

Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un'analisi critica

Luca Cimino*

Riassunto

La promulgazione della legge n. 9 del 17 febbraio 2012 e del Decreto Legge n. 52 del 31 marzo 2014 ha costituito un'autentica novità all'interno del panorama della psichiatria italiana e del trattamento della malattia mentale, sancendo il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Questo epocale cambiamento, che non può che essere salutato positivamente in quanto porterà ad una radicale trasformazione dell'assistenza e della riabilitazione dei soggetti autori di reato giudicati non imputabili per vizio mentale, si evidenzia, tuttavia, come un percorso tutt'altro che semplice in quanto dalle previsioni del legislatore emergono numerosi punti di debolezza che, se non affrontati criticamente, possono inficiare la portata del progetto complessivo. A tale riguardo l'autore, alla luce dell'attuale normativa, affronta le problematiche più evidenti riguardanti la tipologia delle strutture alternative agli OPG (le cosiddette Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza-REMS), la necessità di potenziare l'attività dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) per favorire il più possibile i percorsi territoriali, il potenziamento della salute mentale nelle carceri, il problema della riforma del codice penale in merito ai temi dell'imputabilità e della pericolosità sociale.

Résumé

La promulgation de la loi n°9 du 17 février 2012 et du décret législatif n°52 du 31 mars 2014 constitue une nouveauté dans le panorama de la psychiatrie italienne et du traitement de la maladie mentale. En effet, ces normes établissent le dépassement définitif des hôpitaux psychiatriques judiciaires italiens.

Ce changement historique a été accueilli de manière très positive car il va entraîner une transformation radicale de l'assistance et de la réhabilitation des délinquants jugés irresponsables du point de vue pénal pour cause d'aliénation mentale. Il convient cependant de noter que la route est encore longue parce que la loi révèle ses faiblesses qui, sans lecture critique, peuvent affecter la portée globale du projet.

Dans ce sens, l'auteur de l'article, sur la base de la législation actuelle, aborde les problèmes suivants qui sont, entre autres, les plus évidents : les structures alternatives aux hôpitaux psychiatriques judiciaires (ce que l'on appelle REMS – Résidences pour l'Exécution des Mesures de Sûreté) ; la nécessité de renforcer les activités des Départements de Santé Mentale afin de favoriser les soins territoriaux ; le renforcement de la fourniture de services de soins mentaux en prison ; le problème de la réforme du Code Pénal en ce qui concerne les aspects de l'irresponsabilité pénale et de la dangerosité sociale.

Abstract

The entrance into force of the Law No. 9 of 17th February, 2012 and Legislative decree No.52 of 31st March , 2014 brought about a new scenario of Italian psychiatry and treatment of mental illness. In fact, this marks the end of Judiciary Psychiatric Hospitals.

The historic change has received positive comments because it will lead to a radical transformation of assistance and rehabilitation of offenders found not guilty due to mental illness. It should be noted , however, that the next few steps are far from easy because the law shows numerous weaknesses that, if not critically addressed, may affect the overall scope of the project.

In this respect, the author of this article, on the basis of the current legislation, deals with the most evident issues concerning the following: alternative structures to Judiciary Psychiatric Hospitals (the so-called REMS); the need to strengthen the activities of the Department of Mental Health in order to encourage territorial mental health care as much as possible; the improvement of mental health care in prisons; the issue of the reform of the articles of the Criminal Code dealing with indictable and social dangerous people.

* Psichiatra, psicoterapeuta, medico legale, criminologo e psichiatra forense, Università degli Studi di Bologna.

“Se vogliamo che tutto rimanga come è, bisogna che tutto cambi”

Il Gattopardo (1958)

G. Tomasi di Lampedusa (1896-1957)

1. Introduzione.

La gestione della salute mentale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (L. n. 833/78) trova, in Italia, il suo fondamento nella legge di riforma n. 180/78 (c.d. “legge Basaglia”), con la quale è stata affermata la fine del modello “custodialistico” ex legge n. 36/1904 (“Legge sui manicomi e sugli alienati. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”) e suo regolamento di attuazione (r.d. 615/1909), in quanto, passando ad un modello in cui la dimensione terapeutica diviene prevalente su quella di controllo e di neutralizzazione, è stata sancita la libertà del paziente alla cura. Con l'entrata in vigore di tale legge, che non consentiva nuovi ricoveri negli ospedali psichiatrici e che prevedeva la chiusura graduale dei manicomi esistenti, l'Italia è diventato il primo Paese industrializzato a basare l'assistenza psichiatrica su una rete ambulatoriale di Centri di Salute Mentale (CSM)¹. Tuttavia il rapido passaggio da una visione manicomiale della malattia mentale ad una non manicomiale, talvolta alimentata da acritiche posizioni ideologiche in cui si confondevano gli effetti della psicosi grave con quelli dell'istituzionalizzazione², ha progressivamente evidenziato le difficoltà di

un'assistenza clinica incentrata su di un modello prevalentemente ambulatoriale, rispetto ad un regime di ricovero, che non aveva valutato con la dovuta attenzione la necessità dell'assistenza a lungo termine e non affrontato adeguatamente le questioni relative agli interventi terapeutici e riabilitativi³, con l'emergenza di nuove ed incisive problematiche rispetto ad altri Paesi in cui la gestione della patologia psichiatrica grave avviene più frequentemente in regime di ricovero con periodi di ospedalizzazione più lunghi⁴.

La legge 180/78 che prevedeva la soppressione dei manicomi civili non riguardava, tuttavia, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ovvero quegli istituti definiti prima della riforma dell'ordinamento penitenziario del 1975 (L. n. 354/75) come Manicomi Giudiziari⁵, che sono rimasti in funzione sotto la giurisdizione dell'Amministrazione Penitenziaria sulla base del

³ *Ibidem*.

⁴ Altamura C.A., Aguglia E., Bassi M *et al.*, “Rivalutare il ruolo degli antipsicotici atipici a rilascio prolungato nell'ambito ambulatoriale”, *International Clinical Psychopharmacology*, 27, 2012, pp. 336-349.

⁵ Il Manicomio Giudiziario, denominato nella accezione comune “Manicomio Criminale”, come dal nome dato alla prima sezione istituita nel Carcere di Aversa nel 1884, a cui seguirono nel 1888 i manicomi giudiziari di Reggio Emilia e di Montelupo Fiorentino (FI) e nel 1921 quelli di Barcellona Pozzo di Gotto (ME), Napoli e Pozzuoli (NA), rappresentava un istituto in cui, come si desumeva dall'art. 469 del R.D. 260/1891, che rappresentava il primo Regolamento Penitenziario in Italia, coevo al codice Zanardelli (1889), “I condannati... colpiti da alienazione mentale, sono destinati a speciali Stabilimenti, o a manicomi giudiziari, nei quali si provvede ad un tempo alla repressione e alla cura”. Successivamente, con l'entrata in vigore del codice Rocco (1930), il Manicomio Giudiziario diventa l'istituto per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive per malati di mente autori di reati e pericolosi socialmente, come disciplinato dall'art. 257 del R.D. 787/1931, che rappresenta il Regolamento penitenziario coevo al codice Rocco. Con l'entrata in vigore della Legge 354/75 (Riforma dell'Ordinamento Penitenziario) all'art. 62, n.1, viene previsto, tra gli istituti per l'esecuzione delle misure di

¹ Piccinelli M., Politi P., Barale F., “Focus on psychiatry in Italy”, *Br J Psychiatry*, 181, 2002, pp. 538-544; Lora A., “An overview of the mental health system in Italy”, *Ann Ist Super Sanità*, 45, 2009, pp. 5-16.

² Altamura AC, Goodwing GM., “How Law 180 in Italy has reshaped psychiatry after 30 years: past attitudes, current trends and unmet needs”, *Br J Psychiatry*, 197, 2010, pp. 261-262.

presupposto che, per i soggetti affetti da patologie mentali autori di reato e pericolosi socialmente, vi fosse una duplice esigenza, quella della cura e quella della sicurezza sociale, orientamento che ricevette conforto dalla giurisprudenza della Corte Suprema di Cassazione (sez. I, sent. del 30/01/81) che precisava: “alla necessità di appropriate cure, comune ad entrambe le categorie (n.d.A: pazienti in libertà ed internati in O.P.G.), si aggiunge per la seconda, quale elemento diversificatore, quella di un rigoroso controllo dello stato di pericolosità, attraverso l’osservazione negli istituti specificatamente attrezzati”. La mancata inclusione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari nell’ambito delle strutture Ospedali Psichiatrici da superare sia ex L. 180/78 che successivi DPR 07/04/1994 e DPR 11/11/1999 (“Progetto Obiettivo Tutela della Salute mentale 1994-1996 “e “1998-2000”) ha, pertanto, determinato non solo un diverso regime di cura per i malati di mente autori di reato rispetto a chi, pur affetto da patologie psichiche, non aveva però commesso crimini⁶, ma, a seguito della soppressione dei manicomi civili, gli OO.PP.GG. sono diventati sovente anche il ricettacolo di tutti i soggetti problematici di difficile gestione⁷.

sicurezza detentive, l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (ex Manicomio Giudiziario).

⁶ Zanalda E, Mencacci C., “Percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia. L’impatto sui Dipartimenti di Salute Mentale. L’opinione della Società Italiana di Psichiatria”, *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1, 2013, pp. 25-47.

⁷ Sulla base del D.P.R. n.230/2000, art. 111, agli OO.PP.GG., erano assegnati: “(...) oltre a coloro nei cui confronti è applicata, in via definitiva o provvisoria, la misura di sicurezza prevista dal n.3) del secondo comma dell’articolo 215 del codice di procedura penale, anche gli imputati, i condannati e gli internati che vengono a trovarsi, rispettivamente, nelle condizioni previste dagli articoli 148, 206 e 212,

Un passo in avanti nella direzione di un superamento della dicotomia del trattamento dei malati di mente autori di reati rispetto ai soli malati psichici si è avuto con l’attuazione del D.Lgs n. 230/99 (“Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell’articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419”), entrato in vigore il 31/07/1999 che, all’art. 1, ha stabilito che: “1. I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all’erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale, nei piani regionali e in quelli locali. 2. Il servizio sanitario nazionale assicura, in particolare, ai detenuti e agli internati: a) livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi (...)”. Inoltre all’art. 3 (Competenze in materia sanitaria) dello stesso decreto, viene previsto che: “1. Il Ministero della sanità esercita le competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari. 2. Le regioni esercitano le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi.

secondo comma, del codice di procedura penale.”. Inoltre, al comma 4. dello stesso articolo si specifica che: “Alle case di cura e custodia sono assegnati, oltre a coloro nei cui confronti è applicata, in via definitiva o provvisoria, la misura di sicurezza prevista dal n.2) del secondo comma dell’art. 215 del codice penale, anche gli imputati e gli internati che vengono a trovarsi, rispettivamente, nelle condizioni previste dagli articoli 148, 206 e 212, secondo comma, del codice di procedura penale” (cfr. Birkhoff J., “Un’altra scena per il trattamento: la comunità terapeutica nella terapia dei soggetti con disturbi di personalità autori di reato”, disponibile sul sito: www.psychomedia.it)

3. Alle aziende unità sanitarie locali sono affidate la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari (...).”.

La progressiva attuazione del riordino della medicina penitenziaria, iniziato con il D.Lgs n. 230/99, è stato successivamente implementato dal D.P.R. n. 230/00 (“Regolamento recante norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà”) in cui, pur rimanendo gli OO.PP.GG. sotto la giurisdizione dell’Amministrazione Penitenziaria, viene sempre più sancita l’importanza della cura e non solo della custodia degli internati. Infatti, a riguardo, l’art. 111 di tale D.P.R. (Ospedali psichiatrici giudiziari, case di cura e custodia, istituti e sezioni speciali per infermi e minorati fisici e psichici) riporta: “1. Alla direzione degli ospedali psichiatrici giudiziari, salvo quanto disposto dall’art. 113, nonché della case di cura e custodia e degli istituti o sezioni speciali per soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche è preposto personale del ruolo tecnico sanitario degli istituti di prevenzione e di pena, ed è assegnato, in particolare, il personale infermieristico necessario con riferimento alla funzione di cura e di riabilitazione degli stessi. 2. Gli operatori professionali e volontari che svolgono la loro attività nelle case di cura e custodia, negli ospedali psichiatrici giudiziari e negli istituti e nelle sezioni per infermi e minorati psichici, sono selezionati e qualificati con particolare riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti ivi ospitati. (...)”. Inoltre l’art. 113 (Convenzioni con i servizi psichiatrici pubblici) dello stesso DPR prevedeva che: “1. Nel rispetto della normativa vigente l’amministrazione penitenziaria, al fine di agevolare la cura delle

infermità ed il reinserimento sociale dei soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, organizza le strutture di accoglienza tenendo conto delle più avanzate acquisizioni terapeutiche anche attraverso protocolli di trattamento psichiatrico convenuti con altri servizi territoriali pubblici”⁸.

Nel progressivo iter di superamento dell’OPG, un ruolo particolarmente importante è rappresentato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 253/03⁹ che ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 222 c.p. (Ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario) nella parte in cui si obbligava il prosciolti per vizio totale di mente, ritenuto pericoloso socialmente, al ricovero in Ospedale psichiatrico giudiziario laddove, invece, sia possibile adottare una diversa misura di sicurezza; questa sentenza, infatti, facendo prevalere l’interesse del diritto alla salute della persona, ex art. 32 Cost., ha aperto scenari trattamentali nuovi, più ampi di quelli finora percorsi per il malato di mente autore di reato ritenuto socialmente pericoloso, proponendo in alternativa al ricovero in OPG un percorso terapeutico territoriale personalizzato, attraverso i servizi utilizzati dai malati di mente non autori di

⁸ Sulla base di tale previsione, previa convenzione tra l’Amministrazione Penitenziaria e la Regione Lombardia, venne affidato all’ASL l’OPG di Castiglione delle Stiviere (MN), che finora ha rappresentato l’unico Ospedale Psichiatrico Giudiziario nel panorama italiano a non essere direttamente gestito dal Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria, e nel quale tutti gli aspetti della struttura, compresi quelli relativi alla sicurezza, sono stati gestiti dal personale dell’Azienda Ospedaliera, senza la presenza di agenti della Polizia Penitenziaria.

⁹ Questa sentenza è stata a breve seguita dalla sent. Cort. Cost. n. 367/04, che ha esteso il principio affermato nella sent. n. 253/03, anche alla fase cautelare (art. 206 c.p.).

reato, da includere nella misura di sicurezza della libertà vigilata ex art. 228 c.p.

Con la finanziaria del 2008 (art. 2, comma 283, legge 24 dicembre 2007, n. 244), ed in particolare con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 1° aprile 2008, attuativo dell'art. 5 della legge delega 30 novembre 1998, n. 419 ed dell'art. 2 comma 283 della legge 14 dicembre, n.244, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, vengono trasferite alle Regioni le funzioni sanitarie afferenti agli OO.PP.GG. ubicati nel territorio delle medesime, indicando all'allegato C le "Linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia (CCC)^{10,11}. Con l'entrata in vigore del DPCM 1 aprile 2008, viene pertanto sancito, oltre al passaggio della medicina penitenziaria¹², la più antica medicina di natura

pubblica nel nostro paese, alle Regioni, che il territorio rappresenta la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con disturbi mentali al fine di permetterne un recupero

attività lavorativa negli istituti penitenziari e non erano inserite nei ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria. Tuttavia quando con la legge n. 833/78 viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione, il sistema della Sanità penitenziaria rimane separato e dipendente dall'Amministrazione in cui opera, fino alla promulgazione della legge 419/1998, che affida ad appositi decreti legislativi il "riordino della medicina penitenziaria", in cui il legislatore, includendo l'avvio di tale riordino nell'ambito di un più vasto intervento riformatore riguardante l'intero assetto del sistema assistenziale pubblico, realizza forme progressive d'inserimento nel Servizio sanitario nazionale di personale e di strutture sanitarie dell'Amministrazione penitenziaria. In attuazione di queste disposizioni, il d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230, inserisce tale settore nel Sistema sanitario nazionale, definendo gli ambiti di intervento degli enti interessati - Regioni, Ministero della salute e Ministero della giustizia; mentre l'Amministrazione penitenziaria mantiene compiti relativi alla sicurezza, all'Azienda sanitaria locale è assegnata la funzione di erogare le prestazioni sanitarie. Infine la Legge finanziaria 2008 dispone il definitivo passaggio di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in questione, da attuarsi mediante decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri emanato il 1° aprile 2008. Attraverso questa riforma tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile sono state, pertanto, trasferite al Servizio sanitario nazionale, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche sia per i tossicodipendenti che per i minori affetti da disturbi psichici, delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272. Un ruolo centrale spetta alle Regioni, che garantiscono l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende Sanitarie Locali nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari, nonché i servizi minorili di riferimento (cfr: La riforma della sanità penitenziaria, 10 giugno 2012. In: www.giustizia.it).

¹⁰ La casa di cura e di custodia deputata all'esecuzione della misura di sicurezza per gli autori di reato semiimputabili e per gli ubriachi abituali (artt. 219-221 c.p.) si risolve, di fatto, con l'essere una sezione specifica dell'ospedale psichiatrico giudiziario.

¹¹ Il programma di superamento degli OPG, di cui all'allegato C del DPCM 1/04/2008, prevedeva tre distinte fasi al fine di provvedere ad un graduale cambiamento dello *status ante*: una Prima Fase, in cui le Regioni assumevano la responsabilità della gestione sanitaria degli OPG in esse ubicati, con la stesura, da parte dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) nel cui territorio insistono gli OPG, di un programma operativo in merito al percorso di cura delle varie tipologie di internati; una Seconda Fase, da attuare a distanza di un anno dalla precedente, che preveda una prima distribuzione degli internati fra gli OPG in modo da avviare le fasi di avvicinamento degli stessi alle realtà geografiche di provenienza; infine, una Terza Fase, a distanza di due anni dalla precedente, che preveda la restituzione ad ogni Regione della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e della responsabilità per la presa in carico da parte dei DSM.

¹² Sebbene la presenza negli istituti penitenziari di personale sanitario è prevista per la prima volta dal Regolamento carcerario del 1931, è solo nel 1970, con la legge n. 740, che si interviene a disciplinare tutte le categorie del personale sanitario che svolgevano

sociale¹³. Nonostante l'applicazione della normativa e degli accordi della Conferenza Unificata delle Regioni e delle PPAA (13 ottobre 2011), il processo di superamento degli OPG non era stato ancora realizzato quando, a seguito dell'indagine svolta dalla c.d. "Commissione Marino" (2011)¹⁴, che ha visitato più volte tutti gli OO.PP.GG., con esclusione di quello di Castiglione delle Stiviere (MN)¹⁵, a seguito di un apposito D.L. del 22 dicembre 2011, n. 211, poi convertito nella legge 17 febbraio 2012, n. 9 ("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"), veniva stabilita in maniera apodittica una data di chiusura degli stessi che, all'art. 3-ter. (Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), era fissata per il 1° febbraio 2013.

2. La Legge n. 9/2012 e successive integrazioni e modificazioni: aspetti innovativi e criticità.

La chiusura degli OPG, come previsto della legge n. 9/2012, rappresenta un evento dalla portata epocale che porterà l'Italia, almeno nelle premesse, ad una radicale trasformazione dell'assistenza e della riabilitazione dei soggetti

autori di reato giudicati non imputabili, ma socialmente pericolosi. La nuova legge, in effetti, viene a rappresentare, attraverso la completa attuazione del riordino della medicina penitenziaria iniziato con la legge n. 239/99, il completamento della riforma psichiatrica avviata dalla legge n.180/78, che non aveva però potuto incidere sulla realtà degli Ospedali psichiatrici giudiziari¹⁶. Tuttavia la portata innovativa di questo dispositivo, che identifica nell'ambito territoriale la sede privilegiata per affrontare i problemi della cura e della riabilitazione psichica e sociale dei malati di mente autori di reato, pur costituendo l'indubbio merito di procedere al superamento dell'anacronistica persistenza degli OPG, ha evidenziato le difficoltà strutturali, tecnologiche ed organizzative, incluse quelle relative alla sicurezza, sia da parte delle Regioni¹⁷,

¹⁶ Grispi A, Ducci G., "Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Considerazioni e riflessioni", *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1, 2013, pp. 9-24.

¹⁷ Riguardo la Regione Emilia-Romagna, l'assessore alle Politiche per la salute della Regione Carlo Lusenti, in merito al decreto per il superamento degli Opg, che ne proroga la chiusura al 2015, ha affermato che "L'Emilia-Romagna sarà pronta a chiudere l'Ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia nei tempi previsti e adottare i piani di assistenza individuali per i residenti". In particolare dei 180 ospiti presenti all'Opg di Reggio Emilia (dato al 31 dicembre 2013), di cui 40 detenuti e 140 internati sulla base della legge n.9 del 2012, solo 25 sono residenti in Emilia-Romagna. Il tasso di presenze in relazione alla residenza è tra i più bassi d'Italia: sul totale dunque è una parte minoritaria quella che, per competenze territoriali, "rimarrebbe in regione all'indomani della chiusura della struttura: si pone quindi il problema della destinazione degli altri detenuti". Questo calo nelle presenze di residenti dal 2008 a oggi trova la sua ragion d'essere in un intenso lavoro svolto con le Aziende sanitarie regionali per individuare i programmi alternativi per le persone internate, in una collaborazione con la Magistratura sull'esecuzione delle misure di sicurezza applicate alla persone prosciolte, nonché in finanziamenti dedicati al supporto di progetti per internati in licenza finale, e nell'attivazione di corsi di formazione *ad hoc* per gli operatori della salute mentale (cfr. Proroga chiusura OPG. In: www.regione.emilia-romagna.it).

¹³ Zanalda E, Mencacci C., "Percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia. L'impatto sui Dipartimenti di Salute Mentale. L'opinione della Società Italiana di Psichiatria", *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1, 2013, pp. 25-47.

¹⁴ Cfr:

www.senato.it/documenti/.../Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf

¹⁵ L'OPG mantovano è, allo stato attuale, l'unico completamente sanitario gestito dall'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova e comprende anche l'unica sezione femminile italiana.

nel realizzare entro i tempi previsti le nuove strutture destinate ad accogliere le persone alle quali vengono applicate le misure di sicurezza, che da parte dei DSM competenti per territorio¹⁸. A questi ultimi spetta di prendere in carico le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose, evidenziandosi una notevole eterogeneità rispetto alle realtà territoriali regionali¹⁹, tanto da rendersi necessario rinviare,

¹⁸ A tal proposito è emerso, infatti, che in 24 mesi non è aumentata la disponibilità dei DSM a gestire sul territorio la quota di soggetti in Licenza finale esperimento (Lfe). Il rapporto Lfe/totale presenti era il 26% nel 2011, il 31% nel 2012, il 29% nel 2013. Il saldo 31dicembre 2011/31 dicembre 2013 di circa 190 pazienti in meno dentro gli Opg non è significativo né in termini statistici né quale dato di tendenza sufficiente per ritenere a portata di mano un'accelerazione del processo di dimissione nei prossimi 12 mesi. A dispetto del riparto 2012 di partita corrente (38 milioni), che nello stesso anno per circa 900 pazienti in Opg corrisponde a un valore pro capite giornaliero di euro 105, da sommare ai 20 milioni disponibili per le Regioni sede di Opg, nel riparto 2012 i flussi 2012-2013, a legislazione penale invariata, dimostrano che il rapporto dimessi/ammessi è pari a 1 nel 2012, peggiora a 0,92 nel 2013. Il rapporto giustizia e salute mentale obbliga la verifica continua dei processi decisionali, tradotti in appropriata organizzazione dei luoghi e dei percorsi di cura, che devono poter corrispondere ai luoghi e ai percorsi di legalità; al riguardo, infatti, l'auspicato «divieto di ricovero provvisorio e misura di sicurezza provvisoria in REMS», lascia in alternativa il solo ricorso all'articolo 286 del Cpp («arresti in luogo di cura» presso il reparto di psichiatria del Dsm), a meno di modifica legislativa in sede di conversione, che orienti verso luoghi carcerari dove soddisfare il bisogno di cura e controllo, in attesa che il processo celebri il suo rito. Senza percorsi di presa in carico precoci, alternativi alle REMS, da attivare immediatamente dopo la commissione del reato, si crea un vuoto normativo, terapeutico e di sicurezza sociale, se non si tiene in debito conto che i tempi della cura sono difficili da coordinare con i tempi del processo penale, le garanzie dell'imputato e quelle delle vittime (cfr. Rivellini G., "Opg, meno centri e più rete", *Sole 24 Ore Sanità*, 14/04/2014, pag. 10).

¹⁹ Dall'indagine effettuata nel 2013 presso le Sezioni Regionali della Società Italiana di Psichiatria (SIP), è emerso che il progetto delle strutture delle REMS (Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza) alternative all'OPG non potrà essere realizzato prima del 2015 e che fra 11 regioni analizzate solo alcune come la Lombardia, il Lazio, la Toscana, la Liguria e il

con il Decreto Legge n.24 del 25 marzo 2013, la chiusura degli OO.PP.GG al 1° aprile 2014, data poi ulteriormente prorogata, con il Decreto Legge n. 52 del 31 marzo 2014, al 31 marzo 2015.

Dall'analisi della Legge 17 febbraio 2012 n. 9 (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)²⁰ e del Decreto Legge 31 marzo 2014, n.

Piemonte, oltre ad aver identificato le strutture previste, hanno anche pubblicato gli atti amministrativi per l'avvio della loro attuazione (cfr. Zanalda E, Mencacci C., "Percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia. L'impatto sui Dipartimenti di Salute Mentale. L'opinione della Società Italiana di Psichiatria", *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1, 2013, pp. 25-47).

²⁰ Legge 17 febbraio 2012, n.9 (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) (GU n. 42 del 20-2-2012). Omissis... "Art. 3-ter. (Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari).1. Il termine per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, e dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011, secondo le modalità previste dal citato decreto e dai successivi accordi e fatto salvo quanto stabilito nei commi seguenti, è fissato al 1° febbraio 2013. 2. Entro il 31 marzo 2012, con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti, ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia. 3. Il decreto di cui al comma 2 è adottato nel rispetto dei seguenti criteri: a) esclusiva

gestione sanitaria all'interno delle strutture; b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente; c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime. 4. A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale. 5. Per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprese anche quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione del Ministro della salute assunta di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari. 6. Per la copertura degli oneri derivanti dalla attuazione del presente articolo, limitatamente alla realizzazione e riconversione delle strutture, è autorizzata la spesa di 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni di euro per l'anno 2013. Le predette risorse sono assegnate alle regioni e province autonome mediante la procedura di attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede, quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2012, utilizzando quota parte delle risorse di cui al citato articolo 20 della legge n. 67 del 1988; quanto ad ulteriori 60 milioni di euro per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 7-quinquies del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33; quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2013, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 32, comma 1, del decreto - legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111. 7. Al fine di concorrere alla copertura degli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 nonché degli oneri derivanti dal comma 5, è autorizzata la spesa nel limite massimo complessivo di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede: a) quanto a 7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della legge 31 dicembre 2009, n. 196, dei programmi del Ministero degli affari esteri; b) quanto a 24 milioni

52 (Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari)²¹, e sua conversione in Legge del 24

di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244; c) quanto a 7 milioni di euro per l'anno 2012 e a 24 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della legge 31 dicembre 2009, n. 196, dei programmi del Ministero della giustizia. 8. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, provvede al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione del presente articolo. 9. Nell'ipotesi di mancato rispetto, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, del termine di cui al comma 1, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Governo provvede in via sostitutiva al fine di assicurare piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4. 10. A seguito dell'attuazione del presente articolo la destinazione dei beni immobili degli ex ospedali psichiatrici giudiziari è determinata d'intesa tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, l'Agenzia del demanio e le regioni ove gli stessi sono ubicati".

²¹ Decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 (Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.) Il Presidente della Repubblica Visti gli articoli 77 e 87 della Costituzione; Considerato che i programmi regionali per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, non possono essere attuati entro il termine, in scadenza, del 1° aprile 2014, di cui al comma 4 del medesimo articolo 3-ter; Ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza di prorogare il predetto termine del 1° aprile 2014, di cui all'articolo 3-ter, comma 4, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, al fine di consentire alle regioni e province autonome di completare tutte le misure e gli interventi strutturali già programmati, finalizzati ad assicurare l'assistenza terapeutico - riabilitativa per il recupero e il reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari; Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 31 marzo 2014; Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia; Emanando il seguente decreto-legge: Art. 1 Modifiche all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio

aprile 2014 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici

2012, n. 9. 1. Al comma 4 dell'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, sono apportate le seguenti modificazioni: a) al primo periodo, le parole: «1° aprile 2014» sono sostituite dalle seguenti: «31 marzo 2015»; b) dopo il primo periodo e' inserito il seguente: «Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni altra misura diversa non e' idonea ad assicurare cure adeguate ed a fare fronte alla sua pericolosità sociale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale.». 2. Al fine di monitorare il rispetto del termine di cui all'articolo 3-ter, comma 4, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal comma 1 del presente decreto, le regioni comunicano al Ministero della salute, al Ministero della giustizia e al comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, entro l'ultimo giorno del semestre successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, nonché tutte le iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quando dalla comunicazione della regione risulta che lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture e delle iniziative assunte per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e' tale da non garantirne il completamento entro il successivo semestre il Governo provvede in via sostitutiva a norma dell'articolo 3-ter, comma 9, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9. 3. Agli oneri derivanti dalla proroga prevista dal comma 1, pari a 4,38 milioni di euro per il 2014 ed a 1,46 milioni di euro per il 2015, si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 3-ter, comma 7, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9. Le relative risorse sono iscritte al pertinente programma dello stato di previsione del Ministero della giustizia per gli anni 2014 e 2015. Il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, con proprio decreto, le occorrenti variazioni di bilancio.

giudiziari)²², emergono elementi di grande ed innovativa portata, ma anche fattori che, se non

²² Modificazioni apportate in sede di conversione al Decreto-legge 31 marzo 2014, N. 52. *All'articolo 1: al comma 1, la lettera b) è sostituita dalla seguente: « b) dopo il primo periodo sono aggiunti i seguenti: “Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali” »; dopo il comma 1 sono inseriti i seguenti: « 1-bis. All'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, sono apportate le seguenti modificazioni: a) al comma 6, dopo il terzo periodo sono inseriti i seguenti: “A tal fine le regioni, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale. Entro il 15 giugno 2014, le regioni possono modificare i programmi presentati in precedenza al fine di provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, di contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle strutture sanitarie di cui al comma 2 e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche”; b) dopo il comma 8 è inserito il seguente: “8.1. Fino al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, l'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo costituisce adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza”. 1-ter. I percorsi terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione di ciascuna delle persone ricoverate negli ospedali psichiatrici giudiziari alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, di cui ai commi 5 e 6 dell'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, e successive modificazioni, devono essere obbligatoriamente predisposti e inviati al Ministero della salute e alla competente autorità giudiziaria entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. I*

adeguatamente sviluppati ed articolati, rischiano di rappresentare un ostacolo alla realizzazione di un modello di intervento appropriato ed efficace in quanto fondato su di una impostazione poco pragmatica e realistica.

Il provvedimento presenta, infatti, dei chiari elementi innovativi, primo fra tutti il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari di cui vengono, per la prima volta, fissati dei termini per la chiusura; inoltre vengono

programmi sono predisposti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano attraverso i competenti dipartimenti e servizi di salute mentale delle proprie aziende sanitarie, in accordo e con il concorso delle direzioni degli ospedali psichiatrici giudiziari. Per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero. 1-*quater*. Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. Per la determinazione della pena a tali effetti si applica l'articolo 278 del codice di procedura penale. Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo »; *dopo il comma 2 è inserito il seguente*: « 2-bis. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto è attivato presso il Ministero della salute un organismo di coordinamento per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero della giustizia, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di esercitare funzioni di monitoraggio e di coordinamento delle iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. A tal fine l'organismo di coordinamento si raccorda con il comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 aprile 2008. La partecipazione alle sedute dell'organismo di coordinamento non dà luogo alla corresponsione di compensi, gettoni, emolumenti, indennità o rimborsi spese comunque denominati. Ogni tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro della salute e il Ministro della giustizia trasmettono alle Camere una relazione sullo stato di attuazione delle suddette iniziative »; *al comma 3, dopo le parole*: « corrispondente riduzione » *sono inserite le seguenti*: « , per i medesimi anni, ».

enfaticamente le funzioni sanitarie per i pazienti dimissibili, che devono essere dimessi e presi in carico dai DSM competenti per il territorio, mettendo in tal modo fine all'annoso problema del prolungamento della misura di sicurezza, pur prestando attenzione alle ragioni di sicurezza per i soggetti non dimissibili in quanto ancora pericolosi socialmente, per i quali vengono individuate "nuove strutture" (c.d. "REMS - Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza") che dovrebbero combinare la gestione sanitaria con quella di vigilanza²³, accogliendo le persone provenienti dal territorio in cui sono ubicate. Tuttavia è proprio la portata innovativa della norma, la cui effettiva incidenza è rimessa a quanto previsto dalla legge, che rischia, se non articolata con lo stato attuale delle cose, di vanificare le finalità di cui si rende promotrice, tanto che allo stato attuale la definitiva chiusura degli OO.PP.GG è già stata prorogata, in fasi successive, al 31 marzo 2015.

Per prima cosa è necessario sottolineare che attualmente i sei OOPPGG ospitano circa 900 reclusi, con un turnover di 600 persone all'anno; il 31% di essi è sottoposto ad una misura di sicurezza provvisoria e circa il 70% è autore di reati di scarsa rilevanza²⁴. Si osserva pertanto che la popolazione degli internati in OPG non è omogenea né per bisogni sanitari o sociali, né per reati e possibilità di recupero, per cui si rende

²³ Le REMS potranno ospitare un massimo di venti pazienti con camere preferibilmente con uno o due posti letto, fino ad un massimo di quattro, per la gestione delle quali si prevede la dotazione di medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori e operatori socio-sanitari (OSS); esse dovranno avere, pertanto, al loro interno una gestione esclusivamente sanitaria e, ove necessario, un'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna.

²⁴ Cfr: www.siep.it

necessario definire in maniera precisa percorsi differenziati che partano dal presupposto di accertare in maniera puntuale ed approfondita la presenza di quei casi caratterizzati da una persistente pericolosità sociale da destinare alle strutture a gestione mista (REMS). Proprio la valutazione della pericolosità sociale²⁵ rappresenta un punto particolarmente critico; infatti, a tale riguardo, è necessario ricordare come il giudizio di pericolosità, presupposto per l'applicazione delle misure di sicurezza, consti di due momenti: l'analisi della personalità dell'individuo, con valutazione degli elementi oggettivi e soggettivi ex art. 133 c.p. (Gravità del reato: valutazione agli effetti della pena), e la prognosi criminale, ovvero la valutazione della probabilità di recidiva ex art. 203 c.p. (Pericolosità sociale)²⁶. Pertanto la valutazione della pericolosità sociale “non può limitarsi all'esame delle sole emergenze di natura medico-psichiatrica, ma implica la verifica globale delle circostanze indicate dall'art. 133 cod. pen., espressamente richiamato dall'art. 203 dello stesso codice, fra cui la gravità del reato commesso e la personalità del soggetto, così da approdare ad un giudizio di pericolosità quanto

più possibile esaustivo e completo” (Cass. Sez. 1, sent. n.4094 del 07/01/2010). Infatti è necessario rimarcare come ad oggi manchino criteri scientifici chiari ed univoci per la valutazione di pericolosità ed è fonte di controversia se nella valutazione di rischio di comportamento violento sia più adeguato un approccio ideografico o nomotemico, anche se, probabilmente, il metodo più accurato dovrebbe integrare l'analisi di fattori personali (clinici) con dati biografici, sociali e comportamentali (attuariali)²⁷. La valutazione della pericolosità sociale, che rappresenta un elemento centrale nelle disposizioni per il definitivo superamento degli OPG, condizionando la scelta del percorso da attivare e la collocazione del paziente (REMS, DSM, comunità socio-sanitarie, ecc.), se da un lato assurge ad inderogabile necessità per il diritto penale, dall'altro costituisce, allo stato attuale, un “oggetto limite” per la psichiatria a cui, pertanto, non può e non deve essere attribuito l'onere esclusivo nella valutazione della stessa. Un altro aspetto estremamente importante, correlato alla pericolosità sociale relativamente all'immissione di malati psichici autori di reato in strutture sanitarie del SSN inserite nel territorio di provenienza, riguarda il trasferimento a carico dei servizi e degli psichiatri di nuovi obblighi, impegni e responsabilità, peraltro già emersi con la sentenza della Corte Costituzionale n. 367 del 17-29/11/04, laddove, ricordando che “l'attuale configurazione della misura di sicurezza si muove fra le polarità di trattamento e di controllo”, sanciva che le finalità trattamentali del malato di

²⁵ Nell'attuale situazione giudiziaria italiana sono valutati per un problema di pericolosità sociale e una possibile applicazione di misure di sicurezza i soggetti prosciolti per vizio totale o parziale di mente (artt. 88, 89 e segg. c.p.), i soggetti giudicati incapaci processualmente (art. 70 c.p.p.), alcuni detenuti definitivi (in esecuzione) che sviluppano patologie mentali sopravvenute durante la detenzione (art. 148 c.p.) e detenuti in attesa di giudizio che presentano sintomi di malattia mentale (art. 206 c.p. e art. 312 c.p.p.).

²⁶ Ricordiamo a tale riguardo come l'art. 204 c.p. prevedeva i casi di pericolosità sociale presunta, con conseguente obbligo per il giudice di applicare la misura di sicurezza; questo articolo è stato abrogato dalla legge Gozzini n. 663/86 che ha, inoltre, subordinato l'applicazione di qualsiasi misura di sicurezza personale all'accertamento concreto della pericolosità sociale del soggetto.

²⁷ Vecchione D, Ferracuti S, Nicolò G., “Pazienti in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, in misura di sicurezza e in reclusione”, Nicolò G, Pompili E (a cura di), *Manuale di psichiatria territoriale*, Pacini Editore Medicina, Pisa, 2012.

mente autore di reato debbano concretamente prefigurarsi come adatte a garantire anche un contestuale “controllo”, attraverso il contenimento del rischio di recidiva violenta. A riguardo, infatti, non può non destare una certa preoccupazione quanto emerge dall’ordinanza del Magistrato di Sorveglianza di Firenze del 15.02.12, in merito alla posizione di garanzia dello psichiatra in riferimento all’art. 3-ter, comma 4, della legge 17.02.2012 n.9, che così recita: “La esistenza di una posizione di garanzia del medico psichiatra verso atti auto o etero aggressivi del paziente psichiatrico si desume, *a contrariis*, anche dall’art. 3-ter, comma 4, della legge 17.02.2012 n.9, riguardante le disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, laddove afferma che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Ciò perché, evidentemente, il malato di mente può cessare di essere pericoloso ma non sempre può guarire. Ritiene questo Magistrato di Sorveglianza che dal complesso normativo e giurisprudenziale si possa dedurre la presenza di un dovere di cura e di una posizione di garanzia in capo al medico psichiatra di paziente autore di reati affetto da infermità psichica ma non socialmente pericoloso affinché siano evitate possibili ma non probabili recidive laddove dipendenti da prevedibili ed evitabili scompensi. Sulla scorta della prolungata osservazione in libertà vigilata e confidando sulla ottemperanza da parte dei Servizi Psichiatrici del Territorio al potere e dovere di cura come sopra specificato si ritiene poter pervenire alla revoca della misura di

sicurezza, ritenendo l’interessato persona non più socialmente pericolosa (...)”.

L’atteggiamento che traspare da questa ordinanza, per altro in linea con recenti sentenze di legittimità in merito alla posizione di garanzia e agli obblighi giuridici dello psichiatra (*ex multis*: Cass., Sez. IV, n. 10795 del 14.11.2007, *Pozzi*, e Cass. Sez. IV, n. 48292 del 27.11.2008, *Desana*), richiama una attuale tendenza della giurisprudenza che attribuisce all’operatore sanitario della salute mentale una duplice funzione, ovvero quella di erogare il miglior sistema possibile di trattamento/riabilitazione e di fare in modo che questo si traduca in un contestuale “controllo sociale”. Quest’ultimo deve essere inteso, nel caso di trattamenti alternativi al percorso giudiziario/detentivo per soggetti non imputabili per vizio di mente, come una riduzione del rischio di recidiva criminale, individuando, in tal modo, in capo allo psichiatra, una sorta di “obbligo di risultato” sulla base dell’assioma, non supportato in realtà da evidenze scientifiche, che sia possibile con sufficiente affidabilità prevedere un comportamento violento e, consequenzialmente, prevenirlo mediante idonei interventi terapeutici della cui correttezza ed efficacia il medico ne diventa, pertanto, il garante. Un altro importante problema sollevato dalla normativa di superamento dell’OPG riguarda il ruolo centrale che il DSM verrebbe ad assumere nel prendersi carico delle persone malate di mente, autrici di reato, che hanno cessato di essere socialmente pericolose, le quali convivranno con le altre tipologie di pazienti, con la conseguenza di un incremento dei bisogni diversificati a cui fare fronte. Tale impegno necessita, pertanto, di un rafforzamento dei Dipartimenti di salute

mentale in termini di modalità organizzative ed assistenziali, rispetto allo *status quo*, per poter far fronte alle richieste e necessità di queste nuove utenze che richiederanno non solo percorsi di cura e reinserimento personalizzati, ma saranno portatrici anche di necessità cliniche ed assistenziali, oltre ad obblighi “giuridici”, verso i quali il personale operante sul territorio risulta attualmente per lo più impreparato²⁸.

Anche in merito alla effettiva organizzazione delle REMS, emergono, allo stato attuale, notevoli margini di incertezza in quanto non solo questi assetti necessitano di dotazione di personale e tipologia di formazione ad alta professionalità clinico-assistenziale, ma non sembra ben chiaro, in queste strutture a gestione mista per pazienti psichiatrici autori di gravi reati con attuale pericolosità sociale, il rapporto esistente fra funzioni sanitarie, che dovrebbero essere preminenti, e funzioni “penitenziarie”, con il concreto rischio che possa riproporsi la stessa logica degli attuali OPG, sia per quanto riguarda i percorsi di accesso che di trattamento. Infatti, a riguardo, pure essendo stabilito che le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza sono destinate ai pazienti non dimissibili, attualmente ospiti negli OPG, non vi è alcun riferimento per tutti quei nuovi pazienti, in particolare durante la fase della cognizione penale, destinatari di misura di sicurezza detentiva provvisoria (ex artt. 206, 312 e 313 c.p.p.), dei detenuti ex artt. 111 e 112 DPR 230/2000 e art. 148 c.p., nonché di tutti quei pazienti considerati “difficili”, spesso responsabili di reati bagatellari (contro il patrimonio o lesioni

personali lievi) e che attualmente sono destinati all'OPG e alle CCC (Case di Cura e Custodia) (Grispini & Ducci, 2013). Inoltre un punto particolarmente problematico, che riporta, peraltro, alla questione già precedentemente analizzata dell'obbligo di custodia a carico del personale sanitario, riguarda l'attività di sorveglianza perimetrale, rispetto alla quale il decreto ministeriale, almeno nella sua originaria versione, non sembra apportare elementi di maggiore specificazione rispetto al dettato legislativo, lasciando alle singole strutture la decisione di dotarsi o meno di una vigilanza esterna; risulta, infatti, evidente che nel caso in cui mancasse l'attività di vigilanza perimetrale dovrebbe essere la gestione sanitaria interna a farsi carico delle imprescindibili esigenze custodiali²⁹.

Recentemente (2014)³⁰ la SIP (Società Italiana di Psichiatria) ha evidenziato il rischio che coloro che non sono portatori di disturbi psichici, ma appartengono alla criminalità organizzata, possano approfittare dei percorsi alternativi previsti dalla normativa in merito al superamento degli OPG; tale questione appare di particolare rilevanza in quanto ripropone, attraverso questo specifico aspetto, la necessità che, per la piena attuazione di quanto previsto dalla L. n. 9/1012 e dal DL n. 52/2014, sia necessaria una efficace collaborazione tra la Magistratura e gli operatori sanitari, onde individuare progetti personalizzati efficaci che permettano un reinserimento del paziente nell'ambito territoriale di provenienza. In tal senso per l'attuazione di un percorso sanitario

²⁸ Si pensi, ad esempio, alla gestione del comportamento violento che richiede, infatti, formazione adeguata e competenze che non possono essere improvvisate.

²⁹ Valvo G., “Il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: la delicata attuazione dell'articolo 3-ter DL 211/2011”, disponibile sul sito: www.penalecontemporaneo.it

³⁰ Cfr. www.quotidianosanità.it

che possa iniziare anche in condizione di detenzione, proseguire poi nelle REMS e quindi nelle strutture sanitarie territoriali, in funzione del grado di malattia e di collaborazione del paziente, si rende però necessario potenziare l'attività della salute mentale non solo a livello dei DSM e delle strutture disponibili accreditate dalle Asl, ma anche negli Istituti di Pena e nel resto della Sanità Penitenziaria, attraverso un sistema di rete integrato, in modo da non ridurre i servizi territoriali a luoghi di "custodia sociale".

3. Conclusioni.

Con la promulgazione della legge n. 9/2012 e del Decreto Legge n. 52/2014, si è giunti a formulare un definito superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, quale percorso conclusivo di un lungo iter di cambiamento della gestione della salute mentale in Italia, iniziato con le Leggi 180 e 833 del 1978 e proseguito con il definitivo affermarsi dell'assistenza psichiatrica territoriale (DPR del 1994 e del 1999 "Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale 1994/97 e 1998/2000"). Tuttavia il percorso di superamento degli OPG ha finora subito importanti dilazioni a causa della mancanza di una precisa programmazione e concertazione a livello nazionale tra i soggetti e le istituzioni coinvolte che hanno evidenziato non solo le carenze a livello organizzativo che spesso sottendono a realtà locali e regionali, ma anche la presenza di opinioni spesso contrastanti sia nell'ambito della magistratura che della stessa psichiatria, anche per una delega a quest'ultima di un tema ad alta complessità sociale e giuridica, prima che clinica. Un esempio in tal senso è rappresentato dal fatto che il percorso di superamento degli OPG non ha

previsto, a differenza dei precedenti progetti di legge in materia (es.: Disegno di Legge Grosso nel 1983; dell'on Riz del 1995; dell'on Corleone del 1996), la revisione del codice penale in merito ad istituti, quali l'imputabilità³¹ e la pericolosità

³¹ Da tempo il dibattito sull'imputabilità occupa giuristi, medici legali e psichiatri forensi, quale espressione della messa in crisi di un concetto e di una normativa penale che, le mutate condizioni sociali del malato di mente e i notevoli cambiamenti relativamente all'eziologia, terapia e trattamento della malattia mentale, hanno ormai innegabilmente evidenziato. Sebbene non sia questo il contesto in cui affrontare la travagliata evoluzione del problema dell'imputabilità, è necessario, tuttavia, ricordare, a riguardo, che i paradigmi sui quali è incentrato il diritto penale sono la presunzione della libertà di arbitrio, la conseguente responsabilità morale del reo, la sua colpevolezza ed imputabilità, qualora abbia agito con coscienza volontaria; pertanto sulla presenza o meno della capacità di intendere o di volere, al fine di identificare una situazione che, a causa di infermità, abbia abolito o grandemente scemato la capacità prevista nel diritto penale, ex artt. 88 e 89 c.p., poggia il fondamento del ruolo svolto dalla psichiatria forense. Tuttavia, tale posizione, frutto di un connubio fra una psichiatria positivista ed organicistica che offriva "certezze scientifiche" ed un diritto che, prima con il Codice Zanardelli (1889) e poi con il vigente Codice Rocco (1930), faceva proprie queste posizioni, ha mostrato la sua inadeguatezza di fronte ad una mutata concezione del disturbo mentale e della psicopatologia, che ha evidenziato come il sapere della psichiatria in nessun caso consenta di dare certezze relativamente allo spazio di libertà residuo di una persona, creando, in tal modo, un'insanabile contrasto fra una prassi psichiatrico-forense priva di assolutezze scientifiche e un sistema della giustizia, che, attraverso l'arbitrarietà e l'aleatorietà dei giudizi, quale traspare dalle sentenze giurisprudenziali, si dimostra disorientato, in quanto ancorato a paradigmi ormai obsoleti, con il rischio, quanto mai attuale, di ricorrere a costrutti "scientifici" neo-positivisti (si veda ad esempio l'utilizzo delle neuroscienze in ambito forense), nel tentativo spasmodico di ricercare quelle certezze a cui il sistema giuridico aspira (cfr. Fabbri C, Cimino L, Serretti A., "Genetica dei comportamenti impulsivo-aggressivi: possibile applicazione in psichiatria forense?", *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 2013, pp. 34-519). Sulla base di queste considerazioni, e sul fatto, soprattutto, che la posizione attuale della scienza psichiatrica è di riconoscere una sempre più ampia libertà del malato di comprendere e di autodeterminarsi, che si ritiene, in un realtà *de jure condendo*, che la psichiatria forense non possa più intervenire nel sistema della giustizia così come le è richiesto e che, pertanto, onde evitare arbitrii e

sociale, sui quali poggiano tutte le misure applicate a soggetti affetti da patologia mentale autori di reato e che condizionano la reale incidenza di un effettivo superamento della logica sulla quale è fondata la concezione stessa dell'OPG quale espressione di una dogmatica penale³². Peraltro, la mancata revisione del codice penale sull'applicazione delle misure di sicurezza, che rimangono di competenza dell'Autorità Giudiziaria, sebbene debbano essere eseguite dal personale sanitario, evidenzia le difficoltà e le incongruenze di questa doppia competenza, attribuendo alla psichiatria e ai suoi operatori funzioni e responsabilità, a nostro avviso, eccentriche rispetto al suo mandato.

La valutazione del progetto complessivo, quale traspare dalla normativa di riferimento, evidenzia numerosi punti critici che, se non debitamente affrontati, rischiano di invalidare il percorso stesso di cambiamento; in particolare il superamento degli OPG non può, né deve, concretizzarsi in una semplice operazione di trans-istituzionalizzazione, con persone che sono semplicemente trasferite da un'istituzione all'altra, ma deve concretizzarsi in un percorso individualizzato, fondato sull'analisi dei "fatti e dei bisogni" dei singoli pazienti, individuando percorsi adeguati al singolo caso (strutture penitenziarie e terapeutiche per pazienti non dimissibili autori di gravi reati; comunità terapeutiche ad alta protezione come misura

alternativa al carcere per pazienti autori di reati minori; strutture già esistenti nel DSM e progetti personalizzati socio-riabilitativi per chi non è più socialmente pericoloso) ed evitare, in particolar modo, individuando specifici percorsi di accesso e potenziando i percorsi di cura ad alta intensità clinico-assistenziale, che le REMS diventino piccoli OPG. Il ruolo centrale dei DSM nel percorso di presa in carico della popolazione dei residenti internati afferenti al proprio territorio, che rende necessario un potenziamento in termini economici, organizzativi e di formazione del personale, onde favorire il più possibile i percorsi territoriali per malati di mente autori di reati, senza che questo avvenga, però, a discapito degli altri utenti, non deve, tuttavia, far considerare i DSM stessi come l'unico soggetto attuatore di questa funzione che, in quanto di natura prettamente socio-sanitaria, deve essere condivisa all'interno di una rete articolata di servizi e competenze, in modo tale da non regredire in una logica di lettura esclusivamente psichiatrica, imponendosi, quindi, la necessità di definire un modello integrato, con strategie e percorsi fondati sull'analisi dei bisogni specifici e sui fatti. In questo quadro complessivo va quindi collocata anche la necessità di attivare protocolli di collaborazione fra Magistratura, Periti Tecnici d'Ufficio e tecnici della salute mentale nella programmazione dei percorsi di cura e nelle scelte strategiche di politica sanitaria, onde evitare situazioni in cui alla psichiatria vengano attribuiti "compiti" e "funzioni" eccentriche rispetto al suo mandato, senza dimenticare il problema della salute mentale in carcere su cui va compiuto un potenziamento delle politiche di intervento per la

"falsità", si dovrebbe giungere all'abolizione del sistema dell'imputabilità così come è attualmente formulato (cfr. Ponti G, Merzagora I., *Psichiatria e Giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1993).

³² Aleo S., "Imputabilità e pericolosità sociale dell'individuo infermo di mente", *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 2013, pp. 9-19; Fadda M.L., "Misure di sicurezza e detenuto psichiatrico nella

fase dell'esecuzione", *Rassegna penitenziaria e*

tutela della salute in questi contesti. Le problematiche testé evidenziate necessitano di soluzioni concrete ed equilibrate che sappiano cioè armonizzare le istanze etiche e morali di superamento degli OPG con le molteplici implicazioni che questo processo determina nel contesto della gestione della salute mentale in ambito territoriale; si tratta, quindi, di un tema altamente complesso, che necessita di analisi accurate e risposte realistiche, onde evitare il rischio, in parte presentatosi nel processo di superamento dei manicomi civili *ex lege* 180/78, che prese di posizioni talvolta dogmatiche ed unilaterali, non valutando con la dovuta attenzione le questioni clinico-assistenziali e giuridiche che il processo di superamento degli OPG può presentare a lungo termine, comportino l'emergenza di nuove ed incisive problematiche capaci di inficiare le finalità stesse del cambiamento dell'attuale modello di trattamento degli autori di reati affetti da malattie mentali³³.

criminologica, 2, 2013.

³³ Da questo punto di vista, concordiamo con quegli autori (cfr. Valvo G., "Il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: la delicata attuazione dell'articolo 3-ter DL 211/2011", disponibile sul sito: www.penalecontemporaneo.it) che ritengono che il legislatore avrebbe potuto porre prontamente fine al degrado degli ospedali psichiatrici giudiziari attraverso la sanitarizzazione delle strutture esistenti, seguendo il modello, già sperimentato e oggetto di attenzione internazionale, di Castiglione delle Stiviere (MN). In questo modo, con un intervento meno impegnativo, avrebbe potuto anteporre, nell'esecuzione della misura di sicurezza, le esigenze di cura dell'infermo di mente rispetto a quelle custodiali; successivamente si sarebbe potuto procedere con gradualità alla sostituzione degli ospedali psichiatrici giudiziari con strutture sanitarie distribuite su base regionale, permettendo ai servizi territoriali di dotarsi di efficaci supporti per assicurare una adeguata gestione dei soggetti ritenuti ancora pericolosi socialmente.

Bibliografia.

- Aleo S., "Imputabilità e pericolosità sociale dell'individuo infermo di mente", *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 2013, pp. 9-19.
- Altamura A.C., Goodwing GM., "How Law 180 in Italy has reshaped psychiatry after 30 years: past attitudes, current trends and unmet needs", *Br J Psychiatry*, 197, 2010, pp. 261-262.
- Altamura A.C., Aguglia E., Bassi M *et al.*, "Rivalutare il ruolo degli antipsicotici atipici a rilascio prolungato nell'ambito ambulatoriale", *International Clinical Psychopharmacology*, 27, 2012, pp. 336-349.
- Birkhoff J., "Un'altra scena per il trattamento: la comunità terapeutica nella terapia dei soggetti con disturbi di personalità autori di reato", disponibile sul sito: www.psychomedia.it.
- Catanesi R., Carabellese F., Grattagliano I., "Cura e controllo. Come cambia la pericolosità sociale in psichiatria", *Gior Ital Psicopat*, 15, 2009, pp. 64-74.
- Fabbri C., Cimino L., Serretti A., "Genetica dei comportamenti impulsivo-aggressivi: possibile applicazione in psichiatria forense?", *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 2013, pp. 34-51.
- Fadda M.L., "Misure di sicurezza e detenuto psichiatrico nella fase dell'esecuzione", *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 2013.
- Grispini A., Ducci G., "Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Considerazioni e riflessioni", *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1, 2013, pp. 9-24.
- Lora A., "An overview of the mental health system in Italy", *Ann Ist Super Sanità*, 45, 2009, pp. 5-16.
- Piccinelli M., Politi P., Barale F., "Focus on psychiatry in Italy", *Br J Psychiatry*, 181, 2002, pp. 538-544. Ponti G., Merzagora I., *Psichiatria e Giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1993.
- Rivellini G., "Opg, meno centri e più rete", *Sole 24 Ore Sanità*, 14/04/2014, pag. 10.
- Valvo G., "Il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: la delicata attuazione dell'articolo 3-ter DL 211/2011", disponibile sul sito: www.penalecontemporaneo.it.
- Vecchione D., Ferracuti S., Nicolò G., "Pazienti in Ospedale Psichiatrico

Giudiziario, in misura di sicurezza e in reclusione”, Nicolò G, Pompili E (a cura di), *Manuale di psichiatria territoriale*, Pacini Editore Medicina, Pisa, 2012.

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

Sitografia.

- www.giustizia.it
- www.quotidianosanità.it
- www.regione.emilia-romagna.it/giunta/carlo-lusenti/comunicati-stampa-1
- www.senato.it/documenti/.../Relazione_OOP_PGG_doc_XXII-bis_4.pdf
- www.siep.it