio giudiziario per almeno tre anni. La disciplina relativa al nuovo processo penale minorile del 1988⁸¹ ha stemperato la nozione di pericolosità sociale del minorenne, disponendo che solo in casi di reati di una certa gravità possa essere applicata una misura di sicurezza detentiva; negli altri casi il minore non imputabile può essere sottoposto alla misura rieducativa dell'affidamento al servizio sociale o del collocamento in comunità. Questi dunque, seppur esposti in maniera sbrigativa, sono stati i passi compiuti negli ultimi anni in materia di legislazione penale minorile.

Ciò che stupisce è che solo nel 1998 sia stato abrogato il comma 4 dell'art. 222 del codice penale che prevedeva il ricovero in OPG del minore incapace di intendere e volere per motivi diversi dall'età, che abbia commesso il reato in condizioni di infermità psichica o di cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti o di sordomutismo⁸². E' stata ancora una volta la Corte Costituzionale ad osservare che una misura detentiva e segregante come il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, prevista e disciplinata in modo uniforme per adulti e per minori, non possa ritenersi costituzionalmente legittima in quanto "il trattamento penale dei minori deve essere improntato, sia per quanto riguarda le misure adottabili, sia per quanto riguarda la fase esecutiva, alle specifiche esigenze proprie dell'età minorile"⁸³.

A differenza del ricovero in riformatorio, che è considerato una misura di sicurezza specifica per i minori, il ricovero in OPG è stato previsto in modo indifferenziato per adulti e minori e, per la sua esecuzione, non è prevista alcuna modalità che tenga conto delle specifiche esigenze del minore, perché "in presenza di uno stato di infermità psichica tale da comportare il vizio totale di mente, la condizione di minore divenga priva di specifico rilievo e venga per così dire assorbita

81 D.P.R. 448/1988.

82 Si rimanda alla lettura di M. Valcarengi, *Op. Cit.*, per le testimonianze delle aberranti esperienze vissute da minori ricoverati in OPG prima del 1975, ad esempio la testimonianza di G.P. a p. 47, quella di Paolo d'Urso a p. 65, quella di N.L. a p.72, quella di Aldo Torvini a p. 103.

83 Corte Costituzionale, sentenza n. 324 del 24 luglio 1998, Cassazione penale 1998, III, p. 3216.

dalla condizione di infermo di mente”⁸⁴. La Corte invita il legislatore a riempire il vuoto normativo che si è così creato nei confronti dei minori rei ma non imputabili per infermità psichica. Le ipotesi di intervento sono due: la prima, prospettata dalla giurisprudenza, è che debbano essere applicate esclusivamente le misure di sicurezza del riformatorio giudiziario e della libertà vigilata; la seconda, invece, sostiene che il legislatore debba istituire una misura di sicurezza nuova, diversa da quelle esistenti e formulata in base alle caratteristiche del destinatario⁸⁵.

Da ultimo si ricorda l'istituzione da parte del Governo Berlusconi nel 2004 di un OPG per minorenni: vi vengono reclusi nove ragazzi, tutti extracomunitari. Il Forum per la salute mentale denuncia il fatto e l'episodio viene riportato nelle pagine di cronaca nazionale, produce interpellanze di parlamentari e l'intervento dell'allora sottosegretario Guidi con la chiusura del reparto⁸⁶.

3.7 Chi è recluso in OPG: le categorie giuridiche

Da un punto di vista formale e giuridico le categorie in cui la popolazione reclusa può essere suddivisa sono le seguenti:

1. Internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario in quanto socialmente pericolosi (art. 222 c.p.): si tratta dei soggetti entrati in OPG, ritenuti non imputabili, ma socialmente pericolosi.

2. Detenuti con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in OPG o in casa di cura e custodia (art. 212 c.p.): è una categoria simile a quella al numero 6, ma riguarda i non imputabili. Si tratta in genere di internati in “doppia diagnosi”, riconosciuti non imputabili per cause diverse dal vizio di mente (per esempio la cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti o per sordomutismo).

3. Internati provvisori imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria in OPG, in considerazione della presunta pericolosità sociale ed in attesa di giudizio definitivo (art. 206 c.p. e 312 c.p.p.): si tratta di persone

84 Ibidem.

85 L. Basilio, “Minore età e pena”, Cap. VII, pp. 4-5, *Imputabilità, minore età e pena*, www.altrodiritto.unifi.it.

86 *La storia recente. Il tentativo del Governo nel 2004 di costruire nuovi OPG*, www.stopopg.it.

detenute in attesa di processo, per le quali il giudice ritiene probabile il futuro riconoscimento del vizio di mente, e alle quali è applicata provvisoriamente la misura di sicurezza dell'OPG. Si tratta di una specie di anticipazione del giudizio di pericolosità sociale, e l'applicazione della misura è quindi strettamente correlata alla persistenza o meno della pericolosità, per questo motivo non ha alcun termine di scadenza e può durare indefinitamente⁸⁷.

4. Internati con vizio parziale di mente assegnati alla casa di cura e custodia, eventualmente in aggiunta alla pena detentiva, previo accertamento della pericolosità sociale (art. 219 c.p.): “è questa la categoria che meglio riassume le contraddizioni del sistema a doppio binario, si tratta infatti di persone semimputabili, che devono scontare cumulativamente sia una pena che una misura di sicurezza. Rientrano in questa categoria i seminfermi di mente ex art. 89, che hanno commesso il fatto in un momento in cui, per infermità, la loro capacità di intendere e volere era scemata grandemente e vengono ritenuti socialmente pericolosi”⁸⁸.

5. Detenuti minorati psichici (art. 111 DPR 230/2000): si tratta di persone già condannate ad una pena diminuita, perché riconosciute seminferme di mente, che vengono assegnate all'OPG per l'espiazione della pena detentiva. In realtà, secondo l'art. 98 della Legge 354/75, questi soggetti dovrebbero essere assegnati a istituti o sezioni speciali per persone con infermità o minorazioni psichiche, ma vista l'assenza di questi istituti, vengono ricoverati in OPG⁸⁹.

6. Detenuti condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art. 148 c.p.): si tratta di quei casi in cui la patologia mentale è sopravvenuta durante la detenzione. “Secondo il regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario non è necessario il trasferimento in OPG, poiché possono essere destinati alle cd. sezioni psichiatriche penitenziarie”⁹⁰.

7. Detenuti ai quali deve essere accertata l'infermità psichica, per un periodo superiore ai trenta giorni (art. 112 co. 2 Dpr 230/2000): “sono i detenuti in osservazione, trasferiti in OPG per un periodo di osservazione psichiatrica delle carceri, con il vantaggio della non sospensione del computo della pena”⁹¹.

Dati recenti attestano che ognuna di queste categorie è numericamente rilevante

87 F. Pappalardo, *Op. Cit.*, p. 101.

88 M. Miravalle, *Op. Cit.*, Cap III, p.2.

89 F. Pappalardo, *Op. Cit.*, p.103.

90 M. Miravalle, *Op. Cit.*, Cap. III, p. 2.

91 M. Miravalle, *Op. Cit.*, Cap. III, p. 2.

nel calcolo complessivo della popolazione internata⁹².

92 Ibidem.

4.1 Le strutture

Gli edifici che ospitano gli OPG risentono delle destinazioni d'uso originarie e hanno ben poco a che vedere con la loro presunta natura ospedaliera. Si tratta di strutture risalenti a epoche ormai lontane, vecchie caserme, conventi, carceri o, nel caso di Castiglione, un dismesso ospedale psichiatrico, che negli anni hanno subito numerosi ampliamenti e aggiustamenti. La Commissione parlamentare d'inchiesta, che nel 2010 ha eseguito delle visite a sorpresa in tutti e sei gli OPG, nella sua relazione finale del 2011 testimonia come lo stato attuale delle strutture sia ancora tutt'altro che soddisfacente: l'assetto strutturale è definito "inaccettabile", "simile al carcere o all'istituzione manicomiale, totalmente diverso da quello riscontrabile nei servizi psichiatrici italiani". Queste considerazioni basterebbero da sole a far capire come ci siano ancor oggi problematiche rilevanti legate alla forte incoerenza tra enunciazioni di principio e realtà dei fatti.

4.1.1 Aversa

Si è già detto come, con un atto amministrativo, nasce nel 1876 ad Aversa il primo manicomio criminale. Presso una casa penale per invalidi, sede di un antico convento cinquecentesco, viene ricavata una "sezione per maniaco" destinata ad accogliere i detenuti impazziti in carcere⁹³ e quelli in attesa di perizia. La sua direzione è affidata fino al 1907 a Gaspare Virgilio, anno in cui viene succeduto dal suo allievo Filippo Saporito, che rimane alla direzione dell'istituto per 42 anni.

Dalle 19 persone accolte inizialmente, si arriva alle circa 350 nei primi anni del 1900: per dieci anni è l'unica struttura nel suo genere e le persone vi vengono condotte da tutta Italia. Nei primi anni del '900 vengono fatti degli adattamenti strutturali, ma l'edificio presenta grosse carenze dal punto di vista igienico-sanitario, tanto che un'ispezione effettuata nel 1906 valuta come probabile la chiusura dell'istituto. La nuova direzione affidata a Saporito riesce in parte a rimettere in sesto

93 F. Pappalardo, *Op. Cit.*, p. 52.

la struttura, attraverso una rigida disciplina militare e un massiccio impiego dell'ergoterapia. Nel 1943 irrompono nel comprensorio le truppe tedesche e i detenuti vengono liberati. E' curioso rilevare che, per quanto si può apprendere dalle cronache dell'epoca, a questo avvenimento non abbiano fatto seguito episodi di disordine pubblico: centosettanta di loro fecero spontaneo ritorno dentro le mura e il manicomio riprese il suo corso. A Saporito succede Giovanni Amati e nel 1964 subentra alla direzione Domenico Ragozzino. Per decine d'anni nulla trapela della vita all'interno del manicomio giudiziario di Aversa.

Si è già parlato dei fatti denunciati da alcuni ex internati e di come Ragozzino e i suoi collaboratori siano stati in seguito condannati.

Oggi la struttura è diretta dalla dott.ssa Carlotta Giaquinto.

L'edificio si articola attraverso vari corpi, separati ed uniti da corridoi e cortili e si sviluppano in lunghezza. C'è inoltre uno spazio verde ben curato e ospitante diverse specie di animali domestici, allevati e curati dagli internati. L'istituto è diviso in reparti, quelli ordinari, dove gli internati hanno libertà di muoversi nei corridoi, e la sezione "staccata", dove sono presenti gli internati "più pericolosi"⁹⁴.

La Commissione parlamentare d'inchiesta guidata dal Senatore Marino, che ha visitato l'OPG l'11 giugno 2010, relativamente alle sezioni A, B, C e D scrive che queste presentano "pavimenti danneggiati in più punti, soffitti e pareti con l'intonaco scrostato ed estese macchie di umidità; ovunque cumuli di sporcizia e residui alimentari; letti metallici con vernice scrostata e ruggine; sgradevoli esalazioni di urina; armadietti vetusti; effetti lettereschi sporchi, strappati ed evidentemente insufficienti; finestre, anche in corrispondenza di letti, divelte o con vetri rotti".

La conclusione della relazione sul sopralluogo compiuto dalla Commissione d'inchiesta fa emergere "il sovraffollamento degli ambienti, l'assenza di cure specifiche, l'inesistenza di qualsiasi attività, la sensazione di completo e disumano abbandono del quale gli stessi degenti si lamentavano"⁹⁵.

4.1.2 Montelupo Fiorentino

Nel 1878 il Congresso della Società Freniatria Italiana rileva come un solo

94 Rapporto Antigone in carcere- Campania. *Ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa*, rilevazioni del 31 dicembre 2004, www.associazioneantigone.it.

95 Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sopralluogo effettuato in data 11 giugno 2010.

istituto, quello di Aversa, non possa raccogliere tutti i pazzi criminali del Regno e promuove l'apertura di un nuovo edificio situato nel centro Italia, in una località salubre e abbastanza isolata per non arrecare disturbo agli abitanti delle zone circostanti. Viene così adattata alle nuove esigenze la maestosa villa medicea di fine '500, situata nella località Ambrogiana, nel centro del paese di Montelupo Fiorentino (che oggi conta circa 11.000 abitanti), situata nelle vicinanze della ferrovia, col vantaggio dunque di un rapido trasporto degli internati del Regno. Il nuovo manicomio criminale viene inaugurato nel 1886 e la sua direzione affidata al dott. Leopoldo Ponticelli.

La struttura è a forma quadrata, con quattro torrioni agli angoli, con una vasta area adibita a giardini. La funzione originaria della struttura vuole essere quella di accogliere quasi esclusivamente i condannati con infermità mentale sopravvenuta. Si investono molte aspettative su questo istituto, le intenzioni sono quelle di sperimentare l'efficienza dei manicomi criminali nel recupero degli alienati.

Si sono susseguiti svariati interventi di manutenzione negli anni, resi necessari dalle condizioni di degrado degli spazi detentivi, da ultimi i lavori avviati nel 1999 e quelli del 2003 alla III sezione⁹⁶.

Attualmente la Villa Abrogiana è costituita da tre strutture: la Villa medicea, adibita a direzione, servizi e alloggi della polizia penitenziaria e due padiglioni, che sono separati dall'edificio centrale e che sono i porticati e le ex scuderie. Questi sono divisi in I, II, III sezione, le ultime due delle quali ospitano gli internati.

Il direttore amministrativo della struttura è la dott.ssa Maria Grazia Grazioso e il direttore sanitario è il dott. Franco Scarpa. Nella descrizione del sopralluogo svolto dalla Commissione parlamentare di inchiesta il 21 novembre 2010 si legge: "Gli ambienti ispezionati si presentano in una situazione di degrado derivante dalle pessime condizioni igienico-sanitarie e strutturali dovute a: pavimenti e pareti sporchi e con avanzi di cibo sparsi ovunque, con evidenti infiltrazioni di acqua in alcune celle, macchie di umidità e muffe alle pareti e ai soffitti, intonaci scrostati e cadenti in vari punti; letti metallici con spigoli vivi. Ovunque si avvertiva un lezzo nauseabondo per la presumibile presenza di urine (...). In generale, durante il sopralluogo emergeva il sovraffollamento dei ricoverati in molte stanze con poco spazio tra i letti, l'inesistenza di qualsiasi attività educativa o ricreativa e la sensazione di completo abbandono

96 Rapporto Antigone in carcere- Toscana, *l'OPG di Montelupo Fiorentino*, rilevazioni del 6 ottobre 2012, www.associazioneantigone.it.

della quale gli stessi degenti si lamentavano”⁹⁷.

In data 26 luglio 2011 la Commissione parlamentare d'inchiesta dispone il sequestro di alcuni locali dell'OPG di Montelupo Fiorentino e dispone inoltre l'adeguamento entro 15 giorni alla normativa antincendio e, entro 180 giorni, di “tutte le sezioni alla normativa nazionale e regionale in merito a requisiti minimi per le strutture riabilitative psichiatriche”, avvertendo che “decorsi infruttuosamente i termini per gli interventi conformativi sarà adottato un provvedimento di sequestro esteso all'intera struttura”.

Il 27 settembre 2011 il Senato, al termine dei lavori della Commissione, approva una delibera in cui impegna il Governo “ad adottare interventi urgenti ed immediati di revisione e adeguamento delle dotazioni di personale, dei locali, delle attrezzature, delle apparecchiature e degli arredi sanitari agli standard Ospedalieri in vigore a livello nazionale e regionale” e “stipulare convenzioni con le Regioni sede di OPG, al fine di individuare strutture idonee ove realizzare una gestione interamente sanitaria dei ricoverati, secondo le esperienze rappresentate da Castiglione delle Stiviere e (...) dalle comunità assistenziali esterne agli OPG”, con un utilizzo del personale penitenziario “da adibire esclusivamente alle funzioni proprie e di istituto”⁹⁸.

4.1.3 Reggio Emilia

Nel 1892 a Reggio Emilia sorge il terzo manicomio giudiziario, ospitato tra le mura di un vecchio convento del XVI-XVII secolo. Si tratta di un edificio massiccio, a pianta quadrata, chiamato “La casa delle Missioni”, situato nel centro storico della città. Viene prima adibito a carcere per condannati affetti da vizio parziale di mente, quindi a manicomio criminale⁹⁹. Per molti anni il direttore dell'istituto è Pompeo Davoli, uno psichiatra. Come negli altri manicomi giudiziari, c'è un sostanziale isolamento tra quello che accade all'interno e quello che accade all'esterno delle mura, tanto che la storia di questa struttura trascorre silenziosa per quasi un secolo durante il quale non trapelano notizie riguardanti la sua gestione interna. Nel 1925 vengono costruiti quattro padiglioni a un piano rialzato, disposti a quadrato, destinati

97 Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sopralluogo effettuato in data 22 luglio 2010.

98 C. Bandioli, *Delibera Regione Toscana n. 841. Linee guida per il superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino. Un primo passo avanti e un'occasione mancata*, www.psichiatriademocratica.com, 27 ottobre 2011.

99 A. Barzocchiello, *Op. Cit.*, p. 82.

a sezioni per minorati psichici¹⁰⁰.

Nel 1991, a causa della fatiscenza del complesso, l'OPG è stato trasferito presso la casa circondariale locale.

Oggi l'OPG è diretto dalla dott.ssa Anna Paola de Filippo e dalla direttrice sanitaria Valeria Calevro. L'ospedale consta di sette sezioni.

La Commissione scrive: “La struttura, vista dall'esterno, appare di recente realizzazione ed è disposta su vari livelli collegati tra loro sia da scale che da ascensore, mentre all'interno si presenta in scadenti condizioni strutturali a causa di copiose infiltrazioni e segni di umidità, servizi igienici vecchi ed in cattivo stato di manutenzione, locali doccia sudici, con pavimenti e pareti costantemente bagnati a causa, verosimilmente, della scarsa areazione”¹⁰¹.

4.1.4 Napoli-San Eframo nuovo

Il manicomio giudiziario di S. Eframo è situato nel pieno centro della città di Napoli, nel quartiere di Avocata, anch'esso è sede di un ex-convento che, in seguito alla Legge di soppressione degli enti ecclesiastici del 1865, viene adibito a carcere giudiziario per adulti fino al 1920, anno in cui diventa istituto per minorenni. Nel 1912 il prof. De Crecchio vi istituisce una Sezione Antropologica e Medico-legale, dove vengono inviati detenuti con disturbi psichiatrici o nervosi di tutto il Regno d'Italia, con lo scopo di accertarne la patologia o gli eventuali intenti simulatori. Egli è il promotore nonché primo direttore di quella che nel 1921 si è trasformata in Infermeria Psichiatrica delle Carceri di Napoli e che nel 1923, con Decreto ministeriale, è stata ribattezzata “manicomio giudiziario”¹⁰².

Nel 1967 viene nominato direttore dell'istituto Giacomo Rosapepe, che vi si trasferisce con la famiglia in un alloggio situato all'interno della struttura.

Oggi l'OPG sorge nel complesso della Casa Circondariale di Secondigliano ed occupa un edificio a tre livelli, con ampi spazi esterni. Il direttore è il dott. Stefano Martone e il direttore sanitario è il dott. Michele Pennino.

La struttura è costituita da quattro sezioni dove ci sono 40 stanze singole, 20 stanze da quattro posti letto e alcune con cinque posti letto. “Le camere/celle, tutte

100 Ibidem.

101 Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sopralluogo effettuato in data 23 luglio 2010.

102 A. Barzocchiello, *Op. Cit.*, p. 84.

dotate di cancello blindato e grate alle finestre, si presentano piccole, anguste e sovraffollate; l'arredamento è quello povero tipico di un carcere con letti metallici e armadietti; molto piccoli anche gli spazi comuni presenti in ogni sezione. In generale, gli ambienti si presentano in discrete condizioni igienico-sanitarie e strutturali, ad eccezione di alcune celle il cui pavimento è ricoperto da cicche di sigarette e sporcizia diffusa; diversi servizi in cattive condizioni igieniche per presenza di sporcizia non rimossa da tempo, incrostazioni e biancheria sporca sul pavimento. [...] Al piano terra trovano sede tutti i servizi: una sala per i colloqui, una piccola Cappella, vari spogliatoi distinti per uomini, donne e personale OTA, una stanza per il ricovero delle persone in regime di contenzione, vari ambulatori e la farmacia”¹⁰³.

4.1.5 Barcellona Pozzo di Gotto

Nel 1925 viene inaugurato il Manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, in provincia di Messina. Nel 1945 viene aggiunta una sezione per minorati psichici, nel 1952 un centro clinico e diagnostico per i detenuti della Sicilia e della Calabria, nel 1969 una Casa di cura e custodia¹⁰⁴.

La grande struttura in stile liberty ha un vasto cortile centrale, attorno al quale sono disposti i padiglioni, che complessivamente sono 8, ciascuno di due piani, ai quali va aggiunta la struttura a custodia attenuata di Oreto, nella periferia di Barcellona P.G.

Accanto all'edificio c'è una struttura che è sede di una cooperativa sociale di tipo B dove lavorano gli internati in articolo 21 e i semiliberi, ospita il parco fotovoltaico del progetto “Luce e libertà”, un canile e un paio di cavalli per il corso di formazione per operatore equestre¹⁰⁵.

Solo alcuni dei padiglioni sono attualmente in funzione. Nonostante l'emanazione della Legge n. 9 del 2012 che ne ha previsto la chiusura, recentemente è stato ristrutturato il settimo padiglione, destinato in teoria a sezione femminile per le donne detenute con residenza nelle Regioni Calabria, Puglia e Sicilia, provenienti da Castiglione delle Stiviere.

Il direttore è il dott. Nunziante Rosania, il quale ricopre contemporaneamente la

¹⁰³ Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sopralluogo effettuato in data 22 luglio 2010.

¹⁰⁴ A. Barzocchiello, *Op. Cit.*, p. 85.

¹⁰⁵ Rapporto Antigone in Carcere. OPG di Barcellona Pozzo di Gotto. Rilevazioni del 9 agosto 2012, www.associazioneantigone.it

carica di direttore penitenziario e sanitario dell'istituto, poiché quello di Barcellona è l'unico OPG che non ha effettuato il passaggio delle competenze sanitarie alle ASL.

La descrizione dei padiglioni e delle celle riportata dalla Commissione parlamentare è purtroppo simile alle precedenti, emerge il sovraffollamento, lo stato di abbandono dei reclusi e degli ambienti¹⁰⁶.

4.1.6 Castiglione delle Stiviere

Nel 1939 viene stipulata una convenzione che stabilisce la nascita di una sezione giudiziaria all'interno del manicomio civile di Castiglione delle Stiviere, a nord dell'Emilia Romagna. E' l'unico OPG ad essere una struttura sostanzialmente sanitaria, senza la presenza costante della polizia penitenziaria. Nasce da una convenzione stipulata tra l'azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova e il Ministero della Giustizia.

Si tratta di una struttura molto grande, articolata in diverse sezioni, e con spazi verdi molto ampi. Dal 1990 ospita donne a cui è stata assegnata la misura di sicurezza dell'OPG, e dal 1998 ospita anche uomini.

Di Castiglione si è sempre parlato come di un manicomio giudiziario "avanzato" rispetto agli altri. Nei primi anni del 1970, infatti, un gruppo di operatori si riunisce ed incomincia ad ipotizzare un metodo di lavoro diverso da quello finora consolidato nelle strutture giudiziarie. Dagli atti del convegno svoltosi nel 1971 si legge la volontà di avviare un'esperienza di tipo comunitario, coerentemente con le proposte emerse in quegli anni di superamento delle istituzioni totali. Ci si propone di superare la posizione di autorità del medico, per dare importanza alla dimensione sociale e rompere la struttura gerarchica esistente. Gli operatori decidono di lavorare in modo da attenuare la forte aggressività presente negli internati e lo fanno togliendo le serrature chiuse, le sbarre, permettendo loro di riprendere possesso della propria dignità di esseri umani. All'epoca la struttura contava 500 persone rientranti nella categoria dei "prosciolti folli", circa il 25% dei quali in regime di proroga, avendo già scontata la misura minima fissata per Legge poi prorogata per la persistente pericolosità sociale¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sopralluogo effettuato in data 11 giugno 2010.

¹⁰⁷ S. Gandolfi, F. Rotelli, G. Raponi, "Un'esperienza in senso comunitario: la sezione giudiziaria dell'ospedale psichiatrico di Castiglione delle Stiviere", Relazione presentata al Simposio su: *Problemi attuali dell'ospedale psichiatrico giudiziario*, Castiglione delle Stiviere, 9-10 giugno 1971,

Il Ministero di Grazia e Giustizia inizialmente guarda con sospetto e preoccupazione alla sperimentazione comunitaria, ma col passare degli anni emerge come nei fatti la nuova gestione abbia creato un calo del livello di violenza.

Il '75 è l'anno in cui scoppiano le polemiche e gli scandali che coinvolgono i manicomi giudiziari di Aversa e Pozzuoli. Il manicomio di Pozzuoli viene chiuso e le internate trasferite a Castiglione, che viene preso da modello, diventa un esempio da applicare per tutti gli altri manicomi giudiziari.

Nel frattempo il Ministero trasmette messaggi contraddittori, perché se da un lato ne declama il buon funzionamento, dall'altro invia a Castiglione le stesse circolari che giungono agli altri giudiziari. Gli operatori comprendono il rischio di essere funzionali al mantenimento di un manicomio giudiziario che al potere conviene ripulire dalla poco convincente immagine pubblica che si è guadagnato e che non crei allarme sociale.

Quando vengono autorizzate dalla Sentenza della Corte Costituzionale le revoche anticipate delle misure di sicurezza, da Castiglione vengono dimesse il 28% delle persone internate, l'anno successivo il 23% e nel 1977 il 12%. Restano ricoverati i casi più difficili e gli operatori si ritrovano a non avere l'appoggio istituzionale necessario per avanzare nel cammino di riforma intrapreso. L'amministrazione Ospedaliera inoltre non vede di buon occhio lo svuotamento della struttura perché comporta un abbassamento dell'introito derivante dal pagamento delle rette. Molti operatori che avevano sostenuto il cambiamento se ne vanno: è così che tra il 1975 e il 1976 si spegne l'esperienza di riforma¹⁰⁸.

Quello di Castiglione delle Stiviere resta ancor oggi un OPG in cui gli internati hanno la possibilità di condurre una vita più dignitosa. Anche quanto riportato dalla Commissione parlamentare di inchiesta è sostanzialmente un giudizio positivo: “i reparti di degenza (...) sia per quanto riguarda l'aspetto strutturale sia per ciò che attiene a quello igienico-sanitario, sono da ritenersi idonei essendo dotati di pareti, soffitti, pavimentazione, infissi ed impianti in buono stato”. Si legge che le stanze sono in ordine, con biancheria nuova e pulita, e le camere hanno uno “standard alberghiero”. “Il personale infermieristico appare motivato e curato sia nella persona che nell'uniforme”, “i pazienti hanno a disposizione la scuola elementare e media, una piscina, una palestra ed una sala per la pittura e possono imparare a rilegare i

in *Rivista sperimentale di Freniatria*, XCVI, n. 3, 1972, pp. 960-963.
108 A. Manacorda, *Op. Cit.*, 1982, pp. 121-131.

volumi e a fare il pane”¹⁰⁹. Si tratta di standard minimi certo, ma confrontato con gli altri OPG, quella di Castiglione sembra una struttura eccezionale.

4.2 Le caratteristiche della popolazione internata

Le categorie giuridiche elencate nel terzo capitolo sono tutte presenti in maniera rilevante all'interno degli OPG. Prevalgono i soggetti non imputabili riconosciuti socialmente pericolosi; vi è poi un alto numero di internati “provvisori” e sorprende notare come un buon numero di soggetti internati (circa 120 al 14 aprile 2011) sono soggetti provenienti dalle carceri, dato che conferma quanto verrà detto riguardo al carcere come bacino di raccolta di disagio sociale.

La seguente tabella aiuta ad avere uno sguardo complessivo sulla popolazione internata suddivisa per categorie giuridiche:

Descrizione titolo ricovero	OPG Castiglione delle Stiviere	OPG Montelupo Fiorentino	OPG Aversa	OPG Napoli S. Eframo	OPG Reggio Emilia	OPG Barcellona Pozzo di Gotto	CCCe MP Sollicciano femminile	TOTALE
Internati ex art. 222 cp (OPG)	71 U	67 U	69 U	51 U	136 U	106 U		500 U
	37 D							37 D
Internati ex art. 219 cp (CCC)	43 U	48 U	52 U	27 U	60 U	63 U		293 U
	8 D						14 D	22 D
Internati provvisori ex art. 206 cp	79 U	31 U	116 U	19 U	28 U	125 U		398 U
	26 D							26 D
Accertamento infermità psichica ex art 112, c2 DPR 230/00				5 U	7 U	2U		14 U
	4 D						1 D	5 D
Detenuti ex art. 148 cp		7 U	7 U	6 U	20 U	29 U		69 U
	6 D							6 D
Detenuti minorati psichici ex art 111 c5 DPR 230/00				11 U	14 U	24 U		49 U
TOTALE UOMINI	193 U	153 U	244 U	119 U	265 U	349 U		1.323 U
TOTALE DONNE	81 D						15 D	96 D
Totale	274	153	244	119	265	349	15	1419

Tabella 1: Popolazione internata suddivisa per categorie giuridiche (Fonte: DAP, 14 aprile 2011).

¹⁰⁹ Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sopralluogo effettuato in data 23 luglio 2010.

La ricerca svolta da un gruppo di studio diretto dal prof. Andreoli¹¹⁰ ha poi raccolto ed elaborato i dati relativi agli aspetti sociologici degli internati. Emerge che l'età media è di 41 anni, mentre il 25% ha un'età inferiore ai 35 anni.

Incrociando i dati riguardanti lo stato civile e il grado di scolarità degli internati, appare che "l'internato medio" è celibe/nubile (solo il 10% è coniugato) e con un basso livello di scolarità (il 5% è diplomato o laureato).

GRADO DI SCOLARITA'	STATO CIVILE														Totale	
	Non indicato		Celibe o nubile		Coniugato /a		Vedovo/a		Separato/a		Già coniugato/ a o divorziato/a		Convivent e			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Analfabeta	-	-	25	1	3	-	1	1	-	-	1	-	1	-	31	2
Scolarità elementare non completa	-	-	39	-	8	-	2	1	2	-	2	-	-	-	53	1
Licenza elementare	4	-	241	5	50	6	11	3	19	-	10	-	1	-	336	14
Scolarità media inferiore non completa	1	-	17	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	21	-
Diploma scuola media inferiore	14	-	391	27	31	10	14	5	23	3	11	2	1	1	485	48
Scolarità media superiore non completa	-	-	10	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	13	-
Diploma professionale	-	-	23	-	3	-	1	-	1	-	1	-	-	-	29	-
Diploma di scuola media superiore	4	-	64	6	11	4	1	-	3	1	3	-	2	-	88	11
Laurea	1	-	9	-	-	-	-	-	1	-	2	1	-	-	13	1
Scolarità straniera non identificata	1	-	22	-	6	-	2	-	1	-	-	-	-	-	32	-
Non indicata	15	-	59	6	11	3	3	1	5	-	1	-	-	-	94	10
TOTALE	40	-	900	45	125	23	36	11	58	4	31	3	5	1	1195	87

Tabella 2: Internati secondo scolarità, stato civile, sesso (Fonte: V. Andreoli, 2003).

Se finora le statistiche non stupiscono, sorprende invece il dato che è in aperto contrasto con le statistiche riguardanti gli istituti penitenziari italiani, quello relativo alla provenienza degli internati: la quasi totalità è di nazionalità italiana (uno straniero ogni dieci internati, tra i quali prevalgono albanesi e marocchini). Questa significativa eccezione può essere spiegata prima di tutto con il rapporto differente che le altre

110 V. Andreoli, (a cura di), *Anatomia degli Ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Roma, 2002. Ricerca svolta per conto del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e consultabile sul sito www.giustizia.it.

culture hanno con la salute mentale, e la loro tendenza a ritenerla in qualche modo connessa all'esperienza religiosa, di conseguenza non ricercando cure a livello medico. In secondo luogo, c'è la difficoltà dello psichiatra ad avere un colloquio chiaro con la persona straniera: in un contesto come quello carcerario, caratterizzato da sovraffollamento e carenza di personale, se la persona con significative difficoltà comunicative ha un disturbo è molto difficile riuscire ad individuarlo, a meno che questa non dia segni molto evidenti di squilibrio¹¹¹.

Per quanto riguarda la tipologia di reato commesso, Andreoli e il suo gruppo di lavoro¹¹² elaborano una tripartizione tra reati contro la persona, reati contro il patrimonio e altri reati. Emerge che il 75% dei reati commessi sono stati reati contro la persona e il 13,9% sono stati reati contro il patrimonio. Miravalle osserva che la percentuale di soggetti che hanno commesso reati minori oscilla tra il 25 e il 44%, tra i quali troviamo ad esempio 2 casi di prostituzione, 26 di resistenza a pubblico ufficiale, un caso di falsa testimonianza e due di calunnia.

REATO COMMESSO¹¹³	M	F	TOTALE	%
Reati contro la persona				
Omicidio volontario consumato (art. 575)	538	48	586	45,7
Lesioni personali volontarie (art. 582)	101	8	109	8,5
Maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli (art. 629)	67	1	68	5,3
Estorsione (art. 629)	45	1	46	3,6
Violenza sessuale (art. 609 bis)	27	1	28	2,2
Resistenza a un pubblico ufficiale (art. 337)	26	-	26	2
Violenza carnale (art. 519)	16	-	16	1,2
Sequestro di persona (art. 605)	11	-	11	0,9
Violenza privata (art. 610)	11	-	11	0,9
Omicidio preterintenzionale (art. 584)	10	-	10	0,8
Lesioni personali colpose (art. 590)	9	-	9	0,7
Violenza o minaccia a un pubblico ufficiale (art. 336)	8	-	8	0,6
Perquisizione e ispezione personali arbitrarie (art. 609)	7	-	7	0,5
Atti di libidine violenti (art. 521)	5	-	5	0,4
Minaccia (art. 612)	4	1	5	0,4
Strage (art. 422)	3	1	4	0,3
Sequestro di persona a scopo di rapina o di estorsione (art. 630)	4	-	4	0,3

111 M. Miravalle, *Op. Cit.*, Cap. III, p. 6.

112 V. Andreoli, *Op. Cit.*, p. 65 e segg.

113 Raggruppamenti non strettamente corrispondenti alle definizioni del Codice penale o delle altre leggi penali. Quando è indicato soltanto l'articolo, si intende del Codice penale.

REATO COMMESSO¹¹⁴	M	F	TOTALE	%
Atti sessuali con minorenne (art. 609 quater)	4	-	4	0,3
Omicidio colposo (art. 589)	2	-	2	0,2
Corruzione di minorenni (art. 530)	1	-	1	0,1
Percosse (art. 581)	-	1	1	0,1
Violenza o minaccia per costringere a commettere un delitto (art. 611)	1	-	1	0,1
TOTALE PER REATI CONTRO LA PERSONA	899	62	961	75
Reati con la proprietà				
Rapina (art. 628)	89	11	100	7,8
Furto (artt. 624,625)	52	3	55	4,3
Danneggiamento (art. 635)	14	1	15	1,2
Ricettazione (art. 648)	8	-	8	0,6
TOTALE PER REATI CONTRO LA PROPRIETA'	163	15	178	13,9
Altri reati				
Produzione o commercio di stupefacenti (L. 309/1990 art. 73)	25	5	30	2,3
Incendio (art. 423)	29	1	30	2,3
Detenzione armi (L. 111/1975 art.4)	8	-	8	0,6
Trasgressione obblighi imposti (art. 231)	7	-	7	0,5
Atti osceni (art. 527)	7	-	7	0,5
Infermi di mente in stato di libertà vigilata (?) (art. 232)	6	-	6	0,5
Violazione di domicilio (art. 614)	5	-	5	0,4
Danneggiamento seguito da incendio (art. 424)	4	-	4	0,3
Crollo di costruzioni o altri disastri dolosi (art. 434)	3	1	4	0,3
Associazione finalizzata al traffico di stupefacenti (L. 309/1990 art. 74)	3	-	3	0,2
Evasione (art. 385)	3	-	3	0,2
Associazione per delinquere (art. 416)	3	-	3	0,2
Prostituzione (L. 75/1985 art.3)	2	-	2	0,2
Detenzione armi (L. 497/1974 art. 10)	2	-	2	0,2
Spaccio stupefacenti (L. 685/1975 art. 71)	2	-	2	0,2
Calunnia (art. 368)	1	1	2	0,2
Ingiuria (art. 594)	2	-	2	0,2
Detenzione armi (L. 497/1974 art. 14)	1	-	1	0,1
Detenzione modica quantità di stupefacenti (L.309/1990 art. 75)	1	-	1	0,1
Sospensione o trasformazione di misure di sicurezza (art. 212)	1	-	1	0,1
Peculato (art. 314)	1	-	1	0,1
Falsa testimonianza (art. 372)	1	-	1	0,1
Falsificazione di monete (art. 453)	-	1	1	0,1
Misura di sicurezza (art. 538)	1	-	1	0,1
Art. 619	1	-	1	0,1

¹¹⁴ Raggruppamenti non strettamente corrispondenti alle definizioni del Codice penale o delle altre leggi penali. Quando è indicato soltanto l'articolo, si intende del Codice penale.

REATO COMMESSO	M	F	TOTALE	%
MendicITÀ (art. 670)	1	-	1	0,1
Collocamento pericoloso di cose (art. 675)	1	-	1	0,1
TOTALE PER REATI CONTRO LA PROPRIETA' ED ALTRI REATI	285	24	309	24,1
Non indicato	11	1	12	0,9
TOTALE	1195	87	1282	100

Tabella 3: Internati secondo il reato commesso ed il sesso (Fonte: V. Andreoli, 2003).

Andando poi a confrontare la tipologia di reato commesso e il tempo di presenza in OPG, appare subito evidente che tra i due dati non c'è alcuna correlazione: il tempo appare del tutto casuale rispetto al reato. L'indice di correlazione è di 0,173%¹¹⁵, poiché la permanenza in OPG non è dettata da criteri oggettivi ma da una valutazione in merito alla pericolosità sociale. Tuttavia, resta il fatto che una media di permanenza di 36,88 mesi in un luogo che di curativo ha ben poco, sembra piuttosto alta.

Per quanto riguarda l'aspetto clinico, emerge un altro dato allarmante, e cioè che spesso, al momento dell'invio all'OPG, la diagnosi non è specificata, mentre lo è il parere sulla pericolosità e sulle necessità di sicurezza. Chi è abituato al lavoro clinico, potrebbe trovarsi disorientato, "sapendo che non è ammissibile gestire un paziente senza prima avere una diagnosi, senza la quale non si può nemmeno predisporre un piano terapeutico. Nella prassi quotidiana dell'OPG, è importante non tanto la diagnosi, che sembra una decorazione, quanto la valutazione della pericolosità"¹¹⁶, e sappiamo come non ci sia una correlazione dimostrata tra malattia mentale e pericolosità sociale.

¹¹⁵ Andreoli spiega come l'indice di correlazione varia da zero, quando la correlazione è inesistente, a uno quando la correlazione è massima. In questo caso l'indice di 0,173 è basso e indica appunto una correlazione quasi inesistente.

¹¹⁶ Andreoli, *Op. Cit.*, p. 81 e segg.

CATEGORIE DIAGNOSTICHE	Aversa	Barcellona a Pozzo di Gotto	Castiglione delle Stiviere	Montelupo Fiorentino	Napoli	Reggio Emilia	Totale	% sul totale
Disturbi schizofrenici	71	73	129	67	50	88	478	37,3
Disturbi psicotici	64	45	13	35	97	53	307	23,9
Disturbi di personalità	24	14	37	51	12	52	190	14,8
Ritardo mentale	16	23	13	32	8	15	107	8,3
TOTALE I	175	155	192	185	167	208	1082	84,4
Disturbi dell'umore	3	10	6	11	3	1	34	2,7
Disturbi dell'ansia	3	6	3	5	11	-	28	2,2
Disturbi correlati all'alcool	1	1	2	12	1	3	20	1,6
TOTALE II	7	17	11	28	15	4	82	6,4
Altre	5	10	6	23	12	10	66	5,1
Diagnosi dubbie	1	27	-	6	3	7	44	3,4
Nessuna patologia psichiatrica	-	4	-	1	-	3	8	0,6
TOTALE	188	213	209	243	197	232	1282	100

Tabella 4: Internati secondo categorie diagnostiche ed istituto (Fonte: V. Andreoli, 2003).

La complessità rappresentata da svariate patologie scarsamente o per nulla curate, le une a contatto con le altre, porta inevitabilmente ad un elevato tasso di suicidi, di gran lunga più elevato rispetto a quello che si riporta negli altri istituti detentivi (19,8 negli OPG contro 9,90 degli istituti penitenziari ordinari ogni 10.000 internati/detenuti)¹¹⁷.

Il fenomeno suicidario all'interno degli OPG perdura ancora oggi. Basti pensare che nel solo mese di luglio 2012 nell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto sono avvenuti due suicidi. Entrambi gli uomini si sono impiccati, il primo era un internato che secondo la nuova Legge sarebbe stato dimissibile, ma aveva subito due proroghe della misura di sicurezza, probabilmente perché la magistratura di sorveglianza non aveva ricevuto dalla ASL di riferimento del recluso il progetto di reinserimento¹¹⁸; il secondo era un ragazzo di 32 anni, Tommaso Pinto, chiuso in OPG da maggio scorso per ordine della magistratura di sorveglianza che sta

¹¹⁷ M. Miravalle, *Op. Cit.*, Cap. III, p. 10.

¹¹⁸ Comunicato stampa del 2 luglio 2012, a firma di Elvira Morana e Stefano Cecconi, www.stopopg.it.

continuando ad applicare la misura di sicurezza dell'OPG nonostante la Legge 9/2012 che ne prevede la chiusura a febbraio 2013.

Scrivono il quotidiano La Repubblica: "Due suicidi nel solo mese di luglio, intervallati da un terzo decesso provocato dagli effetti letali del gas di una bomboletta da campeggio inalato da un internato tossico dipendente che voleva stordirsi trovando invece atroce morte per asfissia, sono il bilancio tragico dei ritardi della politica e delle Istituzioni sanitarie"¹¹⁹.

4.3 Il personale

Il personale appartiene a tre macro aree di riferimento: il personale di custodia (operatori di polizia penitenziaria), il personale amministrativo tecnico e sanitario e il personale a convenzione, ricadente interamente nell'area sanitaria. In quest'ultima categoria si trovano le diverse professionalità sanitarie, infermieristiche e tecniche.

La presenza di personale afferente a comparti diversi, e con trattamento giuridico ed economico diversi, comporta non poche problematiche gestionali che finiscono coll'influire sull'organizzazione e sulla qualità del servizio.

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

Tabella 5: Progetto Revan su personale (Fonte DAP 2004).

¹¹⁹ M. Modica, *Scandalo carcere psichiatrico. A Barcellona un altro suicidio*, www.palermo.repubblica.it, 9 febbraio 2013.

Michele Miravalle ha rielaborato i dati della Commissione interministeriale giustizia e salute del 2006 per vedere qual è il rapporto numerico tra personale sanitario e internati, suddiviso per singolo OPG, costruendo la seguente tabella:

OPG	Numero Ricoverati	Numero Operatori	Rapporto
Castiglione delle Stiviere	170	169	0,99
Montelupo Fiorentino	127	27	0,21
Napoli	153	92	0,60
Reggio Emilia	226	70	0,31
Barcellona Pozzo di Gotto	151	90	0,60
Aversa	213	76	0,35
Totale	1040	524	0,50

Tabella 6: rapporto personale sanitario- internati (Fonte: M. Miravalle, rielaborazione dati DAP 2006)

Come si può notare Castiglione delle Stiviere fa eccezione, poiché è storicamente una struttura a direzione prevalentemente sanitaria. Bisogna tenere conto del fatto che il personale in genere è presente a ore.

La seguente tabella rappresenta invece il rapporto tra il numero del personale penitenziario e il numero degli internati:

OPG	Numero Ricoverati	Numero Operatori	Rapporto
Castiglione delle Stiviere	170	0	0
Montelupo Fiorentino	127	85	0,67
Napoli	153	100	0,65
Reggio Emilia	226	87	0,38
Barcellona Pozzo di Gotto	151	144	0,95
Aversa	213	140	0,52
Totale	1040	556	0,51

Tabella 7: Rapporto numerico personale di custodia-internati, suddivisi (Fonte: M. Miravalle, rielaborazione dati DAP 2006)

Il rapporto totale è in linea con quello precedente, ma bisogna tener conto del dato relativo a Castiglione, che influisce sulla stima totale.

Andando poi a vedere i dati¹²⁰ relativi alla motivazione del personale, rilevati

¹²⁰ L'Istituto Superiore di Studi Penitenziari del DAP del Ministero della Giustizia ha promosso il progetto denominato RE.V.A.N. (Rinnovando Esperienze Valorizzando Attività Negate) per la rilevazione di bisogni formativi e la successiva formazione del personale penitenziario che opera negli OPG, eseguita nel 2004, consultabile su www.giustizia.it. I dati che seguono sono tratti da tale ricerca, p. 32 e segg.

chiedendo al personale se ha scelto il luogo in cui lavorare, emerge che il personale amministrativo è quello che ha avuto minori possibilità di scelta di lavorare in un OPG (il 57% ha risposto di no). Quando si è chiesta la ragione della scelta, il 27% ha affermato di essere interessato a lavorare in questo settore (la maggioranza ad aver dato questa risposta è costituita dagli operatori sanitari), il 39% dichiara di averlo scelto per questioni di vicinanza alla propria famiglia (a dare questa risposta è in prevalenza il personale di polizia penitenziaria); il 48% del personale amministrativo non ha fornito risposta a questa domanda. Quando è stato chiesto a ciascun operatore di fornire un giudizio sul lavoro in OPG, 247 operatori lo hanno definito interessante (soprattutto gli operatori di Aversa, Barcellona P.G. e Reggio Emilia), 184 stressante (la percentuale è più alta a Napoli e Montelupo), 133 normale, 95 gratificante. La maggiore gratificazione deriva dal rapporto con gli internati, la minore dal rapporto con i superiori e con gli operatori esterni. Tra le principali difficoltà emergono la scarsa formazione e le carenze organizzative, in terza posizione la scarsa integrazione tra le figure professionali.

Per quanto riguarda la formazione, il personale è praticamente diviso a metà tra chi ha partecipato a corsi di formazione e chi no. "E' il personale di Aversa che presenta la percentuale più elevata di partecipazione (63%), seguito da quello di Montelupo (55%), mentre l'indice più basso di partecipazione ad eventi formativi, in questo arco temporale, viene segnalato dal personale dell'OPG di Napoli (42%). Disaggregando i dati per area professionale si nota che il personale di polizia penitenziaria riferisce la più bassa quota di partecipazione alla formazione. Gli OPG di Aversa (63%) e di Reggio Emilia (50%) hanno le maggiori percentuali di personale di polizia che ha partecipato a corsi di formazione. Negli altri OPG il dato scende sensibilmente e si colloca a circa il 37%. Circa le ragioni della non partecipazione ai corsi di formazione, 155 unità rispondono di non essere stati inseriti nei programmi e solo 5 dichiarano che il corso non risultava di loro interesse"¹²¹.

4.4 Le risorse finanziarie

Premettendo che la rilevazione dei dati riguardanti le risorse finanziarie attribuite agli OPG è un po' difficoltosa, anche a causa della scarsa trasparenza della Pubblica

¹²¹ Progetto RE.V.A.N., *Op. Cit.*, pp. 28-29.

Amministrazione, soprattutto dopo la regionalizzazione, ci si avvarrà della ricerca di Miravalle il quale scrive: “Gli ultimi dati disponibili prima della regionalizzazione, risalenti al 2004, mostrano che gli investimenti oscillano tra i 3 e i 7 milioni di euro, per gli OPG gestiti dal DAP e raggiungono il picco a Castiglione delle Stiviere, che costa alla Regione Lombardia oltre 12 milioni di euro. Semplificando significa che un internato a Montelupo (il più “povero” tra gli OPG) costa meno di un quarto dell'internato a Castiglione”. Quasi l'80% della spesa è impiegato per il personale e non vi è proporzionalità tra numero degli internati e costi, proporzionalità che invece si trova tra costi e numero del personale.

L'internato a Castiglione delle Stiviere costa mediamente 215 euro al giorno, quello di Barcellona P.G. 50, l'80% in meno¹²².

Nel 2004 il Ministero di Giustizia pubblica la seguente tabella¹²³:

	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004
Aversa	4.712.668,79	4.102.803,53	4.754.415,38	5.346.039,21
Barcellona P.G.	5.332.402,23	4.813.966,37	6.224.933,69	6.538.803,61
Montelupo F.no	4.492.403,04	3.873.741,15	3.716.721,51	3.730.351,34
Napoli	4.118.816,58	3.671.296,15	4.164.016,73	4.026.163,63
Reggio Emilia	4.421.061,18	3.982.111,25	3.748.703,61	3.895.530,38
Castiglione D.S.	11.386.694,34	12.310.720,00	12.310.720,00	12.344.448,00

Tabella 8: Riepiloghi risorse finanziarie per istituto (Fonte: DAP, 2006).

Come si dirà in seguito, la Legge n. 9 del 2012 stanziava per la realizzazione e la riconversione delle strutture regionali 174 milioni di euro (117 per il 2012 e 57 per il 2013), mentre per il loro funzionamento e per l'adeguamento del personale sono stati stanziati 38 milioni per il 2012 e 55 milioni annui a partire dal 2013. Metà di questi fondi andrà alle Regioni in base alla popolazione totale residente, mentre l'altra metà sarà ripartita in base al numero di soggetti internati e assegnati alla loro Regione di residenza¹²⁴.

122 M. Miravalle, *Op. Cit.*, Cap. III, pp. 13-14.

123 Progetto RE.V.A.N., *Op. Cit.*, pp. 16-17. Le cifre riportate -valori in euro- comprendono la spesa per il personale, il mantenimento delle strutture, l'approvvigionamento di beni e servizi, il trattamento sanitario e penitenziario.

124 Comunicato stampa del Ministero della salute n. 244 del 21 novembre 2012.

Il diritto alla salute del detenuto

5.1 Le malattie psichiche in carcere

E' noto che il disturbo mentale non è un evento che riguarda solo gli internati, ma si tratta di un problema diffuso anche negli istituti di pena ordinari. L'impatto con la struttura carceraria costituisce inevitabilmente un evento drammatico nella vita di un individuo.

Come scrive Margara¹²⁵, i 2/3 dei detenuti sono rappresentati da tossicodipendenti, immigrati e persone con varie criticità, disagi di tipo sociale e problemi di adattamento; si tratta in pratica di quella che si potrebbe denominare "detenzione sociale", ovvero detenzione che consiste in fenomeni sociali trattati penalmente, conseguenza delle politiche attuate negli ultimi anni.

Nel tempo sono stati fatti svariati tentativi di rendere più umana la vita in carcere e di prevenire i comportamenti a rischio. Uno tra i più importanti è la Circolare Amato del 30 dicembre 1987 n. 3233/5683, la quale istituisce il Servizio Nuovi Giunti, servizio che al suo interno prevede la presenza di uno psicologo, il quale effettua colloqui con ciascun detenuto al suo ingresso in carcere. Il colloquio mira alla valutazione della personalità del soggetto, soprattutto al fine di prevenire gesti autolesivi. Tale servizio è stato istituito solo nelle strutture che hanno un numero giornaliero rilevante di ingressi. Un'altra circolare della Direzione Generale¹²⁶ precisa che tali colloqui non devono essere fini a sé stessi, devono bensì essere finalizzati ad un'effettiva presa in carico dei detenuti classificati "a rischio". Dal 1999 inoltre, la retribuzione degli specialisti in psichiatria è diventata oraria, con un monte ore deciso in base alla capienza dell'istituto, in modo da svincolarli da un'attività di mera consulenza; stabilendo infatti una tariffa oraria e non a visita lo psichiatra, diversamente dagli altri specialisti, non è subordinato per l'effettuazione delle visite alla richiesta del medico incaricato, ma decide nell'ambito della propria autonomia, diventando in tal modo parte integrante non solo dell'area sanitaria ma di tutta

125 A. Margara, *Carcere: la salute appesa a un filo. Il disagio mentale in carcere e dopo la detenzione*, www.giustizia.it, 20 maggio 2005.

126 Circolare n. 3524-5974 del 12 maggio 2000.

l'istituzione penitenziaria"¹²⁷.

Le psicosi carcerarie sono vere e proprie forme psicopatologiche, con sintomi caratteristici, che insorgono durante la detenzione e che non si osservano in altri ambienti. Talvolta rappresentano la continuazione di una patologia preesistente che poi si accentua durante la detenzione, altre volte rappresentano risposte ad eventi particolarmente traumatici¹²⁸. Si tratta di disturbi, causati da una situazione drammatica che crea angoscia e disperazione, che non vengono ritenuti abbastanza gravi da giustificare l'incompatibilità col carcere.

La sindrome di Ganser, ad esempio, è un tipo di psicosi che si presenta tipicamente nei detenuti in attesa di giudizio. Si tratta di una "reazione isterica basata su di una motivazione inconscia del soggetto ad evitare la responsabilità, sforzandosi di apparire infermo di mente. Uno dei sintomi psicopatologici più caratteristici è il fatto che i soggetti non sono capaci di rispondere alle domande più semplici che vengono loro rivolte, sebbene dalle risposte è evidente che hanno capito il significato della domanda e nelle loro risposte tradiscono una sconcertante mancanza di conoscenze che essi hanno posseduto e che ancora, senza ombra di dubbio, possiedono. (...) E' caratterizzata da un comportamento bizzarro, allucinazioni visive ed uditive, deliri, disorientamenti, amnesia, convulsioni isteriche, marcata variabilità dell'umore"¹²⁹. I sintomi possono sparire all'improvviso dopo il verdetto, anche se questo è stato sfavorevole. Siccome la sindrome si presenta sempre dopo che il reato è stato commesso, il giudizio medico-legale non ne tiene conto e il soggetto è ritenuto imputabile.

La sindrome da "prisonizzazione" si articola attraverso una vasta gamma di quadri psicopatologici che vanno dalla sindrome ansioso-depressiva fino alla sindrome di Ganser. Si tratta di un processo che porta all'assuefazione al modo di vivere, ai costumi, alla cultura del carcere, al linguaggio, al modo di vestire, di mangiare o di lavorare; consiste in un adattamento progressivo all'ambiente del carcere, fino ad arrivare ad un'identificazione col ruolo di detenuto.

Il carcere ha un ruolo attivo sulle vite dei detenuti che, in base al loro grado di sensibilità, di cultura, di risorse personali, vengono indotti all'assunzione di abitudini comuni.

127 Circolare n. 577373/2 del 30 giugno 1999.

128 S. Ardita, *Le malattie mentali in ambito penitenziario*, Relazione della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, presentata il 18.01.2006, www.giustizia.it.

129 D. Pratelli, "Incompatibilità per condizioni di salute psichica", Cap. III, p. 3, in *Incompatibilità tra condizioni di salute e stato di detenzione*, www.altrodiritto.unifi.it.

Come ha fatto Danila Pratelli nella sua ricerca sulle psicosi carcerarie, si può applicare la teoria di Goffman¹³⁰ relativa alle “istituzioni totali” anche all'ambito carcerario, “in quanto i reclusi sono sottoposti ad un processo di “spoliazione del sè”, separati come sono dal loro ambiente originario e da ogni altro elemento costitutivo della loro identità. Sostiene sempre Goffman¹³¹ che all'interno dell'istituzione si verificano delle vere e proprie “esposizioni contaminanti” dovute alla soppressione della privacy e all'imposizione di condizioni ambientali sfavorevoli e fonti di malessere. Questo perché:

a) tutte le espressioni della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto il controllo della stessa autorità dirigenziale;

b) ogni fase delle attività giornaliere del detenuto si svolge in mezzo a tanti altri detenuti che sono trattati nella stessa maniera e a cui si richiede di fare la medesima cosa;

c) tutte le fasi sono strettamente correlate e calcolate nel tempo”.

L'analisi di Goffman evidentemente si adatta molto bene anche alle caratteristiche di vita all'interno degli OPG, oltre a quelle degli ormai superati manicomi civili. L'ambiente del carcere mette a dura prova chiunque e purtroppo sono molte le persone che finiscono col subire l'ambiente che le circonda. Si è purtroppo sempre di fronte a una contraddizione: attraverso la reclusione si vuole insegnare all'individuo a vivere nel mondo, facendolo proprio in quel luogo che ne è l'antitesi¹³².

5.2 Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale

Ancor prima dell'emanazione della Legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, era ben chiaro che l'amministrazione penitenziaria non avrebbe potuto farsi completamente carico dell'assolvimento dell'obbligo di garante del diritto alla salute della popolazione detenuta. A conferma di ciò, nell'articolo 17 del regolamento esecutivo precedente (DPR 431/1976) viene espressamente prevista una programmazione su base regionale dell'organizzazione dei servizi sanitari; anche nell'articolo 46 della Legge 354/1975 per l'Amministrazione penitenziaria viene

130 E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi Torino, 1968.

131 E. Goffman, *Op. Cit.*, p. 61 e segg.

132 D. Pratelli, *Op. Cit.*, Cap. III p. 4.

stabilito l'obbligo di segnalazione agli organi preposti alla tutela della sanità pubblica delle situazioni in cui è necessaria l'assistenza a soggetti affetti da gravi infermità fisiche o psichiche. Con l'emanazione della Legge 833/1978 e le successive modifiche apportate dalla Legge 502/1992, si afferma chiaramente il diritto di ogni individuo -non si citano espressamente i detenuti, ma nemmeno si escludono- alla salute e che questo diritto è garantito dal Servizio sanitario nazionale (d'ora in poi SSN), nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana.

Negli ultimi decenni ci sono stati numerosi interventi legislativi riguardanti il diritto alla salute del detenuto, la cui *ratio* è sostanzialmente riassumibile in due principi:

- la necessità, propedeutica a qualsiasi intervento di recupero e reinserimento sociale, di garantire se non la presenza di un benessere psico-fisico, almeno l'assenza di malattia;
- l'obbligo per le diverse istituzioni dello Stato di collaborare ed integrarsi per il bene del singolo e della collettività.

Nonostante queste enunciazioni, la responsabilità della gestione e l'organizzazione dei Servizi sanitari interni agli istituti penitenziari rimane comunque in quegli anni fermamente incardinata nel Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria¹³³.

L'insufficienza della tutela della salute nelle carceri e negli OPG italiani è ampiamente documentata nella relazione conclusiva della Commissione del Senato della Repubblica negli anni 1993-1994. Vi si rileva l'urgenza e la necessità di una maggiore responsabilizzazione del SSN attraverso strumenti legislativi e normativi, al fine di soddisfare il diritto alla salute dei cittadini detenuti, al pari di tutti gli altri cittadini. Nel documento viene denunciato il sovraffollamento negli istituti di pena e il grave stato delle condizioni epidemiologiche che favoriscono la diffusione di malattie infettive. Vi si legge che la prevenzione primaria è "assolutamente mancante" e non risulta che venga messa in atto alcuna strategia per la prevenzione del contagio, pur essendo noto quanto sia diffuso nelle carceri il problema della tossicodipendenza e dell'infezione da HIV.

Il personale sanitario è insufficiente, fatto ancor più grave nelle strutture come gli OPG, dove "spesso gli agenti di custodia si trovano a svolgere mansioni di tipo infermieristico, in maniera decisamente impropria". In generale, dal rapporto emerge

133 G. Starnini, "Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale", in *Autonomie locali e servizi sociali*, Il Mulino, n. 1, 2009.

la dipendenza della sanità penitenziaria dall'amministrazione penitenziaria, visto che gran parte del personale, ed in particolare quello medico, accede alla carriera per chiamata diretta del direttore del carcere. "Il medico, pertanto, viene a trovarsi nella particolarissima situazione di costituire il diretto referente del detenuto senza esserne il medico di fiducia, in quanto non scelto, ma mediatore nei rapporti con la direzione del carcere e con la giustizia e intermediatore degli interessi più generali dell'amministrazione penitenziaria". Il rapporto fiduciario medico-paziente che è alla base dell'atto terapeutico, dunque, viene sostituito dal rapporto fiduciario tra il medico e l'amministrazione penitenziaria, del tutto estraneo agli obiettivi della sanità.

L'esigenza di tutela del diritto alla salute dei detenuti è avvertita come particolarmente necessaria negli Ospedali psichiatrici giudiziari. A proposito degli OPG, la Commissione scrive:

"Negli Ospedali psichiatrici giudiziari, acuta è la contraddizione tra funzione sanzionatoria da un lato e funzione riabilitativa o curativa dall'altro. Nello stesso luogo, lo stesso personale è portatore di due compiti spesso in conflitto, la custodia e la cura. Questa ambiguità, legata alla duplice funzione custodiale-curativa, è ancora più accentuata dal fatto che si tratta di una popolazione di utenti che, a causa del proprio stato, sono privati di qualsiasi capacità "contrattuale" di fronte all'apparato penitenziario. Si pensi, inoltre a quanto sia delicato l'utilizzo di determinate terapie (esempio psicofarmaci) in un contesto di tipo custodiale rigidamente e totalmente istituzionalizzato. Per inciso va resa informazione sulla persistenza, in alcuni Ospedali psichiatrici giudiziari, di letti di contenzione, che attualmente non sarebbero, a detta dei dirigenti degli Istituti stessi, utilizzati. In realtà, dall'indagine condotta, particolarmente grave risulta la condizione dei pazienti negli Ospedali psichiatrici giudiziari, poiché le esigenze di custodia, delle strutture e nell'organizzazione, prevalgono nettamente sulle necessità di cura e recupero e, comunque, le limitano fortemente. Non sta a noi esprimerci su eventuali modifiche del regime di proscioglimento. Vogliamo però segnalare che l'aumentata incidenza di cittadini sottoposti a misure di sicurezza di breve periodo (2 anni), evidenzia come trovino ricovero in Ospedali psichiatrici giudiziari pazienti psichiatrici a bassa pericolosità sociale per evidente carenza dei servizi psichiatrici del Sistema sanitario nazionale e di adeguate strutture intermedie. Non a caso, misure di sicurezza provvisorie in attesa di sentenza, vengono per lo più scontate negli Ospedali psichiatrici giudiziari. I pazienti sono dunque penalizzati dalla generale inadeguatezza del sistema socio-

sanitario-assistenziale, da cui l'ospedale psichiatrico giudiziario è rigidamente e istituzionalmente separato. Ancora più dolorosa la condizione degli internati psichiatrici gravi, i quali, sia per le carenze strutturali, che per carenze di personale, specie infermieristico, rischiano di vedere cronicizzato irreversibilmente il loro stato senza alcuna possibilità di recupero. Nel 1992 risultavano essere stati ricoverati 1.131 detenuti malati che avevano bisogno di programmi specifici di trattamento. La Commissione ritiene auspicabile che gli Ospedali psichiatrici giudiziari possano essere trasformati nel senso di rispondere maggiormente alle esigenze di trattamento sanitario dei pazienti¹³⁴.

La Commissione chiede che vengano al più presto individuate le modalità organizzative attraverso le quali realizzare una vera integrazione con i servizi psichiatrici territoriali. Fa notare inoltre che sarebbe possibile per i giudici limitare ulteriormente l'invio per perizia psichiatrica all'interno degli OPG, e fa osservare che i servizi psichiatrici territoriali potrebbero essere autorizzati a seguire, anche all'interno del giudiziario, le persone da loro seguite, promuovendo la declaratoria di cessata pericolosità sociale e la conseguente dimissione, come potrebbe accadere in quei casi di autori di reati di minimo allarme sociale, ad esempio le resistenze, gli oltraggi o i piccoli furti¹³⁵.

L'articolo 5 della Legge 419 del 30 novembre 1998 rappresenta la prima tappa fondamentale del percorso di riforma avviato dal Governo per costituire un sistema penitenziario che sia in grado di garantire sicurezza, diritti individuali e recupero sociale dei detenuti. Esso fornisce principi e criteri direttivi al Governo, che viene delegato ad emanare uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria. In particolare dispone che vengano previste specifiche modalità organizzative, eventualmente differenziate in relazione alle esigenze territoriali, per garantire il diritto alla salute delle persone detenute o internate e che il controllo sul funzionamento dei Servizi di assistenza sanitaria alle stesse sia affidato alle Regioni e alle Aziende sanitarie locali, assegnando le relative risorse finanziarie al Fondo sanitario nazionale. Anche la Corte di Cassazione¹³⁶, di recente, ha affermato che il diritto alla salute del detenuto o internato prevale sullo stato di detenzione.

In conformità con quanto affermato nell'articolo 32 della Costituzione, dunque, il

134 Documento conclusivo della 12^a Commissione permanente del Senato della Repubblica *Indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri*, seduta del 12 gennaio 1994.

135 *Ibidem*.

136 Cassazione Penale, Sez. I, sentenza n. 355 del 22 marzo 1999.

legislatore proclama la necessità di adeguare l'apparato normativo con lo scopo di assicurare anche al cittadino detenuto condizioni di tutela della salute e livelli di prestazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi¹³⁷.

Un passo decisivo in questa direzione è rappresentato dal Decreto legislativo n. 230 del 22 giugno 1999, sul riordino della medicina penitenziaria, che afferma il diritto dei detenuti e degli internati a ricevere “le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali” (art. 1). Viene stabilito il principio della separazione delle competenze tra le ASL e l'amministrazione penitenziaria: a quest'ultima spettano la garanzia della sicurezza negli istituti e nei luoghi esterni di cura e la garanzia di personale medico e sanitario da destinare all'Amministrazione penitenziaria, mentre nell'articolo 3 vengono specificate le competenze degli organi del SSN:

- al Ministero della sanità spettano la programmazione, l'indirizzo e il coordinamento del SSN negli istituti penitenziari,
- alle Regioni le funzioni di organizzazione e programmazione dei Servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sui medesimi,
- alle ASL sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti.

La mancata applicazione o i ritardi nell'attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell'assistenza sanitaria penitenziaria ricadono sulla responsabilità del Direttore generale della struttura sanitaria.

La Legge rinvia ad un apposito Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, dove devono essere definiti gli indirizzi per le Regioni volti a garantire gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati, “per orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo dell'assistenza negli istituti penitenziari” (art. 5, co. 1 e 3, lettera a).

Così come previsto, viene emanato il DM 21 aprile 2000, dal titolo “Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario”. Il Progetto obiettivo denuncia il fatto che non ci sia in ambito penitenziario un sistema nazionale di rilevazione delle patologie e sottolinea come “il carcere, per molti aspetti, sia causa di rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti, degli internati e dello

¹³⁷ G. Simonetti, “Il futuro dell'OPG: i progetti di legge”, Cap. IV, p.2, in *Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici. Il caso di Montelupo Fiorentino*, www.altrodiritto.unifi.it.

stesso personale addetto alla sorveglianza e all'assistenza: infatti, il regime alimentare, gli ambienti malsani, la mancanza di movimento e di attività sociale, gli atti di violenza e di autolesionismo, costituiscono i problemi più gravi, ancora irrisolti, cui con priorità deve essere rivolta l'attenzione e l'iniziativa dei Servizi sanitari". Viene anche posto in evidenza lo stato degradato e nocivo degli stabilimenti carcerari, sia delle strutture più vecchie sia di quelle di più recente costruzione. In tema di salute mentale il Progetto sottolinea come "ormai riconosciuta a livello internazionale l'esistenza di un disagio psichico maggiore e diffuso negli istituti penitenziari", che rende urgenti "mirati interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali".

Vengono date disposizioni per la predisposizione di nuove modalità organizzative e di coordinamento tra aziende sanitarie locali e istituti penitenziari, le quali, indipendentemente da come vengano formulate, devono garantire la copertura assistenziale del detenuto per l'intero arco della giornata, sette giorni su sette, attraverso il coordinamento organizzativo delle varie figure professionali sanitarie e le strutture operative territoriali. Considerando anche la necessità di un riordino nel settore dell'internamento giudiziario, il Progetto dà disposizioni per la definizione di protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP) e il Dipartimento di salute mentale, per la formulazione di interventi terapeutici e riabilitativi a favore degli internati.

L'articolo 8 del D.lgs. 230/99 prevede una fase di sperimentazione a decorrere dal 1° gennaio 2000 che concerne il trasferimento alle ASL di tutto il territorio nazionale delle sole funzioni relative alla prevenzione e all'assistenza dei detenuti e internati tossicodipendenti.

Sia la sperimentazione sia l'applicazione del Progetto obiettivo hanno riscontrato da subito notevoli difficoltà intrinseche alla loro realizzazione, causa l'inadeguatezza delle risorse finanziarie e al fatto che le funzioni trasferite dal 1° gennaio 2000 continuano di fatto ad essere eseguite da personale a convenzione con onere a carico dell'amministrazione penitenziaria. I Ser.T. si limitano a coordinare tale personale e le Regioni non assumono nessuna iniziativa in merito alla prevenzione¹³⁸.

Nel frattempo viene emanato il DPR 30 giugno 2000 n. 230 ("Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della

138 G. Starnini, *Op. Cit.*

libertà”), nel quale si delinea una maggiore attenzione verso la prevenzione di situazioni patologiche legate alla detenzione, si evidenzia la necessità di evitare lunghi periodi di permanenza in cella per i detenuti e gli internati, attraverso un recupero della vita sociale e affettiva. Il primo articolo del Decreto stabilisce che “il trattamento degli imputati sottoposti a misure privative della libertà consiste nell’offerta di interventi diretti a sostenere i loro interessi umani, culturali e professionali”. Il trattamento rieducativo è diretto a promuovere una modificazione sia delle condizioni personali del detenuto sia delle relazioni familiari e sociali che gli sono d’ostacolo a una effettiva partecipazione sociale. L’articolo 20 prevede per i malati psichici l’intensificazione dei rapporti con l’esterno, ed in particolare con la famiglia, e la possibilità di svolgere un’attività lavorativa. La loro cura va favorita attraverso il coinvolgimento del Servizio sanitario pubblico. L’articolo 113 prevede che la gestione degli OPG possa essere affidata ai Servizi psichiatrici pubblici tramite convenzione, prefigurando forse un futuro nel quale gli OPG avrebbero seguito il modello a gestione sanitaria di Castiglione delle Stiviere.

Nel 2002 viene istituita una “Commissione mista di studio per il rinnovamento del Servizio sanitario penitenziario”¹³⁹, col compito di elaborare un modello legislativo per innovare i metodi organizzativi e la qualità del Servizio sanitario penitenziario. Si trattava, viste le difficoltà incontrate nella fase di sperimentazione, di creare un “modello intermedio” nel quale la medicina di base sarebbe restata in capo ai medici degli istituti penitenziari, mentre l’assistenza specialistica, farmaceutica e ospedaliera sarebbe stata affidata al servizio pubblico. L’attività della Commissione procede oltre il termine stabilito, rallentata dalle difficoltà incontrate nella formulazione di un sistema congiunto di gestione dei servizi, senza alla fine giungere all’effettiva messa in pratica delle soluzioni individuate¹⁴⁰.

Gli scarsi risultati ottenuti dalla Commissione interministeriale, rafforzano il convincimento di chi sostiene l’impossibilità della riforma della sanità penitenziaria. Nel 2007, su iniziativa del Sottosegretario alla Salute Antonio Gaglione, presso il Ministero della Salute viene istituito un Gruppo tecnico coordinato dallo stesso sottosegretario, con l’obiettivo di redigere un DPCM attuativo di quanto previsto dal D.lgs. 230/1999. Vengono costituiti dei sottogruppi tecnici, con l’obiettivo di:

¹³⁹ Istituita con Decreto Legge 16 maggio 2002 dal Ministero della Salute, si trattava di una Commissione congiunta (Ministero della Giustizia e Ministero della Salute, per il rinnovamento del Servizio sanitario penitenziario), soprannominata Commissione “Tinebra”, dal nome del suo Presidente Giovanni Tinebra.

¹⁴⁰ G. Starnini, *Op. Cit.*

- formulare un quadro delle risorse impiegate dal Ministero della Giustizia in ambito sanitario e stima delle risorse aggiuntive necessarie per il passaggio delle competenze al SSN;
- formulare una relazione dettagliata sul personale interessato dal trasferimento di competenze evidenziando le eventuali problematiche connesse a tale passaggio.

Vengono stese le linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, e vengono individuati obiettivi, azioni programmatiche ed interventi prioritari da includere nel DPCM.

E' così che nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008 viene pubblicato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008, concernente “le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”.

5.3 Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 2008

Il decreto disciplina le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria (art. 1), e dunque agli ambiti del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia.

Nell'assolvimento di tali funzioni trasferite, spetta alle Regioni disciplinare gli interventi da attuare attraverso le Aziende sanitarie locali. Viene sottolineato che “l'ambito territoriale costituisce la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali”, in linea con quanto previsto nella Legge 833/1978 e con i principi enunciati nella riforma del Titolo V della Costituzione. Viene sancito il definitivo trasferimento delle competenze sanitarie, dopo un iter legislativo che, come si è visto, non è stato privo di difficoltà e che, tra l'altro, non ha mai fatto esplicito riferimento agli OPG.

E' l'articolo 5 del DPCM, intitolato “Ospedali psichiatrici giudiziari e case di cura e custodia”, a decretare: “Al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, sono trasferite alle Regioni le funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali

psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime. Le attrezzature, gli arredi e i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie, sono trasferiti [...] alle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti. Le Regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le aziende sanitarie, in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato C che costituisce parte integrante del presente decreto.

Per l'attuazione delle linee guida di cui al comma 1, è istituito, presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, apposito comitato paritetico interistituzionale”.

Nell'allegato A del decreto vengono inizialmente richiamati i principi di riferimento già riportati nel decreto legislativo n. 230 del 1999 e nel DPR n. 230 del 2000. Vengono inoltre stabiliti gli obiettivi di salute e i Livelli essenziali di assistenza in accordo col Piano sanitario nazionale, le modalità attuative degli stessi e le azioni programmatiche e gli interventi prioritari, da attuarsi in particolare nelle seguenti aree:

- la medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi
- le prestazioni specialistiche
- le risposte alle urgenze
- le patologie infettive
- prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche
- prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale

I presidi sanitari, presenti in ogni istituto penale, garantiscono l'erogazione delle prestazioni sanitarie di medicina generale, mentre le prestazioni specialistiche sono garantite dall'Azienda sanitaria. All'interno di ogni ASL sul cui territorio siano presenti istituti penitenziari, in base alla capienza degli stessi, sono istituiti servizi multiprofessionali o specifiche unità operative che assicurino prestazioni di base e specialistiche.

Veniamo ora all'analisi dell'allegato C, intitolato “Linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia”.

In coerenza con quanto affermato nella Costituzione italiana, la Legge 833/1978 pone come obiettivo “la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati

psichici”¹⁴¹. E' dunque l'ambito territoriale ad essere privilegiato per la cura e la riabilitazione delle persone affette da disturbi mentali, “per il fatto che nel territorio è possibile creare un efficace sinergismo tra i diversi Servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone”. Per le azioni da intraprendere previste nell'allegato C, centrali sono il principio del reinserimento sociale e il principio di territorialità. Il primo è sancito nell'articolo 27 della Costituzione, e deve essere garantito anche per coloro che hanno commesso un reato e sono stati prosciolti con conseguente ricovero in OPG, attraverso “la cura, che ne è fondamentale presupposto, e l'azione integrata dei servizi sociosanitari territoriali”. Il principio di territorialità, che è richiamato anche nell'ordinamento penitenziario¹⁴², “costituisce il fondamento che motiva il decentramento degli OPG e rende possibile la differenziazione nella esecuzione della misura di sicurezza, come del resto hanno sanzionato le sentenze della Corte costituzionale”¹⁴³.

Il processo di decentramento degli OPG deve articolarsi attraverso tre fasi:

1. Le Regioni in cui sono collocati gli OPG, devono assumerne la gestione sanitaria: per lo stabilimento di Castiglione delle Stiviere subentra la Regione Lombardia, per quello di Reggio Emilia la Regione Emilia Romagna, per quello di Montelupo Fiorentino la Regione Toscana, per quello di Napoli la Regione Campania e per quello di Barcellona Pozzo di Gotto la Regione Sicilia. Contestualmente i Dipartimenti di salute mentale nel cui territorio di competenza sono presenti gli OPG, provvedono alla stesura di un programma operativo, in collaborazione con l'equipe del giudiziario che ha in cura i ricoverati. Tale programma prevede:

a) a dimissione degli internati che hanno concluso la misura di sicurezza, formulando per ciascuno di essi dei progetti, coinvolgendo le Regioni e gli Enti locali di provenienza, le ASL e i servizi sociali dei luoghi di destinazione;

b) il trasferimento nelle carceri di provenienza dei ricoverati in OPG per infermità sopravvenuta durante la detenzione¹⁴⁴;

141 Legge n. 833 del 1978, articolo 2, punto 8, lettera g).

142 Legge 26 luglio 1975 n. 354, articolo 42, comma 2, così come modificato dalla L. 12 dicembre 1992 n. 492: “Nel disporre i trasferimenti deve essere favorito il criterio di destinare i soggetti in istituti prossimi alla residenza delle famiglie”.

143 Sentenze n. 253/2003 e n. 367/2004.

144 L'articolo 65 dell'ordinamento penitenziario, l'articolo 111 commi 5 e 7 e l'articolo 115 comma 4 del DPR 230/2000, prevedono che all'interno delle carceri vengano istituite delle Sezioni di cura e riabilitazione per gli imputati e i condannati ai quali, nel corso della misura detentiva, sopravviene una infermità psichica o un vizio parziale di mente.

c) che l'osservazione per l'accertamento delle infermità psichiche venga effettivamente svolto all'interno delle carceri.

2. A distanza di un anno gli internati vanno trasferiti in un OPG più vicino alle loro regioni di provenienza, in modo da “stabilire immediatamente rapporti di collaborazione preliminari per ulteriori fasi di avvicinamento degli internati alle realtà geografiche di provenienza”. I bacini interregionali per ciascun OPG sono stati così delineati:

- Castiglione delle Stiviere: internati provenienti dalle Regioni Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta;
- Reggio Emilia: internati provenienti dalle Regioni Emilia Romagna, Veneto, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia e Marche;
- Montelupo Fiorentino: internati provenienti dalle Regioni Toscana, Umbria, Liguria e Sardegna;
- Napoli- Aversa: internati provenienti dalle Regioni Campania, Lazio, Abruzzo, Molise;
- Barcellona Pozzo di Gotto: internati provenienti dalle Regioni Sicilia, Calabria, Basilicata e Puglia.

3. A distanza di due anni ogni Regione italiana si assume la responsabilità della presa in carico degli internati di provenienza dai propri territori, “attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza.

Le soluzioni possibili, compatibilmente con le risorse finanziarie, vanno dalle strutture OPG con livelli diversificati di vigilanza, a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di salute mentale della Azienda sanitaria dove la struttura o il servizio è ubicato”. La tipologia assistenziale e le forme della sicurezza sono stabilite con specifici accordi in sede di Conferenza permanente fra lo Stato e le Regioni.

5.4 Le Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale

Conseguentemente all'emanazione del DPCM, vengono emanate le Linee di indirizzo per la salute mentale, approvate con l'intesa del 20 marzo 2008 e nate da

un rapporto di collaborazione tra Ministero della salute e le Regioni. Il carcere e l'OPG (quest'ultimo viene definito “un paradosso ed un anacronismo non più accettabile nel nostro paese”) sono individuati tra le priorità strategiche per lo sviluppo dei servizi; in particolare, nella parte dedicata agli Ospedali psichiatrici giudiziari, viene previsto un programma specifico concernente le azioni principali sia per l'organizzazione degli interventi terapeutico-riabilitativi, sia per l'armonizzazione delle misure sanitarie e le esigenze di sicurezza. Per mettere in pratica queste azioni si rende necessaria una costante collaborazione tra operatori sanitari, operatori dell'Amministrazione della giustizia e operatori del diritto. Le ASL nei cui territori sono presenti gli OPG, in collaborazione con le equipe già presenti in istituto, devono provvedere alla stesura di un programma operativo che preveda¹⁴⁵:

- la rivalutazione delle persone attualmente internate come prosciolte (circa il 63% della popolazione degli OPG) e definizione di un gruppo (300 – 400 persone) per il quale sia possibile in tempi rapidi un progetto di dimissione che possa prevedere, se necessario, l'utilizzo della rete di strutture del SSN;
- la presa in carico congiunta degli internati, sin dal loro ingresso in OPG, con la predisposizione di un piano terapeutico riabilitativo personalizzato e mirato al recupero sociale, con un pronto collegamento con i Dipartimenti di salute mentale del territorio di provenienza;
- la dimissione degli internati che hanno concluso la misura della sicurezza, con soluzioni concordate con le Regioni interessate, che devono prevedere forme di inclusione sociale adeguata, coinvolgendo gli Enti locali di provenienza, le Aziende sanitarie interessate e i servizi sociali e sanitari delle realtà di origine o di destinazione dei ricoverati da dimettere;
 - attivare a livello regionale tutte le azioni necessarie, anche attraverso rapporti continuativi e strutturati tra DSM e Tribunali, per la realizzazione di progetti alternativi all'internamento in OPG resi possibili dalle Sentenze della Corte Costituzionale (253/2003 e 367/2004);
 - il rientro negli istituti di pena di provenienza dei ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena, garantendo loro tutti gli interventi necessari alla cura e alla riabilitazione, all'interno delle carceri.

¹⁴⁵ I punti programmatici che seguono sono tratti dalle Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale del Ministero della Salute, www.forumsalutementale.it.

5.5 Le criticità legate all'applicazione del DPCM

L'applicazione del DPCM ha riscontrato diverse criticità, legate in particolare all'applicazione dei principi di territorialità e della “doppia direzione”.

Si è detto come, attraverso le tre fasi di intervento, si intenda, in base al principio di territorialità, raggiungere il decentramento degli OPG. La prima fase prevede il passaggio di tutte le competenze sanitarie alle Regioni: ad oggi risulta che dei sei OPG, solo cinque di questi abbiano poi messo in pratica tale passaggio. Questo non è avvenuto per l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, in quanto la Regione Sicilia, a statuto autonomo, pare restia a dare attuazione al DPCM.

Contestualmente alla presa in carico, le Regioni dovrebbero procedere a uno sfoltimento della popolazione internata, attraverso dimissioni o trasferimenti mirati di tre categorie di ricoverati: i soggetti condannati e ricoverati per infermità mentale sopravvenuta, i soggetti accolti per un periodo di osservazione (che sono destinati alle nascenti sezioni di cura e riabilitazione all'interno delle carceri), i soggetti non più pericolosi che hanno cessato di scontare la misura di sicurezza (che vanno presi in carico dalle ASL delle regioni di provenienza attraverso progetti di inclusione sociale). Come denuncia tra gli altri il sito “Stop OPG”, nei tre anni seguenti l'emanazione del DPCM, i detenuti sono al contrario aumentati. Secondo un'indagine del DAP, tra il 2007 (prima dell'entrata in vigore del decreto) e il 31 marzo 2011, la popolazione internata in OPG è aumentata di circa il 15%. Come si può notare nella seguente tabella, risulta un aumento di 147 soggetti:

	2007	2011	DIFFERENZA 2011/2007
OPG Castiglione delle Stiviere	197	274	+ 77
OPG Montelupo Fiorentino	179	153	-26
OPG Aversa	293	244	-49
OPG Napoli S. Eframo	79	119	+40
OPG Reggio Emilia	279	265	-14
OPG Barcellona Pozzo di Gotto	233	349	+116
CCC e MP Sollicciano	12	15	+3
TOTALE	1.272	1.419	+ 147

Tabella 9: Cittadini internati in OPG, confronto 2007-2011 (Fonte: www.stopopg.it).

Antonino Calogero, direttore sanitario dell' OPG di Castiglione, OPG che ha visto

più degli altri un aumento della popolazione detenuta, in un articolo nel quale analizza lo scenario italiano dopo l'emanazione del DPCM, scrive: “Per riuscire a dimettere un paziente così complesso come l'autore di reato, occorrono la confluenza di tanti fattori, ed in primis la cessazione della pericolosità sociale esaminata dalla Magistratura di Sorveglianza. Ma anche la presa in carico di una équipe del territorio, un domicilio con assistenza psichiatrica. Nella pratica occorrono risorse, operatori preparati, alleanza terapeutica, capacità di fare superare al paziente “barriere visibili ed invisibili (stigma)”, come “il desiderio di essere liberi ma anche la paura di uscire da un contesto più rassicurante” rispetto ad una società spesso ostile, non preparata, ma neanche sufficientemente supportata dalla rete di servizi necessari ad accoglierli”¹⁴⁶.

A questo punto la seconda fase risulta di difficile realizzazione, visto l'insuccesso di quella precedente. La creazione del cd. “bacino di internati” ad oggi esiste solo sulla carta, non c'è un solo OPG nel quale ci siano solo internati provenienti dalle regioni limitrofe. Come riporta Miravalle, la situazione peggiore si è registrata nell'OPG di Reggio Emilia, dove gli internati extrabacino al 31 agosto 2010 erano quasi la metà del totale (141 su 284).

	OPG Castiglione delle Stiviere	OPG Reggio Emilia	OPG Montelupo Fiorentino	OPG Napoli	OPG Aversa	OPG Barcellona Pozzo di Gotto	Totale uomini in OPG	OPG Castiglione delle Stiviere	CCC Sollicciano (FI)	Totale donne in OPG
Piemonte	44	8	1	0	1	4	58	6	0	6
Valle d'Aosta	2	1	0	0	0	0	3	0	0	0
Lombardia	133	66	11	1	8	8	227	10	0	10
Trentino A.A.	1	10	0	0	0	0	11	2	0	2
Veneto	4	49	3	0	2	3	61	7	0	7
Friuli V.G.	1	10	0	0	0	0	11	3	0	3
Liguria	3	10	30	1	0	3	47	4	0	4
Emilia Romagna	1	36	0	0	3	3	43	5	0	5
Toscana	0	0	46	1	0	3	50	1	4	5
Umbria	0	0	7	0	1	0	8	1	0	1
Marche	1	14	1	1	0	0	17	0	1	1

146 A. Calogero, *Superamento degli OPG. Attuazione del DPCM 1 aprile 2008*, *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, Anno I, n. 1, aprile 2009

	OPG Castiglione delle Stiviere	OPG Reggio Emilia	OPG Montelupo Fiorentino	OPG Napoli	OPG Aversa	OPG Barcellona Pozzo di Gotto	Totale uomini in OPG	OPG Castiglione delle Stiviere	CCC Sollicciano (FI)	Totale donne in OPG
Lazio	1	1	6	22	91	6	127	8	1	9
Abruzzo	1	0	0	8	22	1	32	1	0	1
Molise	0	0	0	0	6	0	6	3	0	3
Campania	1	2	2	55	98	7	165	8	0	8
Puglia	0	1	1	3	1	59	65	0	1	1
Basilicata	0	0	0	1	0	4	5	1	0	1
Calabria	2	0	0	1	0	42	45	1	0	1
Sicilia	0	4	1	1	2	138	146	9	3	12
Sardegna	0	1	29	0	0	1	31	2	0	2
TOTALI ITALIA¹⁴⁷	196	227	146	97	235	295	1196	80	10	90
Altri paesi	1	1	8	0	0	0	10	0	0	0
S.F.D.	0	13	0	2	0	13	28	0	0	0
Non nota	0	0	0	0	0	0	0	8	0	8

Tabella 10: Persone internate negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per Regione di provenienza (Fonte: G. V. Ditta, Convegno OPG, Firenze, aprile 2011).

La presa in carico da parte delle singole Regioni si è rivelata complessa perché per gli operatori locali è difficile sia attuare un percorso di reinserimento in un territorio distante e comunque con una realtà socioculturale differente da quella di provenienza sia nella pratica si rivela dispersivo e oneroso lo spostamento. Inoltre il Decreto non specifica quali saranno le sorti delle persone internate senza fissa dimora o straniere e senza residenza, che ad aprile 2011 sono stimate sulle 46 unità¹⁴⁸. E' da rilevare anche che, come osserva Miravalle, circa un terzo delle persone internate sono sconosciute al Dipartimento di salute mentale di provenienza, nonostante queste vi risultino residenti.

L'applicazione della terza fase, infine, è vincolata dallo stanziamento delle risorse finanziarie e dagli accordi politici raggiunti in sede di conferenza Stato-Regione: "in definitiva, si è trovato un modo giuridicamente ineccepibile, per ammettere la non preminenza della tematica OPG nell'agenda di politica criminale"¹⁴⁹.

Come si è già detto, solo cinque dei sei OPG hanno attuato la cd. "doppia direzione". I Direttori degli OPG di Napoli, Aversa, Montelupo e Reggio Emilia, al pari degli altri operatori della sanità penitenziaria, sono stati trasferiti alle ASL competenti territorialmente e come dipendenti non più in carico al DAP, e sono stati nominati altri quattro Direttori Amministrativi per gli stessi OPG. A Castiglione, come sappiamo,

147 I presenti sono di più: 1323 uomini e 96 donne, per un totale di 1419 persone internate.

148 www.stopopg.it.

149 M. Miravalle, *Op. Cit.*, Cap.I, p.34.

non sono avvenuti cambiamenti, perché trattasi di struttura già completamente sanitaria.

Il Direttore sanitario è uno psichiatra, responsabile delle funzioni ospedaliere dell'istituto, coordina il personale e sovrintende ai percorsi riabilitativi individuali; il Direttore amministrativo è “del tutto paragonabile ad un direttore di un penitenziario ordinario, con poteri sanciti dal Regolamento penitenziario e dipendente dal DAP”¹⁵⁰. Antonino Calogero fa notare come si sia venuta a creare una situazione alquanto difficile da gestire, poiché “la doppia direzione in questi quattro OPG, vede nel Direttore Amministrativo la figura che detiene la conduzione vera e propria dell'OPG, anche quella dell'area del trattamento, che dovrebbe essere di competenza del referente sanitario. Si è realizzata, di fatto, una regressione, dove l'assistenza psichiatrica dei pazienti può venirne penalizzata”. Pare che per l'ennesima volta non si sia voluta scegliere la forma di gestione, protraendo il binomio tra cura e custodia, tra ospedaliero e penitenziario. “Il rischio maggiore è arrivare a soluzioni intermedie, come avviene a Reggio Emilia, dove su sei reparti, cinque sono completamente sanitarizzati e coordinati direttamente da personale medico e uno, in cui sono ristretti i soggetti più pericolosi, è sotto il pieno controllo della direzione amministrativa e quindi del personale di polizia penitenziaria”¹⁵¹.

150 Ibidem.

151 Ibidem.

6.1 La Commissione parlamentare d'inchiesta

Nel periodo compreso tra luglio e dicembre 2010 gli OPG sono oggetto di ispezioni a sorpresa da parte di una “Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale” presieduta dal senatore Ignazio Marino¹⁵². Ne consegue una relazione conclusiva ed un video¹⁵³ dai contenuti alquanto sconvolgenti, che inducono a pensare che dai tempi delle contestazioni degli anni '70 ad oggi, le condizioni di vita e di cura dei detenuti non siano cambiate molto.

Nella relazione si legge che le condizioni igienico-sanitarie e l'assetto strutturale rilevate in tutti gli OPG, ad eccezione di quello di Castiglione delle Stiviere e, in parte, di quello di Napoli, sono “gravi e inaccettabili”; il personale deputato all'assistenza socio-sanitaria è carente, in particolare per quanto riguarda l'assistenza medico-specialistica e infermieristica. La Commissione stabilisce che entro sei mesi dalla pubblicazione della relazione, devono essere messi in atto interventi urgenti di adeguamento delle strutture agli standard Ospedalieri, pena la loro chiusura, e sprona le Regioni a dare piena attuazione a quanto stabilito nell'Allegato C del DPCM 2008.

La contenzione e la coercizione, sia meccanica sia farmacologica, anche se per legge non sono vietate, “vengono applicate in maniera inadeguata e, in alcuni casi, lesiva della dignità della persona”; risultano così una “scorciatoia gestionale”, antiterapeutica ed illegale.

Si evidenzia la necessità di una più stretta collaborazione tra magistratura e servizi psichiatrici territoriali, ai fini di un più frequente ricorso alle misure alternative alla detenzione, e la necessità che a livello legislativo si ridefinisca la tutela del

¹⁵² La Commissione parlamentare di inchiesta istituita con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008, al termine dei suoi lavori ha prodotto la “Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari”, relatori Sen. Michele Saccomanno e Sen. Daniele Bosone, approvata dalla Commissione nella seduta del 20 luglio 2011.

¹⁵³ Il film-documentario si intitola “Ergastolo bianco. OPG, dove vive l'uomo” ed è stato girato durante le ispezioni dal regista Francesco Cordio. E' reperibile nella sua forma integrale sul sito istituzionale del Senato della Repubblica, nella sezione dedicata alla Commissione d'inchiesta.

malato di mente autore di reato nonché l'istituto della non imputabilità, che andrebbe abolito.

Si ritiene necessaria la creazione di strutture pubbliche intermedie, “che possano rappresentare una valida alternativa alla scelta dilemmatica tra gli estremi dell'internamento in OPG e del ricorso a modalità di libertà vigilata non sufficientemente sicure”, un po' sull'esempio della Regione Sardegna, la quale ha previsto la creazione di tre microstrutture, con massimo quindici posti letto ciascuna, divise per livello di pericolosità sociale. Si tratterebbe di “piccole comunità protette terapeutiche, a diversificato livello di sicurezza, organicamente distribuite su tutto il territorio nazionale e organizzate secondo un modello di appartamenti socio-sanitari”, gestite dai Centri di salute mentale.

Un indubbio pregio di quanto compiuto dalla Commissione sta nell'essere riuscita ad ottenere una descrizione dettagliata sullo stato degli OPG. Sono stati individuati 1510 soggetti internati¹⁵⁴, dei quali 389 dimissibili¹⁵⁵, corrispondenti circa al 20% della popolazione totale. Lo scandalo maggiore a livello giudiziario è rappresentato il fenomeno delle mancate dimissioni causate dalle infinite proroghe della misura di sicurezza che conducono al cd. “ergastolo bianco”.

6.2 L'articolo 3-ter della Legge n. 9 del 17 febbraio 2012

Il 17 febbraio 2012 viene approvata la Legge n. 9, intitolata “Conversione in Legge, con modificazioni, del DL 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”.

Si tratta di una Legge del Governo Monti, proposta dal Ministro della Giustizia Paola Severino, denominato “svuota carceri” e approvato col fine di contrastare il sovrappopolamento degli istituti presenti sul territorio nazionale. La Legge stanziava 57 milioni di euro per l'adeguamento, il potenziamento e la messa a norma delle infrastrutture penitenziarie. Il provvedimento prevede anche l'innalzamento da dodici a diciotto mesi della pena detentiva che può essere scontata presso il proprio

¹⁵⁴ Dato ufficiale DAP del 31 maggio 2011.

¹⁵⁵ In base a quanto previsto nell'Allegato C del DPCM 2008, e cioè gli internati che anno concluso la misura di sicurezza e la cui pericolosità sociale è scemata o grandemente assente e i detenuti con disturbi psichici posti in osservazione.

domicilio e alcune modifiche all'articolo 558 del Codice di procedura penale.

L'articolo 3-ter è intitolato "Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari" e al comma 1 stabilisce che "il termine per il completamento del processo di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 (...) è fissato al 1° febbraio 2013".

Quando la Legge è stata approvata il Ministro della Giustizia Paola Severino ha dichiarato: "Al 31 gennaio scorso risultano 1.264 internati in sei strutture adibite ad Ospedali psichiatrici giudiziari. La loro chiusura non comporterà affatto il rilascio degli internati socialmente pericolosi. Nessuno vuole correre il rischio che potenziali serial killer percorrano liberamente il nostro Paese. Essi saranno ricoverati in strutture idonee alla terapia delle loro malattie mentali, ma anche adeguatamente sorvegliate per non mettere a repentaglio la tranquillità dei cittadini. D'altra parte, chiunque si sia affacciato sull'orrore di questi luoghi di immane sofferenza non può non convenire sul fatto che l'espiazione della pena non può divenire occasione per aggiungere pena alla pena. Occorre poi meditare sul fenomeno dei cosiddetti ergastoli bianchi, situazioni in cui persone guarite dalla loro malattia mentale e non più socialmente pericolose rimangono in Ospedale psichiatrico perché rifiutate dalla famiglia e dalla società non trovano altri luoghi di accoglienza. Si tratta di situazioni che un paese civile come l'Italia non può permettersi"¹⁵⁶.

Entro il 31 marzo 2012 devono essere definiti i "requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia". Tali requisiti vanno stabiliti nel rispetto dei seguenti criteri (comma 3):

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

A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza dell'OPG e della CCC sono eseguite esclusivamente all'interno di tali strutture, "fermo restando che le persone

¹⁵⁶ N. Graziano, www.psichiatriademocratica.com, 4 marzo 2012.

che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale” (comma 4).

Vengono stanziati 117 milioni di euro per l'anno 2012 e 57 milioni per il 2013 per affrontare gli oneri derivanti dalla realizzazione e riconversione delle strutture, mentre vengono stanziati 38 milioni di euro per il 2012 e 55 milioni di euro annui a partire dal 2013 per il loro funzionamento e per l'adeguamento del personale qualificato.

“Metà delle risorse verranno divise tra le Regioni in base alla popolazione residente, mentre l'altra metà sarà ripartita il base al numero dei soggetti attualmente internati negli OPG suddivisi per Regione di residenza”¹⁵⁷.

Articolo C.P.	Prima	Dopo la Legge 9/2012
Art. 222 c.p.	OPG	Comma 2 art. 3 “svuota-carceri”
Art. 212 c.p.	OPG	Comma 2 art. 3 “svuota-carceri” / sezione in carcere
Art. 206 e 312 c.p.	OPG	Comma 2 art. 3 “svuota-carceri” / sezione in carcere / esterno
Art. 219 c.p.	OPG	sezione in carcere / esterno
Art. 111 DPR 230/2000	OPG	sezione in carcere
Art. 148 c.p.	OPG	Comma 2 art. 3 “svuota-carceri” / sezione in carcere
Art.112 DPR 230/2000	OPG	sezione in carcere

Tabella 11: categoria giuridica e nuova destinazione in base alla L. n. 9/2012 (Fonte: A.M. Pagano, 2012)

Il 1° ottobre 2012 viene pubblicato il Decreto sui “requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali”, approvato dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia e d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni, che definisce come dovranno essere organizzate le nuove strutture: dovranno avere al massimo 20 posti letto, con locali di servizio comune (cucina, lavanderia, ecc.) e locali per le attività sanitarie. L'area esterna deve avere uno spazio verde e l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna non compete né al SSN né all'Amministrazione penitenziaria ma verrà stabilita attraverso appositi accordi con la Prefettura. Il Responsabile della struttura, che sarà un medico

¹⁵⁷ Il riparto dei fondi per le nuove strutture è stabilito nel Comunicato stampa n. 244 del 21 novembre 2012 del Ministero della Salute.

dirigente psichiatra, curerà il regolamento interno che, tra l'altro, darà disposizioni sui sistemi di sicurezza adeguati quali “sistemi di chiusura delle porte interne ed esterne, sistemi di allarme, telecamere, nel rispetto delle caratteristiche sanitarie e dell'intensità assistenziale”.

Il personale “è organizzato come equipe di lavoro multi professionale, comprendente per un nucleo di 20 pazienti:

- 12 infermieri a tempo pieno;
- 6 OSS a tempo pieno;
- 2 medici psichiatri a tempo pieno con reperibilità medico-psichiatrica 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;
- 1 amministrativo per fasce orarie programmate”.

“L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi di governo clinico”; la cosiddetta *governance* clinico-assistenziale è un approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari, per la promozione della qualità dei servizi sanitari¹⁵⁸.

6.3 La Regione Toscana

La Regione Toscana ha approvato il 3 ottobre 2011 la delibera n. 841 dal titolo “Linee guida per il superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino”. E' la prima Regione d'Italia ad aver tracciato un percorso con impegni e scadenze per il superamento dell'OPG. Le linee guida prevedono “l'urgente sanificazione e messa a norma dei locali” quale premessa per l'avvio di percorsi riabilitativi. Viene stabilita la scadenza del 31 gennaio 2012 per la dimissione di 19 internati toscani che si trovano in regime di proroga o di scadenza della durata minima della misura di sicurezza, per i quali sono già predisposti dei programmi di dimissione formulati dagli operatori di Montelupo assieme a quelli dei DSM di

158 www.salute.gov.it.

competenza. Per quanto riguarda gli internati provenienti dalle Regioni del bacino territoriale (Liguria, Sardegna e Umbria), la scadenza per la stipula dell'accordo interregionale è stabilita "presumibilmente" entro il 2011, in modo che il definitivo trasferimento degli internati alle Regioni di provenienza "potrebbe" essere realizzato entro l'anno 2012. Le fonti dei finanziamenti per le previste strutture territoriali non vengono però identificate e viene ipotizzato un riutilizzo della villa, sia pur temporaneo, con funzione esclusivamente sanitaria e con vigilanza esterna¹⁵⁹.

Il 19 dicembre 2012 la Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, con l'ausilio dei carabinieri del nucleo Nas, ha dato avvio al sequestro di un reparto dell'OPG di Montelupo Fiorentino e dell'intero OPG di Barcellona Pozzo di Gotto. La notizia è stata annunciata dal senatore Ignazio Marino nell'ambito della conferenza stampa di presentazione del bilancio delle attività della Commissione sugli OPG.

Vengono dati sette giorni di tempo per il trasferimento dei 15 internati nel reparto denominato "PESA" dell'OPG di Montelupo. Al momento sono presenti 102 internati, per lo più concentrati in un reparto completamente nuovo che è stato occupato di recente, in attesa della chiusura dell'OPG prevista per il 31 marzo 2013. Nel provvedimento di sequestro si Legge che "continuano ad essere radicalmente deficitarie le condizioni igieniche e strutturali, recando pregiudizio ai diritti costituzionalmente garantiti", quali il diritto a forme di detenzione che non siano contrarie al senso di umanità, il diritto alla salute e il diritto all'incolumità¹⁶⁰.

Gli attuali internati provengono, secondo i dati forniti dalla Direzione, per la quasi totalità dalle Regioni di competenza del bacino (tranne 8 di altre Regioni o senza residenza), ma oltre il 30% si trova in regime di proroga, reiterata da una a 23 volte, e non risulta che esistano concreti progetti per il loro rientro nelle Regioni di provenienza. Per quanto riguarda i 38 internati provenienti dalla Toscana, cui dovrebbero aggiungersi anche un certo numero di soggetti in licenza finale di esperimento, che però non sono segnalati nei tabulati dei dati forniti dalla Direzione, circa il 20% è in regime di proroga. Si rileva inoltre che il numero degli internati è in diminuzione, ma che il numero dei nuovi ingressi continua a superare il numero dei dimessi. Cesare Bondioli, Responsabile carceri e OPG per Psichiatria Democratica, in un comunicato del 4 dicembre 2012 sostiene che, al di là delle dichiarazioni

159 C. Bondioli, *Delibera della Regione Toscana n. 841. Linee guida per il superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino. Un primo passo e un'occasione mancata*, www.psichiatriademocratica.com, 27 ottobre 2011.

160 Commissione d'inchiesta SSN: *provvedimenti di sequestro per gli OPG di Barcellona Pozzo di Gotto e di Montelupo Fiorentino*, www.stopoopg.it, 19 dicembre 2012.

ufficiali, permane un rallentamento nel processo di dismissione della struttura, dato anche dal conflitto di competenze tra l'Assessore al Welfare Allocca, che ha la delega per le "questioni carcerarie", e il neo Assessore al Diritto alla Salute Marroni. Bondioli esprime preoccupazione per "i comportamenti omissivi da parte della Regione", vale a dire:

– la Regione non ha ancora apportato le modifiche previste in seguito all'emanazione della Legge 9/2012 alla delibera 841 dell'ottobre 2011, che prevede il riutilizzo dell'OPG;

– la Regione ha chiesto di accedere al fondo di riparto per la realizzazione delle strutture sanitarie per il superamento dell'OPG previste dalla Legge, presentando un progetto per quattro strutture (una a valenza regionale con protezione perimetrale per 15 posti e una da 10 posti in ciascuna Area vasta¹⁶¹) ma non risulta che nessuna di queste strutture sia stata concretamente individuata. In questo modo, scrive Bondioli, la credibilità del progetto tanto verso gli operatori, quanto verso le altre istituzioni coinvolte (dalle ASL, alla Magistratura, al Ministero) risulti gravemente inficiata;

– non risulta che le Regioni del bacino di Montelupo abbiano elaborato concreti piani per la dimissione dei loro internati, né tanto meno fissato tempi certi, ma non risulta nemmeno un'adeguata azione di sollecitazione e coordinamento in questo senso da parte della Regione Toscana;

– per quanto riguarda gli internati, le dimissioni realizzate e quelle future sono affidate all'iniziativa dei singoli DSM ma non risulta, per esempio, che la Commissione sul Governo Clinico abbia fatto della dimissione degli internati un obiettivo prioritario su cui, ad esempio, valutare i dirigenti analogamente a quanto avrebbe fatto per i direttori sanitari¹⁶²;

– manca il sostegno da parte della Regione per quanto riguarda l'attuazione dei

161 La Regione Toscana, con delibera di Giunta n. 538/2006 ha introdotto l'articolazione organizzativa della Regione in tre Aree vaste: Centro, Sud-est, Nord-ovest, che si occupano di programmazione della formazione continua. Ne fanno parte le Aziende Ospedaliere universitarie, gli ESTAV (Ente per i servizi tecnico- amministrativi di Area vasta) e le Aziende sanitarie locali.

162 Il concetto di *clinical governance* (governo clinico) nasce nel Regno Unito come politica sanitaria orientata al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Con il Piano sanitario regionale 2002-04, la Toscana, inserisce il Governo clinico all'interno del sistema sanitario formalizzandone compiti e ruoli. Le attività che ne conseguono agiscono sia sul versante organizzativo che su quello culturale, inteso come gestione della conoscenza per l'assunzione di decisioni cliniche al fine di orientarle verso una maggiore efficacia e appropriatezza, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori, una corretta gestione della sicurezza del paziente ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti amministratori e cittadini (dal sito www.regione.toscana.it).

progetti di dimissione. A livello istituzionale, infatti, non vengono promossi incontri periodici tra DDSSMM e magistratura di sorveglianza per affrontare le problematiche comuni, in particolare quella della prevenzione dell'invio in OPG. Ma, d'altronde, scrive sempre Bandioli, dove possono essere inviate le persone se mancano le strutture alternative?¹⁶³

6.4 La Regione Abruzzo

Alessandro Sirolli, Presidente del Comitato Stop OPG Abruzzo, in data 26 gennaio 2013, ha gentilmente risposto alla mia richiesta di informazioni rispetto all'attuale situazione della Regione Abruzzo come segue:

“Alla data del 1°luglio 2012 risultano 23 internati in OPG provenienti dalla Regione Marche, dei quali 17 ad Aversa, 4 a Napoli, 2 a Castiglione delle Stiviere. Di questi, 5 sono appartenenti al territorio della ASL “Teramo”, 5 alla ASL “Pescara”, 11 alla ASL “Chieti”, 2 alla ASL “L'Aquila”. Ad oggi risultano dimessi 2 internati della ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila. Il primo dato è ufficiale, mentre il secondo è stato comunicato al Comitato Stop Opg Abruzzo dal Referente della Regione per il superamento degli OPG. La Commissione parlamentare presieduta da Ignazio Marino riferiva di 34 internati e “supponiamo” che la differenza di 11 persone si riferisca a quelle ricoverate in strutture fuori Regione. Ancora non riusciamo ad avere un formale incontro con il commissario alla Sanità della Regione per chiarire la situazione. Sul numero di 23, due persone risultano prese in carico dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL n. 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila e, prima dell'unificazione delle due ASL di L'Aquila e Avezzano-Sulmona, appartenevano al territorio di quest'ultima.

Anche se non dichiarato ufficialmente dalla Regione, risulta l'intenzione (informazioni trapelate dalle riunioni dei Direttori dei DSM e da nota scritta al comitato dal referente regionale) di istituire “quattro strutture residenziali, una per provincia, a sola assistenza sanitaria, sia per accogliere i pazienti provenienti dagli OPG sia altri pazienti bisognosi di riabilitazione”, il tutto senza specificare il numero di persone/posti letto per ciascuna di esse.

Sempre su nota scritta del Comitato si Legge: “Con Deliberazione n. 231 del 16

¹⁶³ C. Bandioli, www.stopopg.it, 4 dicembre 2012.

aprile 2012, la Giunta regionale ha definito la programmazione negli Istituti penitenziari della Regione di articolazioni del Servizio sanitario per l'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette, come da DPCM 1° aprile 2008”, prevedendo a Vasto 3 camere detentive destinate ai detenuti comuni, a Pescara 5 camere detentive per detenuti comuni e Collaboratori di giustizia, a Teramo 2 camere detentive per uomini “reparto protetti” e 2 camere per donne, a L'Aquila 2 camere detentive per detenuti di cui all'articolo 41 bis 2° comma L. 354/1975, a Sulmona 3 camere detentive per adulti “alta sicurezza” e 2 camere per gli internati di cui al codice penale L. 354/75, a Lanciano 2 camere detentive di cui una ad alta sicurezza e una per sezione Z (familiari detenuti dei Collaboratori di giustizia)”. Prosegue Sirolli: “Sempre a nota del Referente regionale per il superamento degli OPG “dette camere di degenza, come da succitato DPCM 1° aprile 2008, sono state istituite per i casi di infermità psichica sopravvenuta nel corso della detenzione o condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente. Quindi non rientrano nelle strutture previste per il superamento dell'OPG, perché in nessun modo ne possono rappresentare un'alternativa. Si è pensato invece, soltanto per periodi di tempo limitatissimi, di utilizzarle momentaneamente in modo da facilitare la presa in carico da parte dei CSM evitando problemi legati alla distanza da Aversa e da Napoli”.

I fondi per la costituzione delle strutture non sono stati richiesti dalla Regione e dubito che lo saranno nei termini dei 60 giorni di Legge.

Sui progetti personalizzati nulla si prevede. Sugli internati rimasti ad Aversa, Napoli e Castiglione d.S. (21 persone) non risulta nessun progetto presentato dai DSM”.

6.5 La Regione Emilia Romagna

L'Assessore regionale alla Sanità Carlo Lusenti il 24 settembre 2012, intervenendo a un convegno a Reggio organizzato nell'ambito della settima edizione della “Settimana per la salute mentale”, ha fatto sapere che la nuova struttura sanitaria che sostituirà l'OPG di Reggio Emilia accogliendo i pazienti di tutta la Regione, sarà aperta nella stessa città¹⁶⁴.

164 *“Lusenti: La struttura regionale che sostituisce l'OPG verrà fatta a Reggio”*,

L'Assessore regionale motiva la proposta citando i risultati positivi raggiunti dall'ospedale reggiano, che è stato accorpato al carcere, dove era convinto “di trovare una situazione simile a quella di due anni fa, invece nel bacino reggiano sono stati fatti significativi passi in avanti per la tutela della salute mentale e fisica dei detenuti, come l'aumento dei professionisti, l'apertura delle celle in orario diurno in quattro reparti su cinque e la predisposizione di strumenti per l'incentivo alle dimissioni”¹⁶⁵.

A Reggio Emilia operano 83 professionisti, di cui 32 infermieri, 35 operatori socio-sanitari, 3 psicologi e 6 medici a cui si aggiungono anche i tecnici della riabilitazione psichiatrica. Al 31 agosto 2012 si contavano 251 internati (con una capienza regolamentare di 131 posti), di cui 70 in licenza finale di sperimentazione. Dei 251, 50 sono emiliano-romagnoli e di questi, 22 in licenza finale di sperimentazione. I restanti 201 provengono dalle altre Regioni del bacino di riferimento e, in particolare, dal Veneto 47, di cui 9 in licenza, 7 dal Trentino Alto-Adige di cui 4 in licenza, 7 dal Friuli Venezia Giulia di cui 6 in licenza e dalle Marche 14, di cui 4 in licenza. A questi si aggiungono 22 internati senza fissa dimora e quelli extra-bacino, che sono 45 della Lombardia, 16 del Piemonte, 8 della Liguria, 3 della Toscana e 3 della Sicilia, 1 ciascuno per Lazio, Campania, Valle d'Aosta, Sardegna, Puglia, Calabria¹⁶⁶.

L'Assessore annuncia che la nuova struttura avrà una capienza di 40 posti e che le risorse sono “sufficienti, quantitativamente adeguate”, tanto che “se oggi dovessimo entrare a regime, lo faremmo senza difficoltà”. Ma, nonostante i finanziamenti siano adeguati e pronti all'uso, “il termine previsto dalla normativa sarà difficilmente rispettato”, in quanto, dice sempre Lusenti, il termine di sei mesi è “un'utopia positiva, per quanto condivisibile”.

Mila Ferri, responsabile del Servizio di salute mentale della Regione, rende noto che la Regione Emilia Romagna ha presentato al Ministero un progetto per uno studio di fattibilità delle strutture, progetto sia strutturale che organizzativo, e afferma: “Noi pensiamo di superare gli OPG attraverso la presa in carico dei nostri residenti emiliano-romagnoli e stimiamo un fabbisogno di 40 posti perché oggi in OPG siamo a 28 emiliano-romagnoli, più qualche persona senza fissa dimora, più le donne a Castiglione delle Stiviere”. Ferri quindi, diversamente da quanto annunciato da

www.ilrestodelcarlino.it, 24 settembre 2012.

¹⁶⁵ Ibidem.

¹⁶⁶ *Emilia Romagna, “Stop Opg: A rischio la scadenza di marzo”*, www.superabile.it, 30 settembre 2012.

Lusenti, sostiene la necessità di due strutture: una più intensiva per l'accoglienza, l'altra più riabilitativa¹⁶⁷.

6.6 La Regione Marche

Il Presidente dell'Associazione Libera Mente Vito Inserra il 27 gennaio 2013 ha cortesemente risposto alla mia richiesta di informazioni come segue:

“Gli internati in OPG, secondo l'ultima fotografia della situazione fatta di recente nel 2012, sono 22: si trovano concentrati a Reggio Emilia e di questi 4 sono stati dichiarati dimissibili e non sono stati ancora presi in carico dai DSM”.

Per quanto riguarda le nuove strutture, Inserra scrive che “è stato deciso il nuovo impianto regionale sostitutivo all'OPG: il progetto è già stato inviato a settembre al Ministero; la struttura, che sarà costruita ex novo, prevede 20 posti letto con un costo indicato di 3,5 milioni di euro. La struttura, stando al progetto, sarà gestita dal DSM, con video sicurezza interna in località Fossombrone (Puglia). E' stata istituita ed è già operativa una sezione per i detenuti in osservazione nelle fasi processuali, prima del processo, con due posti letto, nel carcere di Ascoli Piceno”.

La spesa per l'assistenza è stata inserita nei LEA ma il trasferimento delle risorse non è ancora stato effettuato.

Per quanto riguarda le problematiche che la Regione sta fronteggiando e che sono d'ostacolo all'attuazione della Legge 9/2012, Inserra segnala i “problemi locali nell'Azienda sanitaria regionale: è infatti in corso il riordino organizzativo degli attuali 13 DSM che, in seguito alla semplificazione del territorio, a breve diventeranno 5”.

A livello istituzionale e operativo, “la Giunta regionale ha nominato un sottocomitato esecutivo che segue tutta la faccenda e prende decisioni che poi vengono riportate alla Conferenza Stato-Regioni attraverso il macro bacino regionale; all'interno di esso è presente il Tavolo Regionale Salute Mentale”, composto da circa 15 persone tra cui specialisti, “rappresentanti della burocrazia regionale” e lo stesso Vito Inserra.

Inserra mi informa inoltre di aver bocciato, a nome del Tavolo regionale, la proposta della location di Fossombrone “in quanto in contraddizione con gli aspetti elementari della letteratura della riabilitazione psichiatrica che, com'è noto ubi et orbi,

¹⁶⁷ Ibidem.

prevede sempre la contaminazione ambientale per la guarigione sociale...cosa che, in questo caso, non avverrà mai culturalmente prima ancora che fattivamente, in quanto quella città è sede di un carcere storico, che ha avuto una sua connotazione, fino a poco tempo fa, come impianto di massima sicurezza”.

6.7 La Regione Campania

L'8 novembre 2012 una delegazione di Dirigenti nazionali di Psichiatria Democratica ha visitato l'OPG di Napoli e, assieme al magistrato di sorveglianza, la Direzione, il personale medico e della polizia penitenziaria, ha incontrato le persone recluse. Nonostante l'impegno dimostrato dagli operatori dell'OPG, è emersa una “evidente quanto preoccupante condizione di stallo e, quindi, un ritardo dell'intero processo di superamento della struttura”. Risulta che il numero degli internati sia addirittura aumentato rispetto alla visita precedente, mentre le risorse a disposizione sono diminuite e i progetti individualizzati terapeutico-riabilitativi sono praticamente inesistenti, causa la perdurante latitanza delle ASL e delle Regioni responsabili¹⁶⁸.

Alla data della visita, i soggetti ancora reclusi per i quali si attende un'adeguata collocazione territoriale provenienti dalla Campania sono 37; i cittadini laziali sono 25, cui si aggiungono alcune persone senza fissa dimora e altre provenienti da Regioni non facenti parte del bacino territoriale di competenza (Puglia, Calabria, Basilicata, Emilia Romagna, Sicilia, ecc.). Tante sono ancora le persone in regime di proroga cui si aggiungono persone anziane che dovrebbero trovare ospitalità in piccole strutture integrate del territorio per la terza età¹⁶⁹.

Il cappellano dell'OPG di Napoli scrive che “voci di corridoio” parlano di una proroga quasi certa, la quale potrebbe essere estesa addirittura fino al 2015, forse anche oltre. La motivazione è quella delle relative buone condizioni igienico-sanitarie dell'istituto che è di recente costruzione, con personale qualificato, di dimensioni contenute, con un alto livello di sicurezza e sette volte meno costoso di Castiglione delle Stiviere¹⁷⁰.

Il 22 novembre 2012 una delegazione di esponenti nazionali di Psichiatria

168 Comunicato stampa pubblicato l'11 novembre 2012, consultabile sul sito www.psichiatriademocratica.com.

169 Ibidem.

170 Fra' Sereno De La Salle, www.ispcapp.org, articolo pubblicato presumibilmente a gennaio 2013.

Democratica ha fatto visita all'OPG di Aversa, per constatare le condizioni dei reclusi e lo stato delle dimissioni stabilite dalla Legge n. 9/2012. Ne è emerso che le persone recluse sono 170, numero di poco inferiore rispetto alla visita precedente effettuata in aprile. Il personale dell'OPG attribuisce le ragioni dell'esiguo numero di dimissioni alle difficoltà di rapporti con le ASL e con i diversi Dipartimenti interessati, che comportano "l'assenza di processi di presa in carico reali, azioni costantemente sostituite da fitte e improduttive corrispondenze cartacee". Sono presenti 50 detenuti in proroga, con diversi casi di numerose proroghe consecutive (il cosiddetto "ergastolo bianco") e in generale si rileva il mancato rispetto degli ambiti di appartenenza, dato che sono presenti internati anche da Veneto, Lombardia, Liguria, Basilicata, Calabria, ecc., ma anche cittadini senza fissa dimora¹⁷¹. Un dato positivo è che quasi tutti gli internati campani si trovano nei due OPG della Campania, essendo stata completata l'aggregazione prevista dal DPCM 2008 (una internata di trova a Castiglione e uno a Barcellona P.G.)¹⁷².

In Regione, con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 38 del 19 febbraio 2010, confermato dal DPGR n. 177 del 2010, è stato istituito l'Osservatorio sulla sanità penitenziaria; al suo interno vi è il Gruppo per il superamento degli OPG, che è molto attivo e che promuove e coordina le azioni nelle ASL, ognuna delle quali ha al suo interno un rappresentante.

Col Decreto n. 64 del 19 giugno 2012, la Regione Campania ha stabilito che il percorso per il definitivo superamento degli OPG dovrà prevedere: a) l'uscita dagli attuali OPG di tutte le persone che possono essere prese in carico dai DSM, con contestuale o successiva revoca delle eventuali misure di sicurezza; b) l'inserimento nelle articolazioni sanitarie per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari; c) l'inserimento nei servizi residenziali territoriali per le misure di sicurezza delle persone presenti in OPG ai sensi dell'articolo 222 c.p.; d) l'inserimento in uno dei tre precedenti percorsi successivamente a una ridefinizione dei bisogni, delle risposte terapeutico-riabilitative ed eventualmente delle posizioni giuridiche, per tutte le persone presenti in OPG. Nel medesimo Decreto viene decisa la creazione in ogni ASL di un Servizio per la tutela della salute mentale in carcere, in collegamento funzionale col DSM e centralmente coordinati a livello di Azienda e di Regione¹⁷³.

171 *Psichiatria Democratica* esprime forte preoccupazione dopo la nuova visita all'Ospedale psichiatrico di Aversa, www.psichiatriademocratica.com, 23 novembre 2012.

172 Informazione ricevuta da F. Schiaffo, docente di criminologia presso l'Università di Salerno, il 3 febbraio 2013.

173 Dott. Antonio Maria Pagano, Responsabile ASL Salerno e membro del Tavolo regionale

La maggior parte delle ASL campane non si stanno occupando del problema, marginalizzandolo, fanno eccezione le ASL salernitana e casertana. In particolare Salerno ha seguito molto da vicino l'organizzazione della struttura destinata agli internati da dimettere, ma il progetto ha incontrato forti resistenze. Sono state individuate allora due strutture nella provincia della città, le quali per ora non sono attive né attrezzate¹⁷⁴.

Nella ASL di Caserta è prevista la realizzazione di due strutture (una ubicata in una frazione dell'alto casertano e l'altra nell'area perimetrale dell'Ospedale Civile di Piedimonte Matese) da 20 posti letto ciascuna per l'accoglimento temporaneo di ex internati dell'OPG, dove potrebbero venirvi trasferiti anche gli ex ricoverati ultra sessantacinquenni dell'Ospedale psichiatrico. La Direzione del DSM ha richiesto ai responsabili delle UOSM di stilare una lista con i nomi dei possibili destinatari di tali strutture¹⁷⁵.

6.8 La Regione Sardegna

Nel 2004 la Sardegna era la Regione che contava il maggior numero di persone in OPG, rispetto alla popolazione residente: 74 internati, più del doppio della media delle Regioni italiane, che era di 20 internati per milione di abitanti. Sempre nel 2004 il Governo aveva progettato la costruzione di due centri clinici psichiatrici forensi, uno in Calabria, a Gerace, e uno in Sardegna a Ussana, in provincia di Cagliari. La Regione sarda aveva così deliberato la costruzione di un centro da 90 posti letto, che non è stato mai realizzato poiché la nuova giunta insediatasi nel 2005, ne ha revocato la costruzione. Sull'esempio della Sardegna, anche la Calabria nel 2006 ha bloccato l'istituzione del centro di Gerace.

Nel 2005 la Regione Sardegna ha inoltre adottato una convenzione con il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria per garantire l'assistenza psichiatrica in carcere ed è stato stanziato un fondo per la realizzazione dei progetti personalizzati finalizzati alle dimissioni e alla presa in carico delle persone reclusi in OPG. Nel 2006 è così incominciato il lavoro di assistenza psichiatrica in carcere e sono state

Superamento OPG e Salute Mentale in Carcere, Relazione di presentazione del Servizio tenutasi al Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria a Milano in ottobre 2012.

174 F. Schiaffo, informazioni ricevute il 3 febbraio 2013.

175 A. Maione, *La criticità della rete dei servizi di salute mentale nella provincia di Caserta*, www.forumsalutementale.it, 20 gennaio 2013.

stipulate le Convenzioni con la Casa Circondariale di Cagliari e la Casa di Reclusione di Isili. La prima prevede l'entrata giornaliera di un'equipe multidisciplinare del Centro di Salute Mentale, che gestisce la presa in carico delle persone detenute del proprio territorio con problemi di salute mentale e dei detenuti già in carico prima dell'esecuzione della condanna alla reclusione. Tra il 2006 e il 2009 la Regione Sardegna ha registrato un calo dei gesti di autolesionismo e dei tentativi di suicidio all'interno delle carceri, quindi un calo degli invii agli OPG. Giovanna Del Giudice, portavoce del Forum Salute Mentale e direttrice del DSM dell'ASL di Cagliari in quegli anni, in un'intervista recente spiega che questi importanti risultati sono stati ottenuti grazie al rafforzamento complessivo del sistema dei servizi di salute mentale e la riqualificazione della presa in carico, svolti all'interno di un importante rapporto sviluppatosi con la magistratura di sorveglianza la quale, in passato, "aveva svolto un'azione quasi di supplenza rispetto alle carenze dei servizi di salute mentale e di tutela dei contesti familiari e sociali, inviando pazienti in OPG, anche per reati di poco conto, ma reiterati. Si era riusciti a costruire questo rapporto rendendosi disponibili, come Direzione dei Servizi di salute mentale, a essere immediatamente informati in relazione a un reato commesso da una persona seguita dai servizi o in genere che presentava un disagio mentale e mettendo in atto, attraverso il servizio di competenza, una presa in carico forte, alternativa all'invio in OPG. Per questi motivi in quegli anni diminuiva in maniera significativa anche il numero di invii dal territorio"¹⁷⁶. Così, gli operatori hanno incominciato a visitare gli internati sardi, i quali a poco a poco hanno fatto rientro nelle proprie case o, più spesso, in comunità terapeutiche, con il risultato che nel 2009 il numero delle persone sarde ancora recluse era sceso a 44. Oggi la Sardegna, secondo gli ultimi dati, conta 31 persone internate in OPG, la maggior parte delle quali si trova a Montelupo Fiorentino¹⁷⁷.

Il 26 aprile 2012 l'Assessore regionale alla sanità Simona De Francisi, nel corso di una conferenza stampa sulla presentazione delle linee guida per l'ordinamento della sanità penitenziaria, fa sapere che l'intenzione è quella di creare nell'isola centri idonei alla cura dei pazienti più pericolosi. "Stiamo individuando due strutture per ospitare questi detenuti a Cagliari e in Ogliastra" ha detto l'Assessore, "si tratta solo di definire quali saranno le misure di sicurezza appropriate da adottare". De Francisi

¹⁷⁶ D. Pulino, *Un'alternativa all'OPG. Intervista a Giovanna Del Giudice*, www.forumsalutementale.it, 15 dicembre 2012.

¹⁷⁷ Ibidem.

ha aggiunto che la Regione sta lavorando assieme alle Regioni che afferiscono al bacino territoriale di Montelupo (Toscana, Liguria, Umbria) “per favorire le dimissioni e diminuire gli ingressi dei pazienti, in modo tale da inserirci in un percorso appropriato” a favore dei detenuti, i quali potranno così essere assistiti nelle nuove strutture sanitarie, attraverso validi e condivisi percorsi riabilitativi¹⁷⁸.

6.9 La Regione Lombardia

La Regione Lombardia conta circa 250 internati, dei quali però circa un centinaio non si trovano in Regione, ma in altri OPG¹⁷⁹.

Dalle ricerche svolte tramite internet risulta che sono state costruite due strutture per ex internati. Una si trova sempre a Castiglione ed è la comunità protetta “Gonzaga”, pensata come “tappa intermedia” tra l'OPG e la dimissione. La struttura è parte integrante dell'Azienda Ospedaliera “Carlo Poma” di Mantova ed è attiva dal 21 marzo 2011. Ha una capacità di 40 posti (20 per uomini e 20 per donne). “Per la ristrutturazione della palazzina”, informa Antonino Calogero, “è stato speso un milione di euro, cui vanno aggiunti 800 mila euro per l'assunzione del personale composto da 18 operatori sociosanitari, 8 infermieri, 2 psichiatri, due educatori professionali, un medico dirigente, un assistente sociale e uno psicologo”; all'interno del “Gonzaga”, infatti, non è previsto personale penitenziario¹⁸⁰.

Su iniziativa del Fatebenefratelli, è stata inaugurata il 16 aprile 2012 a Cernusco sul Naviglio in provincia di Milano, la comunità “Fra Raimondo Fabello”, per i reclusi che escono dagli OPG. La direzione del Fatebenefratelli spiega che la struttura è di 16 posti e “vuole essere di supporto al progetto di chiusura degli OPG, offrendo agli ospiti in dimissione l'accompagnamento al reinserimento territoriale nelle varie forme: in casa propria oppure in una struttura residenziale più leggera per la prosecuzione del programma riabilitativo”. Si tratta dunque di una tappa intermedia per le persone che escono dagli OPG che hanno alle spalle esperienze familiari difficili o non hanno una rete sociale pronta a riaccoglierli e a sostenerli in modo adeguato, per

178 *Chiusura OPG, Regione pronta a far rientrare i 33 pazienti sardi*, www.redattoresociale.it, 26 aprile 2012.

179 D. Pulino, *Op. Cit.*

180 *Castiglione delle Stiviere: per gli ex internati dell'OPG c'è la comunità protetta “Gonzaga”*, www.redattoresociale.it, 19 aprile 2011.

accompagnarli in un percorso di autonomia¹⁸¹.

Da quanto reso noto dalla Direzione generale dell'assessorato alla sanità Regione Lombardia, difficilmente verranno rispettate le date indicate dalla Legge 9/2012. La DG riporta anche "l'assente rapporto, sia a Roma che a Milano, con la magistratura nel suo insieme, in specie con quella inquirente, che con le sue autonome decisioni, alimenta l'afflusso agli OPG e l'assegnazione dei rei-folli agli stessi. Positivo invece il rapporto con la magistratura di sorveglianza che opera in condizione di grande difficoltà". La Direzione lamenta poi l'assenza di collaborazione da parte della Regione Piemonte, che fa parte del bacino territoriale di Castiglione, ed evidenzia criticità legate al rapporto tra operatori sanitari delle carceri e amministrazione penitenziaria nello svolgimento dei rispettivi compiti. La Direzione parla poi dell'avvenuta, positiva collocazione di 300 persone in uscita dall'OPG, in gran parte in strutture residenziali del territorio, frutto della positiva collaborazione tra DSM e la Direzione degli istituti penitenziari. Informa infine della scelta di "attivare quattro strutture di 20 letti per le internate e gli internati lombardi e di intervenire sul complesso di Castiglione per attivare altre unità di trattamento, dopo radicali interventi di ristrutturazione"¹⁸².

In un articolo di più recente pubblicazione, si parla di un progetto della Regione Lombardia, in base al quale Castiglione verrà trasformato in cinque comunità autonome, con 20 ospiti ciascuna. Il consigliere regionale Franco Mirabelli spiega che "lo stanziamento per realizzare le comunità ammonta a 180 milioni in tutta Italia. Rispetto ad altri Ospedali giudiziari d'Italia, però, il lavoro da fare in provincia di Mantova sembra molto ridotto: le camere non danno l'idea di un carcere e c'è la possibilità di fare attività all'aria aperta". Nel frattempo la struttura continua ad ospitare 310 persone provenienti anche da Piemonte e Veneto, quando i posti disponibili sarebbero 200¹⁸³.

181 *A Cernusco sul Naviglio nasce una comunità per reclusi che escono dagli OPG*, www.redattoresociale.it, 11 aprile 2012.

182 *Comitato regionale Stop Opg Lombardia: resoconto dell'incontro con la Regione Lombardia del 19 aprile*, www.stopopg.it, 23 aprile 2012.

183 *L'OPG di Castiglione delle Stiviere sarà trasformato in 5 comunità*, www.redattoresociale.it, 9 ottobre 2012.

6.10 La Regione Veneto

Il comitato Stop OPG della Regione Veneto, in seguito a un incontro con i funzionari regionali delegati dall'Assessore alla sanità Luca Coletto, ha pubblicato un comunicato stampa nel quale riferisce le informazioni apprese rispetto all'attuazione della Legge 9/2012: “la Regione monitora ormai da qualche anno, in collaborazione con i DDSSMM, la situazione degli internati” provenienti dal Veneto. I dati più aggiornati riferiscono una presenza di 64 internati uomini, di cui 48 a Reggio Emilia, e 7 donne, tutte a Castiglione delle Stiviere. Secondo quanto riferito dalla Regione, “queste persone sarebbero tutte già in carico ai servizi, ma soltanto per alcune sono stati attivati i progetti personalizzati di cura e riabilitazione in grado di consentirne la dimissione allo scadere (spesso già avvenuto) della misura di sicurezza. La maggior parte di loro, invece, sarebbe stata giudicata dagli stessi servizi di competenza “non dimissibile”, per ragioni che vanno da pregressi fallimenti di dimissioni già attuate a diagnosi di disabilità multiple, cronicità grave, ecc.”¹⁸⁴.

Con la delibera n. 2089 del 7 dicembre 2011, la Regione Veneto ha stanziato 400.000 euro per il progetto “Intervento di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale”, quale incentivo per i DDSSMM ad avviare quanto prima i progetti personalizzati a favore degli internati dimissimili.

Per quanto riguarda le nuove strutture, già al 30 dicembre 2010 erano stati approvati il progetto e i relativi finanziamenti per la costruzione di una “struttura intermedia di accoglienza per l'inserimento dei pazienti psichiatrici attualmente internati in OPG e dimissibili” a valenza sperimentale, che avrà sede nella provincia di Verona e alla quale farà seguito una struttura equivalente supplementare.

E' stata inoltre istituita una Commissione regionale della quale fanno parte quattro direttori di DSM, che sta studiando le modalità di realizzazione di “una struttura ad alta sorveglianza a Venezia-Giudecca, che dovrebbe prevedere due sezioni da 20 posti ciascuna. Secondo i funzionari regionali, con la creazione di questa struttura ad elevata protezione, la Regione si limita a dare attuazione a quanto previsto dalla Legge, in considerazione dei dati epidemiologici disponibili che calcolano il fabbisogno di un numero di posti letto pari a 1 ogni 100.000 abitanti”¹⁸⁵.

¹⁸⁴ Report dell'incontro Comitato Regionale Veneto. Comunicato stampa, www.stopopg.it, 23 maggio 2012.

¹⁸⁵ Report dell'incontro Comitato Regionale Veneto. Comunicato stampa, www.stopopg.it, 23 maggio

6.11 La Regione Calabria

Stando a quanto si Legge in un articolo del 22 gennaio 2013, la Regione Calabria non ha ancora avuto accesso al finanziamento previsto dalla Legge 9/2012. Si tratta di 6,5 milioni di euro che al momento sono fermi perchè il Ministero dell'economia e il CIPE non hanno ancora dato il via all'erogazione dei fondi.

La Calabria ha elaborato “un piano degli interventi che prevede l'attivazione in uno dei reparti dell'ex Ospedale psichiatrico di Girifalco (in provincia di Catanzaro) di una comunità residenziale che andrà ad accogliere una parte dei pazienti che derivano dalla chiusura dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (dove ci sono circa 40 internati calabresi). (...) I tempi previsti per la ristrutturazione e per la messa in opera della struttura di Girifalco saranno di almeno un anno”. Mario Nasone e Giacomo Panizza, due esponenti del mondo sociale del territorio calabrese, lanciano l'allarme, dicendo che “se non ci sarà una proroga, o la previsione di altre soluzioni alternative, gli attuali internati calabresi rischiano di essere trasferiti in carcere o semplicemente messi sulla strada”¹⁸⁶.

6.12 La Regione Puglia

In base a quanto previsto dall'Accordo tra Governo e Regioni del 13 ottobre 2011, la Regione Puglia ha sottoscritto, assieme alle Regioni del medesimo bacino territoriale (Sicilia, Calabria, Basilicata) un Accordo di Programma, con il quale “si impegna a realizzare le azioni di propria competenza necessarie per la completa attuazione del percorso di superamento dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, promuovendo, in ogni fase del percorso, la gestione uniforme ed omogenea dell'assistenza sanitaria a tutte le persone internate, attraverso adeguate modalità di coordinamento tra le amministrazioni coinvolte”¹⁸⁷. Con il DD n. 90 del 28 marzo 2012 la Regione ha istituito un Nucleo tecnico regionale per il superamento degli OPG, in cui è presente una qualificata rappresentanza dei DDSSMM, del Provveditorato

2012.

186 “Erogare le risorse per gli OPG calabresi”. Appello di Nasone (Agape) e don Panizza (Progetto Sud), www.redattoresociale.it, 22 gennaio 2013.

187 Risposta dell'Assessorato alla Salute della Puglia a firma della dr.ssa Maria De Palma e del dott. Fulvio Longo alla richiesta di informazioni da parte del Comitato Stop OPG Regione Puglia, www.stopopg.it, 3 dicembre 2012.

regionale dell'amministrazione penitenziaria (PRAP), della magistratura e dell'Università, che sta monitorando tutta la fase di applicazione della Legge e organizzativa.

Stando a quanto comunicatomi il 1° febbraio 2013 da Antonella Morga, portavoce del Comitato pugliese Stop OPG, gli internati della Regione Puglia attualmente in OPG sono 58, di cui 47 a Barcellona P.G. e 11 ad Aversa. Nel corso del 2012 sono stati dimessi 26 internati, avviati in varie Comunità riabilitative assistenziali psichiatriche (CRAP) della Regione. Al 1° febbraio 2013 i soggetti autori di reato che si trovano ospitati in CRAP pugliesi sono 175¹⁸⁸. La magistratura di fatto non sta più inviando in OPG tali soggetti e li indirizza nelle CRAP, che però non sono attrezzate per la gestione di tali problematiche. La presa in carico di tutti questi utenti da parte dei DDSSMM provinciali dovrebbe essere in corso; su questo la Regione ha fatto insistenze, sollecitando con circolari puntuali i servizi competenti.

Morga scrive che le strutture per autori di reato ad oggi previste, a fronte di una utenza destinata a crescere, dovrebbero essere due, una di 20 posti letto in provincia di Foggia (probabilmente verrà riconvertito un SPDC pubblico e attrezzato alla nuova esigenza), ed un'altra di 40 posti, composta di due moduli da 20, separati ma interconnessi per attività e riabilitazione, in una struttura pubblica in provincia di Taranto. Si tratta dunque di strutture a gestione pubblica, complessi sanitari dismessi a seguito del piano di riorganizzazione della rete Ospedaliera, che nel giro di qualche mese sarebbero pronte per funzionare, ma che attendono l'accesso alle risorse (sono già previsti stanziamenti adeguati di 44.000 euro per internato¹⁸⁹) e la pubblicazione del decreto del Ministro della Salute che le indichi e autorizzi.

6.13 Provincia autonoma di Bolzano

In un articolo del 29 settembre 2012 del primario del Servizio psichiatrico territoriale di Bolzano Lorenzo Toresini, si Legge che nella provincia autonoma l'inclusione dei pazienti ex OPG nelle già esistenti strutture psichiatriche territoriali non necessita di ulteriori investimenti. Negli ultimi dieci anni sono stati inseriti a

188 Dato riferitomi da Antonella Morga, ricevuto dall'Assessorato alla Salute della Regione Puglia il 1° febbraio 2013

189 Nota di risposta del Comitato Stop OPG Puglia all'Assessorato alla Salute della Regione Puglia, www.stopopg.it, 13 dicembre 2012.

Merano diversi soggetti, tutti senza richiesta di budget supplementare, poiché il budget c'è già. Scrive ancora Toresini che un unico caso ha richiesto l'intervento dello Stato che, attraverso la Conferenza Stato-Regioni, ha attribuito un budget *ad hoc*. Questa "è stata la conseguenza della dichiarazione del primario del Servizio di Salute mentale di Merano, che affermava la sua contrarietà all'invio ad una struttura territoriale in provincia di Trento di quello e di altri pazienti, per cui la Provincia assegnava quel budget al Comprensorio di Merano. Nella realtà non si trattava nemmeno di un caso particolarmente gravoso. Ciò che è gravoso da sopportare è il pregiudizio nei confronti di tali pazienti, quando si inseriscono nelle strutture "normali". Il caso di cui sopra comunque rappresenta l'eccezione che conferma la regola. Non c'è bisogno di budget e/o di strutture supplementari. Ciò che è importante è la collaborazione a stretto contatto con la magistratura e le forze dell'ordine, che non costituisce mai un problema. I pazienti "ex OPG" (che non sono mai totalmente incapaci di intendere e di volere), sono perfettamente in grado di comprendere il potere deterrente di una eventuale misura cautelare di tipo diverso qualora non stessero alle regole delle strutture territoriali "normali" e di conseguenza vi si attengono. Normalmente bastano i controlli regolari delle forze dell'ordine a dissuaderli altrimenti in via preventiva"¹⁹⁰.

6.14 La Regione Sicilia

Come si è già detto, la Regione siciliana non ha ancora recepito il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008 che dispone il passaggio della sanità penitenziaria alla sanità nazionale, attuato già da tempo da parte di tutte le Regioni, determinando la mancata presa in carico da parte del servizio sanitario regionale dei reclusi nell'OPG di Barcellona P.G. La Regione ha sostenuto di aver convocato un tavolo per la discussione sul recepimento del Decreto, ma questi lavori continuano da cinque anni senza aver ancora prodotti risultati tangibili¹⁹¹.

Si è già accennato anche al recente sequestro, disposto il 22 dicembre scorso, dell'intero OPG di Barcellona. Ignazio Marino, intervistato qualche giorno dopo,

¹⁹⁰ L. Toresini, *Dimissioni dall'OPG e assistenza nel territorio: l'esperienza di Bolzano*, www.stopopg.it, 29 settembre 2012.

¹⁹¹ G. Cavallo, *OPG, Marino: pazienti trasferiti in strutture idonee*, www.clandestinoweb.com, 22 dicembre 2012.

risponde alle perplessità sollevate dalla deputata radicale Rita Bernardini, la quale gli domanda dove andranno a finire le 205 persone attualmente internate: “Quando io e altri commissari, nel giugno 2010 abbiamo fatto un sopralluogo alla struttura, abbiamo trovato un uomo nudo legato al letto con delle garze utilizzate come corde con un buco per la caduta di escrementi e urine; questo è solo un esempio ed è chiaro che queste condizioni inumane dovevano essere interrotte da un provvedimento della nostra Commissione. Era intollerabile che la Regione siciliana non provvedesse a trasferire l'assistenza sanitaria di questi pazienti al Servizio sanitario nazionale. Durante l'ultimo sopralluogo, mi hanno detto, in presenza dei NAS, che per questioni finanziarie l'assistenza psicologica dei 205 pazienti internati era ridotta a un colloquio al momento dell'ingresso nell'Ospedale psichiatrico; dopodiché, che una persona rimanga 6 mesi, 6 anni o 20 anni, non ha più nessuna opportunità di cure psicologiche, perché non c'è il personale. (...) La sera stessa dell'esecuzione del nostro provvedimento, il Presidente della Regione Crocetta si è attivato per deliberare in modo che venisse affidato l'aspetto delle cure al Servizio Sanitario regionale: un passo avanti atteso da 5 anni. In secondo luogo, l'Assessore regionale alla salute Borsellino, ha immediatamente messo a lavoro un gruppo di tecnici per individuare dove trasferire le persone affinché vengano curate. Anche perché dei 205 internati, la maggior parte può e deve ritornare nei propri luoghi d'origine, seguita dai Dipartimenti di salute mentale del territorio. La stragrande maggioranza, direi il 70%, è rinchiusa contro legge” poiché non è pericolosa socialmente¹⁹².

L'ordine di sgombero dell'OPG scadeva il 18 gennaio 2013, ma è stata decisa una proroga a seguito di un incontro avvenuto “tra i massimi vertici istituzionali¹⁹³”.

L'Assessore Nicolò Marino, nell'occasione della visita del Ministro Severino all'OPG siciliano del 19 gennaio 2013, ha dichiarato che vi dovrebbero essere due strutture ritenute idonee ad accogliere i pazienti non dimissibili nella Sicilia occidentale, dove esistono più centri che si occupano della cura delle patologie mentali rispetto alle zone in provincia di Messina e Catania; si tratterebbe di strutture private. Nel frattempo, si procederà a cercare delle strutture più vicine a Barcellona per evitare trasferimenti del personale assieme alle loro famiglie ormai inserite nel contesto messinese. Al termine della sua visita, Paola Severino si è detta convinta che la

¹⁹² Ibidem.

¹⁹³ Informazioni ricevute dal prof. F. Schiaffo il 3 febbraio 2013.

struttura di Barcellona verrà adibita a carcere ordinario¹⁹⁴.

6.15 La Regione Lazio

A gennaio 2012 la Giunta regionale del Lazio ha approvato una Delibera che recepisce l'accordo adottato nella Conferenza Unificata, per il superamento degli OPG. Attraverso un apposito piano regionale viene inoltre data la via libera per la costituzione all'interno delle carceri di un reparto di osservazione psichiatrica e vengono date disposizioni per la presa in carico da parte dei DDSSMM degli internati laziali¹⁹⁵.

Con la Legge regionale n. 11 del 18 luglio 2012 la Regione ha istituito un "Fondo straordinario a favore degli internati dichiarati non socialmente pericolosi per la presa in carico degli stessi da parte dei Dipartimenti di salute mentale delle ASL". Le risorse ammontano a 1 milione di euro per l'anno 2012, da distribuire per i progetti individualizzati dei circa 160 cittadini "ex OPG", attualmente internati ad Aversa, Napoli e Castiglione delle Stiviere¹⁹⁶.

In una lettera datata 29 ottobre 2012 del portavoce del Coordinamento dei Direttori dei DSM dott. Gianfranco Palma, i Direttori dei DSM denunciano la grave carenza di personale (diminuzione del personale di circa il 30%) e dichiarano "di declinare ogni responsabilità per l'eventuale chiusura di strutture essenziali e chiedono che siano con urgenza prorogati i contratti a termine che stanno scadendo sia negli ultimi mesi del corrente anno che nei primi mesi del 2013", dal momento che il personale dell'area della salute mentale "è indispensabile per garantire i suddetti servizi minimi, quali i SPDC e i CSM". Emerge forte preoccupazione anche in merito alle "nuove incombenze relative alla dimissione degli "ex OPG", con necessità di presa in carico territoriale di nuovi utenti"¹⁹⁷.

Parrebbe quindi che, nonostante quanto stabilito a livello politico, la Regione sia in difficoltà rispetto all'attivazione delle risorse necessarie per il superamento degli

194 C. Merlino, *Il Ministro Severino all'OPG: "Sarà carcere quando la Regione Sicilia si assumerà le cure degli internati"*, www.messinaora.it, 20 gennaio 2013.

195 Lazio, *la Regione approva norme per superare gli OPG*, www.redattoresociale.it, 13 gennaio 2012.

196 Comunicato stampa del Comitato Stop OPG Lazio, www.stopopg.it.

197 Lettera inviata dal Coordinamento dei Direttori dei Dipartimenti di salute mentale delle 12 AASSLL della Regione Lazio con oggetto "Richiesta urgente intervento per grave situazione Dipartimenti di salute mentale", www.stopopg.it, 29 ottobre 2012.

OPG, come mi conferma Giorgio Cerquetani, Responsabile politiche della salute della CGIL Roma e Lazio: il processo di dimissione è rallentato sia a livello nazionale che a livello regionale, complici le varie crisi politiche e le imminenti elezioni in Lazio. Cerquetani scrive che “la presa in carico da parte dei DDSSMM sta avvenendo attraverso l’inserimento dei pazienti dimissibili in Comunità terapeutiche. Questo può andar bene come prima fase, poi però occorre la “vera” presa in carico mediante PTRI, che non può essere effettuata finché a livello centrale non vengono sbloccate le risorse che permettano le nuove assunzioni”.

Per quanto concerne le “mini” strutture, Cerquetani riferisce che nel Lazio se ne ipotizzano 4, nessuna di nuova costruzione; probabilmente verranno riconvertite le strutture dei pazienti acuti e/o di neuropsichiatria di privati accreditati. Queste sono però informazioni ufficiose in quanto formalmente non è ancora stato stabilito nulla¹⁹⁸.

6.16 Il dibattito attuale sul tema del superamento degli OPG

Una riforma della materia in tema di OPG era attesa da decenni. Un primo passo è stato compiuto dalla Corte Costituzionale, un secondo passo dal Governo, col DPCM del 2008, il terzo ed ultimo dalla Commissione parlamentare d'inchiesta guidata dal senatore Ignazio Marino, che ha portato in maniera plateale all'attenzione del legislatore l'orrore in cui 1500 persone erano costrette a vivere. Questo lungo cammino si è recentemente concretizzato nel Decreto “salva-carceri”, che con l'articolo 3-ter stabilisce il definitivo superamento degli OPG. Le modalità con cui questo superamento è stato deciso, ovvero la regionalizzazione delle strutture e la contestuale dimissione delle persone non più socialmente pericolose, non ha però soddisfatto una larga parte delle associazioni, degli operatori e degli esponenti del territorio legati al contesto della salute mentale, i quali si attendevano una riforma più profonda e radicale.

La campagna per l'abolizione degli OPG è promossa da un ampio cartello di Associazioni nazionali¹⁹⁹, che da mesi tengono vivo il dibattito in merito ad alcuni nodi

198 Informazioni ricevute dal dott. G. Cerquetani, Responsabile politiche della salute CGIL Roma e Lazio, 5 febbraio 2013.

199 Il Comitato nazionale Stop OPG è formato da: Forum Salute Mentale, Forum per il diritto alla Salute in Carcere, CGIL nazionale, Antigone, Centro Basaglia (AR), FP CGIL nazionale, Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo F. Basaglia, Coordinamento Garanti territoriali diritti dei detenuti, Fondazione Franco e Franca Basaglia, Forum Droghe, Psichiatria

critici che attendono di essere sciolti:

1) La nuova legislazione lascia invariati gli articoli del codice penale e di procedura penale riferiti ai concetti di pericolosità sociale della persona con malattia mentale che compie reato, di incapacità e di non imputabilità che sono i concetti determinanti l'invio in OPG, e che ora determineranno l'invio nelle nuove strutture le quali, tra l'altro, non hanno nemmeno ricevuto una denominazione specifica. Come scrive Maria Grazia Giannichedda: "L'OPG non è solo un luogo, è un dispositivo solidamente ancorato al codice penale che ne definisce l'oggetto (il malato di mente autore di reato o il condannato che diventa infermo di mente), la forma (misura di sicurezza) e le funzioni (cura e custodia). E poiché il codice penale non si modifica per decreto, tutto questo resta immutato"²⁰⁰.

2) Si teme la moltiplicazione di queste nuove residenze psichiatriche, le quali verranno probabilmente ritenute più appropriate sia dal punto di vista logistico sia sotto il profilo igienico-sanitario e terapeutico, fatto che potrebbe legittimare un ricorso maggiore all'invio presso di esse e l'abbassamento della soglia di accesso unitamente al sistema delle proroghe delle misure di sicurezza che invece viene mantenuto.

3) Viste le condizioni in cui versano gran parte dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, dove spesso le porte sono chiuse, ci sono sistemi di videosorveglianza e viene fatto ricorso ai mezzi di contenzione fisica su soggetti che non hanno commesso reati, ci si domanda quali saranno le reali strutturazioni delle nuove residenze cui verranno assegnati soggetti "pericolosi per sé e per gli altri".

4) Nella nuova Legge si continua a sostenere il binomio malattia mentale-pericolosità sociale, concetto fortemente criticato da più parti negli ultimi decenni e soprattutto in aperto contrasto con quanto sancito nella Legge n. 180/1978, che ha sostenuto la responsabilità e il diritto di ciascun cittadino, anche se malato di mente, di essere giudicato e, se colpevole, condannato.

5) Attraverso la diffusione di residenze dichiaratamente sanitarie ma ad alta sorveglianza, si riconsegna agli psichiatri la responsabilità della custodia e si attribuisce responsabilità penale al curante-custode, ricostruendo quel nesso cura-

Democratica, Società della Ragione, Associazione "Casa" di Barcellona Pozzo di Gotto, Ristretti Orizzonti, Cooperativa con-tatto di Venezia, UNASAM, Associazione "A buon diritto", SOS Sanità, Cittadinanzattiva, Gruppo Abele, Gruppo Solidarietà, CNCA Coord. Naz. Comunità, Fondazione Zancan, Conferenza Naz. Volontariato Giustizia, ITACA Italia, CNND Coord. Naz. nuove droghe, ARCI, AUSER, Airsam, 180amici, Legacoopsociali.

200 M. G. Giannichedda, *OPG, chiuderne sei per aprirne quanti?*, il Manifesto, 17 febbraio 2012.

custodia che era al centro del paradigma manicomiale.

6) Gli internati continuano a non avere nessuna garanzia di diritti, specie quello della fine della pena, a differenza di quanto succede nel regime carcerario; soprattutto dal punto di vista dell'assistenza legale risultano essere fortemente discriminati.

7) Con lo stanziamento dei 120 milioni di euro per la costruzione delle nuove strutture e i tempi estremamente brevi per la loro realizzazione, si prevede la proliferazione di offerta da parte di strutture private²⁰¹.

Franco Rotelli, psichiatra che per lungo tempo è stato Direttore dei Servizi psichiatrici triestini, assieme a molti altri medici, specialisti, infermieri, psicologi ed intellettuali, ha commentato negativamente la nuova Legge di superamento degli OPG, poiché in contrasto con la Legge 180, che sanciva la chiusura dei manicomi, abolendo il pregiudizio della pericolosità sociale legata alla salute mentale. In un'intervista Rotelli dichiara che "questo Decreto si incarica di cementare quel pregiudizio: tuttavia, non si è pericolosi socialmente perché si è "disturbati" ma perché si delinque. In Italia ci sono circa 600.000 persone che soffrono di disturbi mentali gravi, ma solo uno su mille commette reati. Dove sta la pericolosità sociale? [...] Di nuovo al medico viene imposto il ruolo di carceriere. Basta pensare che moltissimi Centri di diagnosi e cura sono già luoghi di contenzione: chiavistelli chiusi, elettrochoc, etc. Non è abbastanza per pensarci su come l'argomento merita?". In linea con la "proposta Corleone", Rotelli sostiene che la Legge dovrebbe punire il reato, non la persona: "chi ha commesso un reato punibile col carcere deve scontare la sua pena, matto o non matto. Chi ha ucciso stia in carcere per il tempo deciso dal Tribunale e qui sia seguito, curato, aiutato a capire, a cambiare. Ma se il crimine non meritava la detenzione, allora che il cittadino sia semplicemente affidato alla rete di assistenza territoriale". Se il giudice decide che le condizioni mentali di un cittadino sono incompatibili col carcere, dovrebbe comportarsi come fa per i cardiopatici, i diabetici gravi, ecc., i quali non hanno strutture carcerarie a loro dedicate, bensì misure alternative alla detenzione. Certo, questo percorso ha un costo, "tuttavia, il Decreto prevede che siano spesi 120 milioni di euro per allestire i nuovi piccoli manicomi, mentre altri 50 milioni vadano impiegati per la parte corrente, per la gestione delle strutture. Calcolando – riflette Rotelli – che sono 1.400 circa i detenuti negli attuali manicomi criminali, si può osservare che vengono spesi circa 50 mila euro per

²⁰¹ *I nuovi vestiti degli Ospedali psichiatrici giudiziari (a proposito di una Legge molto pericolosa)*, www.confbasaglia.org, 27 gennaio 2012.

ciascuno di loro. E qual è la struttura sanitaria che non si farebbe carico di seguire un paziente per quella cifra?”²⁰².

In un'intervista sullo stesso quotidiano, il Senatore Marino risponde alle critiche sollevate da Franco Rotelli, spiegando che ciò che gli premeva era cancellare al più presto la tortura degli Ospedali psichiatrici giudiziari e nega che questo possa essere considerato un passo indietro. “Capisco il punto messo a fuoco da Rotelli, sta tutto dentro la definizione di “pericolosità sociale”, dentro il codice di procedura penale che consente al Tribunale di dirottare un reo dalla cella all'OPG in virtù di una sentenza che accerta l'incapacità di intendere e di volere del giudicato. [...] E posso comprendere. Ma io ho a che fare con gente che è già stata giudicata. Che devo fare con i pluriomicidi affetti da gravi sofferenze psichiche? Non posso destinarli a una cella a dispetto delle disposizioni di un Tribunale. Quindi, qualcuno mi aiuta ad uscire da questo vicolo cieco? Sicuro, sono abbastanza d'accordo con Rotelli, bisognerebbe riformare il codice Rocco, ma lei crede che sia iniziativa da poco e di poco tempo? Quello schifo doveva cessare intanto. E mi pare che ce l'abbiamo fatta in un lasso di tempo sorprendentemente breve, inseguiti da un giudizio del Consiglio d'Europa che ci accusava di esercitare la tortura”. Marino non crede che le nuove strutture saranno dei “mini-OPG”, poiché al loro interno ci sarà esclusivamente personale sanitario e “per nessun motivo gli agenti di sicurezza entreranno in contatto con gli internati”. Inoltre, aggiunge il Senatore, “quando Rotelli dice: i matti colpevoli di delitti vadano in cella, non in strutture alternative, e lì si facciano curare, altrimenti ricreiamo i vecchi manicomi, resto perplesso: ha idea di che cosa voglia dire oggi in Italia pretendere una qualsivoglia cura in un carcere? Rotelli e Dell'Acqua dovrebbero con umiltà visitare qualche penitenziario per rendersi conto di questa inattualità: in cella non si cura nemmeno un raffreddore, altro che sofferenze psichiche gravi”²⁰³.

Concludendo, si può affermare che il cammino verso la vera e definitiva cancellazione degli OPG sembra ancora impervio. Il Decreto di riparto alle Regioni delle risorse per il superamento (strutture, personale, e modalità di redazione dei propedeutici programmi regionali) non è ancora stato effettuato, anche se le ultime notizie sono che lo stesso, già firmato dai Ministri, è alla Corte dei Conti per la

202 T. Jop, *Giustizia: psichiatri in rete contro la Legge che chiude i manicomi*, L'Unità, 13 febbraio 2012.

203 T. Jop, *Intervista a Ignazio Marino: “Nessun internato sarà più torturato. Chiudere gli OPG è sacrosanto”*, L'Unità, 13 febbraio 2012.

registrazione. E' pertanto verosimile una sua prossima pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, con contestuale decorrenza del termine di 60 giorni per l'invio al Ministero della salute di idonei programmi regionali²⁰⁴.

Come fa notare Corleone, ancora non è stato sciolto il quesito se gli internati sono ancora sottoposti alla gestione del DAP oppure no; il fatto che non ci sia un'individuazione chiara di percorsi, competenze e responsabilità, rende farraginoso il percorso di superamento²⁰⁵.

La soluzione proposta, emersa molto chiaramente nel corso dell'Assemblea Nazionale Stop OPG svoltasi a Roma il 12 giugno 2012, è quella di controllare i canali che fino ad oggi hanno alimentato gli OPG, attraverso:

a) un maggiore rigore nelle procedure attraverso cui la magistratura di sorveglianza procede al riesame della pericolosità. Quasi mai, infatti, in sede di riesame viene richiesta una perizia psichiatrica, momento cruciale per eludere l'applicazione di una misura di sicurezza così segregante, che poi nella pratica può avere una durata anche infinita (il cd. ergastolo bianco). In particolare, bisogna fare molta attenzione dove, a causa di un vuoto sociale e sanitario, ci sono ripetute proroghe nei confronti di persone che hanno commesso reati di modesto disvalore sociale.

b) la creazione di un *pool* di persone di potere (avvocati, giuristi, medici, ecc.), un comitato di difesa concreta dei diritti di queste persone. Capita infatti troppo spesso che gli avvocati non sappiano gestire la fase dell'esecuzione della misura di sicurezza: dopo la perizia psichiatrica svolta in fase di cognizione e la conseguente riduzione della pena, il condannato entra nel "tunnel" della misura di sicurezza, che l'avvocato ha difficoltà a gestire perché spesso non ne ha la competenza.

c) la costante formazione degli operatori della salute mentale del territorio che, in collaborazione con gli organi di giustizia, siano preparati a sviluppare progetti alternativi alle misure di sicurezza, facendosi carico soprattutto delle persone dimissibili per cessata pericolosità sociale.

d) la costante denuncia delle situazioni che vanno a ledere i diritti di salute e di cura delle persone con una patologia mentale.

204 Informazioni ricevute dal Dott. G. Nese, psichiatra della ASL Caserta, 4 febbraio 2013.

205 F. Corleone, *La rimozione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario*, www.forumsalutementale.it, 10 agosto 2012.

CONCLUSIONI

Era da decenni che si attendeva una Legge di chiusura degli OPG. Finalmente è arrivata e, se da un lato sembra un gran passo in avanti, dall'altro lascia un po' di amarezza. Si tratta infatti di un provvedimento che propone delle modifiche per lo più simboliche, che non vanno a cambiare in profondità la natura di queste istituzioni che per più di un secolo hanno dato prova di non essere una soluzione accettabile al problema della follia criminale. Il tentativo di isolare la malattia mentale, chiudendola dentro delle mura e rendendola così invisibile agli occhi della società, non ha fatto altro che accentuare lo stigma che le persone ammalate si portano appresso, conducendo alla deriva manicomiale.

Da una parte c'è chi, come il Senatore Marino, pur confidando in una futura riforma del Codice penale, si dice soddisfatto dell'imminente definitiva chiusura di quei luoghi che lui stesso ha definito "orrendi". Dall'altra si teme la proliferazione di piccoli manicomi criminali, con buone probabilità di vederli affidati ai privati e dunque completamente scollegati dalla sanità pubblica e dalle linee di indirizzo nazionali. Intanto, il termine del 1° febbraio 2013 fissato dalla Legge per la chiusura, è scaduto e, nonostante alcune Regioni abbiano tentato di rispettarlo, gli OPG sono ancora lì.

Il quadro complessivo che ne emerge è quello, abbastanza tipico per il nostro Paese, di una forte disomogeneità territoriale. Da un lato lo Stato si è limitato a dare delle disposizioni in termini di tempi e di risorse finanziarie, delegando agli Enti territoriali, già in crisi per la scarsità di risorse, i compiti più onerosi dell'organizzazione, della progettazione e del coordinamento a diversi livelli, perpetrando le differenze regionali. Dall'altro, viene da pensare che questa Legge abbia tenuto conto della fragilità dei Servizi per la salute mentale presenti su territorio nazionale, perché si limita a riproporre il modello già esistente.

L'esperienza del Friuli Venezia Giulia, e in particolare dei Servizi per la salute mentale triestini, dimostra come una via per il superamento degli OPG esista: attraverso una stretta collaborazione con le forze dell'ordine e l'amministrazione penitenziaria, l'apertura sulle 24 ore dei Centri di salute mentale, la possibilità per gli operatori di avere accesso alle carceri attuando una forte presa in carico delle persone detenute e incentivando l'applicazione delle misure alternative alla detenzione, la città di Trieste vanta il primato di non avere cittadini internati in OPG e,

a livello regionale, di essere largamente sotto la media nazionale.

Come dice Dell'Acqua, “bisogna cercare di essere ottimisti”. Probabilmente, quando a livello politico sarà presente una maggiore fiducia nei confronti dei Servizi per la salute mentale e quando questi ultimi saranno in grado di meritarsela, anche la società sarà pronta a vedersi riconsegnati i suoi matti-criminali.

Intervista al Dott. Giuseppe Dell'Acqua*

La Legge 180 è stata spesso “accusata” di aver tralasciato gli OPG, di essersi dimenticata di loro. E' una Legge che Lei ha visto nascere, avendo lavorato in quegli anni al fianco di Basaglia, e della quale ha avuto modo di osservare da vicino le varie forme in cui è stata applicata. Può spiegarmi quali sono state le motivazioni e le circostanze che hanno portato la Legge ad essere così formulata?

Io sono abbastanza critico - e anzi, mi dispiace anche un po' - quando si dice che la Legge 180 ha dimenticato gli OPG. La Legge 180, per via della sua natura, non poteva includere nel suo articolato, nel suo orizzonte di cambiamento, gli OPG. Essa ha indicato invece una strada per *affrontare* l'OPG, perché in qualche modo ha restituito, ha riportato nel diritto costituzionale le persone con disturbo mentale.

In maniera veramente molto semplificata e didascalica, è come se la Legge 180 scoprisse la Costituzione, come se dicesse: “I malati di mente, che oggi sono internati e privi di diritto, sono cittadini e, in quanto tali, hanno tutti i diritti costituzionali di cui godono tutti gli altri cittadini”.

Ed è questo quello che ha detto, tant'è che poi il dispositivo centrale della Legge è molto ridotto, visto che si è concentrata sui trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Il che sta a significare: essendo cittadina ed essendoci il diritto costituzionale, una persona, ancorché folle, cioè ancorché con disturbo mentale, ha diritto alla cura così come tutti i cittadini, in ordine e in conseguenza dell'art. 32 della Costituzione. Dunque, se questa persona non è in grado di riconoscere il suo bisogno di cura - e il disturbo mentale può contenere questa evenienza - lo Stato deve negoziare con lei e provvedere nel rispetto dei suoi diritti, e quindi garantendo al massimo le libertà costituzionali, l'informazione, etc., obbligandola però al trattamento, perché questo le restituirà la sua salute, che è suo stesso interesse, e non quello dello Stato. Il trattamento della persona malata non è più basato sulla pericolosità, non è più una

* Giuseppe Dell'Acqua è uno psichiatra, ex Direttore del DSM di Trieste, attualmente è impegnato nelle politiche della salute mentale attraverso Forum Salute Mentale del quale è uno dei fondatori, ed è, assieme a Pier Aldo Rovatti e Mico Vitrelli il Direttore della collana “180 Archivio critico della salute mentale”. E' inoltre docente a contratto presso l'Università degli Studi di Trieste presso la Facoltà di psicologia. L'intervista è stata registrata il 1° febbraio 2013.

necessità sociale, ma diventa invece un diritto di salute e di cura. In tutto questo si intravede chiaramente la questione dell'OPG, che però la Legge 180 non ha potuto contenere, perché l'OPG, in quel momento – così come lo è ancora oggi - era una conseguenza non di una Legge sanitaria, ma di una Legge penale. Allora la Legge 180 avrebbe dovuto modificare il Codice penale, che però, come sappiamo, sta ancora lì e che non so se vedrò modificato quando lascerò questo mondo...

Però quel tipo di visione diventa chiara finalmente: fino al '78 per i malati di mente la Costituzione non esisteva, dal '78 in avanti esiste. Ne è conferma il fatto che, subito dopo la Legge 180, incominciano ad essere sempre più frequenti le eccezioni di costituzionalità sull'OPG, nell'ottica del diritto alla cura del disturbo mentale. Dunque, se abbiamo chiuso gli Ospedali Psichiatrici perché sono dannosi, oltretutto inutili, per quale ragione una persona che ha commesso un reato e che ha un disturbo mentale deve essere messa in quel luogo, visto che la Costituzione prevede che ci sia uguale diritto per tutti? Per tutti? Sì, per tutti. Anche per i matti? Sì, anche per i matti.

[...] Da lì cominciano tutti gli infragilimenti degli articoli del Codice penale, dell'88, dell'89, del 222, del 206, del 148; vengono cioè messi in crisi tutti quei modi che, attraverso il Codice, conducono su una strada maestra, un'autostrada, verso il Manicomio Giudiziario. La sentenza della Corte Costituzionale del 1982 dice: «la pericolosità sociale va valutata al momento dell'ingresso [...] e va valutata sempre, perché se una persona [...] non è pericolosa socialmente, non deve stare lì; deve essere curata, ma non deve stare lì». Faranno seguito sentenze della Corte Costituzionale che aggiungeranno che anche se è pericolosa socialmente, non deve essere internata.

Quindi, ecco, mi fa un po' soffrire quando Marino dice, come anche altri, che la Legge 180 ha dimenticato i Manicomi Giudiziari. Non ha dimenticato, non li ha potuti includere. Certo, i legislatori di allora avrebbero potuto cogliere l'occasione per apporre una modifica al Codice ma, come sappiamo, la 180 è nata nella fretta dell'approvazione della Legge 833, in un periodo di eventi travolgenti, dove tra l'altro c'era Aldo Moro sequestrato e [...] un referendum che sarebbe andato avanti, quindi è stata una cosa assolutamente ciclopica, meravigliosa per come è accaduta. E poi, finiti gli anni di piombo, siamo entrati in anni di caucciù, in anni di plastica...

Quindi... io non condivido l'affermazione iniziale per le ragioni appena esposte.

Per trattare il tema degli OPG, sono partita dal rapporto tra psichiatria e giustizia. Quando nacque la psichiatria, il rapporto tra le due discipline andava di pari passo, poi nel corso degli anni hanno cominciato a marciare a velocità differenti, nel senso che la psichiatria si è riformata e la giustizia è rimasta ferma. La psichiatria in un certo senso ha avuto un ruolo subordinato a quello della giustizia, ancillare potremmo dire; mentre inizialmente condividevano il principio della difesa sociale, per cui la persona doveva essere internata in difesa della società, in un secondo momento la psichiatria ha cambiato le sue posizioni..

Quando?

Lei dice di no?

Ha fatto finta. E' chiaro che la psichiatria nasce con quest'ordine di idee, ma già a partire dalla grande mitologia della liberazione dei folli, si possono facilmente intravederne le contraddizioni: Pinel libera i folli dalle catene, ma li incatena nella malattia mentale, con tutti i pregiudizi che su essa si formano già da allora, primi tra tutti la pericolosità e l'inguaribilità. Li incatena nella malattia e la malattia si incatena dentro i manicomi.

Questa è già una prima chiara evidenza di quanto la psichiatria, nascendo dallo stato borghese di allora, si ponga al servizio dello Stato di diritto. Foucault stesso dirà: "Da questo momento l'internamento non avviene più perché c'è un ricco o un potente che lo vuole, ma perché c'è un certificato medico". Il medico, cioè, diventa il doganiere, quello [...] al confine tra un dentro e un fuori, tra un normale e un anormale, tra una follia e una malattia.

Contemporaneamente, si istituiscono altri istituti dentro lo Stato di diritto, che sono le carceri. [...] Siamo tra il 1700 e il 1800, ma già alla fine del '700 il problema emerge in maniera sempre più chiara e incomincia a strutturarsi una domanda: ma se un criminale ha un disturbo mentale, cosa facciamo?

E' così che la psichiatria si pone immediatamente al servizio della giustizia e la giustizia è ben felice del servizio che le viene proposto. Gli psichiatri, ovvero le psichiatrie nascenti, hanno bisogno di strutturarsi e di radicare un potere sociale [...]. E di fatto gli psichiatri diventeranno potenti, ma lo diventeranno [...] in quanto al servizio di un ordine sociale, in quanto ancillari alla giustizia.

Ancillari cosa vuol dire? Significa che la giustizia, per pietà umana («è matto e non posso condannarlo») e per scienza («la medicina psichiatrica sostiene che non è un criminale»), dice: “te lo affido, pensaci tu”. Nel momento in cui avviene questo passaggio, la psichiatria si rafforza; poi, col Positivismo, con il Lombrosianesimo, e più tardi anche la bonifica sociale - e umana addirittura - messa in atto dal fascismo con i campi di concentramento e lo sterminio degli inutili, si costituisce il Manicomio Giudiziario.

Il Manicomio Giudiziario diventa un luogo di dominio assoluto della psichiatria e la giustizia è ben felice di questa delega. Da allora il rapporto psichiatria-giustizia resta immutato, anche nella psichiatria civile: il manicomio giudiziario contiene la pericolosità e [...] la malattia, che oramai ha perduto qualsiasi legame col soggetto, con la persona e quindi col diritto, ed è una malattia che è a rischio di pericolosità. Dunque gli psichiatri, inclini a inchinarsi continuamente davanti alla giustizia, accolgono questo mandato sociale. Basti pensare che, nella psichiatria civile, quando una persona entrava in manicomio, il Direttore ne chiedeva l'interdizione al Tribunale, il quale emetteva un Decreto di internamento definitivo. Seguiva l'iscrizione nel casellario giudiziario e la reclusione della persona che, per essere dimessa, doveva venire dichiarata guarita davanti al giudice, cosa che capitava molto di rado. Così è nata la servitù della psichiatria, che è estremamente rispettosa del potere giudiziario.

Lei dice che questo rapporto “di servitù” e di reciproca convenienza esiste tuttora?

Dico che sostanzialmente c'è tuttora. Se questo tipo di istituzioni esiste ancora e il problema non è stato risolto è perché, in fondo, c'è una psichiatria che continua a reggersi su quest'immagine della pericolosità, e quindi su questa necessità di dare conseguenze operative a una alleanza arcaica, direi quasi pre Kraepeliniana, da una parte. Dall'altra c'è una giustizia che in realtà vorrebbe anche togliersi da questo “impaccio” del Manicomio Giudiziario, anche perché si rende conto che la perizia psichiatrica - a differenza degli anni del Positivismo, in cui poteva essere assunta come una conseguenza e un prodotto oggettivo di una scienza oggettiva - oggi non può dare le stesse garanzie di un tempo, dicendo “tu sei così e farai così”. La psichiatria di oggi non ha niente a che vedere con quelle certezze; essa può invece

essere utile nel momento in cui la persona viene riconosciuta responsabile e ricondotta in un campo di incertezze e di un divenire, che va discusso assieme al giudice... ma queste, come vedi, sono questioni che stiamo ancora cercando di attraversare. Queste idee fanno molta fatica ad affermarsi perché, se da una parte gli psichiatri tengono quella posizione, dall'altra parte i giudici dovrebbero entrare in una dimensione di responsabilità di gran lunga maggiore, ritirando la delega.

Attualmente chi svolge la perizia psichiatrica? C'è un Albo di psichiatri?

La svolge uno psichiatra che dovrebbe essere accreditato dal Tribunale o comunque un esperto, o di chiara fama o per titoli, o persona di fiducia del giudice. Oggi lo psichiatra si può avvalere anche di supporti psicologici e psicometrici (test, etc...), svolge la perizia, su nomina del giudice, con le solite domande ("Dica il perito se la persona al momento in cui commise il fatto era... etc"), anche se da quando è entrato in vigore il nuovo Codice di procedura penale, e la Corte Costituzionale ha emesso alcune sentenze in materia, il giudice talvolta non si attiene a quella specie di schema, ma può fare delle domande diverse, sempre nello stesso ambito, ad esempio: "è possibile per questa persona evitare il Manicomio Giudiziario?", "è trattabile all'interno di una comunità?", "è possibile fare un progetto di reinserimento?", etc.

Lei ha esperienza personale in perizie psichiatriche?

Sì, io ne ho fatte parecchie fino a quando il compito di Direttore, per il carico di lavoro che mi comportava, ha reso incompatibili i due impegni. Una perizia infatti, se svolta in maniera accurata, comporta un grosso onere: oltre la scrittura di 40-50 pagine, bisogna contare le ore necessarie ad entrare in un'area di comprensione con l'altro. Nell'88 io e altri colleghi raccogliemmo in un testo quindici perizie psichiatriche, dalle quali emerse che l'esito della perizia "incapace di intendere e di volere" e "pericoloso socialmente" è assolutamente oscurabile: è possibile, cioè, rispondere in tutt'altro modo. Si tratta di perizie, anche di reati gravi, efferati, di persone che sicuramente stavano attraversando un disturbo mentale, dove noi periti abbiamo scritto, attraverso un'analisi dettagliata, che in quel momento quella persona, seppur condizionata in parte da un disturbo mentale, era capace e c'era una ragione per cui

si era comportata in una data maniera. Riportando nella storia il gesto, anche il reato più lontano dal mio modo di sentire, [...] diventa comprensibile, nel senso che ritorna a far parte dell'umano che sono io. Riprendendo Sartre, tutto ciò che è umano ci appartiene, e quindi offro al giudice non un giudizio - se è o non è -, ma offro al giudice una narrazione del cosa sta accadendo, restituendo al giudice la responsabilità di condannarlo.

Qual è la sua esperienza personale in ambito di OPG?

Li ho visti più o meno tutti, per ragioni diverse. L'esperienza più recente risale all'anno scorso, quando mi è stata richiesta una perizia da parte del Tribunale di Firenze in merito a un procedimento d'indagine sulle morti avvenute all'interno dell'OPG. L'inchiesta è stata aperta anche in seguito all'indagine della Commissione parlamentare d'inchiesta guidata dal Senatore Marino. In 10 anni sono morte 20 persone. Perché sono morte? Ho passato un anno a Leggere cartelle cliniche, recandomi ovviamente a Montelupo. Ma conosco Aversa, conosco Barcellona Pozzo di Gotto, li conosco tutti. Però a Montelupo ho passato molto tempo, visionando le cartelle, cercando di capire meglio.

Ricordo un intero sabato nel 2011, un'intera giornata trascorsa lì dentro. Sono stato nelle celle con gli internati, nei corridoi. Non avevo i morti ovviamente, però cercavo un po' di capire come stavano i vivi. Quindi sì, ho esperienza. Sono dei luoghi orribili, però i problemi non sono solo i luoghi, che sono conseguenze di quella sottrazione di diritto, di soggettività e di responsabilità. Si costruiscono dei muri talmente spessi che alla fine i mostri non possono che stare lì dentro. E i mostri non sono gli internati soltanto, è tutto il contesto che diventa mostruoso. Dal punto di vista strutturale è un carcere moltiplicato per dieci, per cui mi pare ridicola l'affermazione delle persone pie che dicono: «Ma tu un matto non lo puoi mettere in carcere». Ma il carcere è una reggia rispetto ai manicomi giudiziari. «Ma non è un luogo sanitario». Beh, per fortuna, perché la sanità in quei luoghi vuol dire prendere farmaci, ed essere contenuto. Mentre in carcere, con la Legge Gozzini, è stata abolita la contenzione, lì dentro sarebbe illegale, ma si fa, si fa anche nei luoghi civili come i Servizi di diagnosi e cura. L'ordine istituzionale, l'istituzionalismo, la sottrazione del tempo, la sottrazione dello spazio, la costrizione alla condivisione degli spazi. [...] Uno degli effetti più tragici è che [...] la parola delle persone in luoghi come questi non ha più

nessun significato, non ha più nessuna risonanza sul piano della relazione, come era già nel manicomio, ma qui è ancora peggio, perché qui le persone si avvertono anche come soggetti che stanno scontando una pena e quindi vorrebbero essere ascoltati per dire «ma io avrei diritto...». La cosa strana è che l'ordinamento è penitenziario, ma anche sanitario. E così le persone non trovano altro che rinchiudersi progressivamente all'interno della loro malattia, come se essa diventasse un muro invalicabile, il delirio, l'allucinazione: “Me lo tengo per me, io sto lì e coltivo la mia malattia che è l'unica cosa che resta mia”. C'è una dimensione del tempo che è agghiacciante, vivono nella logica della proroga: “Vai via fra 6 mesi”, poi arrivano sei mesi: “Ma no sei pericoloso, non vai via”. Nelle celle hanno il proprio bagaglio pronto per andare, quasi fosse una stazione ferroviaria, di corriere, stanno lì magari da 3 anni col bagaglio per andarsene. O altri che così come si chiudono nella malattia, circoscrivono uno spazio, diciamo simbolico, magari fatto con i manifesti delle donne, dei calciatori, magari con un asciugamano colorato sul proprio letto, e se lo difendono questo spazio, che è ovviamente un comportamento che [...] serve per sopravvivere, per difendere questo tuo piccolo possesso, che poi magari diventa oggetto di contesa. Se io valico quello spazio posso essere visto come un esercito invasore, per esempio. E quindi i rapporti sono difficili, ognuno può immaginare dell'altro il massimo della pericolosità, perché tutti sanno che stanno lì perché hanno fatto qualcosa. Stanno lì in quattro, in cinque, gomito a gomito, per cui c'è una sorta di ricerca del rapporto, perché una volta che gli uomini si trovano, si cercano. “Ti sto guardando perché voglio capire di più di te, forse anche tu di me”. Però, dal momento in cui si cercano, c'è sempre questo ritrarsi, questa paura. Il rumore delle chiavi è costante, perché ogni cella ha i suoi cancelli di ferro, la porta blindata, gli spioncini su ognuna. Sono luoghi orrendi da vivere un giorno; da vivere 10 anni vuol dire la distruzione delle persone, che però ha a che vedere con la sottrazione, con la riduzione, con la de-responsabilizzazione. In qualsiasi carcere, se io dico “voglio parlare con l'avvocato, è un mio diritto”, ci può essere una dimenticanza, un ritardo, però so che è un mio diritto. Negli OPG immediatamente un medico, una dottoressa, uno psichiatra dicono “ma lui vuole parlare con l'avvocato perché ha il delirio”. Conosco questi luoghi, parlo a ragion veduta; per me è stato molto doloroso nel 2011, doloroso dal punto di vista lavorativo. Sono stato sopraffatto dalla lettura delle cartelle e delle prescrizioni farmacologiche, che già sono assurde in psichiatria, ma lì dentro sono veramente... Così, per farti un esempio: quando si parla di mono-terapia

neurolettica, si intende che bisogna somministrare un neurolettico alla volta, perché sono farmaci di elezione. Lì puoi trovare persone che ne prendono quattro o cinque contemporaneamente oppure che assumono due farmaci a rilascio prolungato, che già sono farmaci che richiedono molta attenzione usati singolarmente: se ne prescrive due, non sai più proprio che diavolo stai facendo all'organismo di queste persone.

In Friuli Venezia Giulia esistono sezioni psichiatriche all'interno delle carceri?

Non ce ne sono perché la nostra Regione ha scelto, a partire dall'esempio triestino, dopo il Decreto Legge n. 230 del '99 sulla Salute mentale in ambito penitenziario e il conseguente progetto obiettivo, di ricorrere subito alla Convenzione tra Dipartimento di Salute Mentale e Carcere¹. Questo, in una certa maniera, ha reso inutile la strutturazione di una sezione psichiatrica, perché il rapporto col Dipartimento di Salute Mentale parte dall'affermazione che il cittadino [...] in carcere deve essere curato, trattato, seguito, preso in carico così come un cittadino in libertà che ha un disturbo mentale [...]. Quindi il Dipartimento di Salute Mentale accede al carcere con le stesse modalità con cui si svolge l'assistenza sul territorio: ogni area ha uno o due operatori che si occupano delle persone che risiedono nel territorio di riferimento dell'area, e a turno si prendono in carico persone che non hanno residenza, e non hanno domicilio a Trieste. Tutto questo comporta un'assoluta attenzione, sia alla salute mentale sia alla carriera istituzionale. [...] Quando abbiamo cominciato a fare questo mestiere, prima ancora del Decreto Legge del '99 - parlo degli anni 1979-1980, dopo la riforma Gozzini - gli obiettivi che avevamo erano ridurre, azzerare l'invio al giudiziario e prendere in carico le persone con sofferenza mentale, anche proponendo misure alternative, un monitoraggio costante etc. E questo è quello che si continua a fare e, che io sappia, si fa bene.

Accade qualche volta che una situazione di particolare difficoltà o sofferenza faccia pensare ad una ospitalità più o meno breve nel Servizio di Diagnosi e Cura, altre volte fa pensare a una misura alternativa nella forma dell'arresto domiciliare presso un Centro di Salute Mentale, e quest'ultima alternativa è stata utilizzata tante volte anche in situazioni molto complicate. Altre volte si sono verificate situazioni di rifiuto delle cure da parte di un detenuto conosciuto dai Servizi, magari in osservazione,

¹ La Convenzione parla il dott. Dell'Acqua è stata inserita come allegato al presente lavoro

finito in carcere proprio perché in una situazione di minor controllo dei suoi impulsi e delle sue attività. In quei casi si è proceduto anche al Trattamento Sanitario Obbligatorio in carcere, e quindi, ad esempio, ad un trattamento farmacologico o ad una visita mattina e pomeriggio da parte degli operatori oppure, dopo il TSO, al trasferimento nel Servizio di Diagnosi e Cura. Tutte queste sono modalità che, profondamente radicate a Trieste, hanno contaminato un po' tutta la Regione, tant'è che Trieste continua, toccandosi il naso, ad avere questo record, che è una assoluta eccellenza, di non avere persone negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Volevo infatti chiederle quanti sono al momento le persone recluse in OPG provenienti dalla nostra Regione...

Stanno oscillando, in questi ultimi tempi... Sono tra i 5 e i 10, il tasso varia più o meno tra 6,8-6,9 per milione di abitanti. Tenendo conto che siamo 1.200.000 abitanti e che il tasso medio nazionale dell'Italia è di circa 20, noi abbiamo un terzo di quello che è il tasso medio nazionale. Poi ci sono alcune Regioni sopra il tasso medio, che sono, mi pare, la Liguria, il Molise, che arrivano fino a 38-40, e altre sotto il tasso medio, ma sopra al Friuli Venezia Giulia. Questo risultato è dovuto sia al lavoro in carcere, sia al fatto che il Friuli Venezia Giulia è la Regione in cui in maniera diffusa e uniforme i Servizi di Salute Mentale sono aperti 24 ore su 24, garantendo quindi la presa in carico territoriale.

In Regione è stato attuato il trasferimento delle competenze in materia di sanità penitenziaria alle Asl?

Non ancora, penso che sia in via di conclusione. Essendo il Friuli Venezia Giulia una Regione autonoma, ha avuto una tempistica differente per attuare il trasferimento, durante la quale la nostra Regione non è stata brillante, perdendosi nella burocrazia. Credo che siamo ancora in una situazione quanto meno confusa e ritengo che sarebbe opportuno concludere la vicenda.

A che punto è in Regione il trasferimento di risorse destinate dalla L. 9/2012?

[...] Non c'è stato, perché non è stato ancora approvato. [...] Il trasferimento di risorse

in ordine alla “svuota-carceri” ha prospettato una situazione che potrebbe incrinare l'immagine bella e pulita del Friuli Venezia Giulia. In base alla risorsa messa in campo per costruire le nuove strutture (non quelle per il mantenimento delle persone), la Regione avrebbe a disposizione dal Ministero 3 milioni di euro. In maniera, a mio modo di vedere, non corretta, la Regione vorrebbe prenderli e quindi progettare una struttura per 10 o per 20 posti. Probabilmente dovrebbe avere 20 posti, ma noi contiamo meno di dieci internati e abbiamo sempre viaggiato su questa cifra, anche con la possibilità di azzerarli. Quindi adesso c'è un contenzioso tra chi dice di rinunciare ai soldi stanziati e chi vuole approfittarne. Invece, per quanto riguarda i soldi dell'altro conto, i 58 milioni totali, questi possono essere utilizzati per i famosi budget di salute, i Progetti Terapeutico Abilitativi Personalizzati², che poi è la proposta che stiamo facendo come Comitato Stop OPG, e come Centro di Salute mentale a tutti i livelli perché si possa chiudere con l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario invece che costruire i “piccoli manicomi”, come li stiamo chiamando.

Quindi esattamente cosa manca per attuare il trasferimento di fondi?

Non l'hanno ancora fatto perché lo subordinerebbero alla costruzione delle strutture: “Tu fai la struttura e poi ti do i soldi per mantenerla”. In realtà noi stiamo continuando a dire: “Questi soldi accreditateli alle Regioni con l'obbligo di utilizzarli per i progetti individuali”.

Concludendo, in base alla sua esperienza, come vede il futuro? Può fare una previsione?

Io sono ottimista, perché per fare questo mestiere bisogna essere ottimisti; diciamo che lo sono per natura, poi, facendo questo mestiere, mi rendo conto che più ottimismo ci metti, meglio è. Come la vedo? La vedo che è difficile essere ottimisti. Non per i manicomi giudiziari, [...] ma perché in questo momento, pur non vedendola

² I budget di salute sono programmi abilitativi individualizzati che mirano alla possibilità del raggiungimento dei pieni diritti di cittadinanza, e che riguardano le persone in contatto con i CSM. Di norma il progetto dura 48 mesi, con eventuali estensioni temporali nei casi di persone portatrici di particolari difficoltà, e la sua realizzazione avviene in maniera integrata con gli altri servizi, comunità del territorio, contesto familiare e sociale della persona. I progetti insistono in particolare su 3 aspetti della vita della persona, ovvero casa, lavoro e socialità.

come situazione ineluttabile, c'è una deriva molto pericolosa nel sistema sanitario in generale, che riguarda anche il sistema dei servizi di salute mentale. L'immagine che puoi avere del Friuli Venezia Giulia è incommensurabile con l'immagine dei sistemi e dei servizi che hai in tutto il resto d'Italia. Ripeto, pur non ritenendolo ineluttabile, sta diventando dominante il modello medico psichiatrico (la malattia, la diagnosi, la pericolosità); tutto questo, ovviamente, si afferma nei Diagnosi e Cura blindati, nelle strutture residenziali che consumano soldi e distruggono le persone. I numeri sono molto superiori rispetto a quelli che vedi a Trieste, per tempi e per modi che sono completamente differenti, con deleghe a un privato mercantile, a un privato sociale... sono tutte forme, culture e paradigmi che ritornano, che poi non possono vivere se non hanno alle loro spalle questo manicomio giudiziario perché la presa in carico diventa una stupidaggine, una carta velina insomma. Tant'è che tante Regioni sono estremamente entusiaste al discorso del “chiudiamo l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario”, ma perché? Perché costruire dei luoghi piccoli, sanitari, col camice bianco, andrà a mettere una sorta di pietra, un'architrave, in questo sistema. Quando Stop OPG dice “i nuovi manicomi”, non lo dice come slogan, lo dice perché è il paradigma vetero-manicomiale che ritorna e quindi avere una struttura con 20 posti letto, per il paziente “difficile” che entra e esce da Diagnosi e Cura, può voler dire che manca poco a ritornare a quella connessione tra giustizia e psichiatria di cui parlavamo prima. Per fare un esempio, il paziente “difficile” lo si può accusare di reato di turbamento della quiete pubblica, articolo 206, misura di sicurezza provvisoria, e così lui va nel “manicomietto”, come se andasse a San Giovanni 50 anni fa³.

Però io sono fiducioso che questa deriva psichiatrica si possa un po' arrestare e rimontare perché, a fronte di questa deriva, c'è invece una crescita assolutamente entusiasmante (che però va sostenuta, va compresa e va capita politicamente) della consapevolezza dei cittadini delle persone con disturbo mentale, degli operatori di base, delle associazioni dei familiari, di cittadini attivi che stanno diventando un freno formidabile, da un lato. Dall'altro, non è che mi aspetti grandi cambiamenti. La stessa Commissione Marino, che ha fatto un ottimo lavoro, ma che purtroppo è andata oltre proponendo una Legge che ci ha messo poi in crisi, ha fatto adesso un rapporto conclusivo sui Servizi italiani per la Salute Mentale nel quale scrive: “Intanto smettiamola col dire la Legge 180 non è buona e non applicata etc., esistono

³ “San Giovanni” è il nome del rione che ha ospitato per 70 anni l'Ospedale Psichiatrico di Trieste

modalità, risorse, dispositivi in tutte le Regioni che già permettono, ma potrebbero permettere ancora di più e in più Regioni, una estensione di buone pratiche, di buoni servizi”. E dice anche due cose: che il Centro di Salute Mentale 24 ore, che loro hanno visto a Trieste, ad Aversa, a Cagliari quando ancora non era caduta la giunta Soru, è uno strumento che fa la differenza nell'organizzazione dei Servizi. Il rapporto dice ancora: “tutte le forme di assistenza alle persone con disturbo mentale devono smettere di essere misurate attraverso i LEA, per prestazioni e per ambulatori, ma ogni persona deve entrare in una sorta di sistema unico, in modo che la Regione finanzi i progetti attraverso i budget di salute. Al contempo critica il numero esorbitante di posti letto residenziali e lo stato del loro mantenimento.

Posso affermare che vedo la deriva, ma contemporaneamente vedo anche altre cose che accadono. L'OPG è un nodo cruciale che da una parte può influenzare fortemente il modo di funzionare dei Servizi e dall'altra ne è ovviamente fortemente influenzato. Per esempio, se noi riuscissimo, come stiamo cercando di fare adesso, a far rientrare l'OPG nel sistema dei Servizi, che fino a qualche anno fa era un satellite fuori dall'orbita, io diventerei sicuramente più ottimista.

BIBLIOGRAFIA

- L. Attenasio (a cura di), *Fuori norma. La diversità come valore e sapere*, Armando editore, Roma, 2000.
- F. Basaglia, “La politica psichiatrica dopo la legge 180”, in *Dei diritti delle pene* n° 1/1984.
- M. Betti, M. Pavarini, “La tutela sociale della/dalla follia”, in *Dei delitti e delle pene*, n° 1/1984.
- R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano, 1939.
- R. Castel, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- E. D. Esquirol, *Delle passioni*, Mimesis, Milano, 2008, a cura di M. Galzigna.
- L. Ferrarese, *Questioni medico-legali intorno alle diverse specie di follie*, Napoli 1843.
- M. Foucault (a cura di), *Io Pierre Rivière, avendo ucciso mia madre, mio padre e mia sorella. Storia di un caso di parricidio nel XIX secolo*, Einaudi, Torino, 1976.
- M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Bur, Rizzoli, 2011, a cura di M. Galzigna.
- M. Galzigna, *La malattia morale*, Marsilio, Venezia, 1992 seconda edizione (2006 terza edizione, consultabile on line).
- M. Galzigna (a cura di), *Foucault, oggi*, Feltrinelli, Milano, 2008.
- S. Gandolfi, M. Vescovelli, A. Manacorda, “Cenni storici sull'Ospedale Psichiatrico Giudiziario” in A. Manacorda (a cura di) *Folli e reclusi*, La casa Usher, Milano, 1988.
- S. Gandolfi, F. Rotelli, G. Raponi, “Un'esperienza in senso comunitario: la sezione giudiziaria dell'ospedale psichiatrico di Castiglione delle Stiviere, Atti del simposio su «Problemi attuali dell'ospedale psichiatrico giudiziario, Castiglione delle Stiviere»”, 9-10 giugno 1971, in *Rivista sperimentale di Freniatria*, XCV, 3, 1972.
- Georget, *Il crimine e la colpa. Discussione medico legale sulla follia*, edizione a cura di M. Galzigna, Marsilio, Venezia, 1984.
- M. G. Giannichedda, *OPG, chiuderne sei per aprirne quanti?*, il Manifesto, 17

febbraio 2012.

E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968.

T. Jop, *Giustizia: psichiatri in rete contro la legge che chiude i manicomi*, L'Unità, 13 febbraio 2012.

T. Jop, *Intervista a Ignazio Marino: Nessun internato sarà più torturato. Chiudere gli OPG è sacrosanto*, L'Unità, 13 febbraio 2012.

C. Lombroso, *La cattiva organizzazione della polizia ed i sistemi carcerari*, 1900, in *Il momento attuale*, Ed. Moderna, Milano, 1903.

V. Madia, "Problemi attuali dell'ospedale psichiatrico giudiziario, Atti del simposio su Problemi attuali dell'ospedale psichiatrico giudiziario, Castiglione delle Stiviere, 9-10 giugno 1971", in *Rivista sperimentale di Freniatria*, 30 giugno 1972.

A. Manacorda, *Il Manicomio Giudiziario. Cultura psichiatrica e scienza giuridica nella storia di un'istituzione totale*, De Donato, Bari, 1982.

F. Pappalardo, *Psichiatria, diritto e controllo sociale*, Ed. Goliardiche, Trieste, 2009.

P. Pinel, *Traité mèdico-philosophique sur l'aliènation mental ou la manie*, Richard, Caille et Ravier, Parigi, 1800.

G. Pugliese e G. Giorgini (a cura di), *Mi firmo per tutti. Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari. Un'inchiesta e una proposta*, Datanews editrice, Roma, 1997.

F. Saporito, *Su gl'incorreggibili e il loro governo razionale: nota di psicologia criminale*, Aversa, 1908Luogo, casa editrice e data

E. Sanna, *Inchiesta sulle carceri*, De Donato, Bari, 1970.

A. Scartabellati, *L'umanità inutile. La questione follia in Italia*, Franco Angeli, Milano, 2001.

G. Starnini, "Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale", in *Autonomie locali e servizi sociali*, Il Mulino, n° 1/2009.

M. Valcarengi, *I manicomi criminali*, Mazzotta, Milano, 1975.

G. Virgilio, *Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto e delle sue analogie colle malattie mentali. Osservazioni raccolte nella Casa dei Condannati invalidi e nel*

manicomio muliebre di Aversa pel dott. G. Virgilio, in *Rivista di discipline carcerarie*, anno IV, 1874.

G. Zilboorg, G. W. Henry, *Storia della psichiatria*, Nuove edizioni Romane, Roma 2001.

PRINCIPALI FONTI GIURIDICHE DI RIFERIMENTO

Legge n. 36 del 14 febbraio 1904, "Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati".

Legge 431 del 18 marzo 1968, "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica".

Legge n. 354 del 26 luglio 1975, "Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà".

Legge 13 maggio 1978 n. 180, "Accertamenti sanitari volontari e obbligatori".

Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

Legge 663 del 10 ottobre 1986, "Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà".

Legge n. 419 del 30 novembre 1998, "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Legge n. 328 del 8 novembre 2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Legge n. 9 del 17 febbraio 2012, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri".

D.P.R. n. 448 del 22 settembre 1988, "Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni".

D.P.R. 230/2000 "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà".

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

D.Lgs. n. 230 del 22 giugno 1999, "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5 della legge n. 419 del 30 novembre 1998".

Regio decreto n. 615 del 16 agosto 1909, “Regolamento sui manicomi e sugli alienati”.

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

Sentenza Corte Costituzionale n. 110 del 1974.

Sentenza Corte Costituzionale n. 146 del 1975.

Sentenza Corte Costituzionale n. 139 del 1982.

Sentenza Corte Costituzionale n. 111 del 1996.

Sentenza Corte Costituzionale n. 253 del 2003.

Sentenza Corte Costituzionale n. 367 del 2004.

Sentenza Corte Costituzionale n. 324 del 24 luglio 1998.

Circolare n. 3524-5974 del 12 maggio 2000 “Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri”.

Documento conclusivo della 12^a Commissione permanente del Senato della Repubblica, “Indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri”, seduta del 12 gennaio 1994.

Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, “Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari”, Relatori sen. Michele Saccomanno e sen. Daniela Bosone, seduta del 20 luglio 2011.

SITI CONSULTATI

www.medeacom.it

www.altrodiritto.unifi.it

www.studiocataldi.it

www.stopoopg.it

www.associazioneantigone.it

www.forumsalute.it

www.giustizia.it

www.salute.gov.it

www.ilrestodelcarlino.it

www.superabile.it

www.ispcapp.org

www.redattoresociale.it

www.clandestinoweb.com

www.messinaora.it

www.psichiatriademocratica.com

www.confbasaglia.org

www.palermo.repubblica.it