

## **Gli stranieri e le misure di sicurezza**

### **Autori:**

- 1) Dott. Franco Scarpa, Psichiatra - Criminologo, Direttore UOC “**Salute in Carcere**” USL 11 Toscana c/o Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Viale Umberto I° n. 64 50056 Montelupo Fiorentino e-mail: [f.scarpa@usl11.toscana.it](mailto:f.scarpa@usl11.toscana.it) - TEL: 0571878802 - FAX 0571878801
- 2) Dott.ssa Vittoria Bonagura, Psicologa - Specializzata in Master Criminologia, Psichiatria e Psicopatologia Forense; e-mail: [nike231@inwind.it](mailto:nike231@inwind.it)

### **1. Introduzione**

La sconfitta sociale, la discriminazione e l'isolamento sono caratteristiche che contribuiscono ad aumentare il rischio della carcerazione. Questi elementi risultano ancora più accentuati nei soggetti stranieri, comportando un aggravio dello stato di sovraffollamento delle carceri e delle condizioni di salute di tali luoghi. Inoltre, la detenzione prolungata, soprattutto nei casi di soggetti immigrati, risulta correlata alla mancanza di risorse sociali, vale a dire che si registra una maggiore difficoltà ad applicare misure alternative alla detenzione e alla possibilità di scontare ai domiciliari la propria pena. Gli esperti segnalano come tale condizione sia fonte per l'insorgenza di disturbi del comportamento e, nei casi più gravi, di forme di Psicosi. Nelle nostre carceri è urgente la richiesta di interventi finalizzati alla gestione della popolazione straniera considerando che il numero di procedimenti di carcerazione risultano dal 29% nel 2000 al 32,3% al 31 gennaio 2015. Di fatto si assiste ad un diritto diversificato per gli stranieri, un “doppio binario” evidente soprattutto nella fase di esecuzione della pena: lo straniero è spesso difeso da un difensore di ufficio e sostiene il procedimento tramite rito abbreviato, il giudizio di pericolosità è talvolta aggravato dalla mancanza di documenti, lavoro o fissa dimora. A parità di pena da scontare il cittadino italiano ha periodi di detenzione più brevi.

Le varie criticità si riscontrano maggiormente quando si sottopone a giudizio uno straniero affetto da un'infermità di mente, con l'eventuale valutazione di pericolosità sociale e le conseguenti misure di sicurezza previste dal Codice Penale: la difficoltà si riscontra fin dal momento in cui il Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU) interviene nella valutazione della capacità di intendere e volere, spesso in assenza di adeguata raccolta anamnestica e, soprattutto, della insufficienza di riferimenti per la presa in carico da parte dei Servizi territoriali. Le differenze rispetto ai cittadini italiani diventano ancora più accentuate, poiché per essi può essere sensibilmente compromesso il principio di equità nel diritto alla cura.

Infine, nel caso di rei-folli stranieri, il binomio malattia-violenza alimenta un clima di maggiore allarme, sollecita la richiesta di provvedimenti finalizzati alla sicurezza sociale e la

condizione di internamento presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) con il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 necessita di nuove risposte. Infatti, in previsione di una prossima chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, il problema degli immigrati, e la gestione delle misure di sicurezza ad essi applicate, può diventare una particolare criticità per i Servizi che dovranno farsene carico nella rete delle strutture, incluse quelle per le misure detentive riservate ai pazienti autori di reato.

In Italia le ricerche, finalizzate alla comprensione del trattamento dei Disturbi mentali nei migranti, sono scarse e prive di dati utili a sostenere uno specifico sistema di cura mentre sarebbe il primo step per affrontare la questione degli stranieri autori di reato e affetti da malattia mentale. La raccolta dei dati, relativi agli stranieri presenti in O.P.G. è un primo tentativo di offrire riferimenti utili per comprendere uno spaccato della particolare realtà che in essi si affronta sia come Istituzione Penitenziaria sia come luogo di cura per patologie psichiatriche.

## **2. La popolazione straniera detenuta e internata**

Dalla lettura dei dati aggiornati al 31 gennaio 2015 risulta uno spiccato numero di procedimenti di carcerazione (32,9% dei detenuti) nei confronti della popolazione straniera; i reati più diffusi sono quelli contro il patrimonio e quelli di trasgressione delle norme sulle sostanze stupefacenti (25%); seguono poi i reati contro la persona (19%).

La differenziazione dei diversi tipi di reato attribuiti alle varie nazionalità, all'interno della macro-categoria di soggetti "stranieri", dimostra come i tassi di criminalità nei diversi gruppi etnici siano profondamente disomogenei. Infatti, sono presenti ben 140 nazionalità diverse e le cinque nazionalità più rappresentate, sono Marocco (19%), Romania (16%), Albania (13%), Tunisia (12%) e Nigeria (4%).

Per quanto riguarda invece il numero degli internati stranieri, autori di reato con abolita o diminuita imputabilità per infermità di mente (art. 222 e 219 del CP), la presenza degli stranieri, cui è applicata una misura di sicurezza, in Ospedale Psichiatrico, o in Casa di Cura e Custodia, mostra un tasso costante dal 2010 al 2014 che è meno della metà rispetto al Carcere (al 31-12-2014 il 15,8% rispetto al 32,3%). La maggioranza di essi, il 33,33%, proviene dai Paesi dell'Europa dell'Est, il 25,26 % dai Paesi Arabi, il 20 % dai Paesi dell'Altra Africa. L'età media dei soggetti internati, comprendendovi sia uomini sia donne, è di 42 anni circa, simile a quella degli italiani in O.P.G., ma superiore all'età media della popolazione carceraria (38 anni).

Analizzando la tipologia di reati, si evince che il 23% dei casi sono reati contro il patrimonio, mentre il 61,5% contro la persona. In particolare, gli uomini stranieri internati nel 19% dei casi hanno commesso reati di omicidio (rispetto al 40% circa dei soggetti di nazionalità italiana in O.P.G.) mentre le donne che hanno violato il medesimo articolo, e sono sottoposte a misure di

sicurezza, corrispondono al 63%. Tale differenza può essere attribuita ai molti casi di infanticidio “post-parto”, tipologia di reato non presente nel genere maschile.

Sensibile tra i maschi anche il numero di reati di resistenza a Pubblico Ufficiale e di lesioni, reato frequentemente associato a una condizione di emarginazione e di isolamento sociale, nel corso della quale si possono, frequentemente, innescare modalità reattive all'intervento degli organi di Pubblica Sicurezza. La percentuale di reati connessi alle sostanze stupefacenti è molto limitata, il 5,56 %.

Dei 106 casi segnalati risultano 60 diagnosi principalmente raggruppabili per Aree: Psicosi Schizofreniche, Disturbi di Personalità (in prevalenza Antisociale, Borderline, Paranoide), Psicosi Schizo-affettiva, Disturbi d'Adattamento. Si riscontra negli internati stranieri una percentuale leggermente superiore per le Psicosi Schizofreniche (56,6 % versus 52,2 %), un numero sensibilmente maggiore di Disturbi di Personalità (23,32% versus 15,6 %), mentre appaiono meno presenti i Disturbi Schizo-affettivi (5,01 % versus 21,1 %). Sono in pratica assenti i Disturbi connessi ad uso di alcol o sostanze (negli italiani giungono a sommare il 14,4%).

Un rapido accenno alle diagnosi rilevate nelle donne, presenti solo nelle strutture dell'OP.G. di Castiglione delle Stiviere ed, in piccolo numero, nella sezione di Casa di Cura e Custodia di Firenze, annessa al Carcere di Firenze-Sollicciano, è utile per evidenziare una prevalenza di diagnosi di Disturbo di Personalità (50 %) anche rispetto alle forme di Psicosi Schizofrenica. Una moderata presenza, inferiore rispetto ai dati rilevati per le donne italiane, si riscontra per le forme di Psicosi post-parto.

Per quanto riguarda la tipologia di misura, il 54,44% dei soggetti internati è sottoposto a una misura di sicurezza definitiva, mentre il restante 45,56% è ancora sottoposto a misura di sicurezza provvisoria. Tale percentuale è sensibilmente maggiore rispetto agli internati di cittadinanza italiana (dall'analisi, condotta nel 2012 dal Ministero della Salute, risultano in misura di sicurezza provvisoria n. 146 su 543, pari al 26,9).

La casistica di un gruppo di stranieri dimessi dall'O.P.G. di Montelupo Fiorentino evidenzia come la realizzazione di un programma di dimissione per gli stranieri sia particolarmente complessa, poiché la dimissione delle persone straniere, senza residenza o legami nel nostro territorio, diventa particolarmente critica e la durata della misura trascorsa in O.P.G. rischia di allungarsi rispetto ad un corrispondente campione di soggetti di cittadinanza e residenza italiana.

### **3. Le misure di sicurezza applicate agli stranieri**

L'O.P.G., cui è ancora demandato il compito di gestire le persone in misura di sicurezza, almeno fino a completa attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 01-04-2008 e della Legge 09/2012, rappresenta ancora l'espressione concreta dell'ambiguità del nostro

sistema basato sul doppio binario, in quanto contemporaneamente carcere e luogo di cura.

La correlazione tra reato, soprattutto quelli di tipo violento contro la persona, e il disturbo mentale è subordinata alla presenza di altre componenti, da considerare alla stregua di “fattori di rischio”(ad esempio, la presenza di un livello intellettivo inferiore alla media, la disoccupazione, l’essere senza dimora, problemi finanziari, eventi stressanti cumulati<sup>1</sup>).

Analogamente, negli stranieri la presenza di fattori come il disagio, determinato dalla migrazione stessa, potrebbe contribuire all’incremento della probabilità di sviluppo di disturbi psichici e di una maggiore propensione ad attuare condotte antigiuridiche.

Anamnesi incomplete per i precedenti psichiatrici, la presenza di specifiche variabili, ambientali e personologiche, la mancanza di adeguati programmi di cura e di accoglienza, rendono più complicata la valutazione della condizione psichica della persona immigrata ed il giudizio di imputabilità e pericolosità. L’attuazione degli interventi, necessari per giungere a valutare attenuata, se non estinta, la pericolosità sociale, assume un valore indispensabile per la remissione in libertà di chi è sottoposto a misura di sicurezza.

I dati di presenza in O.P.G. di persone di altra nazionalità, non residenti nel nostro Paese, stimolano ad occuparsi con ulteriori sforzi della tutela del diritto alla salute, ed in specifico della salute mentale, attuando interventi mirati, sia negli O.P.G., e per il futuro nelle strutture sanitarie dove dovranno essere eseguite le misure di sicurezza detentive, secondo il D.M. del 01-10-2012, sia negli II.PP. ordinari dove è necessario prevedere adeguati interventi per le persone detenute. È indispensabile che i Servizi Psichiatrici, e gli altri Servizi coinvolti, si facciano carico della persona, e siano in grado di attuare un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale, finalizzato alla dimissione, che tenga conto sia degli elementi personologici, e della patologia riscontrata, ma, in particolar modo, di quei fattori connessi alla mancanza di un riferimento territoriale, tipica di un soggetto immigrato. Un soggetto privo di punti di riferimento territoriali è quasi sicuramente esposto al rischio di recidiva e di persistenza del disturbo psichico.

La stessa Legge 81/2014, recentemente approvata, non ha ancora apportato sostanziali cambiamenti nelle prassi nonostante l’art. 1 comma 1, lett. B, imponga al Giudice che: “*la mancanza di programma non può giustificare da sola la persistenza di pericolosità sociale e della misura di sicurezza*”. In tal senso, la probabilità di commettere nuovi reati, come prevede l’art. 203 del Codice Penale<sup>2</sup>, dovrà essere basata soltanto sui fattori intrinseci alla persona e non su quelli

---

<sup>1</sup> Witt K., Van Dorn R., Fazel S. (2013), “Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies”. *PLOS ONE*, vol. 8, Issue 2

<sup>2</sup> art. 203 C.P.: “agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell’articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati. La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell’articolo 133”.

estrinseci poiché il Giudice non dovrà tenere conto del punto 4 del comma 2 dell'art. 133 del C.P.<sup>3</sup>.

#### 4. Conclusioni

La salute mentale delle persone immigrate è determinata da fattori, relativi alla società di origine, e agli aspetti soggettivi individuali ma anche dai fattori determinati dal contesto della società di insediamento. Tutti questi elementi devono essere presi in considerazione se si vuole effettivamente ridurre il fenomeno della criminalità o, più semplicemente, per comprendere i rischi di insorgenza di disturbi mentali in ogni gruppo di emigranti (Murphy, 1977).

I principi del diritto al trattamento degli stranieri e degli interventi da attuare devono esplicitarsi sia a livello di prevenzione, regolamentando politiche dell'accoglienza per favorire processi di inclusione sia in ambito di psico-educazione per garantire l'effettiva accessibilità ai servizi da parte degli immigrati e, infine, nei casi di detenzione e internamento occorre intervenire per creare condizioni favorevoli all'applicabilità delle misure alternative. Nel caso di stranieri, la "barriera linguistica" non deve più ostacolare l'attuazione di processi terapeutici, che vadano oltre il mero trattamento psicofarmacologico, e progetti riabilitativi. In particolare, nelle strutture post O.P.G. devono essere garantiti gli interventi di cura finalizzati alla riduzione/cessazione del giudizio di pericolosità e devono essere favorite, altresì, i contatti con le autorità consolari dei rispettivi Paesi d'origine per poter acquisire informazioni utili e strutturare piani di dimissione e continuità della cura.

Solo se in ognuno di questi passaggi si garantisce l'effettiva presa in carico delle persone straniere si possono proporre ai Magistrati di competenza, nelle varie fasi dell'iter processuale ed esecutivo, gli elementi concreti per un riesame della pericolosità che conduca alla valutazione favorevole, sia alla persona, che potrà essere dimessa, nella garanzia della sicurezza sociale.

L'orientamento sempre più multietnico, multiculturale della modernità attuale deve tradursi anche nei Servizi della Salute Mentale affinché siano pronti ad affrontare una realtà del genere, acquisendo competenze in grado di individuare, e affrontare, le multiformi manifestazioni dei disturbi psicopatologici nelle varie culture.

Una possibile soluzione in tal senso può essere l'elaborazione, e la messa in atto, di Progetti Europei, con Partnership internazionali, che includano la formazione degli operatori orientata ai rapporti con gli altri sistemi, allo scopo di elaborare programmi per interventi di prevenzione e di cura nel nostro territorio e definire, nel caso di ritorno nel Paese di origine, procedure o Linee Guida, in accordo con gli organi di rappresentanza dei Paesi di provenienza, per garantire

---

<sup>3</sup> Articolo 133. Gravità del reato: valutazione agli effetti della pena. Il giudice deve tener conto, altresì, della capacità a delinquere del colpevole, desunta: 1) dai motivi a delinquere e dal carattere del reo; 2) dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato; 3) dalla condotta contemporanea o susseguente al reato; 4) delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.

continuità di cura e di recupero.

## Bibliografia

- ⤴ BELFRAGE H, (1998): “A ten-year follow-up of criminality in Stockholm mental patients”, *British Journal of Criminology*, 38, 145.
- ⤴ BANDINI T., GATTI U., GUALCO B., MALFATTI D., MARUGO M.I., VERDE A. (2004): *Criminologia. Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale. Vol II*, Giuffrè.
- ⤴ BERSANI B. E. (2013) “A Game of Catch-Up? The Offending Experience of Second-Generation Immigrants”. *Crime & Delinquency*, 1.
- ⤴ CARTA M.G., BERNAL M., HARDOY M.C., HARO-A J.M., working group “Report on the mental health in Europe” (2005): *Migration and mental health in Europe (the state of mental health in Europe working group). Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*.
- ⤴ FOUCAULT M. (2010): *L'anormale. Lezioni di college corso 1974-1975*.
- ⤴ HILLBRAND M., KOZMON A.H., NELSON C.W. (1996). “Axis II Comorbidity in forensic patients with antisocial personality disorder”. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 19.
- ⤴ LURIE I.(2009). “Psychiatric Care in Restricted Conditions for Work Migrants, Refugees and Asylum Seekers: Experience of the Open Clinic for Work Migrants and Refugees, Israel 2006” *Isr J Psychiatry Relat Sci* Vol 46 No. 3 (2009) 172–181.
- ⤴ MORGAN C., CHARALAMBIDES M., HUTCHINSON G. e MURRAY R. M.(2010) *Migration, Ethnicity, and Psychosis: Toward a Socio-developmental Model*. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 36 n.4
- ⤴ MURPHY H.B.M.(1977) “Migration, culture and mental health”. *Psychol Med* 7
- ⤴ THORSTEN S. (1938 ). *Culture Conflict and Crime* *American Journal of Sociology* Vol. 44, No. 1 pp. 97-103
- ⤴ SAVONA, E.U. e DI NICOLA, A. *Migrazioni e criminalità. Trent'anni dopo*, relazione presentata all'XI Congresso nazionale della Società Italiana di Criminologia su "Nuove sfide per la criminologia: migrazioni, violenza giovanile, didattica", 1997.
- ⤴ STEEL Z., SILOVE D., BROOKS R., MOMARTIN S., ALZUHAIRI B.e SUSLJIK I.(2006) “Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188, 586-4
- ⤴ WITT K., VAN DORN R., FAZEL S. (2013) “Risk factors for Violence in Psychosis: systematic review and Meta-regression Analysis of 110 studies” . -*Plos One* vol. 8, iss 2
- ⤴ Legge n. 81/30-05-2014, G.U. n. 155 del 31-05-2014, pp. 1,2