

GIUSTIZIA E SOCIETÀ

## La 'cura obbligatoria' del reo 'pericoloso' affetto da disagio psichico, tra penitenziario e sanità

DARIA VECCHIONE – MICHELE PENNINO

---

La misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.) e quindi il rapporto tra il regime detentivo e la condizione di persona affetta da disagio psichico presentano diverse criticità ancora irrisolte.

La nostra Costituzione tutela pienamente (artt. 27 e 32 Cost.) il diritto alla salute fisica del condannato mentre non trova la stessa tutela la malattia mentale.

In linea di principio, secondo il nostro sistema normativo, la malattia può, se grave, condizionare l'esecuzione della pena, con modalità differenti a seconda che colpisca la mente oppure il corpo.

Infatti il codice penale prevede la possibilità di scarcerare il condannato affetto da malattia "così grave da non rispondere più ai trattamenti sanitari disponibili ed alle terapie" (art. 146 c.p.) oppure affetto da "grave infermità fisica" (art. 147 c.p.).

La *ratio* di tali disposizioni è nell'art. 27 Cost., secondo cui le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e debbono avere una finalità rieducativa.

Si ritiene, pertanto, contrario al senso di umanità contenere in carcere persone nei cui confronti le cure mediche siano inutili perché in uno stadio troppo avanzato della malattia o comunque afflitte da patologie così gravi da rendere vana la finalità rieducativa della pena.

Il differimento della pena è previsto però soltanto quando si verifica una malattia che colpisca l'integrità del corpo mentre, in caso di patolo-

gia mentale, opera solo se essa sia tale da arrecare danno anche all'integrità fisica del detenuto.

Per il malato di mente va rilevato che nel nostro ordinamento coesistono due sistemi normativi diversi a seconda che la persona abbia commesso un reato oppure no.

Da un lato, vi sono le norme assistenziali e terapeutiche emesse a partire dagli anni Settanta che individuano il malato mentale come titolare di una serie di diritti di rilevanza tale da imporre limitazioni alla potestà coercitiva dello Stato nei suoi confronti.

La normativa civilistica mette, infatti, al centro l'individuo e la cura dovutagli ed è strettamente legata ad un principio volontaristico, precipitato del principio di autodeterminazione in campo sanitario, espressione dell'art. 32 Cost. (e oggi di plurime fonti internazionali, tra cui la Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina del 4.4.1997, detta Convenzione di Oviedo, ratificata con l. 28.3.2001, n. 145).

L'unico provvedimento coercitivo possibile è il TSO (artt. 33-35 della l. 833/1978), un provvedimento a carattere eccezionale, che deve essere praticato nei confronti di persona affetta da malattia mentale che necessiti di trattamenti sanitari urgenti e che rifiuti il trattamento; per l'adozione di tale provvedimento sono previste diverse cautele, infatti la stessa è consentita sempre che non sia possibile adottare adeguate misure extraospedaliere, è previsto l'intervento congiunto dell'autorità sanitaria (duplice, proposta e convalida), amministrativa (il Sindaco) e giudiziaria (il Giudice tutelare), ed, infine, la sua durata è ridotta (sette giorni suscettibili di proroghe, anche plurime, ma sempre con la medesima durata).

La legislazione civile, inoltre, ha abolito il concetto di pericolosità che prima della l. 180/1978 era insito in quello di malattia mentale ed ha equiparato il malato psichico al malato fisico, prevedendo solo nei suddetti casi eccezionali il ricovero del primo nei reparti psichiatrici civili, trasformando così la cura da custodialistica-coercitiva a terapeutico-riabilitativa.

Dall'altro lato, invece, vi sono le disposizioni penalistiche che concernono i rei pericolosi, la cui "malattia mentale" è incompatibile con la pena della reclusione in carcere e dovrà essere curata "obbligatoriamente", in un apposito Istituto che è l'ospedale psichiatrico giudiziario. Evidenziata la sostanziale differenza di disciplina tra norme civili e norme

penali, che incidono sullo stesso fenomeno sociale, va detto che le misure di sicurezza sono applicate, in caso di commissione di un fatto-reato, previa assoluzione per vizio totale (artt. 88 c.p. e 530 c.p.p.) o condanna con pena ridotta per vizio parziale di mente (art. 89 c.p.), in presenza di pericolosità sociale della persona (art. 202 c.p.).

Chi è stato riconosciuto nel processo, a seguito di una perizia psichiatrica, incapace di intendere e di volere al momento del fatto, farà ingresso nell'OPG, e la sua permanenza nell'Istituto sarà subordinata alla persistenza della pericolosità sociale, mentre il soggetto ritenuto imputabile sarà condannato ad una pena certa e determinata e gli si apriranno le porte del carcere.

La valutazione della capacità di intendere e di volere è rimessa al perito. Ma anche l'accertamento della pericolosità sociale dipende, in parte, dalla malattia e quindi finisce per essere parzialmente rimesso al perito.

Va rilevato che questo giudizio è supportato da argomentazioni scientifiche dei periti che evitano, per lo più, di entrare nel merito del caso specifico, se cioè il soggetto sia pericoloso, ma si limitano ad affermare che determinate patologie presentano un alto grado di pericolosità.

Tuttavia il concetto di pericolosità è piuttosto delicato e merita una breve riflessione, non solo rispetto ai suoi risvolti pratici, ma anche rispetto alla sua formulazione teorica.

Si deve rilevare infatti che parte della più recente dottrina psichiatrica ritiene privo di fondamento scientifico l'assunto che la malattia mentale sia il presupposto automatico di totale irresponsabilità e pericolosità.

La pericolosità sociale non corrisponde, secondo molti psichiatri, a nessuno dei criteri che fondano la diagnosi psichiatrica e sui quali si basa il metodo scientifico; essa infatti non ha nessun valore terapeutico, adempiendo invece una funzione di pura difesa sociale: è, in definitiva, un concetto giuridico e non squisitamente medico.

Il giudizio penalistico di pericolosità si fonda su un criterio di probabilità, non di mera possibilità, e si è detto da più parti che tale criterio appare inapplicabile, se non aleatorio, in campo psichiatrico.

Inoltre, sembra che ciò che si possa affermare secondo dati scientifici è che la previsione di atti violenti è comunque limitata ad un periodo di tempo piuttosto limitato: questo dato rende sostanzialmente privo di valore ciò che il giudice richiede nella formulazione del suo quesito, perché le misure che dovranno essere attuate avranno valore in un lasso di tempo molto ampio.

Analisi multivariate dimostrano che le malattie mentali gravi, da sole, non sono predittive di violenza futura. Questa è associata, invece, ad altri fattori: biografici (violenze subite in passato, carcerazione giovanile, abusi fisici, ricordi di arresti familiari), clinici (abusi di sostanze, minacce percepite), relativi ad altre caratteristiche della persona (età, sesso, reddito) o del contesto (disoccupazione, vittimizzazione).

In sostanza risulterebbe non dimostrabile che la pericolosità sia il naturale effetto di una patologia.

D'altra parte proprio da questo tipo di giudizio scaturisce la misura di sicurezza dell'OPG, che segna il destino di una persona, che nella maggior parte dei casi risulterà senza speranza e senza riabilitazione.

Dopo che è divenuta irrevocabile la sentenza, ed il soggetto sia stato dichiarato inimputabile, il magistrato di sorveglianza dovrà verificare l'attualità della pericolosità (ex art. 69, l.p.), e dovrà rendere eseguibile la misura solo se sussista una pericolosità sociale attuale e potrà, comunque, graduarla con una misura non detentiva, quando la ritenga più adeguata al caso concreto, così come indicato dalle sentenze della Corte Cost. 139/1982 e 253/2003.

Nel caso, invece, il soggetto già ristretto in carcere manifesti i sintomi di una patologia psichiatrica, il magistrato di sorveglianza, ai sensi dell'art. 148 c.p., disporrà che l'esecuzione della pena prosegua in OPG, sino a quando la malattia permane.

In tal caso l'accertamento della malattia psichica avviene, secondo l'art. 112 del d.P.R. 230/2000, previa osservazione all'interno di reparti di osservazione psichiatrica, disposta con provvedimento del magistrato di sorveglianza per un periodo non superiore a trenta giorni.

Sul punto si osserva che il trasferimento per l'osservazione dovrebbe essere effettuato presso appositi reparti, e non presso l'OPG; tuttavia in Italia solo sette carceri ne dispongono.

La differenza non è solo di carattere formale; infatti l'OPG è una struttura che ospita pazienti cronici e, molto spesso, con patologie di carattere psichiatrico stabilizzate da tempo, inseriti in programmi trattamenti individualizzati, nonché in percorsi risocializzanti effettuati anche tramite verifiche esterne, e che molto spesso fruiscono di un regime detentivo "attenuato".

Viceversa il soggetto per cui viene richiesta dalla direzione dell'istituto un'osservazione di carattere psichiatrico, probabilmente, avrà creato

disagio nell'istituto di provenienza, e si troverà in un momento di scompenso psichico. Il suo ingresso focalizzerà tutta l'attenzione del personale sul nuovo giunto, che necessiterà, probabilmente, di un regime detentivo più contenitivo rispetto a quello di cui fruiscono gli altri nonché di somministrazione massiccia di terapia farmacologica.

Lo stesso, per la situazione psicologica in cui versa, nonché, talvolta, per la sua diversa posizione giuridica, non avrà le stesse opportunità di cui fruiscono gli altri.

La sua gestione rappresenterà un problema anche per il personale operante, potendo destabilizzare equilibri raggiunti a fatica, e pertanto accade che venga chiesto sollecitamente il suo rientro nell'istituto di provenienza.

In tale situazione la già preesistente situazione di disagio non potrà che aggravarsi, essendo ben difficile poter espletare realmente una seria osservazione psichiatrica in soli trenta giorni ed in tali circostanze.

La sua destinazione per l'OPG non gioverà né a lui né agli altri ospiti.

Anche in tal caso l'assenza di strutture adeguate, e di personale specializzato, viene di nuovo a ricadere sul soggetto malato.

Ritornando al tema principale, si evidenzia che l'impianto normativo originario è stato oggetto, nel tempo, di molteplici tentativi di superamento e interventi di modifica, perché da più parti sono stati sollecitati interventi legislativi che ridisegnassero in materia le disposizioni di legge alla luce dei sopravvenuti principi costituzionali, anche perché lo stato penoso di detenzione delle persone ristrette negli ospedali psichiatrici ha sollevato sempre molto interesse da parte della società civile più sensibile. Dopo la promulgazione della legge 180/1978 erano state avviate azioni perché venisse automaticamente sancito il superamento dell'OPG, quasi come naturale corollario della riforma.

Nel 1979 era stata altresì sollevata un'eccezione di costituzionalità della misura di sicurezza in OPG; la legge 180, infatti, abolendo la legge del 1904, avrebbe dovuto far venir meno l'istituzione a cui tali misure si riferivano.

Ma tali tentativi non ebbero esito, sia per una sorta di pentimento del legislatore nei confronti della riforma psichiatrica, la cui radicalità forse non era stata sufficientemente ponderata, sia per ragioni contingenti, essendo coinvolti per gli OPG apparati che facevano capo ad un Ministero diverso da quello che aveva attuato la riforma.

Emerse subito che uno dei nodi da sciogliere era costituito proprio dalla necessità di superare la dichiarazione di totale incapacità di intendere e di volere, per chi avesse commesso un reato: la dichiarazione costituiva la premessa per il proscioglimento ma anche per la conseguente misura di sicurezza e per il successivo invio in OPG.

Inoltre, dopo l'abolizione dei manicomi civili, era diffuso il timore che vi sarebbe stato un aumento dei suicidi e degli atti di violenza da parte dei pazienti psichiatrici, con aumento esponenziale dei ricoveri in OPG. La realtà dimostrò esattamente il contrario: il numero dei ricoverati negli OPG non aumentò, per una forte riduzione negli invii, e si mantenne costante solo per soggetti in misura di sicurezza provvisoria o per sopravvenuta infermità, evidenziando la crisi dell'istituzione carceraria, sopraffatta da un numero di detenuti superiore alla capienza, priva di una progettualità chiara, ma soprattutto incapace di denunciare la crescente criminalizzazione dei bisogni sociali.

L'impianto duro e drastico delle misure di sicurezza ha subito, d'altra parte, una progressiva ed ineludibile modifica a seguito dei successivi ed incisivi interventi della Corte Costituzionale, che hanno sostanzialmente tentato di adeguare la struttura della misura di sicurezza ai principi costituzionali.

Di seguito si citano solo alcune significative sentenze, che tracciano il percorso progressivo e sistematicamente demolitorio dell'impianto codicistico, seguito dalla Corte.

Primo importante intervento fu quello della sentenza 110/1974 che dichiarò l'illegittimità costituzionale dell'art. 207, comma 3, c.p., nella parte in cui attribuiva al Ministro di grazia e giustizia, anziché al giudice di sorveglianza, il potere di revocare le misure di sicurezza personali, anche prima che fosse decorso il tempo corrispondente alla durata minima stabilita dalla legge.

Altra importante sentenza della Corte è la 139/1982 con cui veniva dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p., comma 1, nella parte in cui non subordinava il provvedimento di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario dell'imputato prosciolto per infermità psichica al previo accertamento da parte del giudice della persistente pericolosità sociale derivante dall'infermità, al tempo dell'applicazione della misura.

La sentenza, infatti, censura una presunzione assoluta di durata dell'infermità psichica, che lungi dall'esprimere esigenze di tutela discrezionalmente apprezzate dal legislatore, finisce per allontanare la

disciplina normativa dalle sue basi razionali. Determinare, a distanza di tempo imprecisata, lo stato di salute mentale attuale da quello del tempo del commesso delitto, è questione di fatto che può e deve essere verificata caso per caso; totalmente privo di base scientifica sarebbe comunque ipotizzare uno stato di salute (anzi di malattia) che si mantenga costante, come regola generale valida per qualsiasi caso d'infermità totale di mente.

Fondamentale ulteriore tappa è la sentenza 253/2003 in cui si perviene ad una pronuncia di illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p., nella parte in cui non prevede in capo al giudice il potere di adottare, per il soggetto prosciolto per totale incapacità di intendere e di volere, misure diverse da quella del ricovero in OPG.

Cade, così, un ulteriore profilo di rigidità del sistema sanzionatorio che risultava obsoleto alla luce non solo dei principi costituzionali in materia, e della normativa sui trattamenti sanitari obbligatori, ma anche alla luce degli ultimi approfondimenti della scienza psichiatrica moderna.

La specificità di questa misura di sicurezza sta, ovviamente, nella circostanza che essa è prevista nei confronti di persone che, per essere gravemente infermi di mente, non sono in alcun modo penalmente responsabili, e dunque non possono essere destinatari di misure aventi un contenuto anche solo parzialmente punitivo.

La Corte chiarisce che la loro qualità di infermi richiede misure a contenuto terapeutico, non diverse da quelle che in generale si ritengono adeguate alla cura degli infermi psichici. D'altra parte la pericolosità sociale di tali persone, manifestatasi nel compimento di fatti costituenti oggettivamente reato, richiede ragionevolmente misure atte a contenere tale pericolosità e a tutelare la collettività dalle sue ulteriori possibili manifestazioni pregiudizievoli.

Le misure di sicurezza nei riguardi degli infermi di mente incapaci totali si muovono inevitabilmente fra queste due polarità, e in tanto si giustificano, in un ordinamento ispirato al principio personalistico, in quanto rispondano contemporaneamente a entrambe queste finalità, collegate e non scindibili, di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità sociale. Un sistema che rispondesse ad una sola di queste finalità, come al solo controllo dell'infermo "pericoloso", non potrebbe ritenersi costituzionalmente compatibile.

Di più, le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del

paziente: e pertanto, ove in concreto la misura coercitiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo, non la si potrebbe considerare giustificata nemmeno in nome di tali esigenze.

Oltre i numerosi interventi della Corte, altro passaggio decisivo è stato il d.lgs. 230/99, che trasferendo le funzioni sanitarie dagli istituti di prevenzione e pena al sistema sanitario nazionale, pone le premesse perché sia affrontato in modo dignitoso il grave problema della salute in carcere.

Tuttavia il passaggio dalla medicina penitenziaria a quella del Sistema sanitario nazionale è stato molto difficile ed ad oggi può dirsi solo parzialmente realizzato. Il DPCM 1° aprile 2008 ha dato una svolta importante al sistema aprendo spazi operativi ai trattamenti terapeutico-riabilitativi per i soggetti con disturbi mentali e soprattutto nel suo richiamo al valore della territorialità, prevedendo la ripartizione su base territoriale di provenienza dei pazienti tra i 6 OOPPGG presenti in Italia; la territorialità richiede, infatti, una dimensione di continuità terapeutica, comporta la possibilità di incidere sulle cause del malessere sociale, consente l'attivazione delle risorse della comunità, con il coinvolgimento diretto delle Regioni nella soluzione degli OPG.

Inoltre è prevista la ridefinizione degli ospedali psichiatrici come strutture psichiatriche complesse residenziali riabilitative di tipo comunitario, nell'ambito del DSM, con una capienza massima di accoglienza di soggetti internati.

Oggi ci sono le premesse per un reale superamento di tali istituzioni.

A tal fine sarebbe utile realizzare una sinergia di interventi, coinvolgendo operatori della salute mentale e della giustizia nonché gli enti territoriali per realizzare un progetto che gradualmente renda inutile l'OPG: ciò creando le condizioni alternative sia all'ingresso che in uscita.

Occorrerebbe che tutte le Regioni ove insistono gli ospedali psichiatrici giudiziari fossero in linea nel processo di sanitarizzazione.

Occorrerebbero ovunque gruppi multi-professionali, motivati, con una comprovata esperienza sul territorio, che lavorino a tempo indeterminato presso la struttura sotto la guida del responsabile dell'Area Sanitaria per portare avanti una seria e reale progettualità interna.

Occorrerebbe formulare dei piani terapeutici riabilitativi per ogni ricoverato all'interno della struttura con progetti e risorse specifiche, per

ridare realmente al territorio pazienti riabilitati, le cui abilità risultino potenziate e stimolate. In questa chiave non sarebbero possibili dimissioni di pazienti psichiatriche che non passino per una reale presa in carico anche all'interno della struttura, con attività terapeutico-riabilitative individualizzate.

Occorrerebbe un'organizzazione interna della struttura in cui i compiti dell'amministrazione penitenziaria fossero limitati alla custodia perimetrale e in cui applicare un regime detentivo aperto per tutti i reparti detentivi.

Occorrerebbe che tutte le celle sia singole che comuni fossero attrezzate con arredi ed oggetti utili alla configurazione di una normale condizione alloggiativa di una struttura sanitaria.

Tutte le strutture dovrebbero avere spazi comuni per la mensa, le feste, il teatro ed ogni altra iniziativa terapeutico-trattamentale.

Occorrerebbero strutture esterne residenziali di riabilitazione psichiatrica, piccole ed efficienti, per pazienti sforniti di assistenza familiare che non abbiano la possibilità di altra collocazione sul territorio.

Occorrerebbe una reale presa in carico da parte dei dipartimenti di salute mentale, i cui psichiatri non si sentano costretti a "caricarsi anche" del problema dei pazienti provenienti dagli OPG, ma siano in grado di elaborare programmi territoriali pure per i casi più difficili.

Occorrerebbe, infine, riscoprire il ruolo e la centralità della magistratura di sorveglianza, che nasce dall'idea di una magistratura di prossimità, che faccia da volano tra l'interno e l'esterno dei diritti dei singoli soggetti ristretti.

I magistrati di sorveglianza dovrebbero analizzare attentamente caso per caso le possibilità di de-istituzionalizzare i soggetti ristretti, sollecitando tutti i servizi coinvolti ad una presa in carico quando vi siano relazioni di sintesi che si concludono con diagnosi di cessata pericolosità sociale, non limitandosi ad emettere ordinanze di proroga della misura di sicurezza quando non vi siano possibilità di collocazione all'esterno.

I magistrati di sorveglianza potrebbero porsi al centro di questo delicato processo di de-istituzionalizzazione, facendo consapevolmente da mediatori tra l'Amministrazione penitenziaria e l'Amministrazione sanitaria; adottando regolamenti di istituto che potenzino l'aspetto terapeutico-trattamentale rispetto a quello contenitivo; sollecitando con insistenza, infine, i dipartimenti di salute mentale più resistenti a farsi carico dei loro pazienti.

È chiaro che tale ambizioso progetto non può realizzarsi se non con un programma a tappe, ed evitando di lasciare le strutture abbandonate, come mostri morenti, con tutto il loro contenuto.

Occorre superare l'OPG ripartendo dall'OPG.

C'è la necessità di un'adesione profonda al progetto, la necessità di una motivazione che "trascini" le menti ed i cuori e che prospetti un cambiamento, che dia un senso alla quotidianità ed alla fatica del presente.

Si tratta in sostanza di porsi con forza le domande sul perché e per chi.

Dobbiamo avere presenti quei volti delle persone che diciamo di voler aiutare.

Solo in tal modo si potrà superare l'OPG, condividendo tra tutti l'idea che un reale programma di inclusione sociale coinvolge l'intera società civile, e va a vantaggio di tutti.

È chiaro, tuttavia, che ciò non risolve il centrale problema dell'imputabilità, ed il conseguente automatismo tra il giudizio di malattia mentale / incapacità di intendere e di volere / pericolosità sociale / misura di sicurezza.

Fino a quando si manterrà questo pregiudizio della non imputabilità per malattia mentale si negherà al malato di mente il diritto di essere un soggetto, la possibilità di difendersi nel processo e ne nasceranno tutte le istituzioni che dal manicomio derivano.

DARIA VECCHIONE  
*Magistrato di sorveglianza*  
*Ufficio di sorveglianza di Napoli*

\* \* \*

L'istituzione OPG è stata, negli ultimi decenni, una realtà a prevalente valenza giudiziaria piuttosto che sanitaria in quanto rappresentativa di una realtà clinica-assistenziale residuale, di un modo di intendere la cura della malattia mentale oramai superata dalla normativa istitutiva del SSN e, precedentemente, dalla Legge 180/78.

La Legge 833/78 eliminando la componente custodiale che per quasi tutto il 900 ha rappresentato il cardine della gestione del malato psichiatrico, ha solo sfiorato l'OPG che forte della propria anima giudiziaria ha resistito come luogo di "cura e custodia".

I timori del legislatore nell'eliminare l'ultimo argine custodiale anche per i malati rei si sono accompagnati all'iniziale precaria organizzazione territoriale che andava sviluppandosi in Italia impegnata nel ciclopico intento di praticare un'assistenza territoriale ai nuovi pazienti e, contestualmente, riportare nel proprio ambito di competenza i soggetti già ospiti degli ospedali psichiatrici.

Solo nell'ultimo decennio il velo di disinteresse è andato via via dissolvendosi riaccendendo un impegno alla soluzione di una realtà fuori dalle pratiche assistenziali del SSN e in contraddizione con i dettami costituzionali di uguaglianza del diritto alla salute tra tutti i cittadini e di rispetto della dignità umana.

All'iniziale inerzia della rete dei servizi territoriali di farsi carico anche dei pazienti in OPG si è associata, successivamente, la debolezza e l'ambiguità dei meccanismi normativi emanati negli ultimi decenni. Questi pur individuando l'unicità della titolarità assistenziale del SSN anche per i detenuti e gli internati nelle strutture dell'Amministrazione Penitenziaria hanno solo ipotizzato assetti sperimentali o di spontanea collaborazione tra le due amministrazioni. Ciò ha permesso un colpevole ritardo in cui si sono evidenziate anche tutte le ambivalenze e le sospettosità dell'una e dell'altra amministrazione.

Ciò ha determinato che l'Amministrazione Penitenziaria abbia visto con sospetto la soluzione della gestione del SSN in materia sanitaria negli Istituti di pena e negli OPG, e al SSN di scotomizzare un ambito di interesse che funzionalmente e strutturalmente era sconosciuto e problematico.

Ancor più colpevole è stata l'ambiguità con cui sono state interpretate le varie normative che lentamente spingevano i due mondi al reciproco riconoscimento e collaborazione.

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un confronto da lontano delle due realtà, entrambe timorose di quanto doveva realizzarsi. Entrambe consapevoli dell'ineluttabilità degli eventi ma sfornite di una concreta intenzionalità di confronto sul campo reale.

Ognuno si è sentito libero di interpretare ed attivare come voleva quanto, man mano, le norme andavano istituendo.

Pochi sono stati sull'intero territorio italiano gli esempi di innovazione e collaborazione tra il sistema penitenziario e quello sanitario. Con il risultato che da un lato si è marginalizzato sempre più l'interesse prioritario della salute dei detenuti. E dall'altro si è concretizzata una ipocri-

sia assistenziale che dava per risolta la cultura custodialistica imperante prima della legge 180/78.

Nella volontà di risolvere definitivamente l'obbrobrio del manicomio si è, tutto di un fiato, perso la memoria del proprio passato custodialistico e l'interesse a quello che di esso ancora esisteva, perché gestito da altra amministrazione.

Come se il destino delle persone malate di mente potesse essere diverso a seconda di un'evenienza comportamentale, il reato, che proiettando il paziente nel cono d'interesse della giustizia ne determinasse la diversità psicopatologica e la successiva storia di salute rispetto alla propria area di impegno assistenziale.

È pur vero che la territorializzazione delle pratiche terapeutiche ha visto impegnato l'intero sistema sanitario in uno sforzo organizzativo e finanziario di attivazione di strutture in rete che potessero permettere percorsi terapeutico-riabilitativi rivolti contemporaneamente al reintegro sociale dei pazienti dimessi dai manicomi civili e di salvaguardia per i nuovi utenti.

Nella realtà campana è accaduto che la necessità di collocamento territoriale degli ex ospiti dei manicomi civili ha completamente saturato la disponibilità di posti letto disponibili.

Le strutture residenziali, che dovevano rappresentare solo una occasione per fronteggiare le iniziali difficoltà ambientali e socio-familiari dei pazienti dimessi, sono diventate, di fatto, strutture di residenza definitiva.

Da stazione sanitaria intermedia del percorso socio-assistenziale di reintegro nel tessuto sociale la struttura residenziale è diventata stazione definitiva di ricovero sociale per l'intera vita.

Segnando in questo modo l'intero fallimento delle politiche sociali degli enti amministrativi territoriali che di fatto hanno reso difficilissima la fuoriuscita dal percorso sanitario del paziente con raggiunta stabilità clinica.

Ancora oggi gran parte degli ospiti nelle strutture sanitarie residenziali è rappresentata dai pazienti ex-OP.

In questo quadro di riferimento la possibilità di ottenere rapidamente un risultato di dimissione di gran parte degli ospiti degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari o soltanto della coorte di pazienti con cessata pericolosità è diventata puramente velleitaria.

Il progressivo aumento della spesa sanitaria ha fatto il resto. Con l'aumentare della spesa sanitaria si rendeva ulteriormente gravosa l'assun-

zione, da parte del SSN, della piena gestione dell'assistenza dentro le mura penitenziarie.

Resta il fatto che il DPCM del 2008 viene emanato nel periodo di maggior crisi economica che abbia mai investito il mondo occidentale, dal dopoguerra ad oggi.

In questo periodo di crisi, ancora più acuto nella realtà campana, il SSN ha ereditato un modello assistenziale penitenziario vetusto e manchevole in termini funzionali e strutturali.

La realtà dell'OPG ha da subito manifestato il dato più certo e cruento della sua natura, la dimensione di istituzione totale. In quanto tale ha richiamato tutte le contraddizioni e le storture che precedentemente erano state denunciate per gli Ospedali Psichiatrici Civili.

Tra queste l'indefinitezza della prognosi e la durata della degenza.

L'attuale funzione trattamentale e curativa dell'OPG attraverso l'istituzione della misura di sicurezza che non prevede la durata massima sia nei termini generali del codice penale che nella specificità dei casi particolari richiama fortemente alle pratiche di sicurezza sociale che convogliavano verso il manicomio civile. Con l'aggravante che la durata della misura di sicurezza è condizionata alla permanenza dei presupposti della sua applicazione. Tra questi la valenza del quadro clinico è solo parte marginale piuttosto che sostanziale come era, almeno in partenza, per gli internati nei manicomi provinciali.

Il concetto giuridico di pericolosità sociale è delineato, infatti, normativamente in termini probabilistici, come probabilità che il soggetto possa commettere altri reati (art. 203 c.p.) legato, tra l'altro, anche "alle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo" (art. 133 co. 2 c.p.).

Tali valutazioni prescindono dalle caratteristiche personali del malato mentale autore di reato dando rilievo a variabili che rappresentano, per la letteratura scientifica, concause od esiti della malattia mentale. Tra le prime basti ricordare l'importanza riconosciuta alle famiglie con alta emotività espressa e per le seconde la cosiddetta deriva sociale di cui sono vittime i soggetti con grave disagio psichico.

Ecco allora che la crisi del SSN o la sua inerzia verso la presa in carico dei pazienti in OPG diventa per gli internati, anche se ritenuti non più psichiatricamente pericolosi, un alto rischio di essere ancora trattenuti e privati della libertà personale in regime di proroga della misura di sicurezza ex art. 208 c.p.

La mancanza di sistemazioni alternative all'OPG può rendere problematica la «condizione di vita sociale» in cui il paziente andrebbe ad reinserirsi. Ancor più per quei pazienti autori di reati proprio nell'ambito familiare per i quali certamente problematica è la "condizione di vita familiare".

È facile allora comprendere come il concetto di pericolosità sociale si differenzi dalla pericolosità psichiatrica e possa permettere che un paziente che abbia raggiunto buon compenso clinico permanga in una presunta condizione di pericolosità sociale su cui l'istituzione carceraria non ha nessuna possibilità di incidere ma anzi solo contribuisce ad accentuare.

Il progressivo aumento di ingressi di pazienti autori di reato in seno alla famiglia registrato negli OO.PP.GG. italiani sollecita anche una riflessione più generale relativa all'attuale assetto assistenziale territoriale.

Le carenze di accoglimento e gestione delle conflittualità familiari generate o concausali della patologia mentale, quando non trovano adeguata possibilità di risoluzione nella carente rete di servizi e strutture socio-assistenziali, fanno riferimento sempre alla famiglia come unica risorsa su cui fare leva nella gestione del disagio psichico.

L'impossibilità di sperimentazione, da parte del paziente e della famiglia, di altre soluzioni allocative diverse da quelle familiari, di ridefinizione delle proprie capacità relazionali e di promozione sociale, crea un decadimento del sistema familiare che alla fine collassa in modalità espulsive più o meno palesi che promuovono reattività e rivendicatività dei pazienti. Si innesca una spirale conflittuale che poi può sfociare negli agiti violenti. In quest'ottica l'OPG rischia di svolgere una funzione reale di compensazione di carenze socio-assistenziali che nulla hanno a che vedere con il mandato istituzionale di sicurezza sociale rispetto alla potenzialità criminogena del paziente psichiatrico in quanto tale.

In tal senso l'OPG potrebbe essere visto come l'equivalente della vecchia istituzione manicomiale in quanto luogo di permanenza prolungata del malato mentale espulso dalla realtà familiare e per il quale non vi è stata alcuna possibilità di inserimento in un circuito socio-assistenziale di vera presa in carico delle problematiche individuali, familiari e sociali.

Oggi la popolazione negli OPG è rappresentata prevalentemente da soggetti colpevoli di reati di lieve entità, agiti per lo più in ambito familiare, in genere conseguenti al bisogno di acquisizione di sostanze stupefacenti.

La comorbilità con la tossicomania rappresenta un dato clinico di estrema importanza in quanto determina le valutazioni che seguono:

- 1) la malattia mentale da sola ha scarsa capacità deterministica verso il reato;
- 2) la malattia mentale riceve una più pregnante ed efficace risposta dai servizi territoriali di salute mentale;
- 3) il contenitore famiglia e sociale riesce maggiormente a reggere la malattia mentale;
- 4) la comorbilità è un elemento che se da un lato induce di più al reato dall'altro lato si pone in una terra di interesse a scavalco di ambiti di interesse clinici differenti — il SERT e la Salute Mentale — che complessizza la gestione;
- 5) l'OPG rappresenta l'istituzione intermedia che sembra unificare la titolarità assistenziale.

La maggior parte dei pazienti ristretti in OPG sono affetti da patologie dello spettro psichiatrico che per lo più vengono classificate sulla base di un quadro sindromico in cui non rilevano a livello sintomatologico comportamenti codificati come atti criminali. Solo i disturbi di personalità sociopatica vengono indicati tra i sintomi comportamenti contro le norme sociali.

Infatti i pazienti degli OPG, pur macchiati da crimini di sangue, quasi mai permangono nello stesso reale comportamento etero-lesivo anche quando il quadro clinico, nonostante le terapie, permanga sostanzialmente grave per la persistente significativa manifestazione sintomatologica.

Nella stragrande maggioranza dei casi le azioni violente sono sostanzialmente ascrivibili agli aspetti della coattività, promiscuità, povertà e isolamento affettivo.

Solo l'azione suicidaria pur rinforzata dalle stesse motivazioni, può anche avere una vera correlazione clinica per i quadri depressivi o psicotici. Si può ben dire che la maggior parte dei pazienti presenta un quadro clinico compensato nel giro di pochissimi mesi dall'ingresso in OPG per cui nella maggior parte dei casi la restante parte della permanenza in istituto non concerne la cura ma piuttosto l'assistenza e la riabilitazio-

ne. Viceversa da questo momento paradossalmente la maggior parte del tempo viene trascorso nell'abbandono sociale o nella pseudo-azione riabilitativa di emancipazione e di autodeterminazione personale, in un circuito che per definizione è penalizzante, coatto e limitato.

La sintomatologia più presente è quella da istituzionalizzazione piuttosto che quella della sofferenza psichica di base.

Altro aspetto paradossale è che le condizioni familiari e sociali che pure incidono nella definizione di pericolosità sociale vedono, proprio nell'OPG, la difficoltà di incidere e di correggere stili comportamentali che andrebbero rivalutati e stimolati in contesti simili a quelli familiari o sociali, che rievocano dinamiche e modelli utili per il reinserimento socio-familiare nel prosieguo della propria vita.

La coartazione delle risorse sociali individuali e di relazione interpersonale vengono ulteriormente penalizzate dalla condizione di affollamento, di rigidità comportamentali e di promiscuità di profili giuridici e di gravosità dei reati compiuti.

Il tutto con costi sociali altissimi tenuto conto anche della maggior frequenza di atti violenti auto ed etero rivolti, di suicidi tentati o realizzati.

La giurisprudenza più recente ha colto tutto questo con la sentenza della Corte costituzionale n.253/2003, richiamata nella successiva sentenza n.367/2004, dichiarando l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p. e configurando l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario come extrema-ratio per la pericolosità sociale degli infermi totali di mente che hanno realizzato un fatto-reato.

L'internamento diventa soluzione unica quando, recuperata una condizione clinica utile alla dimissione, si pone solo il problema di difficili «condizioni di vita individuale, familiare e sociale». Ciò conduce contraddittoriamente alla situazione che il numero di persone trattenute in regime di proroga della misura di sicurezza esclusivamente per la assenza di «risorse esterne utili per la loro presa in carico da parte del servizio pubblico e per il loro successivo reinserimento sociale» si aggira ancora intorno al 60% delle presenze.

### Attuazione DPCM

Il DPCM 01 aprile 2008 ha individuato una attuazione programmatica di superamento dell'OPG in tre fasi.

## I° FASE

Passaggio delle competenze di assistenza sanitaria negli Istituti di pena al SSR con assunzione della responsabilità della gestione sanitaria degli OPG ai DSM delle ASL territorialmente competenti.

Tale fase è stata pienamente attuata su tutto il territorio nazionale con la sola esclusione della Regione Sicilia.

Il passaggio delle competenze sanitarie alle ASL ha prodotto una prima importante modifica di natura amministrativa con la costituzione di una duplicità di responsabilizzazione che di fatto nega ab inizio la costituzione dei luoghi di cura quali dovrebbero essere gli OPG, quali strutture equiparabili in toto ai luoghi di cura specifici del SSN. Diversamente da quanto avviene negli ospedali pubblici e in qualsiasi altra struttura sanitaria del SSN il vertice di responsabilità è affidato ad un funzionario dell'Amministrazione Penitenziaria.

Nell'interesse di una sicurezza ovunque sbandierata, la conduzione sanitaria vede le proprie scelte commisurate ad esigenze che non hanno nulla di sanitario, e spesso configgono con le ragioni di una valida assistenza. Nel microcosmo OPG la stragrande maggioranza degli atti sanitari deve sopportare tempi, luoghi, organizzazioni e uomini di altra amministrazione. Gli stessi comportamenti dei pazienti sono costantemente sottoposti ad un duplice regime valutativo che poi deve confluire in un sistema unificato di determinazioni che abbiano senso per l'uno e l'altro, in una costrizione asfissiante per il paziente di dover definire la propria identità tra carcerato e malato, dovendo definire un proprio percorso unificante di autodeterminazione ed autopromozione in un mondo di regole che si richiamano a due sistemi normativi differenti.

In tal modo si va incontro al paradosso che la persona più sana venga rappresentata dal carcerato modello. È pur vero che lo stesso DPCM promuove la progressiva sanitarizzazione dei luoghi OPG

Ma questo processo richiede notevoli investimenti sanitari per strutture e risorse di personale non praticabili in ambiti regionali paralizzati da piani di rientro e che ricorrono esclusivamente alle risorse di riparto della spesa storica della sanità penitenziaria.

Per quanto concerne l'esterno sono stati investiti dal DPCM del 2008 i DSM ed i Servizi Sociali di provenienza all'elaborazione di progetti di inclusione sociale per "la dimissione degli internati che hanno concluso la misura di sicurezza".

L'esperienza di questi successiva all'emanazione del DPCM ha fatto rilevare tutta l'azione di diniego della realtà OPG realizzatasi nel SSN dopo la chiusura dei manicomi.

La stragrande maggioranza dei servizi territoriali, cui è stata inviata l'informazione di presenza in OPG di un loro paziente, ha manifestato resistenza all'azione se non riluttanza e diniego di impegno. In alcuni casi con compiacenza alla permanenza in OPG del loro assistito.

Tuttavia nell'ultimo periodo si è assistito ad una parziale inversione di rotta con un progressivo coinvolgimento dei territori che hanno attivato le procedure di assunzione in carico. È così che nell'anno 2010 nell'OPG di Napoli 24 pazienti sono stati dimessi per la concessione del beneficio della licenza finale di esperimento, che rappresentano il 20% dell'intera popolazione media dell'OPG di Napoli e circa il 40% dei pazienti prosciolti dai reati commessi.

Nella stragrande maggioranza dei casi l'uscita dall'OPG è stata resa possibile dall'individuazione di strutture comunitarie alternative.

## II° FASE

La seconda fase che prevedeva «una prima distribuzione degli attuali internati» in modo che ognuno dei sei ospedali psichiatrici giudiziari presenti nel territorio nazionale «si configuri come sede per ricoveri di internati delle Regioni limitrofe in modo da stabilire immediatamente rapporti di collaborazione preliminari per ulteriori fasi di avvicinamento degli internati alle realtà geografiche di provenienza» è stata attuata e ad oggi negli ospedali psichiatrici della Campania (Napoli ed Aversa) confluiscono, nella stragrande maggioranza, gli internati della Campania, dell'Abruzzo, del Molise e del Lazio.

Permane una minoranza di pazienti che per ragioni varie tra cui quelle di sicurezza o opportunità sono allocati in strutture fuori dal bacino di afferenza.

## III° FASE

È in atto la terza ed ultima fase di restituzione ad ogni Regione della quota di internati di provenienza dai propri territori, con relativa pre-

sa in carico attraverso programmi terapeutici e riabilitativi attuati già all'interno della struttura OPG e possibilità di attivare, per ogni Regione, strutture di accoglienza alternative, anche per i nuovi pazienti, con livelli diversificati di vigilanza.

In tali strutture andranno implementate le progettualità riabilitative individualizzate che, per i pazienti dimessi dall'OPG vanno commisurate oltre che sulle problematiche cliniche, sociali e familiari anche sulla riduzione del danno da istituzionalizzazione.

DOTT. MICHELE PENNINO  
*Responsabile sanitario OPG Napoli*

