



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
**FACOLTÀ DI SCIENZE POLITICHE,
ECONOMICHE E SOCIALI**

Corso di laurea in Scienze Internazionali e Istituzioni europee

**LA LEGGE 81/2014 E IL SUPERAMENTO
DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI**

Elaborato finale di: Faraoni Elisa

N. matricola 810923

Relatore: prof. Galliani Davide

Anno Accademico: 2014/2015

INDICE

RINGRAZIAMENTI

CAPITOLO PRIMO *Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*

- 1.1 Introduzione
- 1.2 Definizione del termine e disciplina degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari prima della legge n. 81 del 30 maggio 2014
- 1.3 Cenni storici: dai manicomi criminali agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari
- 1.4 Come si vive in un OPG
- 1.5 Il mondo istituzionale affronta gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari
 - 1.5.1 La nuova giurisprudenza della Corte Costituzionale
 - 1.5.2 Il ruolo del Governo
 - 1.5.3 Inchieste e denunce

CAPITOLO SECONDO *Verso la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: l'iter legislativo*

- 2.1 Introduzione
- 2.2 Il primo tentativo: d.l. n. 211 22/12/2011, convertito nella legge n. 9 17/02/2012
- 2.3 La svolta: d.l. n. 52 31/03/2014, convertito nella legge n. 81 30/05/2014
- 2.4 La legge n. 81/2014 davanti alla Corte Costituzionale

CAPITOLO TERZO *Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*

- 3.1 Introduzione
- 3.2 Le reazioni
- 3.3 Che cosa è stato fatto? I Ministri fanno il punto
- 3.4 Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)

CONCLUSIONI

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo scritto.

In particolar modo ringrazio il dottor Giovanni Grieco, con cui ho avuto il piacere di discutere sul tema, mostrandomi disponibilità e attenzione.

Utile è stato inoltre il contributo datomi da Stefano Cecconi, coordinatore del Comitato Stop OPG.

Infine, voglio ringraziare le persone che mi hanno supportata e incoraggiata sempre e chi ha condiviso con me questa esperienza.

Dedico questo lavoro a mia madre, mia sorella, mio fratello e a mio padre.

CAPITOLO PRIMO

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

1.1 Introduzione

In questo capitolo si definisce innanzitutto in cosa consiste un Ospedale Psichiatrico Giudiziario e ne è illustrata la disciplina e il funzionamento in vigore fino all'emanazione della legge n. 81/2014; ne si indagano poi sinteticamente le origini storiche. In seguito sono descritte le condizioni di vita all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, che hanno condotto ad alcune significative sentenze della Corte Costituzionale; hanno spinto alla riforma contenuta nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 126 del 1° aprile 2008; hanno scatenato numerose denunce da parte del mondo istituzionale e di quello associativo.

1.2 Definizione del termine e disciplina degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari prima della legge n. 81 del 30 maggio 2014.

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, o più comunemente noto come OPG¹, è un istituto in cui sono rinchiusi persone che devono scontare una misura di sicurezza detentiva, poiché hanno commesso reati, ma sono state prosciolte per infermità psichica, per intossicazione cronica da alcol o stupefacenti, o per sordomutismo non curato. Il termine 'Ospedale Psichiatrico Giudiziario' è relativamente recente ma rappresenta un'istituzione che ha origini lontane nel tempo. È una struttura di cura e detenzione: da un lato si vuole curare il malato psichico che si è macchiato di un reato, ma per legge non è imputabile, dall'altro si vuole rinchiuderlo per proteggere la società dalla possibilità che reiteri il reato.

L'internamento presso gli ospedali psichiatrici giudiziari è disciplinato dal Codice penale italiano entrato in vigore nel 1931, al titolo VIII “Delle misure amministrative di sicurezza”. È una delle possibili misure di sicurezza detentive e come le altre è applicabile a chi è considerato socialmente pericoloso e ha compiuto un reato (art. 202 c.p.²). Gli infermi e semi infermi di mente, anche se per legge non punibili e

¹ OPG è l'acronimo con cui sono comunemente appellati gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

² Articolo 202 del codice penale, “Applicabilità delle misure di sicurezza”.

non imputabili, sono comunque sottoponibili a tali misure se giudicati pericolosi socialmente per se stessi o per gli altri (art. 203 c.p.³). La pericolosità sociale è un concetto di estrema importanza: è il presupposto necessario per l'ingresso in un OPG, giacché conferma il pericolo di reiterazione del reato e dunque giustifica l'internamento del soggetto malato. Fino all'emanazione della legge Gozzini⁴, l'art 204 c.p.⁵ prevedeva la non obbligatorietà di accertare la pericolosità sociale al fine di disporre il ricovero in un ospedale psichiatrico. Dal 1986 il magistrato di sorveglianza può invece ordinare tale misura di sicurezza per il reo affetto da disturbi psichici solo dopo averne accertato l'eventuale pericolosità sociale.

Il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario è regolato dall'art. 222 c.p.⁶, secondo cui “nel caso di proscioglimento per infermità psichica, [...] è *sempre* ordinato il ricovero dell'imputato in un ospedale psichiatrico per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni [...]”. Lo stesso articolo statuisce che per chi ha compiuto fatti punibili con l'ergastolo la durata del ricovero è di almeno dieci anni, mentre se si tratta di fatti punibili con una reclusione di minimo dieci anni, il ricovero ne dura almeno cinque. Una volta trascorsa la durata minima della misura di sicurezza, questa può essere rinnovata.

Inoltre, l'internamento in un OPG può essere prescritto anche come misura di sicurezza detentiva provvisoria: l'art. 206 c.p.⁷ stabilisce che “durante il giudizio, può disporsi che il minore di età, o l'infermo di mente o l'ubriaco abituale o la persona dedita a sostanze stupefacenti o in stato di cronica intossicazione prodotta da alcol o

³ Articolo 203 del codice penale, “Pericolosità sociale”.

⁴ Si tratta della legge n. 663 del 10 ottobre 1986, spesso citata col nome del suo promotore Mario Gozzini, scrittore e politico italiano (1920-1999). Essa introduce modifiche alla legge n. 354 del 1975, sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà. La legge Gozzini, oltre ad aver emendato numerosi articoli della normativa precedente, e ad aver sostituito alle denominazioni “sezione di sorveglianza” e “giudice di sorveglianza” i termini “tribunale di sorveglianza” e “magistrato di sorveglianza”, ha introdotto la necessità dell'accertamento della pericolosità sociale. Nello specifico, l'articolo 31 ordina l'abrogazione dell'articolo 204 c.p., già dichiarato incostituzionale dalla sentenza n. 249 del 15 luglio 1983 pronunciata dalla Corte Costituzionale, e dispone che “Tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa”.

⁵ Articolo 204 del codice penale, “Accertamento di pericolosità. Pericolosità sociale presunta”.

⁶ Articolo 222 del codice penale, “Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario”.

⁷ Articolo 206 del codice penale, “Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza”.

stupefacenti, siano *provvisoriamente* ricoverati in un riformatorio, o in un manicomio giudiziario, o in una casa di cura e custodia”.

Dopo la spiegazione del funzionamento degli ospedali psichiatrici, è illustrato a chi questo è destinato. Si tratta di un gruppo eterogeneo di categorie giuridiche riassunte qui di seguito:

- a. Internati prosciolti per infermità mentale (art 89 e segg. c.p.);
- b. Internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (art. 212 c.p.);
- c. Internati provvisori imputati sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria, in considerazione della presunta pericolosità sociale e in attesa di giudizio definitivo (art. 206 c.p. e 312 c.p.p.);
- d. Internati con vizio parziale di mente, dichiarati socialmente pericolosi e assegnati a una casa di cura e custodia, eventualmente in aggiunta alla pena detentiva, previo accertamento della pericolosità sociale;
- e. Detenuti minorati psichici (art 111 c.p., D.p.r. 230/2000⁸);
- f. Detenuti condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art. 148 c.p.);
- g. Detenuti dei quali deve essere accertata l'infermità psichica, per un periodo non superiore a trenta giorni (articolo 112, c. 2, D.p.r. 230/2000⁹).

È proprio sui destinatari dell'internamento negli ospedali psichiatrici giudiziari che l'attenzione deve concentrarsi: si tratta di persone affette da patologie psichiche e disturbi mentali di diversa gravità, che hanno o si presume abbiano commesso reato. Esse sono indistintamente rinchiuso in un ospedale psichiatrico e sottoposte ai medesimi trattamenti, senza rispondere alle esigenze del singolo detenuto. Ciò ostacola l'attuazione di terapie riabilitative efficaci e dunque proibisce il conseguimento

⁸ Decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 30 giugno 2000. Si tratta del nuovo regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà. Esso introduce novità sotto molti aspetti della vita carceraria. E, per la presente analisi, particolarmente rilevante è la parte in cui stabilisce che “Particolari norme sono stabilite per i detenuti affetti da infezione da aids e tossicodipendenti, e per gli infermi e i seminfermi di mente”.

⁹ *ibid.*

dell'unico obiettivo che l'ospedale psichiatrico giudiziario dovrebbe prefiggersi, cioè il reinserimento dell'internato nella società.

1.3 Cenni storici: dai manicomi criminali agli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Dal 1975 gli Ospedali psichiatrici giudiziari hanno sostituito i 'manicomi giudiziari', che a loro volta avevano rimpiazzato i 'manicomi criminali', fondati in Inghilterra. Tre denominazioni, che si riferiscono alla stessa struttura ma risalenti a periodi storici e contesti culturali diversi, fra cui non va fatta confusione:

- *manicomio criminale*: istituzione ideata ed elaborata dai criminologi positivisti nel corso del XIX secolo, che affonda le proprie origini nei “criminal asylums” inglesi nati alla fine del XVIII secolo.
- *manicomio giudiziario*: istituzione diffusasi con la realizzazione della sezione per maniaci nella casa penale di Aversa – CE, nel 1876.
- *ospedale psichiatrico giudiziario*: denominazione che sostituisce la previgente dal 1975, anno in cui entra in vigore il nuovo ordinamento penitenziario.

La funzione di tali strutture, sebbene nel corso dei secoli abbiano più volte cambiato nome, è rimasta invariata; si tratta di luoghi in cui detenere rei folli o folli rei¹⁰ perché colpevoli di reato al fine di curare le loro patologie e contemporaneamente difendere la società da tali soggetti pericolosi. Il doppio ruolo dei manicomi giudiziari nasce, in Italia, dalle influenti teorie di Cesare Lombroso¹¹, che elaborò il concetto di pericolosità sociale. Egli, considerando estremamente pericolosi i folli rei, ne riteneva necessario l'allontanamento dalla società, affinché questa non subisse la cattiva e deviata influenza dei soggetti infermi di mente. Ecco dunque che nel 1876 inizia a funzionare il primo manicomio giudiziario italiano, istituito in una sezione del carcere di Aversa, sebbene non esistesse ancora alcuna legge specifica. Questa arriva solo nel 1904¹², dopo lunghi

¹⁰ Si tratta di due categorie distinte di persone: con *rei folli* si fa riferimento a quei soggetti che, a seguito della commissione di un fatto reato, essendo ritenuti imputabili e colpevoli, sono stati condannati e in una fase successiva alla commissione del fatto - fosse essa precedente o meno al procedimento o alla condanna - si ritiene siano impazziti. Con *folli rei* s'intendono quei soggetti che avendo commesso il fatto in stato di «assoluta imbecillità, pazzia o morboso furore» sono prosciolti.

¹¹ Cesare Lombroso (1835-1909) è stato medico e antropologo italiano. È considerato il fondatore dell'antropologia criminale ed è famoso soprattutto per la teoria dell'uomo delinquente. Sostenne l'istituzione dei manicomi giudiziari, destinati agli alienati che delinquono o a quelli pericolosi, dopo aver diretto il manicomio criminale di Pavia.

¹² Si tratta della legge n. 36 del 14 Febbraio 1904 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”.

dibattiti e altre sezioni carcerarie create per contenere gli impropriamente detti “pazzi”. Anche il Codice penale del 1930, conosciuto come Codice Rocco, riprese il concetto di pericolosità sociale per il folle reo e, sulla base della presunzione che questo fosse pericoloso, il giudice ne doveva sempre disporre l'internamento in un manicomio giudiziario.

Dopo anni di dibattiti politici e discussioni in campo medico, si giunse all'emanazione della legge n. 354 del 1975¹³, che introdusse importanti novità all'ordinamento penitenziario e sostituì ai manicomi giudiziari gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Poco tempo dopo, la legge n. 180 del 13 maggio 1978¹⁴ ordinò la chiusura dei manicomi giudiziari in maniera definitiva, in favore di una nuova organizzazione dei servizi psichiatrici, al fine di superare il concetto dell'utilità della costrizione per un malato psichico e ne fosse invece possibile una concreta ed efficace riabilitazione. I problemi lasciati irrisolti dalla legge Basaglia hanno però continuato ad esistere, caratterizzando, in modo per lo più negativo, gli OPG.

1.4 Come si vive negli OPG

Funzioni e scopo dell'ospedale psichiatrico giudiziario sono chiari: detenere il reo folle o il folle reo, sottoponendolo a un percorso terapeutico che conduca al suo reinserimento sociale. Spesso però l'equilibrio fra cura e detenzione si è rotto, sbilanciandosi verso un ricovero contenitivo, piuttosto che riabilitativo. Detenuti, pazienti o internati? La differenza fra questi termini è poco marcata quando si parla di OPG. La linea che separa queste definizioni viene a mancare: in tali strutture di detenzione la misura di sicurezza si è molte volte trasformata in una pena senza fine, perché rinnovata dopo lo scadere della durata minima. Gli ergastoli bianchi¹⁵, nome con cui si indica questa spiacevole abitudine, privano le persone affette da disturbi mentali

¹³ Si tratta della legge n. 354 del 26 luglio 1975 “Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà”. Ai fini della presente analisi, particolarmente rilevante è l'articolo 62, il quale elenca gli istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive: colonie agricole, case di lavoro, case di cura e custodia, ospedali psichiatrici giudiziari.

¹⁴ Tale legge è meglio conosciuta come 'Legge Basaglia', dal nome di colui che la ispirò. Franco Basaglia è stato psichiatra e neurologo italiano, che rinnovò la concezione di salute mentale e riformò la disciplina psichiatrica in Italia.

¹⁵ Un esempio clamoroso è quello di Vito de Rosa, internato nell'OPG di Sant'Eframo a Napoli per cinquantuno anni. L'uomo, colpevole di parricidio commesso all'età di diciassette anni, fu condannato al massimo della pena e poi trasferito in una struttura psichiatrica per alcuni disturbi mentali. Vittima dei continui rinnovi della misura di sicurezza detentiva a cui era sottoposto, ha attirato l'attenzione di associazioni e del mondo politico. Nel 2003, su richiesta del Ministro della Giustizia Roberto Castelli, il Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi ha concesso la grazia a de Rosa, che ha così riottenuto la libertà all'età di settantasei anni.

della possibilità di poter trovare cura e assistenza presso altre strutture o presso le famiglie di origine. E il motivo dei rinnovi solo di rado è l'accertata persistente pericolosità sociale: molto più frequentemente sono concessi dal magistrato a causa di mancanza di scelte. Le colpe sono per lo più da imputare alle amministrazioni regionali, incapaci di instaurare una proficua collaborazione tra i servizi sanitari e quelli giudiziari e dunque non in grado di fornire soluzioni residenziali idonee presso di cui i malati psichici possano proseguire il proprio percorso riabilitativo.

L'ospedale psichiatrico giudiziario sembra l'unica via percorribile, l'unica alternativa possibile. Eppure, all'interno di questa istituzione, sono in gioco non soltanto il diritto alla libertà e il diritto alla salute, sacrificati a causa di un sistema sbagliato, ma anche la dignità. Condizioni spesso disumane e degradanti contraddistinguono gli OPG, rendendo del tutto improduttivo e alienante il ricovero per i pazienti. La legge n. 354 del 26 luglio 1975¹⁶, prevede esplicitamente alcune condizioni generali da rispettare¹⁷, ma è evidente che in simili luoghi vengano meno i diritti che dovrebbero essere garantiti a tutti gli individui in quanto tali. Gli internati sono costretti a vivere (o a sopravvivere) in strutture fatiscenti, sovraffollate, sporche e anguste. Gli edifici, alcuni risalenti addirittura alla fine dell'Ottocento, non sono mai stati ristrutturati; le attrezzature sono insufficienti o antiquate e i farmaci scaduti o somministrati senza le dovute licenze; sono utilizzati metodi riabilitativi obsoleti e inefficaci; le condizioni igienico-sanitarie risultano pessime e i detenuti abbandonati a se stessi; non ci sono abbastanza luoghi ricreativi né personale.

Un'istituzione totale, dove l'estenuante ripetizione della quotidianità sempre uguale a se stessa diventa afflittiva. Francesco Maranta¹⁸ descrive così quella degli Opg che ha visitato con l'associazione Antigone – Per i diritti e le garanzie nel sistema penale¹⁹: “L'estenuante ripetizione delle invariante ritualità quotidiane; la coltre di noia

¹⁶ L. n. 354/1975 “Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure private e limitative della libertà”.

¹⁷ La legge n. 354/1975 riforma l'ordinamento penitenziario: gli articoli 5-12 contengono le condizioni generali che devono essere rispettate all'interno degli istituti penitenziari, compresi gli ospedali psichiatrici. Esse riguardano le caratteristiche degli edifici penitenziari, dei luoghi di soggiorno e di pernottamento; dettano i principi sul vestiario e l'arredo, sull'igiene personale e sull'alimentazione; prevedono che ogni istituto sia dotato di spazi all'aperto, di un servizio sanitario e di luoghi e attrezzature per la ricreazione ed istruzione.

¹⁸ Francesco Maranta è autore del libro “Vito il recluso. OPG: un'istituzione da abolire”, in cui racconta la storia di Vito de Rosa (vedi nota 7). Maranta ha visitato numerosi ospedali psichiatrici giudiziari e da anni ne critica modalità e condizioni.

¹⁹ Antigone, associazione “per i diritti e le garanzie nel sistema penale”, è nata alla fine degli anni ottanta nel solco della omonima rivista contro l'emergenza promossa, tra gli altri, da Massimo Cacciari, Stefano

che soffoca il tempo; l'atmosfera dell'unica stagione che ristagna da tempo immemorabile tra le mura dell'istituto; la puzza di carcere e manicomio, di piscio irrancidito e lisoformio; i rapporti avvizziti tra i 'ristretti' spersonalizzati e chimicamente alterati; il deserto dei sensi, degli affetti e delle emozioni gettano chi li subisce in una angoscia immobile e senza forma". Fino agli Settanta tali condizioni erano sconosciute ai più: solo alcuni magistrati, giuristi o politici si erano occupati da vicino di come concretamente operavano i manicomi giudiziari. Fu la tragica morte di Antonietta Bernardini²⁰ che ne portò alla luce la crudele realtà, creando scandalo e smuovendo le coscienze della gente comune, fino a quel momento estranea a ciò che avveniva dentro le mura di quei luoghi. Emerse così ciò che per lungo tempo era stato ignorato o volutamente taciuto: pratiche terapeutiche primitive, casi di violenza e trattamenti disumani. L'opinione pubblica cominciò a chiedere maggiori cautele e si diffuse la voce che invocava la chiusura degli OPG. Eppure questi hanno continuato ad esistere e a funzionare in modo analogo anche nei decenni successivi.

1.5 Il mondo istituzionale affronta gli Ospedali psichiatrici giudiziari

I trattamenti usati, le condizioni igienico-sanitarie, la mancanza di risorse all'interno degli OPG non sono più un mistero. Dopo fin troppo tempo in cui la situazione è rimasta invariata, negli ultimi anni si è assistito a una presa di posizione più decisa. La gente comune, scandalizzata, esprimeva il suo sdegno; il mondo della politica e delle istituzioni non è rimasto indifferente. Si è acquisita la consapevolezza che fosse necessario eliminare, o almeno riformare, gli ospedali psichiatrici e garantire ai malati psichici i diritti propri di ciascun cittadino.

1.5.1 La nuova giurisprudenza della Corte Costituzionale

Nel 2003, con la sentenza n. 253 del 18 luglio, la Corte Costituzionale compie un primo passo importante dichiarando l'illegittimità costituzionale dell'articolo 222 c.p. (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario) nella parte in cui obbliga il giudice a disporre il ricovero in ospedale psichiatrico, senza la

Rodotà e Rossana Rossanda. E' un'associazione politico-culturale a cui aderiscono prevalentemente magistrati, operatori penitenziari, studiosi, parlamentari, insegnanti e cittadini che a diverso titolo si interessano di giustizia penale.

²⁰ Nel 1974 la signora Antonietta Bernardini, internata nel manicomio giudiziario di Pozzuoli, rimase uccisa a causa di un incendio che scaturì dal letto di contenzione in cui era costretta.

possibilità di valutare alternative che possano comunque curare l'infermo di mente e contenerne la pericolosità sociale. La Corte motiva la propria decisione affermando che l'internamento in OPG, poiché misura segregante e “totale”, è lesivo per i principi costituzionali, compromettendo in particolare il diritto alla salute previsto dall'art. 32 Cost.

Poco più di un anno dopo, la Corte Costituzionale pronuncia un'altra fondamentale sentenza, la n. 367 del 29 novembre 2004, con cui dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 206 c.p. (Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza), nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in alternativa al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva²¹, prevista dalla legge, idonea ad assicurare al malato assistenza e cure adeguate, nonché a contenerne la pericolosità sociale. Favorendo misure di sicurezza non detentive, oltre a ridurre il numero di ingressi negli ospedali, si vuole scongiurare il pericolo per cui il provvisorio ricovero si trasformi in una pena *sine die*.

1.5.2 Il ruolo del Governo

Anche la politica s'interessa alla delicata questione degli OPG e sembra seguire una nuova direzione: tra la fine degli anni Novanta e l'inizio degli anni Duemila vengono elaborati una serie di decreti legislativi e di leggi²², che confermano la volontà delle più alte istituzioni dello Stato di intraprendere un graduale processo volto a migliorare le condizioni generali all'interno degli istituti penitenziari. Nell'aprile 2008, proprio in conformità a queste norme, il Presidente del Consiglio dei Ministri emette il decreto n. 126, con cui definisce le modalità per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. In otto articoli stabilisce che

²¹ Le misure di sicurezza non detentive sono “la libertà vigilata; il divieto di soggiorno in uno o più Comuni, o in una o più Province; il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche; l'espulsione dello straniero dallo Stato”, come previsto dall'articolo 215 c.p. Nel caso in questione per misura di sicurezza non detentiva vanno intese la libertà vigilata e l'affidamento a una struttura residenziale protetta.

²² D.l. 22 giugno 1999, n. 230, recante norme per il riordino della medicina penitenziaria; D.p.r. 30 giugno 2000, n. 230, sul nuovo regolamento dell'ordinamento penitenziario; legge 24 dicembre 2007, n. 244, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato.

tutti questi aspetti non saranno più di competenza del Dipartimento di amministrazione penitenziaria (DAP) bensì delle Aziende sanitarie locali (ASL). In particolare, l'articolo 5 del presente decreto prevede che la gestione degli ospedali psichiatrici giudiziari diventi competenza delle Regioni. Nell'allegato C sono contenute le linee d'indirizzo per gli interventi negli Opg (e nelle case di cura e custodia), che riguardano da un lato l'organizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi, dall'altro specifiche indicazioni per l'attuazione del trasferimento sopra citato. Le azioni da intraprendere, suggerisce il Presidente del Consiglio, devono avvenire in tre fasi graduali e hanno il fine di svuotare gli OPG e affidare gli attuali internati in strutture alternative a carico delle Regioni:

- prima fase: il Dipartimento di salute mentale (DSM) di ciascuna Regione s'incarica di elaborare un programma operativo.
- seconda fase: i servizi sociali e sanitari a livello locale predispongono piani riabilitativi e cure adeguate per ciascun paziente, affidandolo alla propria Regione di provenienza (*principio di territorialità*).
- terza fase: l'inserimento degli ex detenuti in strutture autonome, gestite esclusivamente dalle ASL, fatta salva la sicurezza, da affidare invece all'amministrazione penitenziaria.

Per monitorare l'avanzare di quanto disposto dal Decreto n. 126, è ordinata la massima collaborazione fra lo Stato, le Regioni, le Province autonome e le autonomie locali. Solo così è possibile realizzare il concreto superamento degli Opg.

1.5.3 Inchieste e denunce

Quanto accadeva negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani è stato scoperto grazie a numerose denunce e inchieste, mosse dalle istituzioni, nazionali e sovranazionali, e dalle associazioni, volte testimoniare la vita degli internati, privati della propria libertà e dei diritti fondamentali dell'uomo. Già nel 1994 la Commissione igiene e sanità del Senato aveva ispezionato le strutture presenti sul territorio italiano; nel 2005 è spettato al Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa prendere atto di ciò che avveniva al loro interno; e nel 2007

il Comitato per la prevenzione della tortura, delle pene e dei trattamenti inumani e degradanti del Consiglio ha eseguito un sopralluogo nei reparti psichiatrici italiani, denunciando, in un dettagliato rapporto, soprattutto il ricorso alla contenzione, ancora largamente utilizzata. Tale pratica disumana non può essere giustificata né dalla mancanza di personale né dai comportamenti del paziente, nei quali crea “sentimenti di cupezza, violenza e confusione²³”. Parallelamente alle istituzioni, negli stessi anni numerose associazioni²⁴ hanno dato il via a battaglie per la chiusura degli ex manicomi giudiziari.

Il contributo più importante è sicuramente stato quello dato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario nazionale, presieduta da Ignazio Marino²⁵, che ha presentato nel 2011 la Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Essa riporta innanzitutto un sunto di quanto osservato nelle visite a sorpresa eseguite dal 2010 (poi puntualmente descritto nelle pagine successive del documento) nei sei ospedali psichiatrici giudiziari presenti nel territorio italiano²⁶. Ciò che emerge, anche dalle immagini shock registrate all'interno delle strutture nel corso di visite successive, è un generale quadro critico sia per quanto riguarda l'assetto strutturale e le condizioni igienico-sanitarie, che per l'assistenza socio-sanitaria garantita ai pazienti. Soltanto nell'istituto di Castiglione delle Stiviere – MN sono state riscontrate condizioni dignitose ma nel complesso gli Opg “lasciano intravedere pratiche cliniche inadeguate e, in alcuni casi, lesive della dignità della persona”. Poi, la Relazione, riprendendo quanto disposto dal d.p.c.m. n. 126, suggerisce gli interventi per completare il passaggio di competenza delle strutture al SSN, in modo da adeguarle agli standard ospedalieri. Inoltre rileva l'esigenza di attuare trattamenti sanitari diversificati, in base ai bisogni dei singoli pazienti; auspica una migliore collaborazione fra la Magistratura e i Servizi psichiatrici territoriali (SPT);

²³ Giuseppe Dell'Acqua nel saggio “Isidoro, Luca, Marco e l'insensatezza della contenzione”, contenuto in *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, opera collettanea a cura di Stefano Rossi, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

²⁴ Fra queste: Antigone – per i diritti e le garanzie nel sistema penale, Gruppo Abele, Cittadinanza attiva, Psichiatria Democratica. Tali associazioni, insieme con molte altre, partecipano al gruppo StopOpg, che dal 2011 guida la battaglia per la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

²⁵ Ignazio Marino ha ricoperto il ruolo di senatore per il Partito Democratico dal 2006 al 2013. Sindaco di Roma dal 2013, ha presentato le proprie dimissioni l'8 ottobre 2015.

²⁶ I sei OPG presenti in Italia si trovano a: Castiglione delle Stiviere – MN, Reggio nell'Emilia, Montelupo Fiorentino – FI, Barcellona Pozzo di Gotto – ME, Napoli e Aversa – CE.

consiglia la realizzazione di strutture residenziali alternative. Infine detta le linee guida per una riforma legislativa della psichiatria giudiziaria, con la “finalità [...] di giungere al superamento del modello attuale che, sebbene gli interventi correttivi e i moniti della Corte Costituzionale, continua a fare perno sugli OPG”. Evidente è quindi la posizione della Commissione parlamentare d'inchiesta, favorevole a un ripensamento mirato ma graduale “di una situazione di fatto e di diritto che, per molti aspetti, è del tutto incompatibile con i dettami della Costituzione”.

Dal punto di vista giuridico il d.p.c.m. n. 126 sopra descritto rappresenta il punto di partenza normativo da cui la riforma deve iniziare. Mentre l'inchiesta shock condotta dalla Commissione parlamentare ha portato alla luce una realtà non più ammissibile, rendendo consapevoli tutti gli italiani di ciò che accade in questi luoghi, definiti da Giorgio Napolitano²⁷ “indegni per un Paese appena civile”.

Da tutto ciò emerge la necessità di chiudere gli OPG, di ripensare il sistema, di formulare nuove misure di sicurezza detentive e non detentive. Un processo indubbiamente complesso, che interessa istituzioni, amministrazioni sanitarie, Dipartimenti di salute mentale e prima di tutto i pazienti che all'interno degli OPG vivono (o sopravvivono). Un percorso lungo e graduale che può essere completato solo attraverso il coordinamento di tutti i soggetti coinvolti e che non deve essere realizzato tout court.

²⁷ Giorgio Napolitano è stato insignito del titolo di emerito Presidente della Repubblica Italiana dopo aver ricoperto la carica di Presidente della Repubblica dal 15 maggio 2006 al 14 gennaio 2015.

CAPITOLO SECONDO

Verso la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: l'iter legislativo

2.1 Introduzione

In questo capitolo, nucleo della presente analisi, sono ripercorse le tappe fondamentali che hanno condotto al superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari. La prima è il decreto legge n. 211 del 22/12/2011, convertito nella legge n. 9 del 17/02/2012: esso ha disposto la chiusura degli OPG, senza però fornire le sufficienti istruzioni a tal fine. Ecco allora che, tra inefficiente organizzazione e cronici ritardi, è stato necessario posticipare il termine inizialmente previsto. A due anni di distanza, il decreto legge n. 52 del 31/03/2014, convertito nella legge n. 81 del 30/05/2014, ha finalmente stabilito il definitivo abbandono di tale istituzione, introducendo rilevanti novità e prevedendo nuove misure di sicurezza detentive.

2.2 Il primo tentativo: d.l. n. 211 22/12/2011, convertito nella legge n. 9 17/02/2012

Nel 2011 comincia il lungo percorso legislativo con cui è stato riformato il sistema degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Il decreto legge n. 211 contiene gli “Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”, dunque il suo fine principale è quello di disporre misure per risolvere le difficili condizioni negli istituti carcerari²⁸. La consapevolezza delle condizioni altrettanto inaccettabili all'interno degli OPG porta anche all'elaborazione di un apposito articolo: l'articolo 3-ter contiene le “Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”, seguendo quanto ordinato più di tre anni prima dal d.p.c.m. n. 126²⁹.

Innanzitutto l'art 3-ter, al comma uno, fissa il termine per la chiusura degli OPG al 1° febbraio 2013. Una disposizione rivoluzionaria: è il primo passo verso il completo superamento degli OPG, a lungo auspicato e giustificato da inchieste e denunce che ne hanno mostrato gli orrori e le violazioni alla dignità dei detenuti.

²⁸ Il decreto n. 211 del 22 dicembre 2011 è, infatti, meglio noto come “decreto svuota-carceri”, divenuto famoso per le disposizioni che si prefiggono di ridurre il grave problema del sovraffollamento delle carceri.

²⁹ Vedere pagine 11 e 12.

Il comma due ordina che entro il 31 marzo 2012 debba essere elaborato un decreto di natura non regolamentare, approvato dalle varie istituzioni coinvolte, che contenga “ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario [...]”. Coloro che in questo momento sono internati negli OPG saranno dunque trasferiti in queste nuove strutture, in cui sarà possibile proseguire il percorso terapeutico-riabilitativo, ad eccezione delle “persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose” che “devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale” (art 3-ter comma quattro).

Le cure vanno studiate ad hoc per ciascun paziente e dunque richiedono il lavoro di medici ed esperti: il comma cinque dell’articolo 3-ter dispone che le Regioni e le province autonome a cui le nuove strutture faranno capo “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”.

Il superamento degli OPG richiede numerosi e complessi interventi. Tutto ciò ha ovviamente un costo: per la realizzazione e la riconversione delle strutture che li sostituiranno è autorizzata una spesa di 120 milioni di euro nel 2012 e di 60 milioni di euro nel 2013; per quanto concerne gli oneri derivanti dalle altre attività viene autorizzata una spesa di 38 milioni di euro nel 2012 e di 55 milioni di euro nel 2013 (art. 3-ter commi sei e sette).

Il lavoro delle amministrazioni regionali e delle province autonome dovrà essere puntualmente monitorato da un apposito Comitato³⁰, al fine di realizzare il completo superamento degli OPG nel pieno rispetto delle disposizioni sopra citate. Nel caso le Regioni non siano in grado di dare attuazione a tale processo, il comma nove dell’articolo 3-ter prevede l’intervento sostitutivo del Governo.

³⁰ Tale Comitato è previsto all’articolo 9 dell’Intesa fra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005. Si tratta di un Comitato permanente istituito per la verifica dell’erogazione dei LEA – Livelli Essenziali di Assistenza.

Infine, il comma dieci si occupa della destinazione dei beni immobili ora sede degli OPG: essa sarà decisa in concerto dal DAP, dalle Regioni ove questi sono ubicati e dall'Agenzia del demanio.

In sede di conversione, al decreto non sono state apportate modifiche: la legge n. 9 del 17 febbraio 2012 ha confermato quanto sopra descritto. Tale norma ha una portata significativa, anche se “non incide sulla misura di sicurezza detentiva, destinata all’autore di reato non imputabile e socialmente pericoloso, bensì prevede la realizzazione di nuove strutture, su base regionale, a esclusiva gestione sanitaria interna e con attività di vigilanza esterna, ove necessaria”. È quanto afferma Antonino Castorina nel suo saggio “La riforma degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Considerazioni e riflessioni³¹”. Egli prosegue: “il legislatore non ha attuato l’invito contenuto nella storica sentenza n. 253 del 2003 della Corte Costituzionale, di intraprendere la strada di un ripensamento del sistema delle misure di sicurezza , con particolare riguardo a quelle previste per gli infermi di mente autori di fatti di reato”.

La legge 9/2012, dunque, non determina la rimozione dal nostro ordinamento delle misure di sicurezza psichiatriche, tuttavia rappresenta un primo passo nella direzione verso il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari e la riacquisizione della dignità di tutti quelli che vi sono reclusi.

L'art. 3-ter è stato poi modificato dal decreto legge n. 24 del 25/03/2013 recante “Disposizioni in materia sanitaria”, convertito nella legge n. 57 del 23/05/2013. Fra le novità introdotte, solo una è di particolare rilievo: il termine per la chiusura degli OPG inizialmente fissato al 1° febbraio 2013 viene rimandato al 1° aprile 2014. Le motivazioni di tale proroga sono riconducibili al ritardo nell'attuazione di quanto previsto dai legislatori nel 2012. Un anno di tempo per creare una collaborazione proficua fra il DAP, le amministrazioni sanitarie delle Regioni e i direttori degli OPG non basta. Tanto meno è impensabile che possa bastare per la realizzazione delle strutture in cui trasferire gli internati.

³¹ Si tratta di un saggio contenuto nel portale “Il nuovo mondo – Il think tank dei Giovani Democratici.” Antonino Castorina è tesoriere nazionale dei Giovani Democratici e membro del Partito Democratico.

2.3 La svolta: d.l. n. 52 31/03/2014, convertito nella legge n. 81 30/05/2014

Le Regioni non sono state in grado di attuare quanto previsto. Il termine per la chiusura degli OPG fissato al 1° aprile 2014 deve essere prorogato. È questo l'incipit con cui si apre il decreto legge n. 52 del 31/03/2014, che introduce importanti modifiche all'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

Innanzitutto il d.l. n. 52 stabilisce che gli OPG chiuderanno dal 31 marzo 2015. Poi introduce il seguente periodo: “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 è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza [...]”. Tale norma è di fondamentale importanza perché obbliga il giudice di cognizione e quello di sorveglianza³² a prescrivere una misura di sicurezza che non sia l'internamento in OPG. Rinchiudere in un ospedale psichiatrico un soggetto affetto da disturbi psichici diventa l'ultima possibilità da prendere in considerazione, applicabile solo nel caso in cui il folle reo manifesti di essere pericoloso socialmente in modo grave.

Rimane valido quanto ordinato dall'articolo 3-ter nello stesso comma quattro: le Regioni si impegnano a comunicare lo stato di realizzazione o riconversione delle strutture che sostituiranno gli OPG al Comitato paritetico inter istituzionale, previsto dal D.p.c.m. n. 126 del 2008, al Ministero della giustizia e a quello della salute; qualora queste non siano in grado di attuare il programma stabilito, sarà il Governo a provvedere in via sostitutiva. Infine, il decreto n. 52 del 2014 riduce di circa sei milioni nel biennio 2014-2015 la spesa autorizzata dall'articolo 3-ter del 2011.

La legge in cui il decreto legge appena spiegato è stato convertito aggiunge modifiche significative e dichiara improrogabile la chiusura degli OPG, fissata al 31 marzo 2015. Non è più possibile rimandare: il Governo chiede una maggiore tutela della salute mentale e l'eliminazione di ogni forma di discriminazione e di segregazione,

³² Il giudice di cognizione è colui il quale decide i provvedimenti in entrata degli ospedali psichiatrici giudiziari, mentre il giudice di sorveglianza è responsabile dei provvedimenti in uscita.

promuovendo la specificità delle misure terapeutiche in modo da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti affetti da disagio psichico.

Le novità introdotte dalla legge 81/2014 sono ben sintetizzate nel saggio “Dalla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale” di Andrea Pugiotto³³. Egli sostiene l'esigenza di chiudere gli Opg, capaci solo di fungere da luogo di controllo e non di cura, e ripercorre i punti fondamentali della riforma in atto dal 2014. Eccoli spiegati qui di seguito:

- *Il giudice deve predisporre misura sicurezza detentiva, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in OPG o casa di cura, salvo grave pericolosità sociale del reo.*

Tale principio, già contenuto nel decreto-legge n. 52, è riproposto dall'articolo 1, comma uno, lettera b) della legge 81/2014. Il legislatore rende una alternativa assai remota la misura custodiale dell'internamento, attribuibile al reo solo come *extrema ratio* e non più come principale misura di sicurezza detentiva, provvisoria o definitiva. La scelta di indirizzare in un OPG un soggetto malato che ha compiuto reato è soltanto residuale. “Tale regola” scrive Pugiotto “è giustificata dall'inidoneità del ricovero; un'inidoneità di fatto e di diritto”. Ecco allora che i giudici dovranno disporre la libertà vigilata o la custodia cautelare presso una struttura idonea del sistema psichiatrico ospedaliero, e non più l'internamento in un ospedale psichiatrico, salvo che questo si riveli l'unica via percorribile, data la pericolosità del reo.

- *Ridefinizione della pericolosità sociale: valutata esclusivamente sulla base delle qualità soggettive del reo.*

È un principio di centrale importanza, contenuto sempre nell'articolo 1, comma uno, lett. b) della legge 81/2014. Se prima l'accertamento della pericolosità sociale era effettuato attraverso un attento esame delle condizioni soggettive ed oggettive della persona affetta da disturbi psichici, adesso contano soltanto le prime. Si tratta di una deroga all'articolo 133 del codice penale³⁴, il quale descrive le regole utili a stabilire se

³³ Andrea Pugiotto è professore di Diritto costituzionale e di Giustizia costituzionale nell'Università di Ferrara. Scrittore di monografie, autore di numerose pubblicazioni, curatore di volumi collettanei, si è occupato anche degli Opg, giustificandone la chiusura sulla base del dettato della Costituzione, che non ammette violazioni alla dignità e ai diritti della persona.

³⁴ Articolo 133 del codice penale, “Gravità del reato: valutazione agli effetti della pena”.

un reo è pericoloso socialmente o meno. Nello specifico, il comma quattro dell'art.133 c.p. prevede di considerare i motivi a delinquere e il carattere del reo; di tenerne in conto precedenti penali e giudiziari e in generale la condotta e la vita antecedenti al reato; di valutarne la condotta contemporanea e susseguente al reato; di indagarne le condizioni di vita individuale, familiare e sociale. Tutto questo, con l'entrata in vigore della legge 81/2014, non ha più alcuna rilevanza per la valutazione del folle reo: l'assenza di legami con la famiglia, di un lavoro, di una fissa dimora non devono essere criteri per giudicarne la pericolosità. Pugiotto ritiene che considerare anche tali fattori sarebbe un "eccesso di prudenza", che limiterebbe la libertà personale e violerebbe il diritto alla difesa del reo. Il rischio è, infatti, quello di condannare un soggetto solo sulla base della marginalità sociale in cui versa e non sulle effettive difficoltà psichiche di cui soffre.

- *La mancanza di programmi terapeutici individuali non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale.*

L'articolo 1 della legge 81/2014 prosegue stabilendo che un soggetto non può essere dichiarato pericoloso socialmente solo perché non è stato per lui previsto un percorso terapeutico riabilitativo individuale (PTRI). La mancanza di un programma studiato ad hoc non può essere utilizzata come giustificazione alla pericolosità del reo, bensì dimostra l'inefficienza del sistema sanitario nazionale, non in grado di prendersi in carico tutti gli internati negli OPG e di garantire loro cure adeguate. Ecco allora che i trattamenti indifferenziati non sono più contemplati: è necessario un piano individuale creato in base alle condizioni psico-fisiche di ciascun paziente. Questa è la *conditio sine qua non* diventa impossibile ordinare una misura di sicurezza detentiva in un OPG.

- *Le Regioni formano il personale incaricato di studiare i trattamenti individuali e possono modificare i programmi per la riqualificazione dei DSM e la realizzazione delle nuove strutture.*

L'articolo 1, comma uno bis della legge 81/2014 introduce una modifica all'articolo 3-ter, commi sei e otto. Nel primo si prevede che, pur rispettando le risorse previste in modo da non aggiungere oneri alle finanze pubbliche, le Regioni debbano formare nuovo personale con l'obiettivo di renderlo capace di formulare i PTRI per i detenuti degli OPG. Tali programmi verranno poi messi in atto nelle strutture sostitutive

degli attuali ospedali, in modo da proseguire la riabilitazione del paziente. Nel secondo, invece, è incaricato il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza a monitorare il rispetto di quanto previsto dalla legge.

- *I programmi terapeutici riabilitativi di dimissione devono essere obbligatoriamente previsti per ciascun paziente dai Dipartimenti di Salute Mentale di ogni regione.*

L'articolo 1, comma 1-ter ordina che, al fine di liberare gli OPG, per ogni detenuto debba essere preparato un programma terapeutico-riabilitativo. Esso deve spiegare le ragioni delle dimissioni del paziente e dare le linee guida con cui proseguirne la riabilitazione al di fuori degli OPG. Ciascuna Regione e provincia autonoma, attraverso i propri DSM, dovrà consegnarli al Ministero della salute e all'autorità giudiziaria.

- *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.*

La legge 81/2014 cambia radicalmente il sistema con cui è stabilita la durata di una misura di sicurezza. Se prima, infatti, la durata era minima e prorogabile, adesso questa è stabilita in base alla durata massima della pena prevista per il reato commesso. L'articolo 1, comma 1-quater, segna dunque un'indicativa svolta: rende gli internati in OPG uguali a chi invece è detenuto in istituti penitenziari, ostacolando la possibilità di rendere *sine die* le misure di sicurezza detentive per i malati psichici. È così assicurata la proporzionalità fra reato e pena e, scrive Pugiotto, “ne esce [...] una scelta legislativa ragionevole, perché in grado di conciliare garanzie di libertà ed esigenze di difesa sociale [...]”.

- *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, per monitorare e coordinare le iniziative assunte per garantire il*

completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Tale Organismo è previsto dall'articolo 1 comma due della legge qui analizzata. Esso dovrà seguire le fasi di realizzazione delle strutture alternative agli OPG e la creazione dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali, lavorando insieme al Comitato paritetico inter istituzionale sopra citato³⁵. Si tratta di un sistema di governance a doppio binario, dove a essere coinvolti sono numerosi enti e istituzioni, tutti necessari all'auspicato e travagliato abbandono degli OPG in favore di un sistema che tuteli la libertà personale e la dignità umana. Sempre al comma due viene ordinato che ogni tre mesi il Ministro della salute e il Ministro della giustizia trasmettano alle Camere una relazione sullo stato di attuazione delle suddette iniziative.

La legge 81/2014 apre la strada ad una riforma importante: chiudono gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, considerati un'istituzione sbagliata, inefficace, arretrata. Anni di battaglie, inchieste, dibattiti e sentenze hanno condotto alla scelta di superare tali luoghi. Si tratta di un cambiamento notevole, anche se forse non radicale. Da un lato scompaiono i sei ospedali presenti attualmente sul territorio italiano, dall'altro permane l'istituto della misura di sicurezza detentiva, che sarà scontata presso le strutture sostitutive degli OPG. È però, senza dubbio, una conquista storica: la pena manicomiale, sulla carta superata con la legge Basaglia ma concretamente ancora perpetrata negli OPG, si avvia al tramonto. Si ha la consapevolezza che la segregazione in tali luoghi non porti a un'efficace cura; sono evidenti gli orrori e le pessime condizioni di vita che i detenuti devono sopportare; è chiaro che la gestione dell'intero sistema delle misure di sicurezza per i malati psichici vada ripensato. La riforma degli OPG richiede tempo, risorse e collaborazione fra le varie istituzioni coinvolte, dunque è solo all'inizio: il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici è possibile solo attraverso la concreta attuazione di quanto disposto dalla legge 81/2014.

2.3 La legge n. 81/2014 davanti alla Corte Costituzionale

La legge 81/2014 non è stata accolta con entusiasmo da tutti. C'è chi persino ne ha messo in discussione la legittimità costituzionale. Con un'ordinanza del 16 luglio 2015 il Tribunale di sorveglianza di Messina ha promosso una questione di legittimità

³⁵ Vedere nota a piè di pagina n. 28, pag. 15.

costituzionale dell'art. 1 comma uno lettera b) del d.l. 31/03/2014 n. 52 convertito dall'art. 1 comma uno della legge 30/05/2014 n. 81 <<nelle parti in cui stabilisce che l'accertamento della pericolosità sociale "è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, comma due, n. 4 del c.p." e che "non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali">>.

Il Tribunale di Messina si è trovato a giudicare il caso di una revoca della misura di sicurezza detentiva da concedere o no a un paziente (M.S, affetto da discontrollo impulsivo e fortemente pericoloso socialmente): oltre ad averne accertato il disturbo psichico, è stato riscontrato anche che il soggetto in questione fosse "senza fissa dimora, senza occupazione, e privo di punti di riferimento familiare". Il Tribunale ha compiuto un'analisi globale delle condizioni del paziente, convinto che senza un tale approccio il caso da lui giudicato non potesse trovare soluzioni adeguate. La legge 81/2014 ha però prescritto che per valutare la pericolosità sociale si debbano considerare soltanto le qualità soggettive del reo.

Il Tribunale di Messina ritiene che quanto introdotto dalla legge 81/2014 violerebbe alcuni articoli della Costituzione (1, 2, 3, 4, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 77, 117), nonché l'art. 3. della Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo e l'art. 5 della Convenzione Europea sui Diritti dell'Uomo, e romperebbe l'equilibrio fra esigenze di cura della persona interessata e controllo della sua pericolosità sociale.

Nel giudizio dinanzi alla Corte Costituzionale è intervenuto anche il Presidente del Consiglio dei Ministri, il quale ha fermamente difeso l'esclusione delle condizioni di cui all'art. 133, comma due, n. 4 del c.p. in nome di una migliore tutela dei diritti di libertà dei pazienti. Ed ha aggiunto che la mancanza di percorsi terapeutico-riabilitativi sia spesso dovuta all'inefficiente organizzazione delle amministrazioni sanitarie, incapaci di fornire valide possibilità di riabilitazione ai detenuti. I due aspetti su cui il Tribunale di Messina fonda la propria ordinanza, in realtà, hanno spesso giustificato proroghe delle misure di sicurezza anche per pazienti perfettamente dimissibili.

Tutte le censure mosse dal giudice a quo nei confronti degli articoli sopra citati sono dichiarate prive di fondamento. Questo perché muovono dall'errato presupposto secondo il quale quanto introdotto dall'art. 1, comma uno della legge n. 81 del

30/05/2014 vada a modificare il concetto di pericolosità sociale per gli infermi o seminfermi di mente. In realtà la disposizione ridefinisce solo la pericolosità sociale che legittima il ricovero in un OPG o in una casa di cura di tali soggetti. La Corte Costituzionale ha perciò dichiarato, con la sentenza n. 186 del 23 luglio 2015, la questione sollevata dal Tribunale di sorveglianza di Messina non fondata, confermando così la propria giurisprudenza. La Corte ha poi posto l'accento sul fatto che la legge 81/2014 debba essere letta nell'ottica del processo che mira al superamento degli OPG, in linea con quanto già affermato nelle sentenze 253/2003 e 367/2004.

CAPITOLO TERZO

Il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari

3.1 Introduzione

Nell'ultimo capitolo del presente elaborato si riportano innanzitutto le reazioni seguite all'emanazione della legge 81/2014, soffermandosi in particolare sui pareri della gente comune e degli esperti. Segue poi la sintesi delle relazioni trimestrali presentate al Parlamento dai Ministri Lorenzin e Orlando, in cui sono contenute le azioni svolte sinora per attuare il definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici. Infine sono descritte le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, che sostituiscono gli OPG ma hanno sollevato numerose critiche.

3.2 Le reazioni

La legge n. 81 del 30 maggio 2014 è stata a lungo attesa, desiderata, studiata. Nel primo capitolo è stato descritto il lungo iter di inchieste e denunce, istituzionali e non, che ha convinto i legislatori a eliminare gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Ora, però, ci si interroga sul destino degli internati che in tali luoghi seguivano un percorso terapeutico per curare i disturbi psichici di cui sono affetti, scontando allo stesso tempo una misura di sicurezza, giustificata in base alla loro pericolosità sociale. Le reazioni che hanno seguito la legge sono discordanti. All'entusiasmo iniziale si sono aggiunti sconcerto, dubbio, preoccupazione. Soprattutto la gente comune ha malamente accolto la notizia della chiusura degli OPG: è spaventata dall'idea che una massa di persone "pazze" invada le strade e possa compiere ulteriori reati. Foucault³⁶ descriveva così il malato mentale: "Egli rappresenta il residuo di tutti i residui, il residuo di tutte le discipline, inassimilabile a tutte quelle che si possono trovare in una società". Ed è proprio la società, luogo in cui il malato dovrebbe reinserirsi attraverso terapie e assistenza, che lo rifiuta. La follia spaventa e impedisce di comprendere che, in realtà, le

³⁶ Paul-Michel Foucault (Poitiers, 15 ottobre 1926 – Parigi, 25 giugno 1984) è stato un filosofo e storico francese. Ha insegnato nelle facoltà di Lettere e Scienze Umane delle Università di Clermont-Ferrand, Vincennes e Parigi. Fra i temi centrali della sua ricerca sono da annoverare lo sviluppo delle prigioni, degli ospedali, delle scuole e di altre grandi organizzazioni sociali. Si è occupato dell'evoluzione della sessualità e dello studio della follia. In particolare, su questo argomento, ha scritto due opere: "Storia della follia nell'età classica" (1961) e "Malattia mentale e psicologia" (1962), in cui ha tentato d'indagare, prendendo ad esempio lo sviluppo storico della medicina, il costituirsi della malattia e della follia come "oggetti scientifici".

persone che saranno dimesse dagli OPG sono tutto sommato poche e la maggioranza di loro sarà destinata ad un'altra struttura. Paolo Giordano³⁷, in un articolo scritto alla vigilia della chiusura degli OPG, ha considerato il malcontento diffuso della gente e ha ragionevolmente temuto che senza un'informazione adeguata i cittadini crederanno di trovarsi davanti a "un'orda di pazzi violenti a piede libero". Oltre all'opinione pubblica, anche gli stessi pazienti hanno mostrato apprensione nei confronti della loro sorte. Nelle celle in cui i detenuti sono rinchiusi regna confusione: non tutti colgono la portata della decisione presa, mentre altri sfogano il loro timore di lasciare il luogo in cui hanno, seppure male, vissuto per anni.

Malumore si respira fra il personale sanitario, smarrito e non ben consapevole di quali saranno i suoi nuovi compiti. E dubbiosi sono anche gli esperti, medici e psichiatri, cui spetta il delicato compito di definire i PTRI dei pazienti. Essi temono che, al di fuori degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, sia difficile proseguire il percorso terapeutico riabilitativo e reputano le Rems un luogo poco adatto alle esigenze dei malati.

In un colloquio con il dottor Giovanni Grieco³⁸, medico psichiatra presso il Centro Psicosociale di Sesto San Giovanni (MI), si è avuto modo di discutere le novità introdotte dalla legge 81/2014 e ascoltare il suo parere in merito. Il dottore ha innanzitutto sottolineato la complessità del tema e l'importanza di una riforma lenta e graduale, dove la collaborazione di tutte le istituzioni coinvolte gioca un ruolo essenziale. Egli ha poi affrontato alcune criticità della normativa da poco entrata in vigore. Prima di tutto ha considerato la ridefinizione della pericolosità sociale, ancora alla base di ogni provvedimento disposto dal giudice. Se prima l'analisi globale delle condizioni del reo rischiava di causare un eccesso di coercizione, rinchiodendolo anche laddove le sue condizioni psicofisiche non lo richiedessero, adesso tenere conto solo della situazione soggettiva rischia di lasciarlo in uno stato di abbandono. Le terribili condizioni negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari hanno giustamente portato al loro superamento, ma ciò crea un vuoto istituzionale che va assolutamente colmato. Coloro che saranno rilasciati devono avere la possibilità di trovare soluzioni assistenziali alternative, che sostituiscano o affianchino la famiglia, nei casi in cui questa non possa

³⁷ Paolo Giordano è scrittore e giornalista. Si è occupato della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, che ha avuto modo di visitare. Nell'articolo "Viaggio negli Ospedali psichiatrici giudiziari" pubblicato sul Corriere della Sera il 9 marzo 2015, ha raccontato ciò che ha visto e le testimonianze raccolte durante le sue visite; ha ripercorso le tappe che hanno condotto alla decisione di chiudere gli OPG ed ha posto l'attenzione sugli effetti di tale scelta.

³⁸ Giovanni Grieco è medico, specializzato in psichiatria. Dal 1982 lavora nell'azienda ospedaliera di Sesto San Giovanni (MI).

prenderli in carico il malato. Il dottor Grieco ha poi rivolto l'attenzione alla modifica relativa alla durata della misura di sicurezza. Sebbene egli consideri positiva l'introduzione del principio della durata massima, teme che ciò conduca il malato psichico a scegliere di lasciare la struttura in cui risiede, una volta scaduto il provvedimento giudiziario, anche qualora il trattamento terapeutico non sia concluso. Ciò chiaramente è un rischio per il paziente, il cui reinserimento sociale potrebbe essere compromesso, ma assicura che non si verifichino gli spiacevoli "ergastoli bianchi". In conclusione, il dottor Grieco, consapevole delle lacune contenute nella riforma degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ha denunciato i continui tagli nel settore e la difficoltà di trovare fondi sufficienti per affrontare il superamento degli OPG. Ciò è dovuto, secondo il medico, al crescente disinteresse nei confronti della psichiatria, riconducibile anche al difficile momento economico del Paese.

Eppure, nonostante le innegabili difficoltà qualcosa è stato fatto: alcuni OPG sono stati chiusi, parte dei detenuti sono stati trasferiti nelle prime strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza già terminate, altri dimessi. Nel prossimo paragrafo sono descritti nel dettaglio i passi avanti compiuti dopo l'emanazione della legge 81/2014.

3.3 Che cosa è stato fatto? I Ministri fanno il punto

Come previsto dall'articolo 1, comma 2-bis, della legge 81/2014, il Ministro della Giustizia, Andrea Orlando, e il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ogni tre mesi si impegnano a trasmettere alle Camere una Relazione sullo stato di attuazione del percorso di superamento degli OPG. Questo processo lungo e complesso richiede l'azione di più soggetti e la realizzazione di nuove strutture; necessita di fondi e risorse da gestire e organizzare con attenzione. La situazione è tenuta dunque costantemente sotto controllo e nelle pagine che seguono si riassume lo stato di avanzamento della riforma.

3.3.1 Prima relazione trimestrale al Parlamento sul Programma di superamento degli OPG – 30 settembre 2014

La Relazione comincia rilevando l'istituzione, in data 26 giugno 2014, dell'Organismo di coordinamento necessario per monitorare le attività per la chiusura definitiva degli OPG. Tale organo è presieduto dal Sottosegretario alla Salute Vito De

Filippo³⁹, ed è costituito anche dal Vice-Ministro, l'On. Enrico Costa, dal Capo di Gabinetto, dal Capo dell'Ufficio Legislativo e dal Vice Capo Vicario del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Inoltre vi prendono parte alcuni rappresentanti regionali: essi sono gli Assessori alla Salute delle Regioni Emilia Romagna, Liguria, Puglia, Sardegna e Toscana.

Poi, per rispettare quanto previsto dall'articolo 1, comma 1-ter, della legge n. 81, la Relazione attesta che il Presidente del suddetto Comitato abbia inviato agli Assessori alla Sanità una nota in cui fornisce indicazioni sui programmi terapeutici riabilitativi che devono essere realizzati per tutti i pazienti costretti in OPG alla data 1° giugno 2014. Tale disposizione rischia, però, di creare un quadro della situazione poco chiaro, in quanto non si tiene conto di coloro i quali saranno internati in OPG dopo tale data. In effetti, la Magistratura ha continuato a condannare i folli rei a scontare una misura di sicurezza detentiva negli ospedali psichiatrici giudiziari: dal 1° giugno al 9 settembre 2014 sono stati registrati dall'Amministrazione penitenziaria ben 84 nuovi ingressi. Il numero totale delle presenze ha però subito un lieve calo: grazie alle 67 persone che sono state dimesse nello stesso periodo, si contano ora 793 presenze. Di queste, in base all'analisi del Ministro della Salute, che ha ricevuto dalle Regioni le informazioni sui soggetti internati, 476 sono state dichiarate dimissibili, ma la quasi totalità di esse (404) ha bisogno di seguire un percorso riabilitativo di tipo residenziale, che sarà diretto da uno psichiatra o da un dirigente medico nella maggior parte dei casi. L'Amministrazione penitenziaria si è anche occupata di vagliare le ordinanze emesse dall'Autorità Giudiziaria, le quali contengono gli elementi per proseguire la misura di sicurezza detentiva, ovvero per la trasformazione della misura detentiva in libertà vigilata, ovvero per la revoca definitiva della misura di sicurezza detentiva. Tutte le ordinanze “contengono un preciso e dettagliato esame delle condizioni del soggetto”, così da permettere la formulazione di un programma di trattamento individualizzato. Ciascun PTRI deve essere preparato entro un tempo stabilito da ciascun'ordinanza, per facilitare il reinserimento sociale del malato psichico. Questi accorgimenti permetteranno di “ridurre i tempi per il riesame della pericolosità sociale e per la fissazione della nuova udienza”.

³⁹ Vito De Filippo è un politico italiano, che ha ricoperto il ruolo di presidente della Regione Basilicata dal 2005 al 2013, e dal 28 febbraio 2014 è Sottosegretario di stato alla salute nel Governo Renzi.

Per quanto riguarda la realizzazione delle Rems, la formazione del personale e l'attivazione dei percorsi individualizzati, tutti di competenza delle singole Regioni, ciascun'amministrazione regionale ha già formulato un programma d'intervento. Dopo i necessari aggiustamenti, i decreti di tutte le Regioni (ad eccezione di: Trentino Alto Adige, Veneto e Sicilia) sono stati approvati e sottoscritti dall'Organismo di Coordinamento, dando così il via allo stanziamento dei fondi necessari.

I Ministri Lorenzin e Orlando sottolineano la necessità di un monitoraggio dei pazienti sul lungo periodo, per valutare il raggiungimento degli obiettivi prefissati da ogni PTRI. Inoltre hanno effettuato una possibile proiezione del numero di pazienti presenti negli OPG nei mesi futuri, così da avvisare l'organizzazione sanitaria di ciascuna Regione, che dovrà farsene carico dal 1° aprile 2015.

Si consiglia, infine, per il conseguimento del risultato previsto, la massima collaborazione fra tutti i soggetti coinvolti: Amministrazione penitenziaria, Regioni, DSM e la Magistratura di sorveglianza.

3.3.2 Seconda relazione trimestrale al Parlamento sul Programma di superamento degli OPG – 13 febbraio 2015

L'Organismo di Coordinamento, presieduto dal Sottosegretario alla salute Vito De Filippo, si è riunito per incontri di natura tecnica (insediatosi il 2 ottobre e riunitosi nei giorni 29 ottobre e 9 dicembre), con esperti e dirigenti delle amministrazioni. Ha affrontato due nodi cruciali:

- *Dimissione di soggetti dichiarati dimissibili, con conseguente presa in carico dei dipartimenti di salute mentale delle Regioni di residenza*

Se dall'esame clinico la pericolosità sociale non è confermata, il giudice deve disporre una destinazione alternativa all'OPG. Ciò ha fatto registrare una diminuzione di internati: molte persone sono state dimesse e per loro sono stati disposti programmi di trattamento, mentre il numero dei nuovi ingressi non ha registrato un consistente calo.

- *Accoglienza e cura dei soggetti dichiarati non dimissibili in strutture residenziali (REMS), conformi a specifici requisiti*

Il trasferimento alle Rems ne presuppone la realizzazione, che però non potrà essere completata in tempo, visto l'iter normativo e burocratico da seguire. Poiché circa 450 internati sono da destinare alle nuove strutture, devono essere trovate soluzioni transitorie che permettano di rispettare il termine previsto per legge. Le Rems dovranno essere pubbliche, gestite dal Servizio Sanitario Nazionale, anche se nella fase transitoria è ammesso l'utilizzo di strutture private, per le quali le spese di gestione dovranno essere sostenute dalle Regioni. Inoltre per non creare altri ritardi, i Ministri autorizzano l'avvio dei lavori di realizzazione delle strutture nonostante i fondi statali da concedere alle amministrazioni regionali a tale scopo non siano ancora pronti⁴⁰. Le Regioni saranno poi rimborsate dal Ministero per l'economia e le finanze.

In base ai programmi presentati, alcune Regioni assicurano il rispetto dei termini previsti: Piemonte, Lombardia-Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana-Umbria, Basilicata e Sardegna (ma aspettano assenso MEF per adozione nuovo piano), Campania, Calabria. Per altre invece tale termine non è garantito: Veneto, Provincia autonoma di Trento, Marche, Lazio, Abruzzo-Molise (perché in fase di valutazione di altre soluzioni), Puglia, Sicilia.

Per quanto concerne l'attività del Ministero della Giustizia, l'Amministrazione penitenziaria ha rilevato il numero di presenze negli OPG e analizzato le ordinanze emesse dall'Autorità Giudiziaria per:

- La prosecuzione della misura detentiva, che può essere riconfermata a causa di:
 1. Pericolosità persistente, da accertare tenendo conto degli elementi oggettivi (gravità reato, fallimenti LV) e degli elementi soggettivi (condizioni cliniche, capacità di vivere in ambiente meno contenitivo, possibilità di reiterazione comportamenti penalmente rilevanti).

⁴⁰ Le amministrazioni regionali hanno preparato specifici piani relativi all'utilizzo dei fondi di parte corrente. Questi sono necessari per riorganizzare la destinazione di una parte dei finanziamenti di parte corrente al pagamento delle rette presso le strutture a cui verranno affidate in via transitoria le persone non dimissibili. Alcune Regioni hanno già confermato il proprio programma: Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Marche, Emilia Romagna, Umbria, Molise (alcuni non conformi alle richieste del MEF). Altre lo devono rimodulare: Piemonte, Liguria, Lazio, Toscana, Abruzzo. Altre invece non hanno ancora confermato: Campania, Sardegna, Puglia, Calabria e Basilicata.

2. Necessità di trovare soluzioni alternative agli OPG, in cui sia possibile proseguire il percorso terapeutico già avviato.

- La revoca della misura detentiva, su cui l'autorità giudiziaria ha posizioni contrastanti: per una parte della Magistratura di Sorveglianza si può prevedere la revoca a patto di continuare all'esterno degli OPG i trattamenti di cura, per un'altra è preferibile prevedere la libertà vigilata.

- La trasformazione della misura detentiva in misura non detentiva.

Si assiste a una diminuzione lenta di presenze: al 30 novembre 2014, 63 internati sono stati dimessi ma sono state registrate ancora ben 761 presenze, dovute a 67 nuovi ingressi.

La Relazione prosegue indicando che il rispetto degli accordi raggiunti nella Conferenza Unificata sia dovuto anche alla preziosa collaborazione fra le Regioni, i Dipartimenti di salute mentale (DSM) e la Magistratura di sorveglianza. Inoltre si fa menzione delle donne provenienti da regioni del Sud Italia, che hanno trovato accoglienza presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, in linea col principio di territorialità⁴¹. Il Ministero della Giustizia ha elaborato uno schema di accordo per regolare lo svolgimento delle funzioni all'interno delle REMS, di cui si attende l'approvazione della Conferenza Unificata, ed ha confermato, in un incontro con i provveditori regionali, i presidenti dei tribunali di sorveglianza e i vertici del Dipartimento, la volontà di proseguire nel superamento degli OPG.

Dalla Relazione emerge dunque la volontà comune di raggiungere l'obiettivo al più presto, istituendo anche la procedura di commissariamento per le Regioni che non saranno in grado di garantire la chiusura degli OPG entro il termine previsto dalla legge 81/2014.

3.3.3 Terza relazione trimestrale al Parlamento sul Programma di superamento degli OPG – 20 aprile 2015

L'Organismo di coordinamento si è riunito il 15, 22, 28 gennaio, 5, 12, 19, 26 febbraio, 5, 12, 19, 26 marzo. Parallelamente si sono svolti altri incontri di natura strategica fra assessori alla salute delle Regioni e di natura tecnica fra esperti e dirigenti delle amministrazioni. Attraverso i suoi dirigenti, il Ministero della Giustizia ha

⁴¹ A proposito del principio di territorialità vedere pagina 12.

partecipato alle riunioni, soprattutto con membri del DAP. Inoltre hanno preso parte agli incontri i rappresentanti della Magistratura di sorveglianza, del MEF, del Ministero dell'interno.

Le Regioni hanno trasmesso al Ministero della Salute le schede anonime relative ai PTRI di dimissioni cliniche e l'Amministrazione penitenziaria ha registrato una diminuzione delle presenze complessive, nonostante un aumento degli ingressi negli OPG. Al 25 marzo 2015 risultano ancora internate 698 persone (75 donne, 623 uomini).

Si è rivelata complessa la realizzazione delle strutture residenziali sanitarie, quindi sono state portate avanti soluzioni transitorie, per rispettare i termini imposti dalla legge 81/2014 e allo stesso tempo per garantire gli interventi terapeutico-riabilitativi per i pazienti. Il 26 febbraio 2015 la Conferenza unificata ha approvato il regolamento per l'entrata in funzione delle REMS.

Il 5 marzo 2015 il presidente dell'Organismo De Filippo ha pubblicato una nota per convocare gli Assessorati coinvolti alle successive riunioni. In questi incontri sono state individuate le REMS definitive, per la cui realizzazione il Governo è pronto al commissariamento delle amministrazioni che non rispetteranno i tempi.

Il 1° aprile 2015, come previsto, ha avuto inizio il percorso di dimissione degli internati, che sarà portato avanti in maniera graduale per tutelare al meglio la salute dei pazienti. Qui di seguito è illustrato nel dettaglio quanto disposto dalle singole Regioni⁴²:

- Piemonte: una Rems sarà attivata il 1° settembre 2015.
- Lombardia-Valle d'Aosta: una Rems sarà attivata il 1° maggio 2015 presso la struttura di Castiglione delle Stiviere.
- Provincia autonoma di Bolzano: una struttura con sei posti letto sarà attivata per utenti con livello sicurezza basso. Gli altri pazienti residenti nella Provincia saranno ospitati in strutture della Regione.

⁴² Le Regioni sono state costrette a rimodulare i programmi già presentati, per destinare fondi al pagamento delle rette delle strutture pubbliche o private scelte per la fase transitoria. Emilia Romagna, Veneto, Marche, Lazio, Lombardia e Liguria hanno inviato il programma definitivo. Abruzzo, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Basilicata e Molise hanno inviato il programma, che però presenta incoerenze con quanto previsto dal Ministero della Salute e va dunque rivisto. Toscana, Campania, Puglia, Calabria, Valle d'Aosta, Sardegna e province autonome non hanno ancora presentato il piano. La Sicilia deve invece ancora completare il trasferimento delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature al sistema sanitario nazionale.

- Provincia autonoma di Trento: sarà attivato un polo di riabilitazione con quattro posti letto.
- Friuli Venezia Giulia: in via transitoria sarà attivata una struttura con quattro posti letto, poi saranno realizzate tre strutture permanenti.
- Liguria: in via provvisoria dieci soggetti saranno ospitati nella Rems lombarda di Castiglione delle Stiviere. Poi la Regione istituirà una struttura dotata di venti posti letto.
- Emilia Romagna: per la fase transitoria saranno adeguate due strutture già presenti sul territorio. In seguito aprirà una residenza con quaranta posti letto.
- Toscana-Umbria: una Rems transitoria sarà attiva entro il 31 maggio 2015, che sarà poi sostituita da cinque strutture definitive.
- Marche: nella fase transitoria si utilizzerà una struttura privata, poi sarà attivata una residenza con venti posti letto.
- Lazio: nella fase transitoria saranno utilizzate quattro strutture provvisorie pubbliche per un totale di novantuno posti letto. In seguito saranno realizzate tre Rems.
- Abruzzo-Molise: la scelta di realizzare una struttura transitoria presso un ospedale è stata impugnata, ma è comunque prevista la realizzazione di una Rems definitiva dotata di venti posti letto.
- Campania: sono già state confermate due strutture, entrambe di venti posti letto, che saranno attivate entro il 31 maggio 2015 e il 31 agosto 2015.
- Puglia: è prevista la realizzazione di due Rems.
- Basilicata: saranno realizzati una struttura residenziale e un centro diurno.
- Calabria: entro il 1° luglio 2015 sarà attivata una Rems provvisoria, cui seguirà la costruzione di due strutture residenziali.
- Sicilia: nella fase transitoria saranno istituite due Rems di venti posti letto ciascuna. Seguirà la realizzazione di quattro strutture, per un totale di ottanta posti letto, di appartamenti pre-dimissioni e percorsi riabilitativi ad hoc.
- Sardegna: esiste una struttura provvisoria con sedici posti letto, che sarà in seguito sostituita da una Rems definitiva.

- Veneto: è l'unica Regione a non aver individuato nessuna struttura per i pazienti che vi risiedono.

Il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP) ha dato un forte impulso per la creazione dell'accordo per disciplinare lo svolgimento delle funzioni all'interno delle Rems. Tale accordo determina le attività di competenza di ciascun'amministrazione regionale, in modo da poter rispettare la data prevista per l'avvio del trasferimento dei detenuti dagli Opg alle nuove strutture. Tale processo dovrà avvenire rispettando le esigenze di ciascun paziente valutate dal GOP (Gruppo di osservazione e trattamento) e dalle indicazioni contenute nei PTRI predisposti dai DSM. Per questo si è svolto un incontro per coordinare il trasferimento e progettare la collaborazione fra l'Amministrazione penitenziaria e il personale amministrativo delle Rems. Il DAP è stato informato il 16 marzo 2015 di tutte le strutture individuate dalle Regioni, sebbene queste non saranno tutte pronte al 1° aprile 2015. Inoltre la Relazione pone l'accento sul fatto che saranno realizzati 446 posti letto, evidentemente non sufficienti ad ospitare i 698 detenuti attuali. La previsione contava sul fatto che tutti i pazienti dichiarati dimissibili avrebbero goduto della revoca della misura di sicurezza detentiva, ma ciò può avvenire soltanto dopo l'esame clinico che ne accerti la cessata pericolosità sociale. Non è stato poi tenuto in considerazione chi sarà condannato a scontare una misura di sicurezza detentiva in futuro. È compito del DAP gestire il trasferimento in base al numero di posti letto effettivamente disponibili.

La Relazione suggerisce ai provveditori regionali di creare sezioni apposite per infermi o semi infermi di mente all'interno delle carceri, nelle quali trasferire parte degli attuali detenuti. Infine consiglia l'istituzione di un Organismo di coordinamento su base territoriale, analogo a quello che opera su base nazionale. Ogni Organismo dovrà monitorare le fasi successive, in modo che tutte le amministrazioni coinvolte e la magistratura di sorveglianza possano cooperare e meglio gestire lo svolgimento dell'avvio delle nuove strutture sanitarie.

3.4 Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)

Con la chiusura degli OPG non si pone certo fine alle misure di sicurezza che un infermo o semi infermo di mente, non imputabile e autore di reato, deve scontare. Sostituendo i fatiscenti e indegni OPG, dal 1° aprile 2015, le Rems sono il luogo in cui

avviene il ricovero dei folli rei. Queste strutture appartengono al sistema sanitario nazionale e hanno la funzione di detenere e al contempo curare i pazienti che vi risiedono, fornendo loro trattamenti terapeutici individuali e garantendogli il pieno rispetto della propria dignità. Ogni Rems sarà gestita da un'equipe di medici, psichiatri e operatori sanitari, adeguatamente istruiti al fine di assistere gli ospiti.

Ma il perno della riforma apportata dalla legge 81/2014 non è la realizzazione delle Rems, a cui i pazienti dovrebbero essere destinati solo in casi di situazioni eccezionali. Inoltre le Rems previste dai piani delle Regioni non sono ancora tutte pronte. Il ritardo è dovuto alla lentezza delle amministrazioni regionali e all'insufficienza dei fondi di cui queste dispongono. Inoltre molti medici, esperti, politici e associazioni hanno fortemente criticato le Rems. Tra i detrattori di queste strutture c'è il professor Giuseppe Dell'Acqua⁴³, direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste, che reputa sbagliata l'idea che “la soluzione sia la costruzione delle nuove strutture”, ritenendole troppo costose e poco efficaci. E lo stesso continua: “Le Regioni non potevano che incontrare difficoltà, perché per anni hanno determinato la fragilità dei Dipartimenti di salute mentale, hanno frammentato i servizi, e sostenuto spese esorbitanti per strutture residenziali terapeutiche che terapeutiche non sono. [...]. E ora, nel momento in cui è arrivata la legge svuota carceri e la chiusura degli Opg, devono correre ai ripari e costruire le Rems, che sembrano ospedali psichiatrici in sedicesimo.” Già, perché il rischio concreto è che anche in tali strutture, sebbene nuove, gestite completamente dal SSN e più piccole, possa ripetersi l'infelice esperienza avutasi negli OPG. Il professor Dell'Acqua consiglia allora di affiancare all'utilizzo di tali strutture anche il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale presenti in ciascuna Regione e la diminuzione di invii nelle Rems da parte della Magistratura di cognizione. Il professor Dall'Acqua non è però totalmente pessimista: riconosce che la situazione degli OPG, dopo la riforma, sia migliorata e si augura che “i nuovi centri non siano aree di parcheggio ma di terapia”. Dello stesso parere è anche Stefano Cecconi⁴⁴, coordinatore

⁴³ Giuseppe Dell'Acqua, medico psichiatra, ha lavorato con Franco Basaglia nell'ospedale psichiatrico di Trieste, dal 1971, contribuendo alla chiusura di tale struttura. Sostenitore del superamento dei manicomi, ha lavorato alla progettazione e alla sperimentazione dei primi centri di salute mentale territoriali aperti 24 ore su 24. Dal 1996 è professore di Psichiatria sociale e si occupa soprattutto della formazione e dell'assistenza ai familiari delle persone con disturbo mentale.

⁴⁴ Stefano Cecconi, sindacalista, lavora presso il Dipartimento Welfare della Cgil nazionale dove è responsabile delle Politiche della salute. Coordina il Comitato Stop OPG, che dal 2011 porta avanti iniziative in favore dell'eliminazione della pena manicomiale. È stato segretario generale della Camera del Lavoro di Padova e segretario confederale della Cgil Veneto.

del Comitato StopOPG⁴⁵. Nel suo recente intervento “Chiudere gli Opg per aprire spazi ai diritti e alla cittadinanza”⁴⁶ Cecconi afferma che sebbene la legge 81/2014 sia stata “un successo della mobilitazione di tante persone e associazioni”, oltre che del Governo, “la chiusura effettiva degli Opg non è ancora avvenuta e la strada per porre fine alla stagione manicomiale, che ha nell’OPG l’ultimo baluardo, anche giuridico, è ancora una corsa ad ostacoli”. Cecconi critica la decisione delle Regioni di investire tutti i fondi nella creazione delle Rems, concepite solo per situazioni in cui la pericolosità sociale è tale da impedire soluzioni alternative e non detentive. Cecconi è d’accordo sul loro ruolo nella fase transitoria, ma teme che queste strutture possano diventare, nel lungo periodo, un neo contenitore manicomiale, rendendo così vano lo spirito riformatore della legge 81/2014. Per questo suggerisce di attivare immediatamente il commissariamento delle Regioni inadempienti e di destinare le risorse ai Dipartimenti di salute mentale, piuttosto che alla realizzazione delle Rems. E proprio contro queste, sottolinea Cecconi, si concentra ora la mobilitazione del Comitato StopOpg: la battaglia anti Rems viene portata avanti attraverso visite nelle strutture e una apposita Rete di soccorso, composta da avvocati e psichiatri⁴⁷. Cecconi insiste sui ritardi, le incongruenze e le difficoltà che caratterizzano la chiusura degli OPG, ma “niente deve e può fermarla, perché chiudere gli OPG sarà una vittoria per tutti”.

⁴⁵ Comitato StopOPG: vedere nota n. 22, pag. 11.

⁴⁶ “Chiudere gli Opg per aprire spazi ai diritti e alla cittadinanza”, a cura di Stefano Cecconi, del 14 luglio 2015, è stato pubblicato sul volume “L’abolizione del manicomio criminale (tra utopia e realtà)” – luglio e ottobre 2015 - a cura di Fondazione Michelucci e Garante diritti dei detenuti Toscana.

⁴⁷ Il Comitato StopOPG ha organizzato il servizio “Primo soccorso stop OPG- REMS”: un gruppo di esperti, composto da avvocati, psichiatri e operatori dei servizi di salute mentale e da rappresentanti delle associazioni dei familiari che si sono resi disponibili a titolo gratuito a offrire informazioni sulle innovazioni introdotte dalla Legge 81/2014, quali ad esempio: dimissioni senza proroghe a fine misura di sicurezza, preferenza di misure alternative alla detenzione in OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario) e in REMS (Residenza per l’Esecuzione della Misura di Sicurezza), dimissioni per i già internati, obbligo di presa in carico e presentazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale. Il “PS StopOPG-REMS” nasce per decisione del Comitato nazionale StopOPG come ulteriore azione del Comitato a sostegno dei diritti delle persone internate o a rischio di internamento in OPG o in REMS.

CONCLUSIONI

Giunti al termine del complesso iter che ha portato alla decisione di chiudere definitivamente gli ospedali psichiatrici giudiziari, non si può comunque affermare che la questione sia risolta. Il mondo della politica, le istituzioni nazionali e sovranazionali, le associazioni hanno vinto la loro battaglia: abbandonare l'inefficiente e inefficace istituzione degli OPG, proponendo vie alternative che concentrino l'attenzione sulla cura e sull'assistenza di coloro che soffrono di disagio psichico. Restano però senza risposta molteplici interrogativi: ci si domanda se le Rems siano la soluzione più adatta o se rischino di diventare un nuovo contenitore manicomiale; non è chiaro quanti fra coloro che ancora sono costretti in OPG saranno trasferiti nelle nuove strutture e quanti invece potranno accedere a misure di sicurezza non detentive; si teme che le risorse, finanziarie e umane, non siano sufficienti a garantire il completo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari; si discute ancora sulle modalità di valutazione della pericolosità sociale.

Dopo l'entusiasmo iniziale con cui è stata accolta la legge 81/2014, l'attenzione sulla chiusura degli ospedali psichiatrici è diminuita, rendendo così concreto il pericolo che la riforma in atto non venga completata. La questione, però, per quanto spinosa, non può e non deve essere messa da parte, perché in gioco ci sono i diritti fondamentali di numerosi cittadini.

L'intento di questo scritto è infatti quello di sottolineare la portata della riforma che elimina gli ospedali psichiatrici giudiziari. Il superamento di tali luoghi, sebbene impervio e costellato di criticità, permetterà di garantire, finalmente, una maggiore tutela nei confronti delle persone affette da disagio psichico. Ovviamente non scompare l'esigenza di salvaguardare la collettività, che potrebbe essere danneggiata da chi manifesta una chiara e grave pericolosità sociale; ma si vuole rispondere meglio all'esigenza, altrettanto importante, di garantire ai reclusi una vita dignitosa. La riforma introdotta dalla recente legge n. 81, mira a ristabilire l'equilibrio, per quanto difficile, fra detenzione e cura. Ciò non soltanto in nome delle condizioni pessime, degradanti, inaccettabili che imperavano negli OPG, ma anche per rispettare i diritti fondamentali che devono essere garantiti a ogni uomo e donna, indipendentemente dal fatto che questi siano reclusi in un istituto penitenziario, psichiatrico o no.

Tali diritti sono sanciti non soltanto nella Costituzione italiana, ma anche nelle numerose convenzioni internazionali. Impossibile è dunque che l'Italia, un Paese civile e membro della comunità internazionale, non rispetti quanto imposto anche a livello internazionale. L'Italia aderisce infatti alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, più comunemente nota come CEDU⁴⁸, e alla Dichiarazione universale dei diritti umani⁴⁹, che sono fra le fonti più importanti e condivise sulla tutela dei diritti fondamentali.

La sicurezza e la libertà non sono beni a cui si può rinunciare, nemmeno negli ospedali psichiatrici. Qui questi diritti vengono meno, a tal punto pretendere la chiusura di tali istituti.

La relazione tra la libertà individuale e la protezione della collettività è quindi cruciale e non è stata messa in discussione soltanto in Italia: ha superato i confini nazionali, e anche nella vicina Germania il tema ha attirato l'attenzione. L'ordinamento tedesco prevede, come quello italiano, l'istituto del "doppio binario", articolato sulle pene punitive e rieducative da un lato, e sulle misure di sicurezza precauzionali e curative dall'altro⁵⁰. L'internamento in una struttura psichiatrica, che rientra nel secondo binario, è stata, dallo Stato tedesco, spesso usata impropriamente. A questa doppia possibilità, dal 2010 la legge tedesca ha aggiunto una "terza via": il ricovero detentivo a fini terapeutici, in ospedali psichiatrici giudiziari o strutture simili, dei criminali violenti o con disturbi della psiche⁵¹. Tali misure hanno suscitato la stessa indignata reazione avutasi in Italia, causando sdegno in politici, esperti, gente comune. La questione, oltre ad essere stata portata in giudizio davanti al Tribunale costituzionale federale tedesco, è poi andata oltre: la Corte europea dei Diritti dell'Uomo del Consiglio d'Europa si è pronunciata in merito nella sentenza *Glien c. Germania*, del 28 novembre 2013⁵². In sintesi, la Corte del Consiglio d'Europa ha sottolineato che il sistema tedesco fa

⁴⁸ La CEDU è stata redatta e adottata nell'ambito del Consiglio d'Europa. Fu firmata a Roma il 4 novembre del 1950 e ratificata dall'Italia il 4 agosto 1955, con la legge n. 848. Ad oggi vi aderiscono 47 Paesi, tutti membri del Consiglio.

⁴⁹ La Dichiarazione universale dei diritti umani fu approvata a Parigi il 10 dicembre 1948 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite.

⁵⁰ Andrea Pugiotto, *L'ergastolo nascosto (e altri orrori) dietro i muri degli ospedali psichiatrici giudiziari*, in *Quad. cost.*, n. 2, 2013, 343 ss.

⁵¹ Si tratta del "Therapieunterbringungsgesetz", o ThUG, in vigore in Germania dal 22 dicembre 2010 (BGBl., I, 2300-2305).

⁵² BVerfG, BvR 2302/2011 vom 11. Juli 2013, Absatz-Nr. (1-177) Corte europea dei Diritti dell'Uomo, *Glien c. Germania*, sent. 28 novembre 2013, sez. V, r.n. 7345/12.

“prevalere l’interesse alla sicurezza della collettività su quello dell’individuo al pieno rispetto della libertà personale⁵³”.

Resta così aperta la discussione sull’esigenza di garantire la sicurezza della collettività, da un lato, e di assicurare il rispetto dei diritti fondamentali ai detenuti, dall’altro. Se la misura di sicurezza detentiva o il ricovero a fini terapeutici sono giustificati sulla base della pericolosità sociale del soggetto affetto da disturbi psichici, il malato non può comunque rinunciare alla propria libertà personale e alla propria dignità. Quindi, tali misure dovrebbero rispettare “alcune garanzie *nei confronti di* chi si trova in questa condizione mentale⁵⁴”: il loro obiettivo deve essere il reinserimento nella società del malato attraverso cure e percorsi riabilitativi, così che questo possa riappropriarsi del proprio diritto alla libertà. Il docente universitario Monica Bonini, ben riassumendo la posizione della Corte europea dei Diritti dell’Uomo, scrive: “Le misure precauzionali ordinate dai magistrati nazionali devono certo mirare a ridimensionare la pericolosità sociale, ma senza mai dimenticare il “*fundamental right to liberty in the near future*” (fondamentale diritto alla libertà nel più prossimo futuro) di cui è portatore il detenuto, e che comporta l’obbligo, a carico delle competenti autorità nazionali, di fornirgli in qualsiasi circostanza tutti i mezzi utili alla realizzazione dello stesso diritto⁵⁵”.

Ecco il fine ultimo, il principio chiave alla base delle novità introdotte dalla legge 81. La posta in gioco è alta: “i principi irrinunciabili delle costituzioni, contemporanee, i diritti fondamentali della persona umana e la concezione della tutela della libertà individuale della CEDU⁵⁶”. Non bisogna, dunque, distogliere l’attenzione dalla riforma in atto nel nostro Paese e, come appena detto, anche al di fuori. È necessario continuare a monitorare lo stato di avanzamento del percorso di superamento degli ospedali psichiatrici, consapevoli del fatto che il mero trasferimento a nuove strutture non è sufficiente. Soltanto la proficua collaborazione e il concreto impegno permetteranno di compiere passi avanti nella strada che la legge 81/2014 ha aperto.

⁵³ “The fundamental right to liberty in the near future: misure detentive di sicurezza e ricovero detentivo a fini terapeutici fra CEDU, libertà individuale e sicurezza collettiva” di Monica Bonini, professore associato di istituzioni di diritto pubblico presso l’Università degli studi di Milano Bicocca.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ *Ibid.*

BIBLIOGRAFIA

BONINI M. *The fundamental right to liberty in the near future: misure detentive di sicurezza e ricovero detentivo a fini terapeutici fra CEDU, libertà individuale e sicurezza collettiva*, Osservatorio Costituzionale, aprile 2014.

BOSONE D. e SACCOMANNO M. e *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, doc. XXII-bis n.4, 20 luglio 2011.

CALOGERO A., *La chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari*, Dignitas – percorsi di carcere e di giustizia, 31 marzo 2013.

CECCONI S., *Chiudere gli Opg per aprire spazi ai diritti e alla cittadinanza, L'abolizione del manicomio criminale (tra utopia e realtà) – volume luglio e ottobre 2015.*

DE BAC M., *Ospedali psichiatrici giudiziari. La chiusura è rinviata al 2015*, Corriere della Sera, 1 aprile 2015.

FERRARI G. (a cura di), *Codice penale 2010 e leggi usuali*, Milano, Hoepli, 2010.

GIORDANO P., *Viaggio negli ospedali psichiatrico giudiziari*, Corriere della Sera, 9 marzo 2015.

LORENZIN B. e ORLANDO A., *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, Doc. CCXVII, n. 1, 30 settembre 2014.

- *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, Doc. CCXVII, n. 2, 13 febbraio 2015.

- *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, Doc. CCXVII, n. 3, 20 aprile 2015.

PEDRINAZZI A., *Gli O.P.G. (Ospedali psichiatrici giudiziari)*, Dignitas – percorsi di carcere e di giustizia.

PRODI R., *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*, Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1 aprile 2008, pubblicato sulla G.U. il 30 maggio 2008, n. 126. (Testo aggiornato al 10 giugno 2010) → (allegato C).

PUGIOTTO A., *Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale*, in “Costituzionalismo.it”, fascicolo due, 2015.

ROSSI S. (a cura di), *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

SARNO A., *La vergogna degli Ospedali psichiatrici. Condizioni disumane per gli internati*, Repubblica, 16 marzo 2011.

SITOGRAFIA

- AIC – Associazione Italiana dei Costituzionalisti <http://www.associazionedeicostituzionalisti.it/>
- Enciclopedia Treccani <http://www.treccani.it/enciclopedia/>
- Ministero della Giustizia <https://www.giustizia.it/giustizia/>
- Normattiva <http://www.normattiva.it/>
- Parlare Civile <http://www.parlarecivile.it/argomenti/salute-mentale/opg.aspx>
- StopOPG <http://www.stopopg.it/>
- Il think tank dei Giovani democratici <http://ilnuovomondo.info/>