

report



Maria Antonietta Farina Coscioni

# Matti in libertà

## L'inganno della legge Basaglia

Editori Internazionali Riuniti

I edizione: giugno 2011  
© Copyright Editori Riuniti S.r.l.

ISBN 978-88-359-9052-9

Realizzazione editoriale: Clavis, Roma

[www.editoririuniti.net](http://www.editoririuniti.net)

## Indice

- 9 A mo' di premessa
- 23 Alcune storie
  - Storia di Vito, una vita dentro l'Opg, 23 – E adesso, cosa facciamo, che cosa possiamo fare?, 26 – Nicodemo, "matto" per aver sradicato un fico, e Giuseppe che fa il bagno nudo, 27 – Vincenzo, in Opg per un furto, 28 – La mia vita dentro l'Opg, 30 – L'agente di polizia penitenziaria, 32 – L'agente che sente le "voci", 33 – Matto per una rapina finita male, 35 – Eravamo quattro amici al bar..., 36 – Vent'anni ad Aversa, 37 – La mia colpa? Ero innamorato..., 38
- 41 "Matti in Parlamento"
- 51 Dai manicomì agli Opg
  - L'esperienza di Franco Basaglia, 53 – La legge 180 contro il referendum per chiudere i manicomì, 54 – La politica non vede, non sente, non parla... e alla fine arriva la Corte costituzionale, 60 – Il Sistema psichiatrico italiano visto dal Consiglio d'Europa, 66 – Sul trattamento sanitario obbligatorio, 68 – Sugli Ospedali psichiatrici giudiziari, 70 – Anche il Comitato per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti disumani o degradanti (Cpt), 72
- 75 Gli Ospedali psichiatrici giudiziari
  - Aversa, 80 – Quattro testimonianze, 92 – Montelupo Fiorentino, 94 – Napoli, 103 – Barcellona Pozzo di Gotto, 108 – Reggio Emilia, 125 – Castiglione delle Stiviere, 133

- 149 Il ricovero volontario e coatto per i malati mentali  
in Francia, Germania e Svizzera  
Francia, 149 – Germania, 152 – Svizzera, 157
- 163 La disciplina degli ospedali psichiatrici giudiziari  
in Francia, Germania, Regno Unito e Spagna  
Francia, 163 – Germania, 165 – Regno Unito, 168 – Spagna,  
171
- 175 Emergenza da matti
- 185 *A mo' di postfazione* di Sergio Staino  
*Allegati*
- 191 Allegato 1 – Il Decreto del presidente  
del Consiglio del 1° aprile 2008, allegato C
- 203 Allegato 2 – L'intervento di Marco Pannella  
alla Camera dei deputati il 28 aprile 1978
- 213 Allegato 3 – La sentenza della Corte  
costituzionale numero 367 del 2004
- 223 Allegato 4 – Rapporto del commissario  
per i diritti umani del Consiglio d'Europa
- 249 Allegato 5 – Il Governo e la Sanità penitenziaria
- 257 Allegato 6 – Persone ristrette negli Opg  
al 30 maggio 2011
- 263 *Bibliografia*
- 277 *Sitografia*
- 285 *Ringraziamenti*

## Matti in libertà





## A mo' di premessa

*Tu prova ad avere un mondo nel cuore  
e non riesci ad esprimerlo con le parole,  
e la luce del giorno si divide la piazza  
tra un villaggio che ride e te, lo scemo, che passa,  
e neppure la notte ti lascia da solo:  
gli altri sognan se stessi e tu sogni di loro.  
E sì, anche tu andresti a cercare  
le parole sicure per farti ascoltare:  
per stupire mezz'ora basta un libro di storia,  
io cercai di imparare la Treccani a memoria,  
e dopo maiale, Majakowsky, malfatto,  
continuarono gli altri fino a leggermi matto.  
E senza sapere a chi dovessi la vita  
in un manicomio io l'ho restituita:  
qui sulla collina dormo malvolentieri  
eppure c'è luce ormai nei miei pensieri,  
qui nella penombra ora invento parole  
ma rimpiango una luce, la luce del sole.  
Le mie ossa regalano ancora alla vita:  
le regalano ancora erba fiorita.  
Ma la vita è rimasta nelle voci in sordina  
di chi ha perso lo scemo e lo piange in collina;  
di chi ancora bisbiglia con la stessa ironia  
"Una morte pietosa lo strappò alla pazzia".*

Fabrizio De André, *Un matto*  
(dietro ogni scemo c'è un villaggio)

Il dispaccio dell'agenzia Ansa è secco, "neutro"; proprio per questo ancora più colpisce e ferisce:

Nell'ospedale psichiatrico giudiziario (Opg) di Aversa si è consumata l'ennesima tragedia. Un giovane quasi trentenne è morto. Si aggiorna così il triste bollettino del 2011, che registra ben quattro decessi in poco più di quattro mesi, tre dei quali per suicidio.

Mi chiedo se per caso l'ho incontrato, questo "giovane quasi trentenne" nel corso della mia ultime visite ad Aversa: se mi ha parlato, cosa ha cercato di dirmi, e io magari l'ho ascoltato distratta; o se invece se ne stava discosto, diffidente, il contatto reso più complicato dalla differenza di lingua, o magari semplicemente, assorto in un mondo suo. L'agenzia non fornisce il nome, di dov'era originario, perché si trovava ad Aversa...

In ogni caso una storia dolorosa, atroce; come in altre cento in cui mi sono imbattuta.

«Un dramma immerso in un silenzio disarmante», afferma "Stop Opg" che raccoglie le organizzazioni che aderiscono alla campagna per l'abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari. «Fatti come questo, per il contesto in cui avvengono e per le gravi ombre che gettano sulle istituzioni non possono essere letti come tragiche fatalità: gli Ospedali psichiatrici giudiziari sono luoghi di morte, di sofferenza e di privazioni, e non è più possibile rinviare interventi risolutivi».

Il paradosso di tutta questa vicenda è che – piaccia o meno – esiste una legge: prescrive che i sei Opg italiani esistenti siano chiusi; e si fa finta di nulla. Non solo: da quando si è deciso che devono essere chiusi il numero degli internati è anzi cresciuto: secondo un'inchiesta di

www.superabile.it, sito dell'Inail, in tre anni, dal 2007 al 2010, il numero degli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari è aumentato di 188 unità, sebbene le Regioni abbiano assunto da tempo l'impegno di dimettere circa 300 soggetti ritenuti non più "socialmente pericolosi".

È una situazione che esige l'assunzione di iniziative straordinarie, se è il caso la nomina di *commissari ad acta* che, attraverso la definizione di una vera e propria *road map*, indichino tempi certi per la chiusura, dando solide garanzie sul reinserimento e il sostegno agli internati nel loro percorso di recupero. Il decreto del presidente del Consiglio dei ministri, che prevede «il trasferimento delle competenze sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse e delle attrezzature dalla sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale» è del 2008<sup>1</sup>. A questo decreto, si affiancano due sentenze della Corte costituzionale che prevedono la possibilità di «trattamenti alternativi all'Opg in ogni fase». Il passaggio formale delle competenze è avvenuto in tutte le Regioni, tranne che in Sicilia.

Come militante radicale e dirigente dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ri-

<sup>1</sup> Allegato 1.

cerca scientifica, ma anche per il mio ruolo istituzionale di parlamentare, segretario della Commissione Affari sociali della Camera dei deputati, visito carceri, ospedali psichiatrici, istituzioni "chiuse". È una tradizione del Partito radicale, "inaugurata" più di trent'anni fa da Marco Pannella che, abitualmente, trascorre i giorni di Natale, di Capodanno, Ferragosto e le altre feste comandate in un qualche istituto penitenziario; e quasi quarant'anni fa proposi un referendum abrogativo delle leggi sull'istituzione manicomiale, per mettere fine a quell'abominio che erano, allora, "i manicomì". Cosicché quando, nel febbraio 2010, i diversi progetti di legge in materia di assistenza psichiatrica sono approdati in Commissione Affari sociali, noi radicali eravamo pronti e "attrezzati".

Un conto, tuttavia, è affrontare la questione dibattendo "aridi" commi e articoli di legge al chiuso di una stanza di Montecitorio, altra cosa è andare a toccare con mano come stanno le cose, nei luoghi dove tanta gente incolpevole e letteralmente irresponsabile, soffre e vive spesso in condizioni di disperata solitudine.

Ritorniamo al caso di Aversa.

La notizia del suicidio è stata diffusa da Dario Stefano Dell'Aquila, portavoce dell'as-

sociazione "Antigone" in Campania: «Secondo una prima sommaria ricostruzione l'uomo sarebbe morto per soffocamento».

La morte segue di appena tre giorni quella di un altro internato di trentatré anni che si è suicidato. «Questo 2011», racconta Dell'Aquila,

si è aperto con una sequenza drammatica e impressionante. In soli cinque mesi abbiamo registrato tre morti per suicidio e uno per cui è necessario approfondire le cause. A quanto ci risulta, non è la prima volta che un internato muore per soffocamento. Poiché c'è una relazione tra le difficoltà di deglutizione e gli effetti di psicofarmaci evidentemente è necessario, oltre tutti gli accertamenti del caso, effettuare analisi anche sulle cartelle cliniche. Secondo i nostri dati, che certo sono parziali, in questi ultimi cinque anni, ci sono stati almeno venti decessi, per cause diverse, nell'Opg di Aversa.

È una cifra che impressiona. Significa che non sono garantiti in modo soddisfacente i livelli essenziali di assistenza, che la presa in carico da parte dei servizi sociosanitari è carente, che occorre ancora garantire il rispetto della dignità e il diritto a un adeguato trattamento terapeutico.

Poi ci sono i suicidi. Salvatore Pepe, trentatré anni, da due mesi nell'Opg. È stato estradato dalla Germania, dove era stato arrestato per un omicidio.

Non è in isolamento Salvatore, condivide la cella con altri internati. Raccontano che aveva avuto un colloquio con lo psichiatra e che questi non aveva riscontrato alcun segno di "pericolo".

Verso le ventitré Salvatore si apparta in bagno; dopo un po' i compagni, non vedendolo più uscire, aprono la porta e lo trovano appeso a un cappio ma ancora in vita. Chiamano i soccorsi, ma non c'è più nulla da fare. Salvatore, dice il rapporto, muore mentre sono in corso le "manovre rianimatorie".

Il 12 aprile scorso si toglie la vita un internato rumeno di cinquantotto anni, in precedenza si era impiccato un internato di trentadue anni...

Il presidente della Commissione d'inchiesta del Senato sul Servizio sanitario nazionale, il senatore Ignazio Marino ha parole di fuoco: «Stiamo assistendo a uno stillicidio raggiante». Racconta l'esito di una sua visita ad Aversa:

Abbiamo trovato un solo medico che poteva garantire appena un'ora di assistenza psichiatrica al mese. Il peggio del peggio: gli internati entrano in un luogo dove dovrebbero essere curati senza però avere accesso alle cure. A questo si sommano il degrado e le condizioni di vita incompatibili con il più elementare rispetto della dignità umana. Come chiamare altrimenti le bottiglie d'acqua infilate nel tubo del bagno

alla turca per rinfrescarle, data l'assenza di frigoriferi? Oppure il fatto che gli operatori, fino ai primi sopralluoghi della Commissione, non avessero uno spogliatoio dove cambiarsi e fossero costretti a farlo in uno spazio improvvisato sotto una scala che non garantiva la loro privacy?

I rappresentanti sindacali della polizia penitenziaria non sono da meno. Leo Beneduce, segretario dell'Osapp (Organizzazione sindacale autonoma polizia penitenziaria), si fa interprete del malcontento del personale:

Circa 450 unità di polizia penitenziaria, rispetto alle 600 unità previste, provvedono alla sorveglianza di 1350 internati nell'80 per cento dei casi affetti da infermità psichiche gravi, negli Ospedali psichiatrici giudiziari di Barcellona Pozzo di Gotto, di Reggio Emilia, di Montelupo Fiorentino, di Napoli e di Aversa; questo mentre per i 220 internati di Castiglione delle Stiviere la sorveglianza è a carico delle strutture sanitarie. Il binomio infermità mentale-polizia non riusciamo più né a comprenderlo né a giustificarlo.

Non solo. A parte le 150 unità (il 30 per cento circa dell'organico) in meno nelle attività di tutela e di sorveglianza degli internati, quello che non si comprende è perché la polizia penitenziaria debba sopperire, persino dal punto di vista delle terapie, alle carenze delle aziende sanitarie e del servizio sanitario nazionale.

Senza peraltro che nessuno si preoccupi di garantire un'adeguata preparazione. «Ci buttano in mare e ci dicono: impara a nuotare, oppure vai a fondo», mi hanno detto molti agenti. «Quello che sappiamo lo abbiamo imparato sul campo, con l'esperienza».

Una psicologa che da una decina d'anni lavora a Montelupo Fiorentino commenta gli articoli e le denunce sulle condizioni degli Opg e si sfoga:

Oggi si assiste a un'attenzione mediatica verso questa realtà finora dimenticata e abbandonata da tutte le istituzioni. Ben vengano pertanto le commissioni di inchiesta, ben venga l'indignazione per le condizioni «disumane in cui vivono i pazienti degli Opg...» per gli «ambienti fatiscenti e insalubri degli istituti» ma ciò che mi offende come cittadina e come curante è il silenzio e la cinica indifferenza che, negli anni, istituzioni e forze politiche hanno manifestato nei confronti di questa drammatica realtà. Noi operatori non siamo complici né conniventi di tale degrado, ma lo subiamo insieme ai nostri pazienti. Per una corretta informazione vorrei sottolineare che in questi anni di «rimozione collettiva», abbiamo chiesto aiuto e segnalato, agli organi competenti, le condizioni fatiscenti dei reparti dove sono ospitati i pazienti e dove noi siamo costretti a lavorare.

Dov'era, chiede la mia interlocutrice, il Dipartimento dell'amministrazione penitenzia-

ria? Dove, il Ministero della Giustizia, quando abbiamo denunciato il sovraffollamento e il degrado della struttura?

Per non parlare delle continue sottrazioni di stanziamenti economici. Aggiunge:

Oggi auspico che la commissione d'inchiesta, nel portare avanti questa indagine, non si limiti solo a rilevare le carenze e a scandalizzarsi, ma si adoperi concretamente nel restituire dignità ai pazienti e rispetto per chi ci lavora. Individui i veri responsabili di tale incuria e abbandono e abbia anche il coraggio di chiedere scusa innanzitutto ai pazienti, ai loro familiari e agli operatori per tutto ciò che la politica non ha fatto in questi ultimi trent'anni! Se il senatore Marino lamenta di passare notti insonni dopo essere «sceso nell'inferno degli Opg italiani» sappia che noi operatori quell'inferno lo viviamo ogni giorno accanto ai nostri pazienti!

E mi chiede: e voi deputati, cosa fate? Rispondo che siamo in molti ad avere a cuore queste problematiche; certo, siamo all'opposizione e chi governa in tutta evidenza è interessato ad altro, ma, assicuro, insistiamo, l'importante è non perdersi d'animo. Non ho cuore di confessare che, per esempio, non a una delle decine di interrogazioni che sono state presentate, il ministro ha ritenuto di rispondere.

Rocco Berardo e Giuseppe Rossodivita, consiglieri radicali alla Regione Lazio, mi raccontano che, solo nel Lazio, quarantuno pazienti ricoverati in Ospedali psichiatrici giudiziari potrebbero essere dimessi e presi in cura presso i dipartimenti di salute mentale; non accade perché la Regione si è letteralmente “dimenticata” di accedere all’apposito fondo nazionale istituito dalla Finanziaria 2008.

Su questa grave inadempienza hanno presentato un’interrogazione alla presidente della Regione Renata Polverini e all’assessore alle Politiche sociali e Famiglia. La presa in carico dei soggetti con disturbi mentali, compresi i dimessi e dimisibili degli Ospedali psichiatrici giudiziari, è di competenza dei dipartimenti di salute mentale del territorio di residenza (o ultimo domicilio, in caso di soggetti senza fissa dimora). La legge Finanziaria 2008 ha previsto che una delle aree su cui ripartire il fondo per il cofinanziamento di progetti attuativi del Piano sanitario nazionale, da destinare alle Regioni, fosse la promozione di attività di integrazione tra i dipartimenti di salute mentale e gli Ospedali psichiatrici giudiziari, con uno stanziamento pari a 5 milioni di euro. Ma tutto è in alto mare.

È tragicamente paradossale che ci siano appositi fondi disponibili per alleviare le condi-

zioni dei detenuti psichiatrici e che la Regione non ne faccia alcuna richiesta; soprattutto se si pensa che la Lombardia ha invece ottenuto oltre un milione di euro per la dimissione di ottantacinque pazienti.

Di recente una delegazione di Psichiatria democratica, guidata dal segretario Emilio Lupo, e dal presidente nazionale Luigi Attenasio, è stata auditata dalla Commissione d'inchiesta del Senato sul Ssn nell'ambito dell'indagine sugli Ospedali psichiatrici giudiziari. In particolare è stato proposto che:

- il Governo fissi – attraverso una disposizione legislativa – il tempo massimo entro cui chiudere gli Opg imponendo, in caso di ritardo, sia sanzioni economiche nei confronti degli enti inadempienti sia il ricorso ai *commissaria ad acta* laddove si riscontrassero gravi rallentamenti nell'attuazione dei programmi;
- che il presidente della Conferenza Stato-Regioni diventi il punto di raccordo e di garanzia per la piena attuazione dei programmi di dismissione, personalizzati, da attuarsi nel paese;
- che si individuino risorse certe e adeguate alle necessità e durature, acché il programma di dismissione di ciascun Opg possa essere portato avanti d'intesa con tutti gli interessati;
- che in ogni Ospedale psichiatrico giudiziario vengano costituiti uffici di dismissione ed equipe di dismissione (*task force*), quali bracci operativi e di collegamento tra il “dentro” e il “fuori”.

È un mondo di sofferenza e dolore, quello in cui sono piombata da quando sono una parlamentare impegnata nella Commissione affari sociali della Camera.

Chissà? Forse era destino.

Anni fa, nel paese dove sono nata e cresciuta, nel viterbese, c'era una ragazza, una mia vicina di casa. La chiamerò Francesca.

Dicevano fosse strana. Era solo diversa. Ma la diversità spesso fa paura o dà solo fastidio. Così era sempre sola e solamente con me parlava quando andavamo, ogni tanto, in pizzeria insieme.

Cose normali, ma lì ho cominciato a comprendere quanto siano importanti queste cose "normali": ascoltare, fare un complimento, una carezza...

Mi raccontava di sentirsi il mondo addosso e molti più anni di quanti ne aveva. «Ho fatto tanti di quegli elettroshock», ogni tanto sospirava, ma non ne parlava volentieri, evidentemente era come rinnovare un dolore.

Una storia banale: Francesca era un po' solitaria e i genitori, preoccupati, l'hanno fatta visitare da un dottore che, sbrigativamente, stabilisce che va ricoverata in una clinica. Non ha fatto nulla, Francesca, ma quel dottore stabilisce che «ne ha bisogno».

E così, dalla mattina alla sera, la vita di questa ragazza cambia: una valigetta con un po' di biancheria e comincia il calvario in clinica. Ci passa tutta la sua giovinezza, prima di riuscire a tornare a casa. E in quella clinica la imbottiscono di farmaci, e, appunto, «tanti di quegli elettroshock».

Una vita spezzata, solo perché un tale che non ti ha mai visto prima e non sa nulla di te e di quello che dentro di te si agita, stabilisce che hai "bisogno" di un ricovero. Colpevole solo di essere un po' solitaria...



## Alcune storie

*Mi chiamo Antonio e sto sul tetto  
Cara Margherita sono vent'anni che ti aspetto  
I matti siamo noi quando nessuno ci capisce  
Quando pure il tuo migliore amico ti tradisce  
Ti lascio questa lettera, adesso devo andare  
Perdona la calligrafia da prima elementare  
E ti stupisci che io provi ancora un'emozione?  
Sorprenditi di nuovo perché Antonio sa volare.  
Simone Cristicchi, Ti regalerò una rosa*

Alcune delle storie che ora leggerete le ho raccolte nel corso delle mie visite negli Opg; altre invece le ho ricavate da documenti ufficiali, audizioni, interrogazioni parlamentari, ecc.; altre ancora sono state pubblicate su riviste o sono state pubblicate on-line da organizzazioni di volontariato che si occupano del problema. Sono storie spesso terribili, emblematiche: parlano di sofferenza, emarginazione, solitudine: "paria" di una società che li ha rifiutati e dimenticati. Se un augurio è consentito è che il lettore ne sia turbato almeno come sono stata turbata nel raccoglierle; e se anche per un poco si squarcerà la pesante cortina del silenzio e dell'indifferenza, allora dirò che ne è valsa la pena.

### *Storia di Vito, una vita dentro l'Opg*

Era entrato nel manicomio criminale di Napoli – allora si chiamava così – a diciassette

anni. Ne è uscito cinquant'anni dopo e solo perché, nel 2003, l'allora presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi lo aveva graziato.

Vito può essere preso come l'emblema della devastante solitudine di chi ha trascorso e trascorre una vita intera in un Ospedale psichiatrico giudiziario.

La libertà Vito l'ha conosciuta solo per tre anni prima di morire, nel 2006, all'età di settantanove anni, affidato alle cure dei sanitari di un centro Asl di Salerno.

Vito era stato condannato all'ergastolo per aver ucciso il padre con il quale aveva un rapporto conflittuale, negli anni Cinquanta.

Il giorno del delitto, a scatenare la furia di Vito come emerge dalle carte processuali, fu la banale accusa di vendere in proprio l'olio prodotto nel fondo di famiglia. Quel giorno Vito decide di saldare tutti i conti.

Aspetta che torni dal bar, dove ha giocato a carte con gli amici; quando l'uomo entra in casa, ubriaco come sempre, Vito lo aggredisce alle spalle con l'accetta che usa per tagliare la legna. Lo uccide, poi si libera del corpo gettandolo in un dirupo.

Confessa il delitto e durante il processo emerge una lunga storia fatta di pestaggi, litigi e violenze di cui Vito è stato vittima per anni. I giudici però sono inflessibili, e condannano il ragazzo al massimo della pena.

Rinchiuso in carcere, dopo qualche anno, a causa dei disturbi mentali che manifesta con sempre maggior frequenza, Vito viene trasferito in una struttura psichiatrica giudiziaria. Incapace di intendere e volere, pericoloso per sé e per gli altri, la presumibile motivazione.

Una cosa è sicura: "fuori" nessuno vuole Vito, nessuno si cura di lui. E lui non ha neppure di che pagarsi un avvocato che lo difenda. Così, mentre la cosiddetta "legge Basaglia" cancella i manicomi "normali", lui resta chiuso nell'Opg.

Un calvario che dura fino a quando i medici non ne chiedono la grazia e il caso non arriva sulla scrivania del ministro della Giustizia Roberto Castelli che, dopo aver esaminato il caso, inoltra la richiesta al capo dello Stato.

In mezzo secolo di permanenza nell'Opg di Napoli, Vito ha scandito le sue giornate con immutabile ripetitività: sveglia; colazione; rifacimento del letto "bullonato" al pavimento per evitare che possa diventare uno strumento di autolesionismo; attesa del pranzo; poi la cena; poi a letto; e così ogni giorno, all'infinito.

Vito ha sempre mangiato da solo in cella, seduto sulla sua branda. Con le mani, seduto per terra nelle stagioni calde, senza mai poter usare coltello e forchetta.

Solo per tutta la vita.

Quando, dopo mezzo secolo, è arrivato quell'atto di grazia che a settantasei anni lo ha fatto uscire dall'esilio dei dimenticati, Vito non era certo preparato alla libertà: per lui era una parola priva di senso.

Viene così affidato alla Asl di Salerno. E lì ha vissuto gli ultimi anni della sua vita.

*E adesso, cosa facciamo? Cosa possiamo fare?*

«Mio figlio è stato rinchiuso in questa struttura [l'Opg di Aversa, n.d.r.] per quattro settimane. Tra un po' uscirà, ma io non so ancora dove potrò portarlo per curarlo». Antonio D., sessant'anni, operaio, vive con la sua famiglia nel quartiere napoletano di Scampia. Il figlio è un uomo esile di trentadue anni. Fino a diciannove ha condotto un'esistenza normale. Aveva cominciato a lavorare come apprendista meccanico: un ragazzo tranquillo e senza grilli per la testa.

Poi è scattato qualcosa ed è diventato preda di comportamenti violenti, improvvisi, frequenti. Nel 2004 la madre, sperando di salvarlo, lo denuncia:

Chiedeva sempre denaro, e non lo avevamo. Solo per lui occorrevano più di 50 euro al giorno, e quando non li otteneva allora diventava irascibile, sfasciava tutto.

Più che vergogna, negli occhi dei due genitori si legge un'infinita tristezza per non sapere come aiutare quel figliolo sfortunato.

Dopo la denuncia, il processo, la condanna, il carcere: prima Poggiooreale, poi Secondigliano.

Deve scontare una condanna a un anno e soggiorna in diverse comunità; infine arriva, per un mese, nell'Opg di Aversa dove, giudicato non pericoloso, si dispone che venga dimesso.

Racconta ancora il padre Antonio:

In queste quattro settimane lo abbiamo visto una sola volta. Non vediamo l'ora di riabbracciarlo. Sono passati due anni dall'ultima volta che ha dormito a casa sul suo letto. Siamo felici, ma anche preoccupati. Chi lo seguirà, ora? È fuori che servono strutture adeguate. In questi anni ho lanciato numerosi appelli, ho meditato sulla sfortuna che ha colpito mio figlio. Voglio continuare a combattere per questo, ma temo di essere lasciato da solo.

*Nicodemo, "matto" per aver sradicato un fico, e Giuseppe che fa il bagno nudo*

Nicodemo, un ragazzo ventenne; fa il pastore, nella Locride. Si sa poco di lui, e non si può fargliene una colpa: è analfabeto, si esprime male, è figlio di una psicotica.

Un giorno, in un accesso d'ira o forse per vendicarsi di un torto subito, sradica un fico. Poi, altra colpa grave, ruba a una vicina una borsa piena di broccoli.

Finisce nell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, vicino Messina. Raccontano gli assistenti che, quando è arrivato, piangeva disperato e inconsolabile, invocando la madre. Poi si è rassegnato.

Sempre a Barcellona Pozzo di Gotto, Giuseppe, originario di Niscemi.

Un ragazzo strano, in paese lo dicono tutti. Del resto, come dice Fabrizio De André, dietro ogni "matto" c'è sempre un villaggio.

Giuseppe un giorno d'agosto, forse particolarmente caldo oppure chissà, si spoglia e si getta nella fontana al centro del paese. Arrivano i carabinieri e, come si legge dal loro rapporto, «viene tratto in arresto. Il predetto non addiceva alcuna giustificazione. Il predetto non ha inteso nominarsi alcun difensore di fiducia».

Figurarsi cosa ne potevano sapere Giuseppe o Nicodemo di legge, avvocati, giustizia. Così anche per Giuseppe si sono aperte le porte dell'Opg. Ogni due anni la verifica e, puntuale, arriva la "stecca": il rinnovo della misura cautelare nell'Opg. Trascorrono così gli anni, e loro non si lamentano.

Tanto “fuori” non avrebbero dove andare. L’Opg è diventata la loro casa.

*Vincenzo, in Opg per un furto*

“Socialmente pericoloso”, per questo Vincenzo è rinchiuso nell’Opg di Barcellona Pozzo di Gotto. Racconta il padre: «Il nostro è un calvario che può capitare a tutti coloro che hanno un figlio con una malattia mentale».

Vincenzo, un giorno del 2007, va in banca. Ci va spesso, i dipendenti sanno chi è. Un ragazzo un po’ strano, ma non aggressivo. Quel giorno Vincenzo ruba del denaro a una signora, e da allora, racconta il padre, «comincia un iter per noi molto doloroso, che si è concluso, dopo una perizia psichiatrica giudiziaria di appena dieci minuti, con l’ingresso per lui all’interno dell’Opg di Barcellona Pozzo di Gotto».

Ai giudici Vincenzo racconta che ha sottratto il denaro perché voleva difendere la banca da quella signora che non gli piaceva. «È un ragazzo che come molti che soffrono delle sue patologie ha molte fantasie ma non da essere bollato come “socialmente pericoloso”», racconta il padre.

Prima del furto, che si può considerare isolato, non era mai successo niente di pericoloso per la società. Mio

figlio si dedicava alle piante del vivaio di una cooperativa. Ogni settimana, quando andiamo a trovarlo all'interno dell'Opg, lo stesso personale penitenziario mi conferma che lui in questo luogo non ci sarebbe mai dovuto entrare. Eppure è successo, dopo venti anni che lo curavamo a casa, anche se non sappiamo darcene ancora una spiegazione reale.

### E se Vincenzo dovesse riuscire a uscire?

Dove sono le strutture alternative? Adesso, dopo quello che abbiamo passato ci aspettiamo di non essere lasciati soli ma di essere aiutati nell'inserimento del ragazzo all'interno di una realtà lavorativa. Allo Stato e a tutte le istituzioni siciliane vorrei ricordare che la salute mentale non è un ginocchio rotto ma è un peso che ti porti per tutta la vita.

### *La mia vita dentro l'Opg*

«Tu che vu fa, a psichiatra o a 'mministrativa?». Così si sente chiedere la dottoressa M.R.B. È il 30 dicembre del 1996 quando arriva ad Aversa. Si è laureata in medicina e chirurgia, poi un tirocinio in psichiatria; ha superato il primo concorso pubblico per direttore di Opg. «Voglio lavorare con i rei folli», risponde.

Viene destinata alla direzione medica della "staccata". Il padiglione, appunto staccato, rispetto al resto dell'istituto, quello di "segregazione dura", dove ci sono i letti di contenzione.

Un posto dove gli “ospiti” non si possono allontanare dai propri giacigli, al centro dei quali c’è un buco, con sottostante secchio, dove vengono convogliate le feci.

L’inizio non è incoraggiante: «Una mia collega mi disse di non andare perché era convinta che sarei fuggita dopo una settimana».

Resiste invece due anni. La cosa più sconvolgente, dice:

È l’assenza del tempo. Si vive in un senso di assoluta rassegnazione. L’unico riferimento alla realtà me lo davano i miei colleghi: quando mi chiedevano se avevo già presentato domanda di trasferimento.

Ricordi? Moltissimi:

Ma non posso rivelarli. Una delle più grandi soddisfazioni l’ho provata quando uno dei partecipanti alle sedute mi disse di aver sognato. Lui aveva oltre quaranta anni, non ricordava attività onirica da quando era quattordicenne. In fondo erano solo persone che chiedevano una cosa: essere ascoltati. Negli argomenti più disparati: donne, cinema, spettacoli... La mattina dialogavo con gli psicotici cronici. Preparavo le relazioni per il magistrato di sorveglianza. Nel pomeriggio mi chiudevo nell’ufficio matricola, dove cercavo di conoscere la storia, anche processuale, di ognuno degli ospiti dell’Opg. In una delle mie lunghe ricerche trovai anche il fascicolo di una bambina di undici anni che a inizio secolo fu chiusa in quelle stanze. La sua unica

colpa fu quella di aver subito uno stupro. Nel faldone c'era anche la sua foto. Non fu facile dimenticare il terrore dipinto nei suoi occhi.

### *L'agente di polizia penitenziaria*

L'agente di polizia penitenziaria è una donna di mezza età; è diretta, perfino brutale: «Solo chi vive qui dentro sa quello che succede. Chi è fuori non può immaginarlo».

“Qui dentro” è l’Ospedale psichiatrico giudiziario di Napoli che, dal 2008, si trova in una sezione del carcere civile di Secondigliano. Prima gli internati erano reclusi nell’ex convento di Sant’Eframo in pieno centro storico; una struttura così fatiscente che perfino il Ministero della Giustizia ne ha dovuto prendere atto e disporre il trasferimento dei pazienti in un carcere, anche se non si tratta di malati mentali.

L’agente racconta che, per almeno il 40 per cento degli internati, sia cessata la pericolosità sociale. Il problema è che non è possibile liberarli perché non ci sono comunità esterne in grado di accoglierli e curarli. Non sapendo dove mandarli, i magistrati di sorveglianza finiscono così con il prorogare la loro permanenza nell’Opg.

A detenere il record delle proroghe, ci spiega il direttore, è Antonio: ben ventotto. Anche

quelle collezionate da Francesco quasi non si contano più e da dieci anni vede rinviato il giorno della sua libertà. Di proroga in proroga, pure Carmelo è dentro da tre anni. Ha tentato di rubare un portafoglio vuoto. Ci sono poi Valerio, che ha contratto il virus dell'Hiv, o Gennaro, immobilizzato da un'arteriopatia diabetica a un piede che rischia di andare in cancrena.

### *L'agente che sente le "voci"*

È alto, magro, avrà trentacinque-quaranta anni; una folta barba scura gli incornicia il viso. In quale Opg lavora è meglio non dirlo, vedi mai che qualcuno gli faccia poi passare dei guai...

Sorride l'agente di polizia penitenziaria, ma dice cose terribili. È calmo mentre parla, circondato da decine di internati; molti non diresti che hanno alle spalle storie tremende e, al massimo, ti colpiscono per qualche loro tic incessante; ti guardano con curiosità gli internati, non fai parte del loro mondo, sei una "novità" e si chiedono cosa vuoi, cosa sei venuto a fare.

C'è poi chi, improvvisamente, si mette a urlare, una voce che ti trapanà il cervello, senza motivo, non capisci che cosa voglia e perché faccia così.

«Dovrei averci fatto l'abitudine, ma non è così. La verità è che non ce la faccio più», dice

l'agente; è solo nel padiglione, lui e una trentina di internati.

Racconta che il turno più brutto è la notte:

Non dormono mai, e c'è chi grida senza motivo, ac-  
corri, vai a vedere se sta male, e certo che sta male, ma  
“dentro”, e non sai cosa fare, non puoi fare nulla. Sei  
solo in tutto il padiglione, al massimo puoi leggere una  
rivista, fare le parole crociate; una volta almeno guar-  
davi la Tv, ora l'hanno tolta, vai a capire perché... E  
quello grida: io ormai quelle voci me le sento dentro.

Dovrebbe fare due turni notturni a setti-  
mana. E invece?

Invece questa settimana cinque consecutive. Non c'è  
personale, l'organico è ridotto, qualcuno malato, in-  
somma il mio è un ordinario straordinario obbligato-  
rio. Quando va bene, manca un terzo dell'organico,  
diciamo che per assicurare un servizio appena decente  
dovrebbero esserci almeno altri venti agenti.

Arriveranno?

«Ha voglia di scherzare? Qui va bene se non  
ne tolgono altri...».

Poi riprende il discorso sulle “voci”:

Vede, non mi lamento del mio lavoro, anche se io sono  
un agente di custodia, so trattare i detenuti, ma questi  
qui sono malati, e io non so cosa fare perché nessuno  
mi ha insegnato nulla. Ma soprattutto credo di avere,

come tutti, i miei diritti: un certo numero di ore di lavoro, turni ragionevoli e così via. E invece... Guardi che non scherzo quando dico che sono arrivato al punto di sentire le "voci", me le porto dentro, a casa... Se penso che questa vita la devo fare per altri venti, trent'anni, mi sento morire. Mi dica: è giusto quello che accade?

### *Matto per una rapina finita male*

Ha trentadue anni, Davide. Alle spalle anni di Opg di Reggio Emilia, almeno cinque.

Un giorno, a Udine, armato e con giubbotto antiproiettile, ha tentato una rapina e tenuto sotto sequestro una coppia; la vicenda si è conclusa senza spargimento di sangue: per fortuna sono intervenute le forze speciali, e sono riusciti a liberare i sequestrati, senza danni per nessuno.

Hanno deciso che Davide era affetto da "psi-co-si delirante".

Racconta:

Ho cronometrato tutto: da quando ho messo il piede nella stanza a quando sono uscito, sono passati sette minuti. Quella è stata la mia perizia psichiatrica. Non ho potuto dire "beh". Il magistrato mi ha dichiarato incapace, e mi ha rispedito all'Opg, dove avevo già passato undici mesi in osservazione. Ci avrei dovuto passare due anni. Quando sono scaduti, me ne hanno dati altri cinque, dal maggio 2004 al febbraio 2009. Prima ancora della sentenza la psicologa mi aveva av-

vertito: preparati, cinque anni sono lunghi. Avevano già previsto tutto... Nel mio reparto c'era uno psichiatra che voleva riempirmi di antidepressivi. Diceva che ero paranoico, che sentivo le "voci". Io prendevo un neurolettico che mi faceva irrigidire i muscoli, saltellare sulle gambe. Avevo bisogno di muovermi ma in tre, in una cella di 9 metri quadrati, non c'è spazio. Quando ho provato a oppormi alla puntura mi sono ritrovato in infermeria con la squadretta di poliziotti, tutti con i guanti di lattice, e mi hanno obbligato a farla.

Davide parla con voce piana, tranquilla. Non sembra racconti di sé, della sua esperienza, sembra di ascoltare il racconto di storie viste al cinema, o lette in un libro:

Più ti arrabbi, più la paghi. Ovvio che poi la gente si ammazza. C'è chi si impicca con le lenzuola, chi lo fa coi fornellini a gas. Una volta un ragazzo di trent'anni si è bevuto un'intera confezione di Wc Net. So di altri che si mangiano il materasso, si strozzano con la gommapiuma...

*Eravamo quattro amici al bar...*

Luigi. Immaginate un pezzo d'uomo: viso cotto dal sole, una ragnatela di rughe, mani grandi, fisico asciutto di chi è abituato a lavorare sodo nei campi. I capelli sono brizzolati. Ha 57 anni, potrebbe essere uno dei tanti agricoltori che si incontrano nelle nostre campagne.

È cominciato tutto da una banale lite al bar, sei anni fa. Sono arrivati i carabinieri, erano in borghese. Uno di loro mi ha preso da dietro, mi ha scaraventato a terra, ho reagito. Che ne sapevo che era un carabiniere? Non si sono qualificati, non m'hanno detto niente...

Luigi in un battibaleno si trova in tribunale a Rieti, sul capo una sfilza interminabile di imputazioni:

Per me era un brutto periodo, avevo appena divorziato e mi mancavano i miei figli. Anche mamma mi mancava, morta quando avevo dodici anni. Papà invece è morto appena mi sono sposato...

Passano tre mesi dal processo:

Di punto in bianco, mi hanno arrestato e sbattuto all'Opg di Aversa. Due anni mi hanno dato, per oltraggio. E pensare che le avevo pure prese! Ma che vuoi fare, c'avevo l'avvocato della parrocchia io... Appena arrivato all'Opg ho subito lucidato la scala, perché mio zio sapeva fare il marmista, e mi aveva insegnato come si fa. Poi ho fatto l'addetto alle pulizie, nel reparto. Tre anni sono stato dentro, finché un giorno mi hanno fatto uscire...

Ora Luigi vive in campagna, in una comunità agricola, un terreno confiscato a un clan della camorra:

Curo l'orto. Broccoli, fagiolini, vado per la vigna, che è stata intitolata a don Peppino Diana... Vivo bene qui,

se a casa mi chiedono di tornare, io ci torno di corsa. È da almeno tredici anni che non vedo i miei figli... quando provo a chiamare a casa, mia moglie riattacca sempre il telefono...

### *Vent'anni ad Aversa*

Ha quasi sessant'anni, Giovanni, e venti li ha trascorsi all'Opg di Aversa: una condanna a cinque anni, dopo che aveva accoltellato fratello e sorella al culmine di una lite. Cinque anni, e altri quindici di "stecche". Poi, finalmente, la libertà.

Ho la pensione di mia madre, quella da bracciante agricolo, l'indennizzo di accompagnamento. E poi c'è mia sorella che mi aiuta: mi lava, mi stirà... Certo, le ho chiesto scusa, so bene il male che le ho fatto, l'ho ferita gravemente e hanno dovuto asportarle un rene. Ma giuro su Dio che non volevo farle male... Cosa faccio durante la giornata? Mi sveglio alle sette, vado un po' al bar, oppure all'officina di un mio parente e guardo gli operai che lavorano... gioco col mio nipotino. Meno male che avevo una casa di proprietà, sennò adesso starei ancora là dentro... Ricordo la rabbia quando arrivava la notizia delle "stecche" del magistrato. Davo fuori di matto: urlavo che il giudice era un infame, che era un pezzo di m... Per tenermi buono i secondini mi mettevano un lenzuolo sulla faccia, e giù botte. Mi è rimasto un dente solo, gli altri me li hanno spacciati tutti a pugni. Ogni tanto si divertivano pure a farci scannare tra di noi, come si fa con i galli o cani da combattimento. Una volta hanno obbligato un

detenuto a picchiarne un altro, finché l'ha ammazzato. Poveraccio. Era uno bravo, pensate che quando c'aveva sete si beveva l'acqua del cesso...

*La mia colpa? Ero innamorato...*

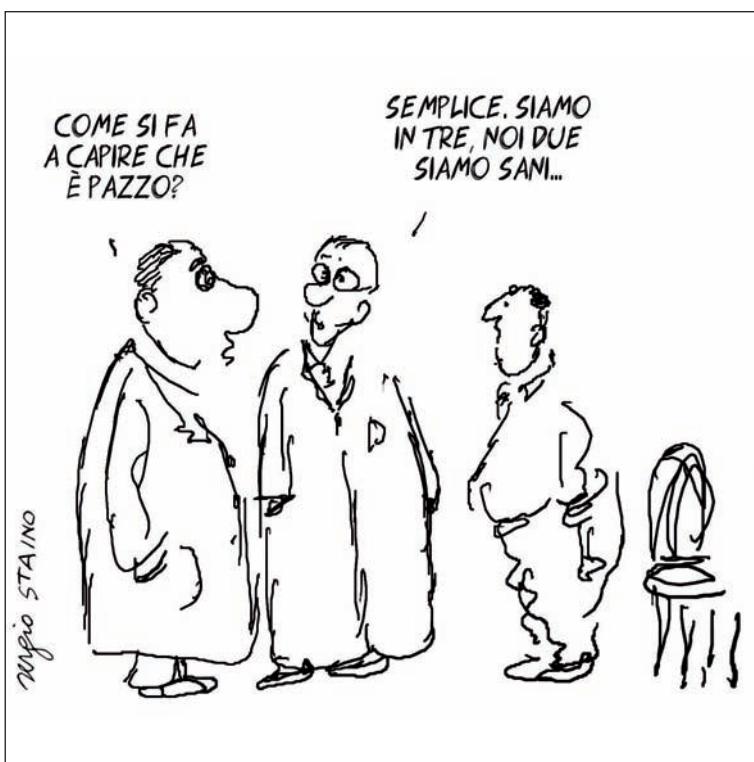
È stato accusato di molestie, quello che oggi viene chiamato *stalking*.

Mi sono innamorato di una mia collega, cosa ci posso fare? Non immaginavo di fare qualcosa di sbagliato. Magari mi accorgevo di essere ossessivo, quello sì, ma non riuscivo davvero a vedere il limite. L'aspettavo sotto casa, la seguivo...

È andata avanti così per due anni. Poi la ragazza esasperata ha deciso di denunciarlo. Perizia psichiatrica, verdetto: disturbo delirante, ricovero all'Opg.

«Non capisco perché sono qui»; racconta.

Io lei non l'ho sfiorata neppure con un dito, neanche un insulto è uscito dalla mia bocca. All'Opg lo psichiatra mi dava pillole, farmaci che mi stroncavano. Dormivo tutto il giorno, e attorno a me gente che strillava. Là mancava tutto, perfino la carta igienica: c'era solo un rotolo a settimana, eravamo tre persone, e dovevamo contare gli strappi. Lo scarico del bagno era rotto. Dal bidet non usciva niente. Cosa voglio fare ora? Voglio solo tornare a casa mia, anche se non vedo la fine di questo tunnel. Dove siamo noi non si può sognare. Noi siamo gli ultimi degli ultimi.



## “Matti in Parlamento”

Le interrogazioni parlamentari, a saperle e volerle leggere con attenzione, sono una fonte inesauribile di informazione. Spulciando le centinaia e centinaia di atti parlamentari si viene a conoscenza di storie e vicende sconosciute denunciate da parlamentari sensibili (ce ne sono), a cui raramente il Governo risponde.

Come, per esempio, il caso di un disabile grave di ventisette anni morto in carcere. «Ragionava come un bambino di tre anni», dicono di lui. Dunque non era in grado di intendere. Il carcere era per lui il posto meno adatto.

Non è un caso isolato. Sono circa cinquecento i disabili gravi nelle carceri italiane.

Per loro il “diritto alla salute” è un optional: qualcosa che esiste solo sulla carta.

Torniamo al ragazzo disabile. Si chiamava Fernando Paniccia, avrebbe terminato di scontare la pena il 31 dicembre 2011.

Invalido al 100 per cento, affetto da ritardo mentale, epilettico e semiparalizzato; pesava 186 chili. Era entrato in carcere per la prima volta a diciannove anni, per il furto (pensate!) di tre palloni di cuoio in una palestra; da allora era stato più volte arrestato per piccoli reati di cui probabilmente non era nemmeno consapevole, perché, come si è detto, la sua capacità di comprensione era quella di un bambino di tre anni.

Fernando è morto nella cella del carcere di Sanremo dove era detenuto, ucciso probabilmente da un arresto cardiaco. Le sue condizioni di salute erano critiche da tempo: quei 186 chili gli sono stati fatali.

Il giorno di Natale aveva accusato un ma-llore. La mattina del 27 il suo compagno di cella lo chiama, inutilmente: era morto.

Quanti sono i casi Paniccia? Circa cinquecento, come dicevamo.

Il dato è fornito dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria: riguarda la disabilità motoria e sensoriale; ma è un dato fermo al dicembre 2008, tre anni fa. Manca un'identica rilevazione per il 2009: «Le schede destinate alla compilazione erano state inviate anche lo scorso anno alle direzioni degli istituti di pena» spiegano dall'ufficio, «ma l'indagine non è stata realizzata».

Con buona pace della valanga di interrogazioni, per lo più presentate dai radicali, che chiedono spiegazioni al ministro della Giustizia.

Lo stesso discorso può essere fatto per gli Opg. Da una rapida indagine negli archivi della Camera dei deputati e del Senato abbiamo ricavato dati di un qualche significato. Per lo più i parlamentari sono interessati e occupati da altro; esiste tuttavia una ristretta pattuglia di deputati e senatori sensibili, che seguono queste vicende con sistematicità e competenza.

Tra tutte, la radicale Rita Bernardini, che da sola ha presentato una ventina di interrogazioni sulla specifica questione degli Opg e dei drammi che al loro interno si consumano. Una decina le mie.

Altri singoli atti recano la firma dei colleghi Carmelo Briguglio, Alberto Fluvi, Anna Teresa Formisano, Stefano Graziano, Ermete Realacci, Domenico Scilipoti, Gabriele Toccafondi. Al Senato hanno presentato interrogazioni Filippo Berselli, Maurizio Gasparri, Achille Passoni, Donatella Poretti, Michele Saccomanno, Albertina Soliani. A ben vedere, non siamo poi tanti a occuparci di questi problemi, se si tiene conto che tra deputati e senatori siamo quasi mille. Ma si capisce: non esiste una lobby del "matto", del detenuto, dell'emarginato. È un impegno a "fondo perduto".

È un “viaggio” di “ordinario orrore”, quello che emerge dalla lettura di queste interrogazioni. Quello che maggiormente sconcerta è l’indifferenza, l’apatia dell’esecutivo, documentata dal silenzio opposto alle interrogazioni.

Quando poi arriva qualche risposta, si tratta di un mero “copia-incolla”, come nel caso di due diverse interrogazioni, una presentata da Rita Bernardini, l’altra da Ermete Realacci.

Rita il 23 giugno 2009 ha presentato una dettagliata interrogazione, la n. 4-01659 sul tipo di assistenza che viene (meglio: non viene) assicurata ai detenuti; risposta identica era stata data all’interrogazione Realacci n. 4-02542 del 16 marzo dello stesso anno. Entrambe le risposte-fotocopia recano la firma dell’allora vice-ministro Ferruccio Fazio. Doveva essere, evidentemente molto occupato, così ha risparmiato tempo...

Per conoscere orientamenti e posizioni del Governo è utile leggere il verbale redatto nel corso del *question time* del 23 marzo 2011 dell’onorevole Anna Teresa Formisano.

FORMISANO: Signor presidente, nell’illustrazione sarò brevissima, perché mi riservo il tempo per la replica. Parliamo di Opg, che non è una sigla famosa, ma è una sigla molto triste: ospedali psichiatrici giudiziari; parliamo di un monitoraggio condotto dalla Commissione di inchiesta del Senato e parliamo di una trasmissione, *Presa diretta*, che è andata in onda domenica sera su

Raitre, dove è stato trasmesso il filmato che la Commissione – fortunatamente – ha girato, denunciando uno stato, che definire vergognoso è poco.

FAZIO, MINISTRO DELLA SALUTE: Signor presidente, onorevole Anna Teresa Formisano, le confermo di avere visto non la trasmissione, ma il filmato in audizione insieme con il ministro Alfano, con cui abbiamo a fondo discusso la questione, della quale è anche al corrente il presidente della Repubblica cui ho anche relazionato lo stato della vicenda.

Ricordo l'attuazione del decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008 in materia di ospedali psichiatrici giudiziari e mi riferisco al quesito specifico posto dall'onorevole interrogante, ovvero quale sia adesso l'iter per la chiusura di tre dei sei ospedali ipotizzata dalla Commissione di inchiesta. L'iter consiste in un piano che mira al superamento degli attuali istituti – ciò in base al decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008 – con l'istituzione di nuove strutture sempre dedicate agli internati che devono scontare una misura di sicurezza. Sono previste tre fasi. Vi è una prima fase, già avviata, in cui la responsabilità viene assunta interamente dalle regioni in cui gli istituti hanno sede e di cui parleremo tra un momento. Contestualmente i dipartimenti di salute mentale, nel cui territorio di competenza esistono questi ospedali psichiatrici giudiziari, provvedono alla stesura di un programma operativo, che permette le dimissioni degli internati e di riportare nelle carceri di provenienza quelli che hanno manifestato disturbi psichici durante l'esecuzione delle pene e di assicurare che le osservazioni per l'accertamento di infermità siano espletate negli istituti ordinari.

Questi primi provvedimenti prevedono un primo sfoltimento del carico di riferimento, che poi deve rendere possibile una migliore gestione personalizzata. Vorrei ricordare che, mentre la gestione sanitaria quanto a responsabilità è in carico alle regioni, la gestione per così dire alberghiera, ovverosia di quello che è il decoro e la pulizia degli ambienti, è in carico attualmente, in attesa della dismissione, all'amministrazione penitenziaria. La seconda fase a distanza di un anno secondo la normativa prevede una distribuzione degli attuali internati in modo che ogni Opg si possa configurare come sede per ricoveri di internati delle regioni limitrofe. Questo è il primo passo per poi spostarli sul territorio, perché il programma alla fine prevede uno spostamento su tutto il territorio e una presa in carico da parte delle regioni, che deve essere fatalmente graduale, così peraltro come previsto dalla norma, sulla base, naturalmente, della salute mentale. Vi è poi la terza fase che è in corso di svolgimento. È chiaro che questa operazione implica delle responsabilità dirette da parte delle regioni. Il Ministero ha intanto stanziato 5 milioni di euro per migliorare le condizioni e 10 milioni di euro sono stati stanziati dal Ministero della Giustizia. Vi è poi un'apposita Commissione – ricordo che questa è materia di competenza dello Stato e delle regioni – afferente alla Conferenza Stato-Regioni che si occupa nello specifico del rispetto dei tempi del trasferimento.

FORMISANO: Signor presidente, dalle parole del ministro mi accorgo che quando è stato trasmesso quel filmato o era distratto o lo ha visto male. Sento parlare di un anno, che è un tempo infinito per le persone che sono lì dentro, che vengono trattate come cani e legate come bestie. Io mi sono vergognata, signor ministro,

nel guardare quella trasmissione, di essere un componente di questo Parlamento. E non venite a dirmi che c'è la competenza delle regioni o del Ministero. Si tratta di fare un intervento immediato perché parliamo di dignità umana, non di altro. Non venite a dirmi che sono elementi pericolosi perché anche su questo ci sarebbe da dire e da fare immediatamente.

Allora, signor ministro, signor presidente, mi rivolgo a voi, perché parliamo di persone che stanno passando anni infernali per aver minacciato un'edicola e rubato 7 mila lire con una pistola di plastica, dichiarate incapaci di intendere e di volere e trattate come cani. Invito tutti i colleghi a vedere quel filmato. Mi permetto, signor ministro, di ricordarle due cose: so bene che c'è una Conferenza Stato-Regioni, per essere stata per 11 anni impegnata come amministratore e per 5 come assessore ai servizi sociali della Regione Lazio. La invito pertanto insieme al suo collega del dipartimento penitenziario, a effettuare una ricognizione di tutti gli ospedali che le regioni stanno dismettendo, perché la parola ospedale in questo caso è un abuso.

Ad ogni modo, la maggior parte delle interrogazioni restano senza risposta: Briguglio denuncia che all'Opg di Barcellona Pozzo Di Gotto manca il personale qualificato (agenti di polizia penitenziaria e "infermieri penitenziari"), sono assenti i tecnici della riabilitazione, quasi completamente assenti gli psicologi; gli educatori sono impegnati quasi esclusivamente nel fare relazioni; gli psichiatri e i consulenti non garantiscono la continuità di

presenza e sono quasi sempre assenti nelle riunioni d'equipe; mancano i farmaci, per cui si interrompe una terapia che dava buoni risultati; manca l'igiene personale e dell'ambiente, l'abbigliamento, perfino gli sgabelli e le sedie, e si è obbligati a mangiare a letto.

Silenzio sulla mia interrogazione a proposito della morte, ad Aversa, di un internato che,

gravemente malato, è stato ricoverato in una struttura sanitaria esterna, poi è rientrato in ospedale psichiatrico giudiziario per essere nuovamente ricoverato, ormai in fin di vita, solo poche ore prima della morte. Dal 2006 si trovava in regime di proroga delle misure di sicurezza.

Silenzio sul caso di R.H., un ragazzo immigrato di appena ventun anni trovato, durante una visita ispettiva, seminudo in una cella liscia priva di ogni cosa, letto incluso, con il blindato chiuso, e sporca di escrementi.

Quasi nessuna risposta alle interrogazioni di Rita Bernardini che, ogni volta che giunge la notizia di un detenuto morto per suicidio o per malattia, ne chiede ragione al Governo ritenendolo responsabile; non una parola di spiegazione, consenso o contestazione per Gasparri, presidente dei senatori del Pdl: ha chiesto perché il signor Lonardo, "colpevole" di

aver dato un calcio a un poliziotto, nel lontano 1985, a ogni scadenza si vede rinnovata automaticamente la misura di internamento nell'Opg per un anno, una storia che va avanti da oltre ventitré anni.

Nessuna risposta per Donatella Poretti che chiede conto della situazione in cui versano gli Opg.



## Dai manicomì agli Opg

La prima fu la legge n. 36, approvata il 14 febbraio 1904 su "Disposizioni intorno agli alienati e ai manicomì".

Fino ad allora, e da almeno due secoli, ordini monastici ed ecclesiastici, innanzitutto, e medici illustri e cittadini facoltosi, avevano dato vita a luoghi di contenzione di "malati" psichici senza alcuna disposizione pubblica, quindi senza nessun controllo e con piena libertà sulla decisione di internamento di una persona e sulle "cure" più appropriate, spesso vere e proprie torture senza alcuna finalità.

Il primo manicomio criminale fu istituito nel 1876 dal Direttore Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena che, per sopperire al ritardo legislativo in materia di istituzione di manicomì per delinquenti folli, con un semplice atto amministrativo inaugurò presso la casa penale per invalidi di Aversa la "Sezione per Maniaci".

Solo nel 1891 venne usato per la prima volta il termine “manicomio giudiziario” in un testo legislativo e furono individuate le tipologie di persone da internare<sup>1</sup>.

Durante il periodo fascista, nei manicomì vi fu un numero considerevole di internati in ragione della politica volta al miglioramento della razza e dell’approvazione del Codice Rocco, ancora in vigore, che introdusse il cosiddetto “doppio binario”, cioè la presenza del sistema delle pene che quello delle misure di sicurezza nel medesimo ordinamento; misure di sicurezza che in via di principio si applicano alle persone che hanno commesso un reato e che sono state riconosciute “socialmente pericolose”. È infatti il codice Rocco a introdurre nel nostro ordinamento la fattispecie della “pericolosità sociale”.

Dal 1946 al 1978 la politica si dimenticò dei manicomì e delle persone presenti, ristrette o meno.

Vi fu in effetti la riforma penitenziaria del 1975 con la quale i “manicomì giudiziari” furono trasformati in “Ospedali psichiatrici

<sup>1</sup> Regio Decreto del 1 febbraio 1891 numero 260, “Regolamento generale degli stabilimenti carcerari e dei riformatori giudiziari”.

giudiziari” e al cambio del nome la riforma si limitò.

### *L'esperienza di Franco Basaglia*

Ma, nel silenzio e nella disattenzione della politica, sin dai primi anni Sessanta uno psichiatra, Franco Basaglia<sup>2</sup>, da cui prenderà nome la legge di riforma 180, comincia a prendersi cura dei malati di mente in modo completamente nuovo.

Elimina contenzione fisica ed elettroshock, apre i cancelli dei reparti e, oltre alla terapia farmacologica, instaura rapporti umani con gli operatori.

Il paziente psichico è per la prima volta visto e considerato come una persona, in crisi ovviamente, ma pur sempre una persona.

Nel 1973 l'Organizzazione mondiale della sanità nell'ambito di una ricerca sui servizi di salute mentale, designa Trieste come “zona pilota” per l'Italia.

La scelta non è casuale perché Trieste è la città in cui Basaglia dirige l'ospedale psichiatrico e dove concepisce una serie, in rete, di ser-

<sup>2</sup> Notizie sulla vita e le opere si trovano sul sito della Fondazione Franca e Franco Basaglia, [www.fondazionebasaglia.it](http://www.fondazionebasaglia.it).

vizi esterni per sostenere le persone affette da disturbi mentali. Questa iniziativa è quella che nel 1977 porterà alla chiusura del manicomio "San Giovanni" di Trieste.

### *La legge 180 contro il referendum per chiudere i manicomii*

L'esperienza e la lotta di Basaglia incrociano la stagione dei diritti civili e dei referendum iniziata, il 13 maggio 1974, con lo storico voto del referendum sul divorzio che decreta la storica sconfitta della Dc e delle forze clericali.

Tre anni dopo, il 30 giugno 1977, il Partito radicale di Marco Pannella deposita otto nuove richieste referendarie per abrogare il finanziamento pubblico ai partiti, la Commissione inquirente, il Concordato, la legge Reale (sull'ordine pubblico), 97 articoli fascisti contenuti nel Codice penale; i codici militari, l'ordinamento giudiziario militare e uno per abrogare la legge sui manicomi.

I referendum su codici e ordinamento giudiziario militare, norme fasciste del Codice penale e Concordato non vengono ammessi dalla Corte costituzionale che il 2 febbraio 1978 dichiara ammissibile, tra gli altri, il referendum per abrogare alcune parti della legge sui manicomii del 1904.

Pur di evitare il referendum, il 13 maggio 1978, in poco meno di un mese, il capo dello Stato promulga la legge 180.

I tempi con i quali si è arrivati all'approvazione sono impressionanti: il 19 aprile, il Consiglio dei ministri presenta il disegno di legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" e le Commissioni Igiene e Sanità in sede legislativa rispettivamente della Camera e del Senato il 2 e il 10 maggio l'approvano.

Che legge poteva essere approvata con un calendario di lavori così stretto e con la quasi unanimità dei parlamentari che non aveva la minima intenzione di mettere mano alla legge del 1904 e che quindi non aveva mai pensato prima a una abrogazione dei manicomii e riflettuto su una possibile riforma?

Marco Pannella, che con il Partito radicale aveva promosso il referendum, intervenne una sola volta alla Camera in commissione per annunciare il suo voto contrario<sup>3</sup>. Le sue critiche all'impostazione generale e ai singoli articoli sono, oggi più di ieri, una lucida disamina di ciò che nella realtà non avrebbe potuto funzionare e che ancora oggi non funziona.

<sup>3</sup> Allegato 2.

Critiche che si sommano a quelle che Franco Basaglia espresse all'indomani dell'approvazione della legge 180 peraltro nota come "legge Basaglia". Intervistato<sup>4</sup> Basaglia affermò, tra l'altro, che

"Non si deve credere d'aver trovato la panacea a tutti i problemi del malato di mente con il suo inserimento negli ospedali tradizionali. La nuova legge cerca di omologare la psichiatria alla medicina, cioè il comportamento umano al corpo. È come se volessimo omologare i cani con le banane. (...) Ma se ricoveri – cioè togli la libertà – a una persona perché ha pensieri bizzarri o disturbi psichici, perché lo fai? A che cosa si riferisce quel ricovero? Che cosa può voler dire "grave alterazione psichica"?

E infine,

è una legge transitoria, fatta per evitare un referendum e perciò non immune da compromessi politici. Ora bisognerà lottare perché nella discussione della riforma sanitaria tanti aspetti farruginosi, ambigui, contraddittori di questa legge siano portati alla ribalta e corretti".

A dicembre del 1978 quando fu varata la

<sup>4</sup> *Che dice Basaglia* di Franco Giliberto, «La Stampa», 12 maggio 1978.

legge 833 di riforma del Sistema sanitario la legge 180 venne assorbita<sup>5</sup>.

Ma l'auspicio di Basaglia di correggere quanto della "sua" legge non andava non fu preso in considerazione.

Bisognerà attendere il 1994 perché il Governo decida la chiusura definitiva dei manicomì, ma è solo dal 1997 che è stato avviato il monitoraggio della progressiva chiusura degli ospedali psichiatrici e dell'integrazione dei malati in servizi alternativi. Fino ad allora c'erano ancora sessantadue ospedali psichiatrici pubblici e quattordici strutture private, con un totale di 17.078 pazienti (11.892 nelle strutture pubbliche, e 5186 in quelle private)<sup>6</sup>.

Memorabile fu l'iniziativa promossa nel 1988 dai deputati radicali Domenico Modugno e Franco Corleone che portò alla chiusura del manicomio di Agrigento e a un processo durato nove anni, anche sulla base delle denunce di Radio Concordia, una emittente vicina alla curia. Il 2 febbraio del 1997, il

<sup>5</sup> Gli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 833 del 1978 costituiscono gli articoli della legge 180.

<sup>6</sup> *Documento conclusivo (luglio 1997) dell'indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici*, redatto dalla Commissione Affari sociali della Camera dei deputati.

giornalista del Corriere della Sera Enzo Mignosi, così commentò la sentenza:

Assolti. Non ci sono colpevoli per lo scandalo dello Psichiatrico trasformato in lager, per quella strage d'innocenti, 200 morti in 11 anni. Non ci sono colpevoli per quei ricoverati nudi, trattati come bestie, intimiditi con getti d'acqua gelida, lasciati a fissare il vuoto, a marcire tra gli escrementi, senza un'anima buona che gli facesse compagnia, se non i fantasmi che sconvolgevano le loro menti. () Sembrava un campo di concentramento, con quei poveri dannati lasciati a impazzire nei gironi infernali. Storia d'altri tempi, per fortuna. Oggi lo Psichiatrico è un ospedale modello, ci sono strutture d'avanguardia, comunità terapeutiche che aiutano e sostengono gli sventura afflitti da problemi psichici. E a trasformarle, ironia del destino, è stato proprio Mongiovì (*Angelo, pri-mario del manicomio nda*), uno degli imputati assolti.

Sull'impatto complessivo della legge 180 va infine ricordato che:

Impedendo il ricovero coatto in manicomio, in assenza di una riforma degli Opg, la "180" ha avuto l'effetto paradossale (e non voluto) di incrementare l'ingresso negli ospedali psichiatrici giudiziari di individui imputati o condannati per reati anche particolarmente lievi e per vicende che palesemente non ineriscono alle turbe psichiche (qualunque cosa si intenda con questa definizione): ad esempio, l'ubriaco che insulta gli agenti o chi vuole spacciare assegni falsi. E, considerata la lentezza della giustizia italiana

si può rimanere per molti mesi in Opg aspettando la perizia ordinata dai giudici.

In altri termini, la legge non si limitava ad abolire l'ospedale psichiatrico come istituzione manicomiale, ma ha dettato precise ed inequivocabili norme tese a rendere assai difficile l'istituzionalizzazione della malattia mentale e della stessa psichiatria.

In realtà, la sua applicazione, realizzata attraverso le scarse strutture disponibili, non solo, non è tutt'ora in grado di dare risposte terapeutiche efficaci alla malattia mentale, ma neppure di svolgere le funzioni di prevenzione previste.

In riferimento particolare all'Opg, il trattamento dell'infermo di mente-reo è risultato essere per molti anni una questione quasi inesplorata. Invece, il cambiamento dell'atteggiamento sociale e dello approccio scientifico verificatosi negli ultimi decenni, nei confronti del disturbo psichico, ha determinato un rinnovamento radicale non solo nei metodi terapeutici, ma anche nella normativa sull'assistenza psichiatrica.

In realtà, la storia degli Opg dimostra come una vera e propria riforma non sia mai stata attuata e anche quando fu varata la legge 180/1978 la situazione non cambiò poi molto: i manicomi criminali rimasero, mutando, come ricordato, solo il loro nome in Ospedali psichiatrici giudiziari<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Giulia Simonetti, Ospedale psichiatrico giudiziario: aspetti normativi e sociologici – Il caso di Montelupo Fiorentino, su [www.altrodiritto.unifi.it](http://www.altrodiritto.unifi.it).

*La politica non vede, non sente, non parla... e alla fine arriva la Corte Costituzionale*

C'è voluta una sentenza della Corte costituzionale, quella del 1982<sup>8</sup>, per dichiarare inconstituzionale la parte dell'articolo 222 del Codice penale<sup>9</sup> che prevedeva che, gli infermi

<sup>8</sup> Sentenza 139 dell'8 luglio 1982 : la Corte costituzionale «dichiara l'illegittimità costituzionale degli artt. 222, primo comma, 204, cpv. e 205, cpv. n. 2, del Codice penale, nella parte in cui non subordinano il provvedimento di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario dell'imputato prosciolto per infermità psichica al previo accertamento da parte del giudice della cognizione o della esecuzione della persistente pericolosità sociale derivante dalla infermità medesima al tempo dell'applicazione della misura».

<sup>9</sup> Prima degli interventi della Corte costituzionale l'articolo 222 del Codice penale recitava: «Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario – Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un ospedale psichiatrico giudiziario per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza. La durata minima del ricovero nell'ospedale psichiatrico giudiziario è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena di morte o (abolita dal d.lgs.lgt. n. 224/1944)

di mente che commettevano reati, dovessero essere “a vita” e “obbligatoriamente” ricoverati in un ospedale psichiatrico giudiziario a prescindere dalla loro reale pericolosità sociale.

Cioè bastava essere malati che, se si era stati “pericolosi” una volta, lo si rimaneva per tutta la vita. Internati, naturalmente.

La Corte era già intervenuta in precedenza sulle parti dell’articolo che riguardavano i minori; ma che l’articolo 222 creasse problemi anche di costituzionalità (visto che evidentemente la politica non sente il richiamo del buonsenso) è ben rappresentato dal fatto che, dal 1967 al 2003, la Corte costituzionale era stata chiamata a pronunciarsi per ben diciotto volte e per tutte aveva dichiarato la costituzionalità della norma.

o l’ergastolo, ovvero di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni. Nel caso in cui la persona ricoverata in un ospedale psichiatrico giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l’esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nell’ospedale psichiatrico. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche ai minori degli anni quattordici o maggiori dei quattordici e minori dei diciotto, prosciolti per ragione di età, quando abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato, trovandosi in alcuna delle condizioni indicate nella prima parte dell’articolo stesso».

L'orientamento cambia con la sentenza 253 del 2003<sup>10</sup>.

La Corte in questa occasione è chiamata a esprimersi sulla parte dell'articolo 222 che automaticamente "obbliga" il giudice a internare in un Opg<sup>11</sup> e non invece, come sostiene la Corte, che:

<sup>10</sup> Sentenza 253 del 18 luglio 2003: la Corte costituzionale «dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 222 del Codice penale (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario), nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale».

<sup>11</sup> La richiesta che è pervenuta alla Corte non è «né la semplice eliminazione della misura di sicurezza, né la sua sostituzione con misure alternative di creazione giurisprudenziale» e nemmeno ad una «inadeguatezza *di fatto* delle strutture degli ospedali psichiatrici giudiziari». Oggetto della denuncia è proprio «il rigido automatismo della regola legale che impone al giudice», in caso di proscioglimento per infermità mentale per un delitto che comporti una pena superiore a due anni, «di ordinare il ricovero dell'imputato in ospedale psichiatrico giudiziario per un periodo minimo di due anni», o per un periodo più lungo in relazione all'entità della pena prevista, «senza consentirgli di disporre, in alternativa, misure diverse, pur quando in concreto tale prima misura non appaia adeguata alle caratteristiche del soggetto, alle sue esigenze terapeutiche e al livello della sua pericolosità sociale».

Il giudice possa adottare, fra le misure che l'ordinamento prevede, quella che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale dall'altro lato.

Finalmente viene recepito il fatto che un infermo di mente che abbia compiuto un reato ma che non sia responsabile penalmente proprio perché infermo:

È per molti versi assimilabile a quella di una persona bisognosa di specifica protezione come il minore. Anche per l'infermo di mente l'automatismo di una misura segregante e "totale", come il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, imposta pur quando essa appaia in concreto inadatta, infrange l'equilibrio costituzionalmente necessario e viola esigenze essenziali di protezione dei diritti della persona, nella specie del diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione.

La Corte, per decidere che la norma che obbliga il giudice a inviare l'infermo di mente in un Opg è anticonstituzionale, non manca di ricordare e sottolineare che è solo il legislatore che

può intraprendere la strada di un ripensamento del sistema delle misure di sicurezza<sup>12</sup>, con particolare ri-

<sup>12</sup> Art. 215 c.p. Specie. Le misure di sicurezza personali si distinguono in detentive e non detentive. Sono misure di

uardo a quelle previste per gli infermi di mente autori di fatti di reato, e ancor più di una riorganizzazione delle strutture e di un potenziamento delle risorse...

### Ma che va ascritta allo stesso legislatore

l'inerzia in questo campo, caratterizzato da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche.

Nonostante questo sollecito, che sa anche di accusa al legislatore inerme e distratto, la poli-

sicurezza detentive:

- 1) l'assegnazione a una colonia agricola o a una casa di lavoro;
- 2) il ricovero in una casa di cura e di custodia;
- 3) il ricorso in un manicomio giudiziario;
- 4) il ricovero in un riformatorio giudiziario.

Sono misure di sicurezza non detentive:

- 1) la libertà vigilata;
- 2) il divieto di soggiorno in uno o più Comuni, o in una o più Province;
- 3) il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche;
- 4) l'espulsione dello straniero dallo Stato.

Quando la legge stabilisce una misura di sicurezza senza indicarne la specie, il giudice dispone che si applichi la libertà vigilata, a meno che, trattandosi di un condannato per delitto, ritenga di disporre l'assegnazione di lui a una colonia agricola o a una casa di lavoro.

tica continua a non vedere, a non sentire e, quindi, a non parlare!

È così che, con la sentenza 367 del 2004<sup>13</sup>, ancora una volta è la Corte costituzionale a intervenire dichiarando l'incostituzionalità di una parte dell'articolo 206 del Codice penale<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Sentenza 367 del 29 novembre 2004: la Corte costituzionale «dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 206 del Codice penale (Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza), nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate e a contenere la sua pericolosità sociale».

<sup>14</sup> Prima degli interventi della Corte costituzionale l'articolo 206 del Codice penale recitava: «Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza – Durante la istruzione o il giudizio, può disporsi che il minore di età, o l'infermo di mente, o l'ubriaco abituale, o la persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti, o in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool o da sostanze stupefacenti, siano provvisoriamente ricoverati in un riformatorio, o in un manicomio giudiziale, o in una casa di cura e di custodia. Il giudice revoca l'ordine, quando ritenga che tali persone non siano più socialmente pericolose. Il tempo dell'esecuzione provvisoria della misura di sicurezza è computato nella durata minima di essa».

Sostanzialmente la sentenza<sup>15</sup> recepisce la critica e l'incostituzionalità del meccanismo rigido e automatico che, in questa occasione, "obbliga" il giudice

che debba disporre l'applicazione provvisoria di una misura di sicurezza nei confronti di un soggetto totalmente infermo di mente e socialmente pericoloso di ricorrere esclusivamente a una misura detentiva, e cioè al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario.

Così impedendogli di

valutare quale sia in concreto la misura di sicurezza più idonea a contemperare le esigenze di cura e quelle di controllo di un soggetto socialmente pericoloso; irragionevolezza tanto più evidente ove si consideri che la sentenza n. 253 del 2003 della Corte costituzionale ha dichiarato illegittimo l'articolo 222 del Codice penale nella parte in cui non consente al giudice di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza non detentiva.

### *Il Sistema psichiatrico italiano visto dal Consiglio d'Europa*

Oggi, nonostante la chiusura dei manicomì, visitando gli Opg spesso sembra di essere ancora

<sup>15</sup> Allegato 3.

nel 1891 quando il ministro dell'Interno Giovanni Nicotera nella sua "Ispezione sui manicomì del Regno" denunciava di tali strutture – tra l'altro – la scarsità o la faticenza dei locali, l'inadeguatezza degli strumenti di cura, le scarse condizioni igieniche e il sovraffollamento.

Dev'essere anche quello che ha pensato Alvaro Gil-Robles, commissario per i diritti umani<sup>16</sup> del Consiglio d'Europa<sup>17</sup>, dopo una sua visita in Italia nel giugno 2005.

<sup>16</sup> Il commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa è un'istituzione indipendente che promuove la sensibilizzazione e il rispetto dei diritti umani nei quarantasette Stati membri del Consiglio d'Europa. È un'istituzione senza poteri giurisdizionali cui non spetta il compito di esaminare i ricorsi individuali, ma può trarre conclusioni e intraprendere ulteriori iniziative sulla base di informazioni attendibili nell'ambito delle violazioni dei diritti umani subite dai singoli individui. Effettua missioni ufficiali nei vari paesi per ottenere una valutazione comprensiva della situazione dei diritti umani. L'analisi sulle attività inerenti ai diritti umani e le raccomandazioni dettagliate in merito sono contenute nei rapporti del commissario. I rapporti vengono presentati al Comitato dei ministri e all'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa. Essi vengono successivamente pubblicati e fatti largamente circolare nel processo politico decisionale, nella comunità delle Ong e tra i media.

<sup>17</sup> Il Consiglio d'Europa, con sede a Strasburgo (Francia), raggruppa oggi, con i suoi quarantasette Stati membri, quasi tutti i paesi del continente europeo. Istituito il 5 mag-

Alvaro Gil-Robles, il primo commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa, si è recato in visita in Italia dal 10 al 17 giugno 2005.

Nell'occasione ha visitato carceri maschili, femminili e minorili; centri di permanenza temporanea e di prima accoglienza per stranieri e di accoglienza e di alloggio per richiedenti asilo; un campo nomadi e l'Opg di Aversa.

Nel rapporto<sup>18</sup>, inviato al Comitato dei ministri e all'Assemblea parlamentare, vi è una disamina del sistema psichiatrico, ordinario e degli Opg.

### *Sul trattamento sanitario obbligatorio*

In particolare sulla procedura per decidere

gio 1949 da dieci Stati fondatori, il Consiglio d'Europa ha come obiettivo quello di favorire la creazione di uno spazio democratico e giuridico comune in Europa, nel rispetto della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e di altri testi di riferimento relativi alla tutela dell'individuo. È dotato di un Comitato dei ministri, di una Assemblea parlamentare, della Corte europea dei diritti dell'uomo, del Congresso dei poteri locali e regionali, del commissario per i diritti umani, della Conferenza delle organizzazioni non governative.

<sup>18</sup> Allegato 4.

un Trattamento sanitario obbligatorio<sup>19</sup>, il commissario nota che:

La procedura può sembrare adatta, da un punto di vista puramente formale, ma si deve notare che la legislazione non dispone che almeno uno dei due medici sia uno psichiatra. Inoltre, il secondo parere è unicamente una convalida del primo, senza colloquio con il malato. Questa decisione, che richiede l'intervento di quattro persone diverse, godrebbe di maggiore trasparenza se prevedesse il ricorso obbligatorio a uno psichiatra, sola persona veramente in grado di diagnosticare la patologia del malato e di valutare in modo globale la necessità dell'internamento.

Inoltre, sebbene per legge non possa essere superiore ai sette giorni<sup>20</sup>,

nella pratica, il ricorso a un internamento superiore a una settimana è frequente, poiché mancano le strutture in grado di ospitare e curare tali pazienti durante le loro crisi.

<sup>19</sup> Il sindaco, in quanto autorità sanitaria locale, decide l'internamento perché venga effettuato un trattamento sanitario obbligatorio. Per prendere una decisione di internamento in ospedale, deve ottenere un parere motivato di un medico, convalidato da un secondo medico. La decisione viene comunicata a un giudice, che può impedire l'internamento.

<sup>20</sup> Tranne nei casi in cui il responsabile del reparto psichiatrico ne faccia domanda al Sindaco, che è l'autorità competente per autorizzare un prolungamento.

### *Sugli ospedali psichiatrici giudiziari*

In realtà il commissario visita solo Aversa. Ma ciò evidentemente gli basta se attacca subito con:

La legge n. 180 voleva chiudere gli istituti psichiatrici, ma non ha previsto la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg). Vengono chiamati ospedali, ma sono in realtà delle strutture penitenziarie gestite dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia.

Sulle strutture di Aversa scrive:

Mi sono parse vetuste, tali da offrire ai ricoverati condizioni di vita al limite della decenza, malgrado i considerevoli sforzi del personale dirigente. L'istituto manca veramente di mezzi necessari sia per ristrutturare certi spazi e sostituire il mobilio ormai vetusto, che per garantire attività e programmi diversificati.

E ancora:

Pur avendo una capacità totale di 189 ricoverati, l'Opg di Aversa al momento della mia visita ne accoglieva 230. Tale fenomeno di sovraffollamento, presente nei sei Opg dell'Italia, è in gran parte dovuto, secondo il direttore, alla pratica di prolungare gli internamenti, per mancanza di strutture adattate all'esterno. [...] Gli ospedali psichiatrici giudiziari, pur ospitando e seguendo psicologicamente gli internati, sono malgrado tutto dei centri

penitenziari, gestiti dall'amministrazione giudiziaria. È pertanto inconcepibile e inaccettabile, a mio avviso, che delle persone siano costrette a restare in una struttura carceraria perché mancano posti all'esterno.

Nelle conclusioni il commissario non può non sottolineare che:

In una società prospera e benevola come quella dell'Italia, è difficile ammettere che persone colpite da malattie mentali molto gravi finiscano in strutture penitenziarie, per mancanza di strutture non giudiziarie disponibili.

A fronte di quanto visto, ascoltato ed accertato, il commissario Gil-Robles ha tre raccomandazioni da fare all'Italia:

- Richiedere il parere di un medico psichiatra prima di qualsiasi internamento obbligatorio (Tso);
- aumentare i posti offerti nelle strutture e negli ospedali psichiatrici, in particolare per i malati cronici e di lunga durata;
- accertarsi che il mantenimento dei malati detenuti negli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) non sia legato alla mancanza di posti disponibili all'esterno.

Questa una sintesi, molto stringata, del Rapporto del commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa.

In maniera altrettanto stringata posso concludere che sono passati sei anni dalla sua visita e

in sostanza non una delle sue denunce ha trovato risposta, non una delle sue raccomandazioni è stata accolta. Forse anche per questo il nuovo commissario non ha ancora detto una parola sul sistema psichiatrico italiano?

*Anche il Comitato per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti disumani o degradanti (Cpt)*

Dopo il commissario per i diritti umani nel 2005, è la volta, nel settembre 2008, del Comitato per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti disumani o degradanti (Cpt) del Consiglio d'Europa che nel corso della visita periodica in Italia si reca, tra l'altro, all'Opg di Aversa.

Il comunicato stampa finale dell'aprile 2010, dà conto delle critiche contenute nel rapporto del Cpt e delle relative risposte del Governo italiano:

Il rapporto pone in evidenza le scadenti condizioni della struttura e la necessità di migliorare il regime quotidiano di degenza dei pazienti, aumentando il numero e la varietà delle attività trattamentali quotidiane loro garantite. La delegazione ha inoltre riscontrato che alcuni pazienti erano stati trattenuti nell'Opg più a lungo di quanto non lo richiedessero le loro condizioni e che altri erano trattenuti nell'ospedale anche

oltre lo scadere del termine previsto dall'ordine di internamento. Le autorità italiane hanno fatto valere nella loro risposta che l'ospedale è in corso di ristrutturazione e che la legge non prevede un limite per l'esecuzione di misure di sicurezza temporanee non detentive.

Avete letto bene. Il Governo italiano, all'obiezione che vi siano pazienti che dovrebbero essere liberati, risponde che le misure temporanee non detentive possono essere illimitate.

Questa sì che è follia! Pene non detentive temporanee da scontare in detenzione illimitata.



## Gli Ospedali psichiatrici giudiziari

*I matti vanno contenti a guinzaglio della pazzia,  
a caccia di grilli e serpenti, tra il campo e la ferrovia.  
I matti non hanno più niente, intorno a loro più nessuna città,  
anche se strillano chi li sente, anche se strillano che fa.  
I matti vanno contenti, sull'orlo della normalità,  
come stelle cadenti, nel mare della Tranquillità.  
Trasportando grosse buste di plastica del peso totale del cuore,  
piene di spazzatura e di silenzio, piene di freddo e rumore.  
I matti non hanno il cuore o se ce l'hanno è sprecato,  
è una caverna tutta nera.  
I matti ancora lì a pensare a un treno mai arrivato  
e a una moglie portata via da chissà quale bufera.  
I matti senza la patente per camminare,  
i matti tutta la vita, dentro la notte, chiusi a chiave.  
I matti vanno contenti, fermano il traffico con la mano,  
poi attraversano il mattino, con l'aiuto di un fiasco di vino.  
Si fermano lunghe ore, a riposare le ossa e le ali,  
le ossa e le ali, e dentro alle chiese ci vanno a fumare,  
centinaia di sigarette davanti all'altare.*

Francesco De Gregori, *I Matti*

È definito “ergastolo bianco” perché può capitare che una volta entrati in un Ospedale psichiatrico giudiziario non si esca più, proprio come un ergastolo.

Così, chi si trova in questo vortice penitenziario sanitario, rischia di essere inghiottito da un internamento a vita perché le sorti di un detenuto, dopo aver scontato la pena e allo scadere della misura di sicurezza, dipendono

dalla relazione dei responsabili del trattamento da consegnare al magistrato di sorveglianza.

Relazione nella quale troppo spesso si possono leggere frasi del tipo:

... pertanto si ritiene non scemata la pericolosità del soggetto... e ancora si ritiene opportuna la proroga della misura di sicurezza.

Oppure:

... vista l'indisponibilità della famiglia a prendersi cura del soggetto in questione, e delle strutture contattate per l'affidamento e la cura... seppur scemata ormai da tempo la pericolosità sociale non si può che considerare una proroga della misura di sicurezza.

In Italia, dopo che la legge di riforma penitenziaria del 1975 ha cambiato il nome da "manicomi giudiziari" a Opg, e che con la "riforma Basaglia" si sono chiusi solo gli Ospedali neuro-psichiatrici (Onp) – i "manicomi" per intenderci –, gli Opg rimangono la struttura pubblica che ospita i soggetti affetti da malattie psichiche autori di reati.

Sono tre nel Nord Italia: Castiglione delle Stiviere, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino; e altri tre al Sud: Barcellona Pozzo di Gotto, Aversa e Napoli.

Negli Opg si possono incontrare diverse categorie di "ospiti", dai soggetti in stato di osserva-

zione ai detenuti che hanno commesso un reato e sono già affetti da turbe psichiche (ma c'è anche chi le ha sviluppate durante la detenzione) o quelli che vengono definiti "prosciolti-folli", affetti cioè "da un vizio mentale totale o parziale"<sup>1</sup>.

Può essere utile a qualcuno o avere una qualche finalità, un luogo le cui condizioni, da

<sup>1</sup> Agli Opg vengono assegnati:

- gli internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.);
- detenuti assegnati alla casa di cura e custodia previo accertamento della pericolosità sociale (art. 219 c.p.);
- persone sottoposte alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 206 c.p.);
- detenuti minorati psichici (art. 111 Dpr 230/2000 – Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario);
- detenuti imputati soggetti a custodia preventiva sottoposti a perizia psichiatrica (art. 318 c.p.);
- 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.);
- detenuti condannati con sopravvenuta infermità di mente (art. 148 c.p.);
- detenuti cui deve essere accertata l'infermità psichica qualora non sia possibile sottoporli ad osservazione presso l'istituto penitenziario in cui si trovano o in altro istituto della medesima categoria (art. 112 c. 2 Dpr 230/2000 – Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).

quelle igieniche a quelle sanitarie, da quelle trattamentali a quelle del diritto, sono semplicemente e letteralmente disumane?

Il diritto, così come concepito, attuato, conosciuto, il diritto liberale dello Stato di diritto negli Opg trova la sua massima violazione: dall'incertezza della pena alla consistente sproporzione tra la pena e il reato commesso.

Negli Opg ci finiscono persone che hanno commesso un reato e che a seguito di una perizia che le dichiara totalmente o parzialmente incapaci di intendere o volere vengono prosciolte dal reato ma che, a causa di una presunta pericolosità sociale, anziché essere curate vengono recluse con l'unica prospettiva di cronizzare la malattia.

Per chi è prosciolto per incapacità mentale totale un giudice stabilisce un tempo di internamento di due anni (per un reato punibile con una pena di almeno due anni), cinque (se la pena prevista per il reato commesso è di almeno dieci anni) o dieci anni (se il reato commesso prevede la pena dell'ergastolo) ma è una durata fittizia visto che, sempre un giudice, può prorogarla con assoluta discrezionalità e all'infinito ogni due, cinque o dieci anni; in questo caso si rischia di restare per sempre in Opg con la prospettiva che oltre che casa per molti di questi malati divenga, come già è stato

per tanti, anche la propria tomba. Giova ripeterlo: a prescindere dalla condanna prevista per il reato commesso.

Nel caso della seminfermità mentale la capacità di intendere e di volere, per quanto ridotta, esiste e quindi la persona viene processata normalmente e se condannata la pena viene diminuita di un terzo. Ma se la persona viene riconosciuta anche socialmente pericolosa, dopo aver scontato la pena ridotta di un terzo in un carcere, viene trasferita in un Opg ed entra nel giro infernale per cui, anche lui, non saprà quando e in quale stato uscirà.

Ma in Opg possono finire anche persone che si ammalano in carcere o che dal carcere vengono trasferite per una misura disciplinare e per un tempo indefinito e comunque il tempo che il detenuto passa in Opg non entra nel conto della pena che deve scontare: se e quando dovesse tornare in carcere il tempo che dovrà restarci viene calcolato dal giorno in cui è stato trasferito all'Opg, quasi fosse andato in ferie!

Ma non c'è solo una questione, per usare un eufemismo, di "giustizia".

Gli operatori, quelli che lavorano quotidianamente sul "campo", dicono che il problema più grave è costituito dalla mancanza di strutture di accoglienza una volta che queste persone lasciano l'Opg.

Chiusi gli Onp, non si è mai provveduto, per esempio, a realizzare “case famiglia” e “comunità ad alta intensità”; e gli operatori lamentano lo scarso aiuto ricevuto dalle istituzioni sanitarie del territorio. Le Asl cercano di ignorare il problema, a meno che il magistrato di sorveglianza non disponga l’immediata dimissione di un internato; e anche in questo caso accettano di farsene carico per il periodo minimo previsto dalla legge. Insomma, un continuo rimpallo.

### *Aversa*

«Ah, lei vuole andare al manicomio...».

Mi aveva guardato per un attimo smarrito, il tassista, quando alla stazione di Aversa gli avevo detto che ci doveva portare all’Ospedale psichiatrico giudiziario.

Pochi minuti e si arriva a un vialone, dopo aver attraversato un centro storico con antiche tracce di presenze normanne sopravvissute a un paio di terremoti e svariate amministrazioni comunali.

È gentile il tassista, chiede perché vado “al manicomio”, e quando rispondo che è per una visita ispettiva, con un sorriso dice: «Ma tanto si sa che cosa accade là dentro».

«Cosa accade?», domando.

«Eh...!», risponde.

Non ha buona fama, questo Opg.

In passato vi si facevano internare volontariamente, con perizie di comodo, boss della camorra, in modo da scontare pene piuttosto blande e, per di più, continuare a gestire i loro "affari". Spesso ricoverati di riguardo in infermeria, i boss facevano quello che volevano e le cronache di quegli anni favoleggiano di festini e vita beata.

Tra il 1960 e il 1980, Aversa è stata la meta preferita di molti capi della camorra. Potevano contare sulla complicità di periti, medici, giudici, dirigenti che, in cambio di favori, denaro e potere, li facevano entrare e uscire dall'Opg a loro piacimento. C'era recluso anche Raffaele Cutolo, il capo della Nuova camorra organizzata protagonista di una clamorosa fuga: i suoi complici fecero saltare il muro di cinta con una potente carica di esplosivo e lui, dalla breccia, si dileguò.

Le cose da allora sono certamente cambiate. Però, nel gennaio 2010, nell'ambito di un'operazione dei Ros dei carabinieri e della Guardia di finanza contro il clan camorrista dei Gallo-Limelli-Vangone che ha ricostruito i canali del riciclaggio e accertato la corruzione di alcuni impiegati del tribunale di Torre Annunziata, è stato arrestato il direttore dell'Opg Adolfo Ferraro: secondo gli investi-

gatori ha favorito la latitanza del capo clan Giuseppe Gallo, arrestato nel marzo 2009 e rinchiuso nell'Opg siciliano di Barcellona Pozzo di Gotto.

Nel capo di imputazione si legge che:

Le intercettazioni telefoniche e ambientali e le parole dei pentiti hanno dimostrato il carattere simulato dei disturbi mentali di Gallo e delle patologie a lui diagnosticate anche all'esito di perizie disposte da diverse autorità giudiziarie.

Quello di Aversa è il primo manicomio criminale italiano.

Risale al 1876, infatti, e porta il nome di un noto frenologo, il dottor Filippo Saporito. Sorge fin dalla sua nascita in quello che era un convento dedicato a san Francesco; poi viene trasformato in casa di pena per invalidi e diventa "manicomio" a tutti gli effetti quando, l'allora direttore delle carceri Martino Beltrani Scalia, invia i primi diciannove "rei folli" creando così la "sezione per maniaci".

Il nome è cambiato, nel 1975, con la riforma giudiziaria e si è trasformato in Ospedale psichiatrico giudiziario. Il piccolo museo storico dell'istituto raccoglie un discreto campionario d'epoca che conferma l'immaginario collettivo legato al manicomio: dai letti di costrizione alle

camicie di forza, dai ceppi per caviglie agli elettroshock e alle fotografie ingiallite di pazzi criminali, volti per lo più di poveri diavoli.

Nel settembre 2008 Marc Neve, portavoce e componente del Comitato per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (Cpt) del Consiglio d'Europa visita l'Opg e, al termine dell'ispezione, è scosso per quello che ha visto:

È inimmaginabile, quello che ho visto. Mobili disgustosamente sporchi, topi nel cortile, mancanza delle attrezature più elementari e strumentazione medica risalente anche a trentacinque anni fa...

In questa struttura, si legge nel quinto rapporto della Comitato del Consiglio d'Europa:

I reclusi-pazienti che mostravano comportamenti aggressivi venivano immobilizzati anche per dieci giorni a un letto; per ventiquattr'ore su ventiquattro rimanevano legati mani, piedi, e al livello del torace senza alcuna possibilità di muoversi, seminudi, senza mai essere lavati, su un materasso di lattice con un'apertura centrale sotto la quale era posto un secchio per raccogliere urina ed escrementi...

Giudizio inappellabile: «Situazioni di incredibile degrado e di avvilimento della dignità della persona».

Se le condizioni in cui versa questo ospedale preoccupano in modo particolare il Cpt, dice ancora Neve, «è perché qui è reclusa la categoria di detenuti più vulnerabili, quelli di cui nessuno parla».

Nella relazione, il Comitato pone l'accento su casi di maltrattamento denunciati da detenuti, ed esprime "grande preoccupazione" per la mancanza di adeguate tutele rispetto all'operato delle forze dell'ordine. Oltre ai letti di contenimento, il Comitato riscontra una quantità di elementi che rendono la struttura non idonea al ruolo che dovrebbe svolgere, a cominciare dal sovraffollamento.

In pratica la struttura non offre praticamente nessun trattamento terapeutico ai detenuti-pazienti e questo, di fatto, rischia di peggiorarne ulteriormente le condizioni di salute.

Da allora qualcosa è cambiato. Dal primo gennaio 2009 il letto di contenzione non si usa più ma il sovraffollamento costituisce sempre un problema: «Le persone» ammisero i responsabili di Aversa all'indomani della pubblicazione del rapporto del Cpt, «vivono ammassate l'una all'altra, in condizioni di sovraffollamento con presenze che sono il doppio di quelle che sarebbero consentite...».

Danno aggiuntivo: la carenza di personale medico che comporta, come conseguenza, la

prevalenza di un modello penitenziario rispetto a quello sanitario.

Di poveri diavoli all'Opg di adesso ce ne sono ancora molti, la maggioranza dei circa trecento internati, stipati nei padiglioni disponibili a ospitarne meno della metà.

Oggi è difficile incontrare criminali comuni camuffati all'Opg: circa il 90 per cento degli internati è lì per reati definiti "bagatellari", banali, puniti con pene dai due ai cinque anni.

Le ultime statistiche dicono che il 48,9 per cento degli internati si è reso colpevole di reati contro la persona, lesioni, maltrattamenti per lo più rivolti contro la famiglia; un altro 35-40 per cento riguarda reati di oltraggio, vilipendio, danneggiamenti contro il patrimonio e simili. Per tutti questi la pena detentiva non supera i due anni; solo il 10 per cento riguarda reati gravi: stupro, omicidio, o assassini seriali, per i quali la pena prevista è di dieci anni. Rinnovabili.

L'Opg non è un carcere ma nemmeno un manicomio, quelli non esistono più da tempo, sebbene la riforma Basaglia non abbia riguardato in nessun modo questo tipo di struttura; infatti il manicomio criminale non è un luogo che si possa aprire, piuttosto il luogo in cui rinchiudere l'ingestibile, l'intrattabile, l'inspiegabile. Allora come recita il titolo, dovrebbe essere un ospedale, ma provate voi a far funzionare un ospedale con solo due psichiatri assunti (uno è il di-

rettore) e altri sei consulenti, che in tutto lavorano tre volte a settimana per sei ore, destinati a gestire le patologie di trecento internati, molti dei quali cronicizzati da decenni di internamento. Quindi si fa quel che si può, si prescrivono terapie farmacologiche, si scrivono relazioni per i giudici, si supervisionano le attività trattamentali, ma non c'è il tempo per fare psicoterapia o per approfondire le patologie di ciascuno. È questo il punto dunque: un Opg non è un manicomio, né un carcere né tanto meno un ospedale; gli internati non sono detenuti e la maggior parte di loro nemmeno dei pazzi, le pene non sono pene e le cure non servono a guarire ma a tamponare situazioni potenzialmente ingestibili. Il problema non è certo di chi gestisce.

Se, e di cosa sia colpevole Ferraro, non è compito mio accertarlo. Però nella documentazione che mi sono procurata prima di venire ad Aversa leggo che, negli anni in cui è stato direttore, è riuscito un po' alla volta a cambiare la situazione all'interno dell'istituto: ha abolito le guardie armate dai muri di cinta, ha aperto le porte delle celle, ha istituito attività trattamentali, scuola media, laboratori di arte, di scrittura, psicodramma e centro ascolto; ha fortemente voluto la formazione di circa cento agenti penitenziarii, con corsi di specializzazione tesi a creare personale adeguato al trattamento dei malati mentali; ha praticamente abolito la coercizione, sostituendola con

un'unità di crisi formata da due guardie un medico e un infermiere, che interviene quando qualcuno dà di matto.

Così oggi gli infermieri sono tutti specializzati in psichiatria e non più generici. Ha aperto le porte alla città con convegni e visite, ha voluto che gli internati semiliberi uscissero tutte le mattine per recarsi presso un centro diurno gestito dalla Caritas, al fine di reinserirsi progressivamente nella società. Ha realizzato un'area verde grande quanto un campo di calcio, dove razzolano un centinaio di animali da cortile quali capre, anatre, galline, germani reali, tartarughe, conigli che gli stessi internati, molti di origine contadina, allevano curandosi nel curarli. Ha formato internati lavoratori che si occupano delle pulizie dei reparti, dei giardini, delle lavanderie, dei magazzini. Ha permesso a decine di volontari di entrare a dare una mano in qualità di insegnanti, psicologi, operatori; accoglie volentieri giornalisti, fotografi, registi e tutti quelli che vogliono venire a vedere di persona dove sta di casa la follia.

Raccontano che ai giornalisti in visita, immaginando cosa volevano vedere – il marcio, la sporcizia, i luoghi dove il manicomio è inequivocabilmente tale – invece di nascondersi dietro un dito, li anticipava, e mostrava loro senza reticenze tutto quello che non andava: i muri

gonfi di umidità fino a marcire, i padiglioni fatiscenti, la "Staccata": il reparto cioè dove sono rinchiusi gli internati istituzionalizzati, i cronici; mostrava loro le celle dove vivono i pericolosi, gli aggressivi, o quelli malati di aids quindi potenzialmente contagiosi, fino alle celle di contenzione, quelle che hanno il letti con le cinghie.

E oggi? La visita è lunga, il responsabile prottempore e gli agenti della polizia penitenziaria sono gentili. Non è la prima volta che hanno a che fare con un parlamentare, ormai un poco si sono abituati.

«Di problemi», dicono, «ce ne sono tanti. Ma più di tutto pesa il fatto che non c'è accordo con le istituzioni fuori. Ognuno fa come se fosse un'isola a se stante... E comunque i mezzi sono quelli che sono».

Per esempio: bisognerebbe che il Ministero stanziasse il denaro per costruire le celle imbottite: «I soldi non arrivano e a volte la follia non è contenibile con i farmaci e con l'intervento dell'unità di crisi».

Nella vasta area verde, dove quando è bel tempo i pazienti sono liberi di muoversi c'è un uomo, avrà una quarantina d'anni: colleziona bambole Barbie.

A ciascuna ha dato un nome, guai a chi gliele tocca; ma ne mostra una, fiero.

«Si chiama Shakera», dice. Parla a frasi smozzicate, lo sguardo si perde chissà dove. Si agita un po' quando non riesce a trovare la parola adatta, poi si tranquillizza con un niente.

«Curarli non è semplice anche se è possibile», dicono i due sanitari che mi accompagnano nella visita:

Ci vuole tempo e dedizione, capacità e voglia di ascoltare oltre che medicine, ci vuole spazio e speranza. Ci vuole volontà, da parte degli operatori certo, ma anche delle istituzioni. Non bastano le buone intenzioni, non basta il personale specializzato, non bastano le attività trattamentali, servono soldi e risorse, ci vogliono strutture adeguate. E tanto tempo per seguire ognuno come ha bisogno. Ma come si fa a curare trecento persone il 90 per cento delle quali non dovrebbe neppure stare qua? La stragrande maggioranza degli internati, infatti, non è pazza, né criminale, non bluffa sul suo stato di salute e non è neanche pericolosa; la maggior parte di loro sono poveri diavoli, tossici, spostati, disadattati, con famiglie inadeguate e senza mezzi che spesso, in assenza di strutture alternative di supporto, si trovano costrette a denunciare i propri congiunti, che magari rubano o picchiano per pagarsi la dose; oppure che vanno in giro a far guai, incapaci effettivamente di gestirsi.

Basterebbero strutture alternative funzionali e funzionanti: case famiglia, centri diurni, programmi di reinserimento, lavoro, forma-

zione; ci vorrebbe tutto quello che Franco Basaglia riteneva indispensabile per abbattere quel muro eretto dai sani per difendersi dai "matti", muro che non è mai servito ad altro che ad alimentare la follia. Invece i "matti" aumentano e con loro i pregiudizi e la paura. Così ogni giorno c'è qualcuno che entra all'Opg, col suo fardello di sofferenza e solitudine. Magari è uno che in un momento di esasperazione rompe una sedia o schiaffeggia un vigile, si mette a straparlare per la strada e si ritrova all'improvviso chiuso all'Opg.

È facile essere internati, difficilissimo invece uscirne.

Uno che è uscito, per sempre, era un uomo di cinquantotto anni, romeno. Da otto anni era rinchiuso nell'Opg di Aversa.

Una notte di aprile va in bagno, da un lenzuolo ricava una corda, se la stringe attorno al collo, si lascia andare.

Qualche ora prima aveva ricevuto la notizia di un'altra proroga della pena, nonostante fosse stato riconosciuto non più socialmente pericoloso: condannato a restare ad Aversa perché non c'era spazio – così gli avevano detto – nella regione di provenienza, l'Asl non poteva o non voleva assisterlo. Così, visto che non volevano lasciarlo andar via, lui la sua libertà se l'è presa, e per sempre.

Aveva una figlia, Marilena, che qualche giorno dopo ha trovato la forza d'animo per scrivere questa lettera aperta:

... Viviamo tempi sempre più difficili e facciamo sempre più fatica a tenere il passo con tutto, che ci lasciano pochissimo spazio per la riflessione e per la meditazione. Corriamo sempre per il fabbisogno quotidiano e non ci permettiamo il lusso nemmeno di guardarcì intorno, di ascoltare chi ha bisogno di essere ascoltato e confortato, e informarci di tutto quello che succede nel mondo, nella nostra città o intorno a noi.

A malapena abbiamo il tempo di dare ai nostri figli una parte di quello di cui hanno bisogno. Viviamo in una società egoista, dove i valori e l'umanità sono in pericolo di estinzione; veniamo bombardati con fatti di cronaca e informazioni di tutti i tipi... Il 12 di aprile 2011 un altro detenuto dell'Opg di Aversa si è tolto la vita. Lo ha fatto per disperazione!... I casi di suicidio nell'Opg di Aversa e negli altri ospedali psichiatrici sono tanti, troppi, perché non esistono strutture adeguate di reinserimento sociale delle persone che sono state riconosciute "non pericolose socialmente" ma prorogati anni di fila fino al loro suicidio. Quel detenuto era mio padre e si chiamava Ilina Ioan. Certo che la sofferenza, la disperazione e la fine della speranza ti portano al suicidio, perché ormai, morta la speranza di essere libero un giorno, porta alla morte dell'anima e poi a quella fisica. Queste persone hanno scelto di autoliberarsi perché là dentro nessuno li ascolta...

Infine, riportiamo una scarna notizia di agenzia del 10 marzo:

Due agenti di polizia penitenziaria dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa sono stati posti agli arresti domiciliari per violenza sessuale nei confronti di un internato transessuale della struttura. Gli episodi contestati sono cinque-sei, e risalgono al 2008. Gli indagati, separatamente, avrebbero pressato il transessuale per ottenere rapporti orali, senza usare la forza ma approfittando dello stato di soggezione della vittima e per la posizione di autorità rivestita dagli agenti.

### *Quattro testimonianze*

Clementina di Ronza, educatrice da trentasei anni all'Opg di Aversa, si occupa, in collaborazione con gli enti locali, dell'inserimento dei ricoverati sul territorio:

Trovo difficoltà nel mio lavoro laddove non c'è disponibilità per l'inserimento nell'ambito familiare. Per la verità all'esterno non trovo sempre una grande collaborazione da parte dei servizi territoriali, anche se nell'ultimo periodo le cose sono un po' migliorate, con contatti diretti e visite da parte degli operatori esterni che vengono qui a visitare i pazienti e che, in base alla patologia, individuano sul territorio la struttura idonea ad accoglierli, laddove non c'è possibilità di inserimento familiare. Il trattamento che noi offriamo ai pazienti dà sicuramente risultati positivi e favorisce il reinserimento all'esterno. Il mio è un lavoro gratificante, anche se non mancano le delusioni, quando un paziente rientra perché l'esperienza all'esterno non è andata bene.

Don Antonio Cantiello, cinquantasei anni, originario di San Cipriano di Aversa, è impegnato all'Opg da quattordici anni:

È impossibile provvedere a tutte le esigenze dei ricoverati. Con alcuni si riesce a comunicare abbastanza bene, con altri appare un po' più difficile. Oltre ai frequenti contatti con i ricoverati, mi occupo di tenere i rapporti anche con i loro familiari, quando questi si mostrano disponibili e purtroppo non accade sempre. Molti ricoverati sono letteralmente abbandonati e questo rende tutto più difficile. Certo anche il mio lavoro non è facile, dovendomi rapportare con persone che hanno un modo di comportarsi strano e non normale. Ma la maggior parte di loro mi accetta e riesco ad instaurare con loro un buon rapporto.

Patrizia Tirozzi, infermiera professionale dell'Amministrazione penitenziaria, da quattro anni all'Opg:

In questo lavoro ho trovato, almeno all'inizio, maggiori difficoltà, forse perché non avevo mai lavorato in campo psichiatrico. Poi, piano piano, ho superato le diffidenze. Quello che resta da fare, per migliorare il nostro contributo, è partecipare ai corsi di aggiornamento, specialmente per quanto riguarda il campo della farmacologia.

Francesco Manna, infermiere all'Opg dal 1981:

Quando sono venuto qua, c'erano circa quattrocento ricoverati, gran parte erano simulatori. Poi siamo entrati in una nuova epoca, sono state organizzate delle gite all'esterno con i ricoverati, è nata l'area verde, altre iniziative hanno preso corpo come la nascita del reparto pilota, gestito senza l'intervento della Polizia penitenziaria, solo con noi infermieri. Certo, dei corsi di aggiornamento sarebbero assolutamente necessari. Sono oltre venti anni che lavora qua, ne ho sempre sentito parlare, ma non sono mai stati organizzati. Abbiamo bisogno però anche di apparecchiature e di nuovi mezzi tecnici: a volte ci mancano persino le forbici per tagliare la garza.

### *Montelupo Fiorentino*

Montelupo Fiorentino, vicino Empoli. Una volta era famoso per le maioliche. Ora è conosciuto soprattutto per l'Ospedale psichiatrico giudiziario che sorge in una bella e maestosa villa medicea della fine del Cinquecento in località Ambrogiana che ha bisogno di una robusta azione di restauro.

È un complesso a forma quadrata, con quattro torrioni agli angoli e, dentro, una vasta area adibita a verde, originariamente giardini.

Il responsabile degli agenti penitenziari che mi accoglie – sono arrivata senza preavviso – racconta la storia della villa che nel Settecento passa ai Lorena. Alla prima metà del Seicento, sotto Ferdinando II de' Medici, la dimora

viene ulteriormente ampliata, con un giardino all’italiana e una porta fluviale che la collega all’Arno. Poi, con i moti del 1848, Leopoldo II d’Asburgo Lorena lascia definitivamente la Toscana.

La villa diventa così “Spedale dei Dementi acuti” poi, nell’Ottocento si trasforma in Stabilimento correzionale femminile: casa di cura per donne e ricovero per minorenni. Nel 1886 diventa sede del secondo manicomio criminale del Regno d’Italia dopo quello di Aversa; infine, con la riforma del 1975, verrà trasformato in Ospedale psichiatrico giudiziario.

La villa sorge sul terreno demaniale al centro del paese di Montelupo.

Ai primi del Novecento l’area viene recintata e passa in concessione al Ministero di Giustizia. L’interno è sotto vincolo storico-artistico.

Tre giurisdizioni diverse che rendono complicati gli interventi di cui c’è necessità. Alcuni operatori mi confermano: «Generalmente si procede con interventi di manutenzione ordinaria, ma il degrado dell’edificio ha reso indifferibile la ristrutturazione, iniziata già nel 1999».

Dal febbraio 2003, poi, è cominciata la ristrutturazione della III sezione, la metà circa è stata in gran parte rinnovata ma non ancora aperta.

Il degrado nella restante parte della sezione, quella non ancora ristrutturata, è avvertibile a

vista, a cominciare dalle condizioni di pareti e intonaci.

Un'intera sezione in ristrutturazione comporta un sovraffollamento nelle altre.

Sulla carta dovrebbero essere un centinaio i ricoverati ma in realtà sono molti di più. Spiega il dottor Luca Bigalli, che lavora come psichiatra a Montelupo da oltre quindici anni:

Nell'Opg il ricovero è prescritto dal magistrato sulla base delle perizie psichiatriche e di atti di vario tipo e in cui l'assegnazione è stilata dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, il posto letto, se non c'è, va creato, e una situazione di questo tipo deve essere gestita a diversi livelli.

Visito i vari reparti: le celle aperte, con i pazienti-detenuti che transitano nel corridoio, la sala refettorio-polivalente, le docce.

I pazienti mi osservano con evidente curiosità, vogliono sapere chi sono, da dove vengo, cosa faccio. Quando uno sente che sono parlamentare, si fa attento, vuole sapere di quale gruppo. Sembra molto informato su quel che avviene fuori.

Si chiama M., sa benissimo chi sono e cosa fanno i radicali, e dice di avere una grandissima ammirazione per Marco Pannella, «lui sì, è una persona per bene». Racconta la sua storia: «Sono rom, ma cittadino italiano», dice.

Come mai qui dentro? «Piccoli furti, e poi la droga», risponde con un filo di imbarazzo. Si ferma. Poi riprende quando si rende conto che l'ascolto con interesse: «Hanno pensato che fossi un po' strano e poi, quand'ero giovane, non sapevano a chi affidarmi. In nessuna comunità c'era posto per me».

E allora ti hanno messo qui? L'espressione degli occhi è più eloquente di qualsiasi discorso. Gli chiedo da quanto tempo si trova a Montelupo. «Un paio d'anni. Ma ora gli esami che mi hanno fatto sembra che siano buoni, spero di uscire fra qualche settimana». Un operatore che ci fa un po' da guida conferma: «M. uscirà. Non c'è ragione che resti qui».

Quando M. si è allontanato chiedo se davvero uscirà, o se invece è solo una pietosa bugia. «Per noi potrebbe essere già fuori», dice l'operatore. «Il problema è che non sanno a chi affidarlo, una volta che torna a casa sua a Milano. Ogni giorno facciamo pressioni su Asl e comunità perché lo prendano in carico. Senza il loro ok non lo possiamo lasciare andar via».

Mentre parliamo si avvicina, gentilissimo, un gigante barbuto.

«Posso dirle una parola? Lei è deputata?».

Confermo.

«E scusi, ma come mai è qui?».

«Visita ispettiva», rispondo. «Sono venuta a vedere come state».

«Bene, stiamo bene... certo, fuori si sta meglio».

Non chiedo perché si trova dentro. Aspetto, semmai, che sia lui a dirmelo. Mi chiede invece se ho una sigaretta e quando sente che non fumo, non riesce a nascondere l'espressione delusa.

In effetti mi accorgo che fumano tutti, una sigaretta dietro l'altra.

«Non potrebbero farlo», mi dice un'assistente. «Ma che facciamo, gli neghiamo anche questo? Hanno tanto poco...».

Il gigante barbuto si è allontanato di qualche metro, poi torna. «Sa, io c'ero», dice in un soffio.

«Dove?» domando.

«Alla breccia di Porta Pia, quando abbiamo fatto Roma capitale», dice come se fosse la cosa più naturale del mondo.

«Coi bersaglieri o i papalini?» mi vien da chiedere.

«Che domande, con i bersaglieri». E comincia a raccontare come ha preso parte alla presa di Roma. Poi, finito il racconto, si allontana.

«È calmo, non fa male a una mosca», dice l'operatore. «Solo ha questa mania della breccia di Porta Pia... Solo un paio di volte ci ha

creato dei problemi, e tenerlo buono è stato un problema, non sono bastati cinque infermieri, era una forza della natura...». Già: che si fa quando una forza della natura come questo gigante perde il controllo?

Poco più in là, un altro paziente: avrà quarant'anni. Molti anni fa ha picchiato a sangue la moglie che ora di lui non vuole saper più nulla.

La madre, mi dicono, sarebbe disposta a prenderlo in carico ma il magistrato ancora non ha deciso se azzardare le "dimissioni" o meno, così R. resta in Opg.

Anche lui ha una "piccola" mania. Mostra delle lettere, dice che gliele hanno scritte i due figli, uno vive negli Stati Uniti, l'altro in Australia, dove si sono fatti onore come affermati professionisti. «Prima o poi li vado a trovare. Appena esco di qui».

Quei figli in realtà non ci sono, se li è costruiti nella sua immaginazione. E le lettere? «Le ha scritte lui. Ma a parte questo, è una pasta d'uomo».

Mi colpisce – ed è una cosa che mi hanno confermato anche altri "visitatori" – che i detenuti-pazienti hanno soprattutto voglia di parlare, chiedono che qualcuno li ascolti: sono persone, insomma, che chiedono di essere aiutate e non dimenticate come spesso accade.

E non solo loro: anche gli agenti, che buona parte della loro giornata la trascorrono come le persone che devono sorvegliare, hanno una gran voglia di parlare, di essere ascoltati.

Gli agenti dicono che uno dei grossi problemi, comune un po' a tutte le strutture penitenziarie, è quello della mancanza di personale che, tra trasferimenti e congedi, diminuisce sempre più.

Mi dicono:

Lavorare in un Opg è molto diverso rispetto al carcere normale. Per rapportarsi con questo tipo di soggetti c'è bisogno di un taglio culturale particolare. Non si possono gestire come se fossero detenuti. Non è possibile che un giorno alle otto l'istituto sia ospedale, alle nove carcere e alle undici torni ad essere ospedale. Il nostro istituto è un grosso contenitore in cui siamo costretti a far convivere tante specificità caratteriali e culturali. La struttura ideale dovrebbe essere formata da piccoli reparti in cui raccogliere gli internati sia per tipologia giuridica che per caratteristiche affini. Una grossa difficoltà è la carenza di personale qualificato, i corsi di aggiornamento non bastano.

È ancora giorno quando esco dall'Opg: per andare in paese attraverso il lungo vialone con ai lati cipressi, muti testimoni di infinite sofferenze. Lasciando Montelupo ripenso a quanto hanno detto i componenti della Commissione

parlamentare d'inchiesta sulla efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale:

Ci sono persone private della loro dignità, della loro vita, delle loro aspettative, abituate a non sperare più. Siamo entrati in una stanza per parlare con un detenuto mentre, diviso da un muricciolo meno alto di una scrivania, un altro era seduto sul vaso a defecare: questo è l'ambiente con il quale si viene a contatto entrando lì dentro.

Scene come questa non ne ho viste, mi sono state risparmiate; però quando ho chiesto di poter andare in una toilette un agente ha avuto cura di avvertirmi: «A suo rischio, signora», e non esagerava.

Il dottor Bigalli, nel corso della sua audizione alla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, ha detto quello che ho potuto toccare con mano: ci si affida alla buona volontà del singolo, alla sua capacità e alla sua coscienza; e spesso le istituzioni sono di ostacolo.

Come si fa a continuare a lavorare per quindici anni in un luogo dove sono ricoverati pazienti impegnativi da molti punti di vista, non solo per la gravità clinica, ma anche per molti aspetti di multiproblematicità bio-psicosociale? A questa domanda Bigalli risponde che si può perché:

Nonostante le limitazioni e gli ostacoli, le opportunità terapeutiche sono state in parte raggiunte. La gratificazione professionale di riuscire ad operare in condizioni di difficoltà e di poter ottenere dei risultati che hanno permesso un buon reinserimento nella rete sociale del territorio di questi pazienti è forse l'aspetto che mi ha permesso – e ha permesso a molti altri miei colleghi – di continuare a lavorare.

Difficoltà concrete, molto più spesso pratiche. A Montelupo Bigalli ha in carico una trentina di pazienti:

Lavoro nella struttura ottanta ore mensili: all'incirca posso dedicare a ogni paziente meno di tre ore mensili, qualcuna in più ai pazienti toscani in base a un piccolo progetto che si sta portando avanti.

Lavorare con un paziente psichiatrico, racconta Bigalli:

Richiede un intervento di tipo multidisciplinare ad opera di un'équipe in cui collaborino diverse figure, ognuna con la propria importanza. Quello dello psichiatra dovrebbe essere un ruolo di raccordo, un ruolo centrale, ma non sempre è così. Il sanitario si ritrova spesso a dover creare un posto letto in situazioni di grossa difficoltà, rischiando anche di persona, se individua una ubicazione non adatta al paziente e che possa arrecargli danno.

In base all'esperienza maturata, suggerisce di istituire luoghi di degenza e luoghi di cura. Ambulatori, infermerie, spazi riabilitativi:

Ormai da anni abbiamo messo a punto una certa sensibilità nel riuscire a non sovraffollare un'unica infermeria dove, mentre io faccio i colloqui psichiatrici, il collega internista visita il paziente per le sue patologie somatiche e magari il paziente addetto entra per prendere i piatti per la distribuzione del vitto. È importante che ci siano reparti diversificati. Credo che si debba distinguere un reparto di accoglienza, uno di prosecuzione della degenza e dei reparti per la fase finale della degenza: quando già il paziente accede alle sperimentazioni esterne, oltre ad avere un reparto dove poter gestire le situazioni di emergenza, di scompenso, di regressione del paziente o le situazioni di crisi.

*Napoli*

Il tassista non riesce a nascondere una smorfia di fastidio.

«Proprio laggiù volete andare?».

Proprio laggiù.

«Che fregatura!».

Perché?

«Signora c'è mai stata, là?».

No.

«Ecco. È un posto da lupi».

Pericoloso?

«Non è questo. È che è lontano almeno dieci chilometri... Secondigliano è lontano...».

Guadagna di più con la corsa, allora.

«Lo dice lei. È il ritorno con l'automobile vuota lo considera? Se ne va via tra andata e ritorno un'ora buona. Tutto tempo perso e guadagno mancato».

Brontola il tassista, ma alla fine si arriva.

La Campania è l'unica regione ad avere due Opg: Aversa e, appunto, Napoli-Secondigliano, un Opg all'interno del carcere.

In questo Opg c'è un detenuto-paziente, mi raccontano la sua storia: si era presentato davanti a una scuola vestito da donna. Per questo era stato condannato a due anni; di rinnovo in rinnovo è internato ormai da venticinque anni.

Come può accadere? Un operatore mi risponde:

Nonostante le lievi pene molti malati rimangono reclusi per anni; altri escono e non ritrovano più nulla della loro precedente vita. Spesso non hanno più casa, i parenti li hanno abbandonati. Non ci sono comunità esterne in grado di accoglierli e fornire adeguata assistenza, così non c'è alternativa alle continue proroghe da parte dei magistrati di sorveglianza, allungano i tempi di detenzione di sei mesi in sei mesi, per anni...

C'è chi, come Antonio, ha collezionato ben ventotto proroghe; e chi, come Francesco, è in-

ternato da una decina d'anni; o Carmelo anche, "dentro" da tre anni per aver tentato di rubare un portafogli, per di più vuoto.

Prima di essere trasferito, nel 2008, in una sezione del carcere di Secondigliano, l'Opg era in un ex convento del centro storico, Sant'Eframo. Una struttura talmente fatiscente che il Ministero della Giustizia a un certo punto, messo alle strette, ha preferito trasferire i pazienti in un carcere, anche se non si tratta di detenuti qualsiasi, ma di malati mentali.

Il direttore e il comandante degli agenti mi mostrano le camerette e le celle; è una sensazione, nulla di più, ma percepisco dietro la loro cortesia e disponibilità, un malcelato fastidio e diffidenza: sono timorosi di dire una parola di troppo.

Le celle sono aperte, molti internati passeggianno liberamente nei corridoi; molti però rimangono nelle celle, accucciati nelle loro brandine: dormono, oppure inseguono i loro pensieri. Gli ambienti sono puliti, le condizioni di vita sembrano relativamente soddisfacenti, ma si tratta comunque di un carcere, cioè il luogo meno adatto per dei malati.

Qui dentro è rinchiuso R., trentasette anni; il referto dice che è affetto da disturbo bipolare. L'Opg è l'ultimo dei posti dove dovrebbe essere.

Una storia drammatica, quella di R.; la racconta L., la sorella:

Mio fratello ha subito il suo primo ricovero nel 1997, due mesi dopo la morte di nostro padre. Da allora non è mai stato sottoposto a un programma di recupero, ma lo si è sottoposto a una serie inenarrabile di Trattamenti sanitari obbligatori, con gli unici due, disarmanti risultati: il primo è che la malattia ormai si è cronicizzata, mescolandosi all'alcolismo e al consumo di droghe leggere; il secondo è che noi familiari abbiamo subito finora le sue continue crisi maniacali, ma senza possibilità di difesa.

Saltiamo una decina d'anni costellati da ricoveri, perizie, crisi. Arriviamo all'agosto 2010. R. si reca al pronto soccorso dell'ospedale romano San Filippo Neri; è agitato, e viene così ricoverato nel reparto di diagnosi e cura, legato a letto per una settimana consecutiva con fasce di contenzione per mani e piedi. Dopo tre settimane è dimesso, torna in famiglia. È preda di continue crisi, anche violente. La famiglia subisce i suoi stati di esaltazione. Beve e fa uso di sostanze stupefacenti.

La situazione precipita quando R., in evidente stato di ebbrezza e agitazione viene accompagnato a casa dai carabinieri, insieme all'auto di mia madre, che lui guida senza patente, perché aveva seminato il panico

presso i clienti di un ristorante che si trova vicino alla nostra abitazione. Pochi minuti dopo punta il coltello alla gola di mia madre, che viene salvata dall'intervento di mio fratello, al quale il giorno successivo rivolge le stesse minacce prendendo a martellate la porta della sua casa. Mio fratello chiede l'intervento delle forze dell'ordine...

Un calvario, per R., che dà evidenti segni di squilibrio; e per la famiglia che non sa più a che santo votarsi. Dal San Filippo Neri comunicano che una apposita commissione valuterà il caso di R.

Di questa commissione non abbiamo mai avuto notizia. L'unico provvedimento preso nei confronti di R. da allora a oggi è stato quello del magistrato delle indagini preliminari che ha visto mio fratello trasferito, in data 11 febbraio 2011, presso l'Opg di Secondigliano... È certo che R., ricoverato presso l'Opg, non sarà in grado di superare i problemi emotivi e disadattivi provocati dal ripetersi degli episodi maniaco-depressivi. Ciò che ci auguriamo è che R. comprenda il perché sia stato necessario, per il suo stesso bene, mettere in atto scelte da parte della sua famiglia tanto traumatiche, fino ad arrivare a sporgere formali denunce presso le autorità giudiziarie; sebbene, di contro, temiamo che questo ultimo e duro provvedimento del ricovero coercitivo si sostituisca invece ad un percorso terapeutico, e che R. sia dimenticato in una cella di Secondigliano con tanti altri malati psichiatrici.

Al termine della visita, non so spiegare, ma ho come l'impressione che tutto quello che ho visto, che mi è stato mostrato, sia solo parte di un qualcosa che si vuole tenere lontano da occhi indiscreti, celato. Non ho riscontrato situazioni "scandalose" nel corso delle mie visite ispettive nelle carceri e in altre "istituzioni totali"; ho visto ben di peggio. E tuttavia ho una strana sensazione; un'impressione, nulla più, ma sgradevole, irritante perfino. Quando sono finalmente fuori, un senso di sollievo, di liberazione...

### *Barcellona Pozzo di Gotto*

Barcellona Pozzo di Gotto è un comune di oltre quarantamila abitanti lungo la costa tra Messina e Palermo.

"Cittadina solare e mediterranea della costa nord-orientale della Sicilia, di fronte alla quale si stagliano le isole Eolie", si legge nelle guide turistiche, che poi si dilungano sulle testimonianze archeologiche ed artistiche, "con ville, palazzi, torri e splendide chiese del XVI e del XVII secolo".

Voluto dal professor Vittorio Madia, che ne fu anche il primo direttore, l'Opg sorge su una elegante villa tardo liberty, realizzata nel 1925. All'epoca, dicono fosse una sorta di modello

sotto il profilo strutturale e scientifico, dotata anche di un sistema ingegnoso alle finestre, che mimetizzava le sbarre e garantiva una completa visione dall'esterno.

A quasi cent'anni dalla sua realizzazione, com'è la situazione? L'11 giugno 2010 una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale effettua un'ispezione, composta dal presidente Ignazio Marino e dai senatori Michele Saccomanno (Pdl), Daniele Bosone (Pd) e Donatella Poretti (radicale). I sopralluoghi effettuati dalla delegazione della Commissione d'inchiesta hanno riscontrato gravi carenze un po' ovunque e le condizioni di disagio sono inenarrabili. Dalle omesse cure ai degenzi ai letti di costrizione con le reti arrugginite a causa dei rifiuti organici; latrine senza un minimo di privacy, olezzo, lenzuola – quando esistono – sporche da settimane; medicinali inesistenti; vitto carente e comunque non rispondente a una dieta equilibrata.

I resoconti stenografici di quelle audizioni costituiscono un materiale importante: consentono da una parte di comprendere la situazione di abbandono e degrado in cui sono lasciate persone che, quale sia la colpa di cui si sono macchiate, sono e restano esseri umani, che hanno diritto alla dignità oltre che alla sa-

lute. Dall'altra documentano la difficoltà in cui gli operatori si trovano ad agire. La cosa migliore, dunque, è affidarsi alla loro testimonianza, che costituisce un documento ufficiale, facendo parte del materiale raccolto dalla Commissione. Volutamente sospendiamo ogni giudizio e ci asteniamo da ogni considerazione, il “documento” nella sua “elementarità” parla e commenta senza che ci sia necessità di chiosarlo.

Cominciamo con il senatore Saccomanno, che riassume l'esito della sua visita ispettiva:

Durante il sopralluogo nell'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto siamo accompagnati dalla vicedirettrice in quanto – ci viene riferito – il direttore è in missione a Favignana.

L'ospedale psichiatrico giudiziario è diviso in sei reparti (forse erano di più, ma io ne ricordo sei). Visitiamo per primo quello che è ritenuto il reparto più impegnativo, in quanto dotato delle stanze predisposte per la coercizione. Al primo sguardo già appare grave il degrado igienico-sanitario. Chiarisco che questi termini non traducono il dramma delle condizioni in cui ci appaiono pareti, pavimenti, bagni, letti, effetti letterecci che vengono cambiati ogni quindici giorni (se è possibile) e indumenti medesimi dei detenuti. Abbiamo un affollamento fino a nove persone in una stanza. Troviamo un medico di turno in servizio al settore, con infermieri, anche loro vestiti con camici che una volta erano bianchi, ma chiaramente non in quel momento.

Nelle due stanze predisposte alla contenzione c'è un paziente detenuto, scarsamente sedato (perché in grado di rispondere), coperto da un lenzuolo ma completamente nudo, con polsi e caviglie strettamente legati agli assi metallici del letto: non può articolare nemmeno minimamente gli arti. Il letto, oltre che arrugginito, è predisposto con un foro centrale per feci e urine a caduta libera in una pozzetta posta in corrispondenza sul pavimento. Avevo visto qualcosa del genere in vecchi manicomì che ebbi la sfortuna di visitare moltissimi anni fa.

Dai registri rileviamo che la media della contenzione è di quattro-cinque giorni e non sono riportate le motivazioni cogenti, anche per un medico non psichiatra, ma solo una generica dichiarazione della sua necessità (nel caso presente, tra l'altro, non predisposta dallo psichiatra, che sembra essere un materiale professionale raro in questo strano reparto che dovrebbe essere psichiatrico). Le cartelle psichiatriche sono separate da quelle cliniche generali e sono comunque spesso carenti nell'anamnesi: certificano per pazienti importanti (come uno che abbiamo incontrato e che aveva fissatori esterni a una gamba) carenze del programma originario per controlli, regolazioni, indicazioni o un intervento importante poi comunque abbandonato una volta lì dentro (questa almeno è stata la percezione), lo stesso per un'amputazione di gamba, che la senatrice Poretti mi ha fatto notare, per la quale sono a disposizione protesi provvisorie di bassissima qualità e livello. Proseguendo la visita in altri settori, si ripete il disagio alberghiero e sanitario senza differenza e si conferma anche l'abbandono sanitario, pur essendoci per ogni settore un'infermeria con medici e infermieri. Nel vi-

sitare le stanze per la radiologia, dotate di un vecchio apparecchio Gilardoni (che spara bombe atomiche, più che raggi X), e di un apparecchio per ospedale psichiatrico giudiziario, notiamo che occorrono tempi lunghissimi per riuscire ad accedere a detti luoghi ed è impossibile accedere alla stanza dove è custodito un elettrocardiografo. Lascio immaginare se è mai possibile praticare un elettrocardiogramma di relativa urgenza perché per il resto soccorre il 118 esterno, che ci dicono funzioni bene.

Vi è un solo reparto con stanze più decenti a due o anche singoli posti di accoglienza, con bagni e docce interne, ma anche lì raccogliamo il disagio di chi attende mesi per una visita diabetologica e il racconto della stessa è frustrante per la superficialità con cui, alla fine, tale visita viene realizzata. Affinché rimanga agli atti, preciso che la visita diabetologica si effettua con una spremitura della pancia del soggetto. Nella farmacia, che pure ha in ordine stupefacenti e metadone, non vi è in dotazione un farmaco antidolorifico oppiaceo, che è importante per le terapie del dolore.

Prima di partire incontriamo il cappellano, il quale denuncia che lavoro e svago minimali sono spesso, e ai più, negati e denuncia la detenzione carceraria in ospedale psichiatrico giudiziario per un paziente che, dal 1997, non è passato attraverso alcun grado di giudizio.

Non meno duro l'intervento della radicale Donatella Poretti:

Devo farvi una domanda sgradevole sul tema delle contenzioni, visto che anche in altri Ospedali psichia-

trici giudiziari si praticavano le contenzioni, ma nella quasi totalità dei casi sono state interrotte... Purtroppo ho dovuto verificare che a Barcellona Pozzo di Gotto quei tre letti sono ancora lì, con la pozzetta posta all'altezza delle parti intime per la fuoriuscita degli escrementi. L'unica nota positiva, stando alle segnalazioni pervenuteci, è che è stato finalmente installato un impianto di aria condizionata, anche se non credo che risolva molto.

Quando abbiamo chiesto al medico che era di turno il motivo per il quale il soggetto cui si riferiva poc' anzi il senatore Saccomanno si trovasse lì, non essendo indicato nel registro dei trattamenti di contenzione, sinceramente non l'ho capito; il medico ha continuato a ripetere che quel soggetto aveva dato fastidio agli infermieri e che addirittura aveva infastidito un'infermiera con delle battute *osé*. Pur non essendo io un medico, credevo che le contenzioni si praticassero, se proprio si dovevano praticare, solo nei casi in cui il paziente sia giudicato pericoloso per se stesso e per gli altri. Il fastidio mi convince poco come possibile motivazione alla base del ricorso alla contenzione. Questa è stata la risposta del medico alla presenza di tutti. Il motivo era il fastidio che stava procurando tale soggetto.

Le chiedo, dottor Rosania, se è possibile avere un quadro del numero delle persone sottoposte a trattamenti di contenzione, oltre che delle motivazioni e della durata. A quanto mi consta, non si comprende l'esigenza di contenere una persona ad un letto oltre le 24 ore. È considerata forse una cura? Qual è il pericolo, tale da mantenere il soggetto bloccato in un letto oltre le 24 ore? Secondo un'impressione che spesso mi è capitato di

raccogliere, molti dei pazienti potrebbero tranquillamente uscire dall'Opg. Il problema è che non ci sono le Asl di riferimento né servizi territoriali che possano riaccoglierli e neppure le famiglie, che nella maggior parte dei casi, credo, non vogliono sentir parlare dei detenuti che sono lì da voi: questo è un ulteriore problema di cui dovrebbe farsi carico lo Stato, se ha senso che esista.

Avremmo bisogno di un quadro della situazione per capire quanti effettivamente avrebbero bisogno di strutture chiuse: rispetto al numero complessivo degli internati, che si aggira intorno al 1300-1500, quanti effettivamente dovrebbero stare chiusi in un carcere? Perché l'Opg è un carcere! «I pazienti sono sedati, non curati», questa è una tra le battute che abbiamo colto nella nostra visita. Anche lei ci ha detto qualcosa di simile, che non si cura, né si fa rieducazione o riabilitazione. Eppure si continua a ristrutturare questi Opg: a Barcellona Pozzo di Gotto un padiglione è stato recentemente ristrutturato; ad Aversa abbiamo visto altri due padiglioni in attesa dell'agibilità tecnica, mentre a Montelupo Fiorentino si fanno continuamente lavori. Sono tantissimi soldi, in realtà, che vengono stanziati dall'amministrazione penitenziaria per ristrutturare celle che poi degradano molto velocemente... La mia impressione, ogni volta che visito gli Opg, è che a prendersi cura (e non a curare) di questi malati sono gli agenti penitenziari. È un fatto che mi sconcerta, perché sono agenti che non hanno alcun tipo di preparazione psichiatrica e si trovano a dover affrontare casi anche molto difficili dal punto di vista psichiatrico, con il rischio di generare, a seconda del modo con cui vi si rapportano, anche reazioni involontarie da parte del malato psichiatrico.

Il dottor Nunziante Rosania, specializzato in criminologia clinica e in psichiatria e perfezionatosi in psicoterapia e psicanalisi, è direttore dell'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto dal 1997. È dal 1989 che lavora in quella struttura:

«Quando arrivai», racconta, «mancava il direttore, perché sospeso, così mi trovai improvvisamente a dover gestire una realtà che non conoscevo. C'erano allora gravi problemi nella gestione del personale, c'era la necessità di ridefinire profili, ridefinire soprattutto un modo di collaborazione all'interno della struttura. Tutto questo perché si veniva fuori da un lungo periodo di interregno, in cui era mancata una direzione continuativa. Più tardi, rientrato il vecchio direttore, sono stato vicedirettore fino al 1997, anno in cui ho assunto la direzione».

Ecco quello che ha detto alla Commissione parlamentare:

«Colgo questa occasione per rappresentare la situazione dell'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto, che vive un momento di particolare difficoltà per una drammatica carenza di risorse economiche, per la riduzione di personale e, all'inverso, per un numero di ricoverati che è lievitato in maniera esponenziale negli ultimi anni. Siamo in attesa, in Sicilia, che è regione a statuto speciale, del passaggio della sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale. Siamo rimasti, come istituto, in mezzo al guado da questo punto di vista: l'amministrazione penitenziaria ha ridotto – e non poteva essere altrimenti, vista la situazione congiunturale – i propri finanziamenti soprattutto del capitolo sanitario. Vi prego di considerare il fatto che negli ultimi sette anni il budget sanitario del nostro istituto è stato più che di-

mezzato: praticamente abbiamo soltanto la possibilità di pagare le parcelli dei professori convenzionati con noi e degli infermieri, anch'essi in larga misura convenzionati su base libero-professionale, e di provvedere all'acquisto di farmaci, seppure con grandi difficoltà.

Ho appena la forza di comunicarvi che le terapie psichiatriche che abbiamo implementato negli ultimi anni sono sicuramente obsolete rispetto a quelle che vengono praticate in esterno, dato che non abbiamo fondi sufficienti per poter acquistare in misura adeguata, ad esempio, neurolettici di ultima generazione. Il nostro compito istituzionale dovrebbe essere invece proprio quello di curare questi soggetti, ridurre l'espressività della psicopatologia da cui sono affetti e conseguentemente la loro pericolosità sociale, perché lavoriamo soprattutto su questo aspetto.

In una prima fase della mia direzione, che inizia il primo luglio del 1997, abbiamo sperimentato una serie di progettualità assolutamente nuove e delle buone prassi che hanno consentito in parte di cambiare la storia di molti dei nostri ricoverati. In precedenza tali soggetti in larga misura morivano negli Opg, perché sottoposti di fatto a dei veri e propri ergastoli bianchi attraverso il sistema delle proroghe della misura di sicurezza. Abbiamo provato a portarli fuori, a fare entrare il mondo civile all'interno della nostra istituzione, a tracciare dei progetti di reinserimento e a trovare degli agganci con il cosiddetto territorio, spesso assolutamente recalcitrante (vi prego di credermi) su questo versante. Li abbiamo incalzati: abbiamo cercato e trovato alleanze nella magistratura di sorveglianza; abbiamo stabilito protocolli d'intesa e convenzioni con gli enti locali; abbiamo cercato di pro-

durre delle prassi e delle operatività che ci consentissero di ridurre la durata media degli internamenti. In larga misura ci siamo riusciti. Oggi abbiamo l'impressione di essere tornati indietro.

In altre regioni, ancor prima che entrasse in vigore il decreto del presidente del Consiglio dei ministri del primo aprile 2008 che sancisce il passaggio della sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale, erano già intervenuti i relativi assessorati per soccorrere le attività degli ospedali psichiatrici giudiziari. In Sicilia questo non è mai successo.

Questa è la condizione in cui siamo chiamati a gestire una realtà complessa fatta di trecento ricoverati e malati. Per un lungo periodo nell'istituto abbiamo ospitato l'intero Gotha mafioso, nessuno escluso. È una fase che abbiamo voluto superare con determinazione e ci siamo riusciti. Oggi sono internati presso la nostra struttura i derelitti, gli ultimi della società, i quali invocano un'attenzione da parte dello Stato, anche attraverso questo mio intervento. Sono cittadini che possono ancora rappresentare (spesso vi riescono, quando riusciamo ad aiutarli) delle risorse per questa società. Ho l'impressione che continuiamo a dimenticarlo.

Gli istituti come il nostro sono dei residuati bellici che non possono essere terapeutici né riabilitativi, così come non possono scongiurare la recidiva del reato. Oggi credo che la psichiatria, anche quella giudiziaria (ammesso che abbia delle caratteristiche diverse), debba occuparsi di questi istituti in maniera diversa.

Padre Giuseppe Insana, cappellano dell'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto, coordina l'asso-

ciazione di volontariato “Casa di solidarietà e accoglienza”:

Quando giro per i reparti – racconta – sono sempre in un atteggiamento di ascolto, attento non solo alle esigenze religiose, ma anche ai bisogni e ai problemi dei ricoverati che hanno sempre un passato molto sofferto. Nonostante le loro patologie, essi hanno un punto di riferimento nella mia persona, perché mi pongo sempre con grande sincerità dinanzi alle loro richieste. Tanti non hanno famiglia o non hanno una famiglia accogliente e quindi il loro futuro è abbastanza buio: è importante dare anche a loro una speranza. Tanti hanno ripetute proroghe delle loro misure di sicurezza e spesso non per un’oggettiva pericolosità, perché vanno spesso in gita all’esterno con licenze e sanno autogestirsi, ma perché non hanno una famiglia che li accolga o un’istituzione all’esterno che possa farsi carico per riceverli.

Anche padre Insana è stato ascoltato dalla Commissione. Ecco quello che ha detto:

Da venticinque anni sono cappellano all’interno dell’Opg. La percezione dell’associazione di volontariato “Casa di solidarietà e accoglienza” di cui sono il responsabile, che dal 1986 è impegnata a favore delle persone ristrette nell’Opg con attività e presenza all’interno dell’istituto (feste, presenze di gruppi con cadenza mensile, accompagnamenti di volontari a persone particolarmente bisognose e abbandonate), e al-

l'esterno (opportunità di licenze d'esperimento, gite, vacanze, semilibertà, residenza per dimessi, accoglienza dei familiari), è l'insostenibilità dell'istituzione Opg.

Perché è insostenibile? È un carcere: mancano farmaci, come diceva lo stesso direttore; manca personale idoneo e qualificato a curare e riabilitare, manca ligiene personale e dell'ambiente: l'avete visto. È completamente assente il budget dell'abbigliamento e del vestiario; per assenza del personale sono state completamente eliminate le poche attività ricreative, quali il calcio, la palestra, la visione di film; gli ammalati restano abbandonati, senza relazioni significative, sempre a letto, con conseguente naturale processo cronizzante; mancando la continua osservazione, non si previene la fase acuta e si arriva all'uso sconcertante del letto di contenzione; mancano interventi specifici significativi per alcolizzati, tossicodipendenti, insufficienti mentali.

Le persone inferme di mente più problematiche vengono trasferite continuamente da un reparto all'altro e da un Opg all'altro, senza che sia affrontato un serio e impegnativo intervento sanitario. Ricoverati con lievi reati rimangono ristretti sino a più di dieci anni con misura di sicurezza provvisoria, senza la definizione del processo. L'Opg inoltre è molto sovraffollato e i 390 ricoverati con molti anni di proroga della misura di sicurezza (anche oltre venti) continuano a restare ristretti in Opg e a subire ulteriori proroghe. Non si vedono segnali significativi dell'assegnazione dei ricoverati nei rispettivi bacini di utenza. L'Italia è rimasto l'unico paese avanzato dove la gestione dei "folli-rei" è affidata all'amministrazione che gestisce le strutture carcerarie.

Il 6 luglio il professor Rosania veniva nuovamente ascoltato dalla Commissione parlamentare. Dopo una serie di considerazioni generali, si entrava nel merito della specifica situazione di Barcellona Pozzo di Gotto:

Come Opg abbiamo retto fino al 2006-2007. Abbiamo anche fatto delle cose egregie, grazie all'aiuto del volontariato; ho aperto a tutti il nostro istituto, anche alle processioni, come ad esempio quelle dedicate a san Francesco e a sant'Antonio, con tutto ciò che seguiva. Il volontariato mi ha dato una mano enorme. Abbiamo realizzato progetti che sono stati modello di riferimento anche per i dipartimenti di salute mentale esterni. Abbiamo cercato un aggancio con tali dipartimenti, che per anni si sono negati, e finalmente abbiamo trovato la possibilità di fare quelle che un tempo chiamavamo le "dimissioni intelligenti" dando una continuità dentro-fuori che ci consentisse dei percorsi di riabilitazione autentici, reali, gestiti secondo i bisogni individuali dei soggetti, e di attuare delle terapie adeguate laddove, fino a qualche tempo prima, eravamo persino nell'impossibilità di accedere al solo uso dei farmaci e degli psicofarmaci, soprattutto di ultima generazione. Siamo riusciti a realizzare progetti validi con padre Pippo Insana e la Casa di solidarietà e accoglienza che è diventata un interlocutore territoriale importante. Il comune di Barcellona Pozzo di Gotto ci ha dato in comodato d'uso una struttura nella quale stiamo per aprire un reparto esterno. Il problema di fondo però rimane: la struttura di cui parliamo è un carcere, organizzato esattamente secondo modalità, sia per ciò che riguarda i

rapporti di lavoro sia per la filosofia soggiacente (ossia la cosiddetta difesa sociale), che prevalgono ampiamente sugli aspetti e sulle preoccupazioni di natura medica e riabilitativa. Questo è un dato.

Per quanto riguarda la questione del ricorso al letto di contenzione presso l'Opg di Barcellona ce n'erano inizialmente ventiquattro, oggi sono solo tre. A questo proposito vorrei comunque rilevare che per un lungo periodo di tempo – quando cioè abbiamo organizzato i vari laboratori teatrali, musicali, pittorici, con l'uscita all'esterno dell'ospedale ogni giorno di decine e decine di persone accompagnate dai nostri operatori – non ne abbiamo avuto bisogno. Vi posso però assicurare che, ad esempio, è molto difficile gestire il *furore pantoclastico* di un uomo, ad esempio, della mia mole: gli operatori che devono fermare un paziente con una corporatura molto robusta in fase di *acting out* fanno una gran fatica ed hanno una buona dose di paura.

Pertanto, se è vero che quella della contenzione ai fini del trattamento sanitario obbligatorio è una pratica che va superata, questo presuppone però che ci sia la possibilità di creare un ambiente che sia di fatto terapeutico con la gestione di piccole comunità di malati, con persone che sappiano interagire con loro in maniera empirica e che siano in grado anche di prevederne le angosce e le grandi paure – che poi si traducono anche in esplosioni aggressive – sapendo come intervenire. Bisogna infatti considerare che, anche laddove non si faccia ricorso alla contenzione e magari si isoli il soggetto nella sua cella, c'è il rischio comunque che si ferisca e che batta la testa contro la porta, rendendo quindi necessario l'intervento per difenderlo addirittura da se stesso, come del resto è accaduto in certi casi. Infine, mi si consenta di fare una

precisazione dovuta. La persona che voi avete visto contenuta nel corso del vostro sopralluogo non aveva nessuna ecchimosi, ma un neo esteso sulla testa, che era già stato peraltro valutato anche sul piano dermatologico.

A questo punto interveniva nuovamente il senatore Saccomanno, che confessa di essersi vergognato, come rappresentante delle istituzioni, nel corso del sopralluogo all'Opg di Barcellona, «per il fatto che non vengono assunte decisioni ottimali a livello politico»; puntualizzando tuttavia che sarebbe necessario che gli operatori «virassero dall'ambito più strettamente professionale», verso «una maggiore umanità, proprio per il fatto che si è a contatto con una sofferenza inaudita».

Con amarissima ironia, Saccomanno si dichiara contento del fatto che i responsabili dell'Opg di Barcellona Pozzo di Gozzo siano stati premiati per i loro progetti, anche se osserva che gli riesce difficile capire di che cosa possa trattarsi: «In verità, ho trovato un mondo senza progetti, una struttura con vetri frantumati, senza finestre, in molti casi anche senza sbarre e con una porta chiusa dietro».

E ancora:

Capisco che, forse, quando si lavora in ospedale, si finisce a volte per diventare più duri e meno sensibili, ma occorre una maggiore attenzione da parte di tutti

per tentare di modificare questa situazione, sia da parte del mondo politico, sia da parte di coloro che operano presso l'ospedale, che dovrebbero avere una maggiore sensibilità di quella che spesso viene posta, almeno questa è la mia percezione, e non soltanto a Barcellona Pozzo di Gotto, ma anche altrove. Come mi ricordava una collega, nel corso del sopralluogo abbiamo notato addirittura i camici sporchi di chi probabilmente il camice poteva anche indossarlo pulito. So che molto probabilmente si tratta di una banalità rispetto a cose ben più importanti, ma a mio avviso è il segno di un degrado estremo anche sul piano del rapporto umano che si dovrebbe invece avere con quelle persone.

A questo punto si assiste a un ulteriore tentativo di difesa da parte del professor Rosania, che, tuttavia, si risolve in un ulteriore, inequivocabile, atto d'accusa, non tanto al singolo quanto all'istituzione in quanto tale e nei confronti di chi avrebbe dovuto e potuto risolvere la questione.

Se il senatore Saccomanno fosse venuto nell'Opg di Barcellona nel 2006, non avrebbe trovato la situazione che ha potuto constatare oggi. Il secondo reparto che voi avete visitato, ad esempio, avrebbe dovuto essere chiuso tre anni fa e tutta la documentazione che vi sarà consegnata, e che potrete esaminare, contiene una descrizione – *ad usum* dei cosiddetti superiori uffici, nonché evidentemente della parte politica – di quanto stava accadendo.

L'Opg di Barcellona ha visto praticamente delle vere e proprie deportazioni successive di persone che venivano da altri Opg in grave crisi strutturale, letteralmente delle valanghe di uomini che si sono abbattute sulla nostra struttura. Ci siamo ritrovati a dover ospitare letteralmente autobus pieni di persone che arrivavano nel nostro ospedale, e tutto questo mentre gran parte del personale se ne andava: quaranta agenti e venticinque infermieri in meno, mai sostituiti.

Per carità, tutto questo rimanda certamente alla necessità di una migliore organizzazione, ma le assicuro, senatore Saccomanno, che gli sforzi di umanizzazione che sono stati fatti in questo settore dal 1998 al 2006 sono stati importanti. Sono state implementate delle buone prassi, nel tentativo di dimostrare che era possibile gestire quei pazienti in maniera diversa in un'altra situazione e in altre condizioni. Come risulta anche dalla documentazione che abbiamo preparato, già oggi potremmo avere soltanto 170 pazienti rispetto ai 340 presenti attualmente nella nostra struttura.

Devono essere attivati i bacini di utenza e devono essere sviluppati alcuni progetti che da tempo abbiamo indicato come la strada maestra per poter ridurre quel disagio e quelle problematiche che la Commissione ha potuto constatare.

«Devono», osserva il professor Rosania. Il problema però non è quel che si “deve”, piuttosto il perché quell'imperativo non si è ancora tradotto in governo concreto dei progetti che pure sono stati individuati e si riconoscono urgenti e necessari.

«Ho camminato in questi luoghi», ha commentato il senatore Saccomanno, «provando orrore per l'aver creato, come società, territori nei quali qualcuno ritiene di aver nascosto non ammalati psichiatrici, ma mostri di cui vergognarsi, appestati da punire oltre la legge. Ergastoli bianchi che ci fanno sentire ipocritamente uomini di legge, come ci ha definito un ex ammalato che da dieci anni ha già scontato la pena e oggi ha la veneranda età di ottantatré anni».

C'è chi, come un catanese ristretto da venticinque anni, è finito lì dentro in seguito a una rapina che fruttò 7000 lire; e chi è lì da anni soltanto perché fermato per un oltraggio a pubblico ufficiale! E le situazioni-limite: c'è chi viene fatto uscire, poi torna, chiedendo di essere accolto nuovamente nell'Opg che ormai considera la sua "casa", visto che non è più abituato ad affrontare la situazione di ulteriore disagio in cui potrà trovarsi tornando a una vita "normale".

Una realtà drammatica e impressionante, fatta di persone malate, criminalmente dimenticate dalla società.

### *Reggio Emilia*

Certo: quando scappa, scappa. Però anche se proprio non ne potete fare a meno, se non c'è un

bar o un altro luogo dove potersi “scaricare”, evitate nel modo più assoluto di fare la pipì sul muro della casa bolognese di Romano Prodi.

Non tanto e non solo perché la cosa non è dignitosa ma per non correre il rischio di finire rinchiuso nell’Ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia, proprio come è capitato a un indiano.

Prodi è assolutamente incolpevole, probabilmente non sa neppure cos’è accaduto. Fatto è che per tre anni e mezzo un indiano si è trovato ristretto nell’Opg di Reggio Emilia. «Non parla e non sappiamo neppure come si chiama», dicono i responsabili dell’Opg.

D’accordo: strano, bizzarro, con comportamenti irriguardosi e irritanti. Ma chiuderlo in un Opg è la “cura migliore”?

Nel cuore dell’Emilia, un tempo “rossa” e ora con vistose striature verdi-leghiste ma con ancora quello spirito tra il bonario e il pratico che si ritrova nelle storie immaginate da Giovanni Guareschi: è qui che sorge l’Opg di Reggio Emilia.

La prima pietra è stata posata nel 1991, tre anni dopo è stato consegnato.

È una giornata fredda, piovosa e umida quando arrivo. Sarà anche per questo che dinanzi al portone dell’Opg vengo afferrata da un senso di oppressione, di angoscia?

Siamo un gruppo di quattro persone, "estranei" che subito destano curiosità. Un ragazzo si avvicina, l'aspetto normale di tanti che incontri fuori.

«Siete dei magistrati?», s'informa.

«No, parlamentari».

«E cosa ci fate qui?».

Gli spiego che la nostra è una visita ispettiva. Vuole sapere di quale partito siamo.

«Sono stato a Montecitorio, una volta, quando organizzarono l'iniziativa "Parlamentari per un giorno"».

Assieme ad altri ragazzi si sedette sui banchi dei deputati, il suo era quello occupato da Lanfranco Turci, eletto nelle liste radicali e socialiste della Rosa nel pugno. «Vi ho sempre seguito», dice. «Ma oggi faccio fatica. Mi sento sempre stanco, e ho una gran confusione in testa». Si allontana.

Chiedo all'agente che ci accompagna come mai è internato. La risposta nella sua semplicità è agghiacciante: «Ha ucciso la nonna, a colpi di martello».

L'Opg è costituito da sette sezioni; in origine le celle erano state concepite per ospitare una sola persona, al massimo due; a causa del cronico sovraffollamento però possono anche arrivare a tre.

Le sezioni hanno nomi accattivanti: Fenice, Pegaso, Centauro, Andromeda, Antares, Orione. A parte quest'ultima, dove sono una ventina, in tutte le altre sezioni i pazienti-detenuti oscillano tra i cinquanta e i sessanta.

In ogni sezione c'è un'infermeria attrezzata con letti per degenza, la Guardia medica opera per ventiquattr'ore al giorno. All'interno dell'Opg opera un Sert con un medico, uno psichiatra e un'infermiera. Ogni sezione inoltre è dotata di una lavanderia e di un locale doccia.

L'Opg di Reggio Emilia è stato il primo a varare un esperimento coraggioso: quello di tenere aperte le celle durante il giorno. La sezione Antares è stata la prima in cui si è avviato l'esperimento, seguita nell'ottobre 2009 anche dalla sezione Fenice. L'esperimento si è rivelato positivo ed è un importante, significativo segnale.

I reparti restano comunque chiusi rispetto all'esterno e gli agenti di polizia penitenziaria si occupano solo della "sicurezza perimetrale".

All'interno delle sezioni aperte opera solo il personale infermieristico.

La Cassiopea ospita quella che in termine tecnico-burocratica viene definita la sezione "educativo-trattamentale". È una struttura con una biblioteca, affidata a un paziente che la gestisce con molta cura; c'è poi una grande

sala polivalente con bar, televisione, tavoli, sedie e panchine; e poi il laboratorio di falegnameria e una piccola cucina dove si svolge il corso di formazione per ristoratori.

Da questa sezione si accede al “passeggio”, un cortile dove, negli orari previsti, chi vuole può recarsi senza particolari problemi. C’è poi una vasta area verde, all’interno della cinta muraria dove, tempo permettendo, hanno luogo i colloqui con i familiari. Un parco curato, con panchine, un forno, il barbecue, tavoli e sedie, un campo di calcio e un’area dedicata alla pet-therapy: cioè ad attività terapeutiche che coinvolgono gli animali.

Non sempre è stato così. Trent’anni fa, per esempio, fece un certo scalpore la testimonianza di un paziente. Il ritaglio ingiallito del giornale riassume il suo calvario:

Sono stato legato sul letto di contenzione senza alcuna assistenza. Rimasi nel manicomio dall’8 gennaio al 23 luglio 1974 e anche qui il mangiare era uno schifo completo, la corruzione era simile a quella di Aversa. La sporcizia abbondava, il letto di forza veniva usato per punizione e non per cura, in particolare ricordo un detenuto che chiedeva l’assistenza dell’infermiere perché si sentiva male, ma questo rispose: «Fai silenzio, ubriaco, è il vino che ti ha fatto male». Questo detenuto il giorno dopo morì.

La procedura per l'utilizzo dei mezzi di contenzione, mi spiegano, è adesso rigorosamente regolata da una circolare regionale, la n. 16 del 22 ottobre 2009 del "Servizio di salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri"; è stata elaborata sulla base delle indicazioni contenute nelle "Raccomandazioni in tema di contenzione" del gruppo di lavoro su Emergenza-Urgenza nell'area salute mentale, ed è diretta a tutti i centri psichiatrici di diagnosi e cura. Si fissa un preciso protocollo che deve essere reso operativo anche all'interno dell'Opg.

Inoltre la presenza stabile dei medici psichiatri di ruolo rende possibile una consistente riduzione del ricorso alla contenzione:

Operiamo un monitoraggio costante dei soggetti internati e in caso di crisi possiamo così intervenire con le cure appropriate, senza dover ricorrere a palliativi in attesa dell'intervento medico.

I dati della Ausl certificano che in questo modo si è ottenuta una diminuzione del 40 per cento, dato ancor più significativo se si tiene conto che contemporaneamente è aumentata la popolazione "ospitata" dall'Opg.

Delle tre sale di contenzione, ne è rimasta una sola attiva: due letti di contenzione cui si viene legati con le cinghie "a gancio" vecchio

modello. La sala di contenzione del reparto Fenice è stata smantellata, trasformata in una sala di socialità; l'altra, nel reparto Pegaso, è ancora lì, con i suoi due letti con le cinghie; però non sarebbe più utilizzata come tale, ma adibita a deposito di materiali.

Fin qui, il lato positivo. Perché anche l'Opg di Reggio Emilia presenta tutti i "normali" segni della maggior parte delle carceri italiane: infiltrazioni, umidità, celle di pochi metri quadrati stipate di mobilio ed effetti personali, spesso sporcizia. I bagni all'interno delle celle sono inadeguati, lavabo, wc, lavapiedi, con sola acqua fredda. Anche qui il sovraffollamento è la norma, nei locali doccia ceramiche sporche, mancanza di aerazione, persistente umidità.

Inoltre negli ultimi anni sono fortemente in aumento gli internati tossicodipendenti, ed è sempre più raro il ricorso alla misura della libertà vigilata.

Secondo la pianta organica, dipendono dall'Opg circa 120 agenti. Quelli in servizio effettivo sono però un'ottantina. Personale che, avendo lavorato sempre presso l'Opg, ha maturato una certa esperienza sul campo su come comportarsi in determinate situazioni.

La carenza di organico tuttavia comporta evidenti e intuibili problemi, solo in parte

compensati dalla presenza di una trentina di volontari che fanno capo alla locale parrocchia e alla Caritas. Per quel che riguarda la capienza, quella regolamentare è di cento-trentadue pazienti-detenuti; la "tolleranza" consentirebbe di arrivare a centonovanta. Quasi sempre sono almeno trecento.

Da oltre quindici anni non vengono assunti educatori. Ciò nonostante vengono assicurate attività terapeutico-riabilitative che vanno dalla musicoterapia alla pet-therapy alla ginnastico-terapia.

La provincia organizza alcuni corsi di formazione professionale che rilasciano attestati ufficiali: ristorazione, riparazione biciclette, falegnameria, informatica.

Non ho trovato situazioni "scandalose", di quelle che ti fanno vergognare di essere un essere umano, però solo quando sono salita sul treno diretto a Bologna, il senso di oppressione e di angoscia che mi ha accompagnato per tutto il tempo mi ha, finalmente, abbandonato.

E rimane la consapevolezza, in me, che quello stato di oppressione non era dovuto alle nuvole grigie, tanto più che, nel frattempo, il vento le aveva spazzate via, aveva smesso di piovere, e, alla fine, era spuntato il sole...

### *Castiglione delle Stiviere*

Il dottor Antonino Calogero, direttore dell'Opg di Castiglione delle Stiviere, opera in questa struttura da trentacinque anni.

Racconta che:

È nata nel 1939, a seguito di una convenzione con l'allora Ministero di Grazia e Giustizia. Allora era costituita dalla sola sezione maschile, alla quale, nel 1950, si aggiunse poi quella femminile: fu allora che tutte le detenute malate che si trovavano nel carcere di Aversa passarono all'Opg di Castiglione delle Stiviere. Dal 1950 sono presenti dunque a Castiglione una sezione femminile e una maschile, ed è così ancora oggi. Ricordo ancora, sempre per fare un po' di cronistoria, che in quel periodo era costume del Ministero stipulare convenzioni con ospedali psichiatrici provinciali, com'è accaduto nel caso dell'ospedale di Volterra e di diversi altri ospedali, che sono stati però poi tutti chiusi. Così, ad esempio, nel 1953, fu creata una sezione femminile presso l'Opg di Pozzuoli, chiusa poi nel 1975: tutte le pazienti anche in quel caso vennero trasferite a Castiglione delle Stiviere.

Quello di Castiglione è un caso a sé. Certo, non lo si può definire il migliore dei mondi possibili, però è un fatto che nel *mare magnum* fatto di denunce giudiziarie e giornalistiche che riguardano gli Opg e le strutture di assi-

stenza psichiatrica, non una riguarda Castiglione. Fin dagli anni Settanta un'esperienza all'avanguardia.

Il primo maggio del 1970, per esempio, sotto la direzione del dottor Franco Rotelli, viene aperto un repartino con una trentina di internati; e via via l'esperienza si allarga. I pazienti possono, non solo circolare liberamente all'interno dell'edificio, incontrarsi nel bar fra uomini e donne all'interno dell'edificio per un paio di ore al giorno, ricevere i familiari quando vogliono, vestirsi come credono, giocare a bocce, beneficiare di permessi quotidiani di uscita per fare commissioni, ma possono anche uscire regolarmente dall'istituto per andare a lavorare fuori, in mezzo agli altri, con regolari contratti di lavoro.

Ancora il Dottor Calogero spiega:

Ci siamo organizzati senza agenti di polizia penitenziaria, ricorrendo a tutte le forze sanitarie in campo. Abbiamo tenuto presente come elemento centrale la durata della permanenza del soggetto all'interno dell'Opg, così da poter prevedere per i singoli pazienti un trattamento da attuare secondo alcune linee terapeutiche ben precise. Innanzitutto è fondamentale l'integrazione tra psicofarmacologia che da sola non è sufficiente, e psicoterapia, con il ricorso dunque a colloqui con psichiatri e psicologi per capire le dinamiche e le condizioni del pa-

ziente. Pensiamo, per esempio, al caso dei figlicidi, in cui c'è veramente bisogno di comprendere che cosa è successo dentro la loro mente... L'essenziale è poi il profilo dell'assistenza: è affidata a personale infermieristico che funge da vero ausiliario nei confronti del paziente, che al suo ingresso nell'Opg è destrutturato, proprio in conseguenza della malattia e del reato commesso.

Al termine di questo processo la fase più importante e impegnativa, è quella della riabilitazione:

Da questo punto di vista ci siamo organizzati con quattro unità operative di degenza, due maschili e due femminili, e abbiamo previsto una sezione trasversale a tutto l'Opg, in modo da offrire la possibilità di fare riabilitazione a tutti i pazienti.

Ho avuto modo di apprezzare ulteriormente il dottor Calogero quando è stato ascoltato dalla Commissione affari sociali. Un'audizione-relazione, la sua, a tutto campo, estremamente interessante, che partiva dalla più generale questione dell'assistenza psichiatrica:

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici, che comunque ha impiegato vent'anni, ha veramente portato dei benefici in miglioramenti assistenziali, in percorsi di cura, in riabilitazione, dei pazienti psichiatrici? Ci si chiede dove sono finiti i pazienti usciti dagli Op, sembra che la società, la famiglia e i servizi fossero adeguatamente

preparati alla loro presa in carico; invece si è dimostrato un grave boomerang per i pazienti stessi, la famiglia e la società. Non poteva essere sufficiente un atto legislativo, per risolvere un problema complesso che era di ordine più culturale, scientifico e sociale. Era necessario, quanto meno, dati alla mano, prevedere alloggi, operatori, per una corretta dimissione di pazienti con anni di "cronicità" di malattia e forzato isolamento dal mondo civile. Si è perpetuata una ulteriore "violenza" nei confronti di chi aveva bisogno di un capillare sostegno in fasi così delicate di modifica sostanziale dello stile di vita, fino ad allora costretti a seguire. Sono venuti a mancare loro i punti di riferimento, anche se obsoleti, ma che davano loro, comunque, sicurezza, prima di affrontare una realtà completamente nuova, così sconvolgente, con scarsa o nessuna assistenza e continuità terapeutica. Non deve meravigliare se a questo evento, molti non hanno risposto come potevano, e una buona parte anche col suicidio. Buona parte dei pazienti psichiatrici, invece, abbandonati a se stessi, dopo la chiusura degli Op hanno finito per trovare nel carcere un nuovo habitat di sopravvivenza in linea con il "manicomio" da cui erano stati liberati.

Per quel che riguarda gli Opg, anche Calogero ci ricorda che la legge 180 ha completamente "dimenticato" i pazienti del circuito penitenziario:

La legge 180 ha sciolto l'equazione malattia mentale-pericolosità. Abrogata la legge del 1904, la nozione di pericolosità sociale continua ad esistere nell'ordina-

mento giuridico, determinando l'esistenza stessa dell'Opg. Il dibattito è aperto da anni. Si parla diffusamente di superamento, dandovi ognuno un senso diverso. C'è chi pensa alla chiusura netta come è avvenuto per gli Op, c'è chi invece più cautamente e sulla scorta di quello che è già avvenuto per i pazienti psichiatrici civili, ritiene che si debba agire con molta cautela. È indispensabile pensare attentamente alle alternative effettivamente fattibili, cioè le risorse necessarie, prima di qualsiasi forma di 'superamento' dell'attuale assetto della psichiatria giudiziaria.

Per quel che riguarda il caso specifico dell'Opg di Castiglione delle Stiviere, Calogero ci spiega come sia una struttura che si diversifica per essere un presidio dell'azienda ospedaliera Carlo Poma di Mantova, in convenzione con il Ministero della Giustizia dal 1939 fino al 31 dicembre 2008.

Una struttura esclusivamente sanitaria, con operatori dipendenti del Servizio sanitario nazionale, senza agenti di polizia penitenziaria. Ha al suo interno, oltre alla sezione maschile, l'unica sezione femminile d'Italia che si configura pertanto come un osservatorio nazionale per il monitoraggio e la verifica dei dati nel campo delle donne inferme di mente autrici di reato. L'azienda ospedaliera Carlo Poma di Mantova ha al suo interno, unica realtà italiana, due aree psichiatriche (Dipartimento salute mentale e presidio Opg), non assimilabili ma in rapporto funzionale e in grado di confrontarsi tra loro, come già avviene, per la realizz-

zazione di obiettivi comuni nell'ambito della formazione. Questo permette di elaborare protocolli comuni per la dimissione dei pazienti di competenza del territorio di Mantova, dove si prevedono piani terapeutici di cura e di riabilitazione concordati, analisi criminologica, identificazione dei fattori di rischio, realizzazione di reinserimento sociale in un "modello sperimentale" che ci potrà essere utile per le altre realtà nazionali.

Visitando l'Opg di Castiglione delle Stiviere mi sono resa conto personalmente di cosa consista questo "modello sperimentale".

Una struttura essenzialmente sanitaria con medici e infermieri, psicologi ed educatori che dipendono dall'Azienda ospedaliera mantovana, e che può beneficiare di un robusto finanziamento da parte della Regione Lombardia.

Con gli assistenti sociali, sono quasi duecento gli operatori che cercano di ridare un senso alla vita di chi vi è ristretto. C'è poco o nulla dell'Opg tradizionale, qui. Le inferriate che circondano il vastissimo parco, per esempio sono nascoste da piante rigogliose. C'è una piscina all'aperto, un campo di calcio, da bocce, campi da tennis e pallavolo e una palestra al chiuso che formano la zona "motoria" dell'area riabilitativa. Nelle sezioni femminili le celle sono normali stanze, che possono essere personalizzate, con sulla porta il nome delle "ospiti".

Una terapia importante, fondamentale, è quella del lavoro. Ecco così sorgere una zona “formazione” con il laboratorio di falegnameria e restauro, il servizio di stampa e legatoria, un laboratorio di sartoria e di informatica. Così come un’area adibita ad attività scolastiche e un atelier di pittura ed anche una area bar-ricreativa. Tutto ciò che è esterno da sé. Si riprende contatto con la realtà.

Tutto serve per uscire dal baratro in cui si è precipitati.

Una terapia semplice a ben vedere: lavorare, scrivere, dipingere, cucinare, cucire, suonare, pulire, fare giardinaggio, decorare con il metodo stencil le pareti e abbellire così i propri spazi vitali. L’importante è fare qualcosa, impegnarsi, esprimersi e comunicare, imparare a volersi bene.

Nella sezione femminile ci sono un’ottantina di donne. Spesso si sono rese responsabili di delitti sconcertanti. Molte giovani donne, preda di quella che nei notiziari dei telegiornali e sui quotidiani viene sbrigativamente liquidata come “depressione post-parto”, hanno ucciso i loro figlioletti.

A un certo punto della mia visita mi mostrano una stanza imbottita, le cui pareti, per due lati, sono costituite da vetrate da cui è

possibile spiare cosa accade dentro senza essere visti.

Dentro c'è una donna: si chiama Lucy, è legata al letto.

Mi raccontano la sua storia: periodicamente è preda di crisi, in quei momenti è una vera e propria forza della natura, tanto che a volte non bastano quattro o cinque infermieri per tenerla ferma. Alle mani ha dei guantoni.

Mi spiegano che Lucy ha più volte aggredito le persone cercando di accecarle.

«Posso entrare, parlarle?» chiedo.

«È un soggetto difficile», mi avvertono. Gli altri che sono con me preferiscono restare sulla porta. Entro nella stanza: Ciao Lucy, azzardo.

Mi risponde con una voce un po' stridula: «Ciao... chi sei?».

Glielo dico, ma non sono sicura che abbia compreso. «Sai, sto aspettando i miei genitori e non vedo l'ora che mi portino a casa, ho una gran voglia di vedere il mio cane».

Non so cosa dire, mi accorgo che Lucy vive in quel momento in un mondo tutto suo, dove noi non siamo ammessi. L'ascolto per qualche minuto, poi la saluto. La porta della stanza si chiude e lei continua a ripetere che non vede l'ora di tornare a casa e giocare con il cane.

Fa un cenno di saluto con la mano, quella stessa mano che, con tanta nascosta violenza,

ha cercato più volte di strappare gli occhi agli sventurati che le sono capitati a tiro.

Poco più in là c'è una signora anziana, l'aspetto dolce e tranquillo di una nonna o una vecchia zia. Quando scopre che siamo deputati si informa sull'iter della legge sull'eutanasia.

Non ho cuore di dirle che non c'è nessun iter.

È un interesse diciamo così "personale": «Vede», mi dice, «mio marito soffriva tanto, io l'ho aiutato ad andare in cielo».

Ha ucciso il marito, persuasa che soffrisse di un male incurabile e doloroso; solo che il poveretto non era sofferente e non aveva chiesto di morire. Lei, la moglie, era convinta di aver fatto un gesto pietoso, non si rendeva minimamente conto che il suo era un delitto ed era convinta che una volta approvata la legge sull'eutanasia sarebbe tornata libera.

C'è chi ha soffocato il figlioletto per evitare che subisse gli abusi immaginari del marito, o chi lo uccide perché lo considera responsabile del proprio fallimento; alcune donne "semplicemente" hanno rimosso il loro crimine e non ricordano più nulla.

La domanda fondamentale, tuttavia, che mi pongo ogni volta che visito una di queste strutture a misura di persona come quella di Castiglione delle Stiviere, in verità l'unica, o gli altri Opg, è se sia opportuno chiuderli. E una volta

chiusi, dal momento che la malattia mentale non si può cancellare con un tratto di penna o un articolo di legge, con quali politiche e strutture si sostituiscono?

Un contributo interessante viene da quanto ha detto il professor Calogero nel corso dell'audizione al Senato della Commissione d'inchiesta sul Ssn: alcuni Opg andrebbero chiusi, nel senso che la loro trasformazione sanitaria è indispensabile. Ciò detto, occorre però affrontare la questione del trattamento del paziente psichiatrico dall'interno e nella sua complessità. È difficilissimo operare avendo di fronte una persona che non riesce più a parlare, o che non ha mai parlato perché ha un forte deficit cerebrale, e che ha sviluppato una psicosi e che magari all'interno di una struttura comunitaria ha ucciso un altro paziente. Ebbene, in un caso del genere che per essere gestito richiede la quotidiana presenza di un infermiere come si immagina di procedere? In un congresso tenutosi a Bormio si parlava di guarigione, un concetto di cui personalmente faccio fatica a parlare. Di guarigioni si può parlare in psichiatria quando si è alla prima manifestazione del problema; è in quella fase che risulta veramente fondamentale intervenire in modo serio e profondo, ma diventa difficile farlo quando la patologia si è ormai cronicizzata da diversi anni. Per esser più

chiari, è come se avessimo a che fare con un caso di diabete scompensato, posto che questa tipologia di paziente ha bisogno sempre di qualcosa e di qualcuno.

Il paziente, spiega Calogero, una volta dimesso, all'esterno deve trovare determinate condizioni: la possibilità di lavorare, di rendersi utile, ecc.; in caso contrario, fatalmente la sua condizione è destinata a regredire, senza risolvere nulla, anzi peggiorando la situazione. E comunque, anche date le condizioni ottimali, Calogero avverte che

ci sarà uno zoccolo duro costituito da pazienti difficili da trattare e da sostenere. Penso ad esempio al caso di un paziente lombardo, che attualmente si trova a Barcellona Pozzo di Gotto e il cui padre destò in me veramente tanta pena. Ho cercato di aiutarlo in tutti i modi, ho ad esempio dato incarico a due infermieri di condurlo a fare trekking nelle colline vicine all'ospedale, ma nonostante l'impegno di questo personale non si è riusciti a fare niente per migliorare la situazione di questo paziente. Voglio dire che esistono situazioni veramente difficili e se non ci caliamo nella realtà di questi casi rischiamo di fare solo teoria!

Calogero – ma non è il solo operatore a dirlo – spiega che accanto a quello che definisce “uno zoccolo duro” costituito da pazienti dei quali non sarà possibile migliorare la situazione, esiste «una fascia di persone su cui dobbiamo lavorare,

facendo in modo che seguano un percorso che non si traduca però nell'ingresso in comunità con la porta girevole, da cui si entra e si esce chissà quante volte». Insomma, una realtà sfaccettata, da tanti punti di vista. E conclude il suo ragionamento dicendo che «dal decreto del presidente del Consiglio dei ministri, che penso di conoscere molto bene, ci aspettavamo di non avere più osservazioni psichiatriche, laddove ne abbiamo avute una decina».

Che cosa si può fare, che cosa andrebbe fatto?

Capisco che le carceri italiane sono difficili da gestire: sono direttore del carcere di Mantova e anche lì ho disposto la presenza di un nostro coordinatore, una persona preparata che si occupi di dirigere all'interno della struttura almeno il settore infermieristico. Quello che è fondamentale è cambiare la cultura, passando così da un'impostazione di tipo meramente carcerario a una più propriamente sanitaria, ed è lì che ci si scontra spesso con la direzione del carcere. Questo è del resto l'altro grosso problema che si trovano ad affrontare gli Opg nel nostro paese.

Significativa, al riguardo, la diretta e personale esperienza di Calogero:

All'interno di un reparto maschile di sessanta pazienti, mi sono trovato a trattare con una decina di soggetti giovanissimi che non lavoravano. Non ho ritenuto che

fosse giusto limitarsi a dire che si trattava di sfaticati, di fannulloni, o comunque di persone che non avevano voglia di fare nulla. Non lo potevo concepire perché, come succede nel caso dei bambini, c'è sempre un motivo per cui si registrano determinati comportamenti. Ho cercato allora di approfondire la situazione, partendo innanzitutto dalla lettura delle analisi cliniche di quei pazienti. È emerso così che c'erano due problemi gravissimi dietro i quali bisognava scavare per risolvere il nodo più grande dell'inserimento. In particolare, un primo problema era legato all'aggressività: questi pazienti erano ossequiosi, gentilissimi, facevano addirittura il baciarmo, ma quel comportamento, per chi conosce la psicodinamica interna, è un segnale di aggressività. Non è evidentemente una condotta punibile, ma è comunque un segnale del fatto che quel soggetto sta mettendo sotto controllo tutte le sue energie per non scaricare aggressività: questo era il motivo per cui quelle persone non avevano l'energia necessaria per lavorare. L'altro grosso problema di questi pazienti era rappresentato dalla lontananza da casa: non dobbiamo dimenticare, infatti, che i soggetti internati sono spesso dei bambinoni che vogliono la mamma, la famiglia, gli affetti, ma che si trovano lontani da casa, per cui diventa molto difficile inserirli in ambito lavorativo. Pensate che uno di questi pazienti – che proveniva tra l'altro da una famiglia perfettamente normale ed era stato condannato per aver ucciso una persona che non conosceva – si è rifiutato addirittura di tornare a casa in licenza: ha deciso che si sarebbe allontanato dall'Opg solo in caso di dimissione, perché per lui uscire momentaneamente dalla struttura significava libertà e vita, voleva dire tornare a casa, mentre rientrare

nella struttura rappresentava una tragedia. Quello che voglio dire è che è importante analizzare le situazioni da diverse prospettive.

Infine, una notazione importante, che vale più di ogni discorso teorico.

Mi ha particolarmente colpita la lettera indirizzata al senatore Ignazio Marino da Giancarlo Cavallaro:

Sono l'educatore che è stato insieme a Lei durante l'ispezione nell'istituto di Barcellona e devo dire che sono rimasto sconcertato per come è stata gestita da parte della Commissione questa vicenda. Non mi aspettavo certamente un così violento e ingiustificato *J'accuse* ma, al contrario, delle "sentite scuse" ai malati e agli operatori dell'Opg, per quello che la politica è riuscita a fare in negativo in questi ultimi trent'anni.

E ancora:

Sul *Corriere della Sera* del 28 luglio 2010, venivano riportate le conclusioni della Commissione. «Bocciati cinque Opg, promosso solo quello di Castiglione delle Stiviere». Non ho letto, però, che il nosocomio di Castiglione è un ospedale civile, convenzionato con il Ministero della Giustizia. Che è una struttura di nuova costruzione, con personale sanitario, parasanitario e psico-socio-pedagogico adeguato agli standard previsti e che conta su un budget doppio a quello di Barcellona Pozzo di Gotto, con centocinquanta internati in

meno. È stata scoperta l'acqua calda. Con strutture, ordinamenti, personale e budget adeguati le cose funzionano. Mi sembra una considerazione alla Catalano.

Voglio però solo suggerire di verificare il numero delle proroghe delle misure di sicurezza presenti a Castiglione, potreste verificare che una degenza in un luogo adeguato ed efficiente non si traduce in una dimissione più facile. Il dramma delle proroghe, frutto del meccanismo perverso delle norme del Codice penale relative alla pericolosità sociale e delle risposte inadeguate dei Dipartimenti di salute mentale, è ben presente anche a Castiglione; basta verificare.



## Il ricovero volontario e coatto per i malati mentali in Francia, Germania e Svizzera

### Francia

In Francia la lotta contro le malattie mentali e le diverse forme di ricovero dei malati in strutture specializzate per i trattamenti psichiatrici sono disciplinate dal *Code de la santé publique* (Livre II, artt. L3211-1 e ss.).

I pazienti affetti da malattie mentali possono essere ricoverati in ambienti specializzati in base a due tipi di internamento: volontario (*Hospitalisation libre* – Hl) o coatto (*Hospitalisation sans consentement*).

Il 20 per cento dei pazienti viene internato con procedura forzata. Tutte le forme di ricovero coatto puntano essenzialmente alla protezione del malato che potrebbe – o avrebbe potuto – essere spinto a commettere errori gravi e dannosi nella gestione delle sue relazioni interpersonali, dei suoi affari o dei suoi beni.



Il ricovero coatto permette anche alle autorità pubbliche di controllare in ogni momento la sussistenza delle ragioni del ricovero assicurando, al tempo stesso, la protezione della persona malata e della sua libertà individuale.

Sono previste due modalità distinte di ricovero coatto: il ricovero su domanda di un terzo (*Hospitalisation à la demande d'un tiers* – Hdt) e il ricovero d'ufficio (*Hospitalisation d'office* – Ho).

Il ricovero su domanda di un terzo (artt. L3212-1 a L3212-12) può assumere due forme: “semplice” o per “pericolo imminente”, in base all’urgenza dell’intervento. Il ricovero è previsto qualora lo stato del paziente imponga cure immediate, oltre che sorveglianza costante in ambiente ospedaliero, e le patologie dalle quali è afflitto rendano impossibile un consenso del paziente alle cure.

Nell’ipotesi di ricovero “semplice”, sono necessari due certificati medici: un certificato del medico di famiglia che attesti lo stato mentale della persona a giustificazione del ricovero senza il suo consenso e un certificato di un medico dell’istituto psichiatrico di accoglienza che confermi il primo certificato.

In caso di “pericolo imminente” per la salute del malato, accertato da un medico, l’ammessione al ricovero su domanda di un terzo può

essere effettuata sulla base di un solo certificato medico.

Anche il ricovero d'ufficio (artt. L3213-1 a L3213-10) può essere disposto in forma "semplice" o con procedura d'urgenza in caso di "pericolo imminente". In alcune condizioni particolari, infatti, il ricovero d'ufficio permette d'intervenire, in caso di «pericolo imminente verso singole persone o che comporti attentato grave all'ordine pubblico», attraverso l'internamento del malato mentale disposto con *arrêté* dal prefetto di polizia (a Parigi) o dai rappresentanti dello Stato (nei diversi dipartimenti), sulla base di un certificato medico circostanziato (*Ho d'urgence*).

In tutti i casi di ricovero coatto il malato viene esaminato, nelle prime ventiquattr'ore, da uno psichiatra dell'istituto di accoglienza, che redige un certificato a conferma o meno del ricovero senza consenso del paziente e tale esame viene rinnovato a intervalli regolari (ogni quindici giorni o ogni mese).

I pazienti soggetti a ricovero coatto possono essere ammessi esclusivamente in ospedali specializzati rientranti nel servizio pubblico ospedaliero, ospedali psichiatrici e ospedali generali con reparti di psichiatria (artt. L3222-1 a L3222-6).

La decisione di mettere termine al ricovero coatto è affidata allo psichiatra dell'ospedale

che ospita il paziente nel caso di ricovero su domanda di un terzo, mentre nel caso del ricovero d'ufficio, la decisione spetta al prefetto, che si basa, nella maggioranza dei casi, sul parere dei medici.

### *Germania*

In Germania, dopo la Seconda guerra mondiale, la cura delle persone affette da disturbi mentali era prestata in istituti di ricovero per i malati psichiatrici, dotati di personale insufficiente e scarsamente motivato. Tali strutture erano inadeguate sia ai trattamenti acuti sia ai programmi di riabilitazione di lungo periodo.

Il processo di deistituzionalizzazione e di implementazione dei servizi di salute mentale (integrazione dell'assistenza psichiatrica all'interno degli ospedali generali e creazione di servizi destinati sia ai pazienti ricoverati sia ai pazienti ambulatoriali, inclusi il *day service* e le strutture residenziali) ebbe inizio a partire dagli anni Ottanta, ma subì un'accelerazione a seguito della riunificazione delle due Germanie, che richiese rilevanti cambiamenti nella struttura e nella qualità del sistema di cura della salute mentale dell'ex Repubblica democratica tedesca.

In generale, gli istituti di ricovero per i malati mentali non furono chiusi, ma subirono un

consistente ridimensionamento strutturale e, adeguatamente equipaggiati, furono destinati, fondamentalmente, alle terapie più acute (cliniche psichiatriche). La loro precedente funzione di istituti di lunga degenza è stata gradualmente trasferita alle strutture residenziali e agli altri servizi della comunità. Inoltre, tra il 1980 e il 2000, è cresciuto in maniera rilevante il numero dei reparti di psichiatria all'interno degli ospedali generali.

La pianificazione e la regolamentazione della cura della salute mentale sono responsabilità dei sedici *Länder* che hanno piena autorità nella definizione di proprie leggi regionali sulla salute mentale<sup>1</sup>. Tali leggi regolamentano, in particolare, l'offerta dei servizi sociali e il ricovero forzato dei malati mentali nelle cliniche psichiatriche universitarie, negli ospedali generali con reparti di psichiatria e negli ospedali

<sup>1</sup> In Germania, ogni *Land* federale ha adottato una propria "legge sulla tutela e sugli aiuti alle persone affette da malattie mentali" (*Gesetze über Schutz und Hilfen für psychisch kranke Menschen – Psychisch-Kranken-Gesetze*). Nel Baden-Württemberg, in Baviera e nel Saarland sono definite "leggi sul ricovero" (*Unterbringungsgesetze*), mentre in Assia "legge sulla privazione della libertà" (*Freiheitsentziehungsge- setz*). A titolo esemplificativo, è possibile consultare la legge sul ricovero del Baden-Württemberg.

psichiatrici. In base a tali norme, un soggetto affetto da disturbi psichici, la cui malattia potrebbe rappresentare una grave minaccia per se stesso e per la pubblica sicurezza, può subire, senza o contro la propria volontà, un internamento coatto qualora lo stato del paziente imponga cure immediate e le patologie dalle quali è afflitto rendano impossibile il suo consenso al trattamento terapeutico.

In tutti i *Länder* l'organo competente per la procedura di ricovero forzato è il tribunale di prima istanza. Il ricovero avviene, primariamente, sulla base di una decisione del giudice. Di regola, la richiesta scritta di internamento può essere avanzata dinanzi al tribunale solo da un'autorità dell'amministrazione circondariale o comunale (ad esempio, gli uffici d'igiene), su indicazione di un medico o di un membro del nucleo familiare della persona malata. Alla richiesta deve essere allegata una perizia dettagliata e recente redatta da un medico psichiatra che attesti lo stato mentale della persona a giustificazione del ricovero coatto e l'impossibilità di risolvere il problema in altro modo. Il tribunale dispone l'internamento dopo aver ricevuto la suddetta perizia. La procedura legale per il ricovero coatto è regolata agli artt. 312 e seguenti della legge sulla procedura in materia familiare e di volontaria giurisdizione (*Gesetz über*

*das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit).*

In caso di minaccia incombente per la salute del malato e per la sicurezza pubblica, gli uffici d'igiene prendono in considerazione il cosiddetto ricovero forzato urgente (altrimenti detto "ricovero provvisorio a causa di pericolo imminente"), sulla base di un semplice certificato medico che attesti l'urgenza dell'internamento (all'occorrenza, con il sostegno degli organi di polizia qualora il soggetto interessato opponga resistenza). La persona internata è esaminata immediatamente da uno psichiatra che verifica la sussistenza delle condizioni che legittimano il ricovero urgente. L'esito dell'esame deve essere comunicato all'autorità competente che, qualora ritenga necessario prolungare il ricovero coatto, ha l'obbligo di informare immediatamente il tribunale. Senza l'autorizzazione da parte del giudice, infatti, l'internamento coatto urgente può durare al massimo ventiquattr'ore, dopodiché il soggetto interessato deve essere rilasciato, ai sensi dell'art. 104 della Legge fondamentale<sup>2</sup>.

Il tribunale può disporre, a seconda del *Land*, fino a un massimo di due anni di inter-

<sup>2</sup> La Costituzione tedesca.

namento. Dopo il tempo massimo, il tribunale deve decidere sul perdurare del ricovero.

Oltre al ricovero coatto effettuato ai sensi delle leggi regionali sulla salute mentale, un internamento con procedura forzata, che superi le ventiquattr'ore, può avvenire nei casi seguenti:

- in seguito al compimento di un fatto antigiuridico da parte di un soggetto con disturbi psichici, il giudice dispone il ricovero in un ospedale psichiatrico qualora, dalla valutazione complessiva dell'autore e del fatto, risultati che da lui è possibile attendersi la commissione di rilevanti fatti antigiuridici (§ 63 del Codice penale);
- il ricovero dell'amministrato a opera dell'amministratore di sostegno (*Betreuer*) o del procuratore (*Bevollmächtigte*) è ammesso in quanto, a causa di una malattia psichica o di un impedimento mentale o psichico dell'amministrato, sussista l'effettivo pericolo che egli possa togliersi la vita o causare notevoli danni alla propria salute, ovvero sia necessario un esame dello stato di salute o un intervento medico che non può essere eseguito senza il ricovero dell'amministrato e quest'ultimo, in seguito a una malattia psichica o a un impedimento mentale o psichico, non riconosca la necessità del ricovero e non

possa quindi agire in tal senso. Il ricovero è ammesso solo con autorizzazione del tribunale della tutela (*Vormundschaftsgericht*), (§ 1906 del Codice civile).

### *Svizzera*

In Svizzera la sanità è strutturata in modo federale, i compiti e la politica sanitaria sono ripartiti su tre livelli: Confederazione, cantoni e comuni.

Di norma, il rapporto tra la Confederazione e i cantoni è fondato sul principio di sussidiarietà.

L'articolo 43 della Costituzione stabilisce che i cantoni «determinano quali compiti essi adempiono nell'ambito delle loro competenze». Ai sensi dell'art. 118, comma 1, la Confederazione, nell'ambito delle sue competenze, «prende provvedimenti a tutela della salute», in particolare emana prescrizioni sulla «lotta contro malattie trasmissibili, fortemente diffuse o maligne dell'uomo e degli animali» (comma 2, lett. b). Un disegno di legge federale sulla prevenzione e la promozione della salute è stato trasmesso al Parlamento nel settembre 2009.

Vista la competenza cantonale in materia, viene presa in esame, a titolo di esempio, la disciplina vigente nel Canton Ticino, la cui legge

sull'assistenza sociopsichiatrica (Lasp), del 2 febbraio 1999, tutela i diritti delle persone bisognose di assistenza (utenti), garantisce loro un'assistenza psichiatrica e sociopsichiatrica pubblica adeguata nel rispetto delle libertà individuali, istituisce ed organizza le Unità terapeutiche riabilitative (Utr) nel territorio, vigilando sul loro funzionamento, e favorisce la prevenzione dei fattori che determinano i fenomeni patogeni a livello individuale e sociale (art. 1).

Il capitolo III della legge è dedicato in particolare all'ammissione e al collocamento nelle Utr (artt. 16-28). L'ammissione può essere volontaria, per cui ogni persona bisognosa d'assistenza ha il diritto di essere ammessa, su richiesta, in una Utr adeguata alla sua situazione (art. 16). La richiesta è presentata al responsabile dell'Utr, che valuta le ragioni della richiesta e, se necessario, adotta provvedimenti alternativi al ricovero. Nel caso di ricovero coatto, quando ne sia cessata la causa, l'utente può chiedere di rimanere nell'ente a titolo di ricovero volontario (art. 17).

Esiste poi la possibilità del collocamento coattivo, cioè ogni ricovero in una Utr che avviene senza o contro la volontà dell'utente (art. 19). Il collocamento coattivo può essere non urgente (o ordinario) oppure urgente. Nel primo caso il collocamento o il trattenimento in una

Utr avviene per decisione: a) dell'autorità competente secondo la legislazione federale e cantonale per i detenuti; b) della delegazione tutoria del comune di domicilio per le persone previste all'art. 397a del Codice civile o dal direttore del settore del luogo di domicilio in caso di malattia psichica; dell'autorità prevista dal diritto federale per i minorenni.

Il direttore del settore o lo psichiatra curante possono decidere un trattamento ambulatoriale coattivo se la situazione dell'utente, pur non giustificando un collocamento, richiede comunque un intervento restrittivo della libertà personale (art. 20). Se la decisione non è emanata da un giudice penale, essa deve essere motivata e corredata dal piano terapeutico e deve fare esplicito riferimento alla possibilità di ricorso indicando termine e autorità (art. 21). Il collocamento coattivo urgente è di competenza anche della delegazione tutoria del luogo di residenza della persona oppure di un medico abilitato all'esercizio in Svizzera. Per le persone tutelate è inoltre competente il tutore (art. 22).

Vi è inoltre l'ipotesi del collocamento coattivo per motivi di polizia. Ai sensi dell'art. 23 una persona può essere collocata in una Utr per motivi di polizia se costituisce con molta probabilità un pericolo grave e imminente per

la propria o altrui vita e salute, evitabile solo con la privazione della libertà e se il collocamento è suscettibile di favorire l'adozione di interventi terapeutici o riabilitativi.

L'art. 24 precisa i requisiti della decisione. Essa deve contenere: a) la sintomatologia, con l'esposizione dettagliata dei fatti che rendono necessario il collocamento coatto; b) la giustificazione dell'indifferibilità e dell'insostituibilità della misura; c) il luogo e il tempo della visita personale dell'utente; d) la fonte di altre informazioni, almeno in modo generico; e) ogni altro elemento su cui il medico o l'autorità ha fondato la propria decisione; f) l'indicazione se il ricovero è coatto o volontario; g) l'indicazione dell'autorità e del termine di ricorso.

Il responsabile dell'Utr, o il suo sostituto, verifica immediatamente la sussistenza dei requisiti che fondano la validità del collocamento d'urgenza, sente la persona collocata, la informa dei suoi diritti e della facoltà di ricorso. Per quanto possibile, è informato il rappresentante legale o, in sua mancanza, una persona prossima (art. 25). Se il responsabile dell'Utr ritiene che non sussistano i requisiti di cui all'art. 24, non ratifica la decisione, prende provvisoriamente le misure opportune e ne informa l'autorità competente (art. 26). L'autorità può avvalersi dell'ausilio della

forza pubblica in caso di urgenza o di dimostrata necessità (art. 28).

Il capitolo IV concerne l'assistenza e i diritti degli utenti (artt. 29-49).

Il piano terapeutico è elaborato dall'*équipe* che assiste l'utente. Se non è giustificata da motivi d'urgenza, la privazione o la restrizione grave della libertà personale può essere attuata solo dopo l'elaborazione del piano o la sua iscrizione in esso. Il medico curante elabora la cartella clinica. Tali atti sono allestiti il più presto possibile e sono costantemente aggiornati (art. 29).

Il consenso dell'utente è necessario per qualsiasi terapia. Esso deve essere formulato per iscritto nel caso di terapie intense e rischiose. All'utente deve essere data la possibilità di consultare una persona di sua fiducia (art. 32). Per gli utenti incapaci di discernimento, il consenso per le terapie intense e rischiose è dato dal suo rappresentante legale e confermato dai medici componenti il Consiglio psicosociale cantonale (Cpsc)<sup>3</sup>, che valuta la richiesta sotto

<sup>3</sup> Il Consiglio psicosociale cantonale (Cpsc) elabora e propone al Consiglio di Stato la pianificazione sociopsichiatrica fissando l'ordine delle priorità; applica la legge nei casi in cui essa gli attribuisce speciale competenza e ne verifica l'attuazione generale; definisce e autorizza le terapie intense e rischiose avvalendosi del consulto dell'ordine dei medici (art. 11).

il profilo medico e dopo aver accertato l'inadeguatezza di altre terapie meno intense e rischiose (art. 33).

L'utente capace di discernimento può notificare al Cpsc l'accettazione o l'opposizione preventiva all'uso nei suoi confronti di determinate terapie (art. 35). Se l'utente è coattivamente ricoverato e nega il consenso, benché la terapia appaia indicata per la sua salute e meno lesiva della sua libertà personale di altre misure che si renderebbero necessarie, il Cpsc, su istanza del responsabile dell'Utr, la può autorizzare (art. 36).

La privazione e la restrizione della libertà personale, avvenuta in violazione delle norme della legge, conferisce il diritto a un risarcimento del danno e, se giustificata dalla gravità del pregiudizio, a un'indennità di riparazione morale (art. 55)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Esiste inoltre un regolamento d'applicazione della legge sull'assistenza sociopsichiatrica. [www3.ti.ch/CAN/rl/program/books/rst/htm/06\\_75.htm](http://www3.ti.ch/CAN/rl/program/books/rst/htm/06_75.htm).

## La disciplina degli ospedali psichiatrici giudiziari in Francia, Germania, Regno Unito e Spagna

### Francia

L'art. L3214-1 del *Code de la santé publique* (Csp) prevede che l'ospedalizzazione dei detenuti affetti da malattia mentale avvenga in un istituto sanitario, all'interno di un'unità appositamente realizzata per la loro accoglienza: *l'Unité hospitalière spécialement aménagée* (Uhsa).

Tale norma è stata introdotta nel Csp dall'art. 48 della *loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice*.

La legge in questione ha inoltre introdotto il nuovo Capitolo IV nel Codice della sanità pubblica (Terza parte, Libro II, Titolo I), intitolato: *Hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux* (artt. L3214-1 a L3214-5) in cui sono indicate le modalità di assegnazione dei detenuti con problemi mentali negli istituti specializzati.

Con il *Décret n. 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux* è stata inoltre modificata la parte regolamentare del Csp, nel quale è stato introdotto il nuovo Capitolo IV (nel Libro II, Titolo I) *Hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux* (artt. R3214-1 a R3214-23). In particolare gli artt. da R 3214-1 a R3214-4 sono dedicati ai *Principes de fonctionnement des unités d'hospitalisation pour les personnes détenues atteintes de troubles mentaux*.

L'articolo 48 della *loi n. 2002-1138* stabilisce inoltre che, in attesa che siano costituite le Uhsa, l'ospedalizzazione dei detenuti con problemi mentali continui ad essere assicurata da un Servizio medico-psicologico regionale (Smpr), istituito presso un istituto penitenziario o da un istituto sanitario, ai sensi dell'art. L6112-1 del Csp.

Attualmente sono attivi in Francia<sup>1</sup>:

- 26 servizi medico-psicologici regionali (Smpr), costituiti presso 26 istituti penitenziari;

<sup>1</sup> *Le chiffres clés de l'administration pénitentiaire en chiffres au 1er janvier 2011*, p. 3.

- 152 sezioni di psichiatria all'interno delle *Unités de consultations et de soins ambulatoires* (Ucsa), che agiscono presso gli istituti penitenziari;
- 1 *Unité hospitalière spécialement aménagée* (Uhsa). Si tratta della prima Uhsa, inaugurata a Lyon-Le Vinatier nel maggio 2010. È inoltre prevista l'apertura di una seconda Uhsa a Toulouse-Nancy, entro la fine del 2011.

### *Germania*

In base ai §§ 63 e 64 del Codice penale tedesco (*Strafgesetzbuch-StGB*), in determinate circostanze i malati mentali o i tossicodipendenti colpevoli di aver commesso reati sono internati in ospedali psichiatrici (*psychiatrische Krankenhaus*) o in istituti di disintossicazione (*Entzugsanstalten*).

Il § 63 del Codice penale stabilisce che:

Quando taluno ha commesso un fatto antigiuridico in condizione di non imputabilità (§ 20) o di imputabilità diminuita (§ 21), il giudice dispone il ricovero in un ospedale psichiatrico se dalla valutazione complessiva dell'autore e del fatto risulta che da lui è possibile attendersi, in ragione della sua condizione, la commissione di rilevati fatti antigiuridici e che egli è perciò pericoloso per la collettività.

### In base al § 64:

Se taluno ha la tendenza ad assumere in quantità eccessiva bevande alcoliche o altre sostanze inebrianti e viene condannato per un fatto antigiuridico commesso in stato di ebbrezza o riconducibile alla sua tendenza o non viene condannato solo perché è provata o non può essere esclusa la sua non imputabilità, il giudice dispone il ricovero in un istituto di disintossicazione se sussiste il pericolo che egli, a causa della sua tendenza, commetta rilevanti fatti antigiuridici.

Per quanto riguarda l'esecuzione della pena (*Vollzug*), la normativa di dettaglio è contenuta, a livello regionale, in parte nei *Maßregelvollzugs gesetze*, (leggi regionali sull'esecuzione della pena), in parte in alcuni capitoli delle leggi regionali sulla tutela e sugli aiuti alle persone affette da malattie mentali (*Gesetze über Schutz und Hilfen für psychisch kranke Menschen - Psychisch-Kranken-Gesetze*), adottate dai singoli Bundesländer.

Per quanto riguarda le misure limitative della libertà, è possibile consultare, a titolo esemplificativo, la legge regionale sulle misure limitative della libertà del *Land Rheinland-Pfalz* (*Landesgesetz über den Vollzug freiheitsentziehender Maßregeln*).

Con riferimento alla normativa regionale sulla tutela delle persone affette da malattie

mentali, è possibile consultare, a titolo esemplificativo, la legge sul ricovero del Baden-Württemberg o la legge sul malato mentale del *Land* Berlino.

Il ricovero avviene in istituti (*Anstalten*); di regola, si tratta di amministrazioni sanitarie o sociali dei *Länder*. Al primo gennaio 1987, sul territorio federale erano ricoverati in ospedali psichiatrici giudiziari 3746 persone; al 31 marzo 2009, le persone ricoverate sono 9251: di esse, 736 sono ricoverate temporaneamente in ospedali psichiatrici o in centri di disintossicazione (§ 126a StPO), 6569 in ospedali psichiatrici (in modo permanente), ai sensi del § 63 del Codice penale e 3021 in centri di disintossicazione (in modo permanente), ai sensi del § 64 del Codice penale<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> *Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrechtlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) – Strafvollzugsstatistik* (Documento contenente dati statistici sulle esecuzioni delle pene, pubblicato dall'Ufficio federale di statistica, ottobre 2010); *Evaluation des Maßregelvollzugs: Grundsätze einer Kosten-Nutzen-Analyse*, di Horst Entorf TU-Darmstadt (Valutazione delle misure di esecuzione della pena: analisi costi-benefici), Documento di lavoro dell'Istituto di economia politica dell'Università tecnica di Darmstadt, settembre 2007.

## Regno Unito

La materia è disciplinata dal *Mental Health Act 1983*, come modificato da ultimo dal *Mental Health Act 2007*. La possibilità di sottoporre a trattamento sanitario obbligatorio persone in stato di detenzione è contemplata solo nei casi espressamente disciplinati dalla legge.

È prevista, anche nel caso della incapacità personale dell'imputato di stare in giudizio (*Unfitness to plead*), la possibilità che nei suoi confronti vengano emanati provvedimenti che gli impongono il ricovero in una struttura sanitaria (*hospital orders*), generalmente anche restrittivi della libertà personale (definiti, quindi, *restriction orders* o *directions*, a seconda che siano emessi dall'autorità giudiziaria, oppure da quella penitenziaria nei riguardi di un detenuto trasferito in una struttura sanitaria). La persona che vi è sottoposta (*restricted patient*) può ricorrere contro i relativi provvedimenti.

Le fattispecie in presenza delle quali il reo con problemi psichiatrici (*mentally disorderd offender*) è sottoposto a trattamenti sanitari, sono illustrate in un documento esplicativo, dal titolo *Guidance for working with MAPPA and mentally disordered offenders*, pubblicato nel novembre 2010 dal Ministero della Giustizia.

La legge ha istituito un organo giurisdizionale indipendente abilitato, su istanza degli interessati, all'esame dei provvedimenti adottati nei loro confronti; esso assume le sue decisioni ponderando i diritti e gli interessi in gioco, tra cui la libertà personale del ricorrente e la sicurezza della collettività.

Denominato in origine *Mental Health Tribunal*, tale organo è stato poi soppresso dal *Tribunal, Courts and Enforcement Act 2007*, che ha istituito al suo posto due distinti organismi giurisdizionali, corrispondenti a un doppio grado di riesame: il *First Tier Tribunal* e lo *Upper Tribunal*.

I provvedimenti in questione possono prevedere il ricovero e il trattamento in strutture sanitarie ospedaliere o, in alternativa, la partecipazione dell'interessato, dimesso dalla struttura (*discharged*), a programmi terapeutici svolti all'esterno. La dimissione può tuttavia essere oggetto di revoca (si veda al riguardo il documento pubblicato nel febbraio 2009 dal Ministero della Giustizia, intitolato *The recall of conditionally discharged restricted patients*).

Dal punto di vista del processo penale, l'imputato di cui si vogliono accertare le condizioni psichiatriche può essere rinviato dalla corte che lo giudica a una struttura ospedaliera per essere sottoposto a tale accertamento (*Mental Health Act 1983, sec. 35: Remand for reports*), op-

pure si può disporre nei suoi confronti il ricovero sanitario in alternativa alla detenzione, in pendenza del procedimento che lo riguarda (*Mental Health Act 1983, sec. 36: Remand for treatment*, previsto per i procedimenti dinanzi alla *Crown Court*). La legge prevede che, prima dell'irrogazione di pene detentive, il giudice debba acquisire la valutazione sanitaria delle condizioni di salute dell'imputato che abbia manifestato problemi psichiatrici ovvero appaia *mentally disordered* (*Criminal Justice Act 2003, sec. 157*).

Nei riguardi delle persone in stato di detenzione, servizi di assistenza psichiatrica sono forniti all'interno degli istituti di pena da personale specializzato (psichiatri, psicologi, terapisti occupazionali riuniti nei cosiddetti *Mental health in-reach teams*, Mhirt), con l'obiettivo principale di provvedere all'inquadramento dei pazienti, ai livelli essenziali di prestazione (*primary care*), alle decisioni relative al trasferimento in strutture sanitarie dedicate (*secure beds*), nonché alla prevenzione dei fenomeni di autolesionismo e dei suicidi. Tali servizi sono prestati dal Servizio sanitario nazionale (Nhs) in collaborazione con le autorità penitenziarie. Sull'esperienza di tali servizi può essere utile il rapporto *The mental health of Prisoners*, curato nell'ottobre 2007 dallo *HM Inspectorate of Prisons*.

Nel 2009 è stato avviato, in due sedi giudiziarie, un progetto pilota (*Mental Health Court - Mhc*) relativo ai provvedimenti adottati nei confronti di condannati con problemi mentali, i quali siano stati sottoposti alle pene alternative alla detenzione (*community orders*) previste dal *Criminal Justice Act 2003*. Scopo del progetto è la definizione di standard operativi e di costo, nonché di un modello che valuti l'efficacia delle misure e dei servizi di consulenza psichiatrica presso i tribunali. Tale esperienza è oggetto di un rapporto intitolato *Process evaluation of the Mental Health Court pilot* e pubblicato a cura del Ministro della Giustizia nel settembre 2010.

### Spagna

L'ordinamento penitenziario spagnolo è disciplinato dalla *ley orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria*.

Ai sensi dell'articolo le istituzioni penitenziarie hanno come fine essenziale la rieducazione e il reinserimento sociale delle persone condannate a pene e ad altre misure limitative della libertà personale, nonché la reclusione e la custodia dei detenuti. L'attività penitenzaria deve rispettare la personalità dei reclusi e i diritti e gli interessi giuridici degli stessi, che non risultino limitati dalla condanna, senza al-

cuna differenza per motivi di razza, opinioni politiche, credi religiosi, condizione sociale o altra circostanza analoga (art. 3).

Il titolo I della legge (artt. 7-14) disciplina gli istituti penitenziari, che ai sensi dell'articolo 7 sono distinti in:

- istituti di prevenzione (*establecimientos de preventivos*);
- istituti di esecuzione della pena (*establecimientos de cumplimiento de penas*);
- istituti speciali (*establecimientos especiales*).

Gli istituti speciali comprendono i centri ospedalieri, i centri psichiatrici (*centros psiquiátricos*) e i centri di riabilitazione sociale (art. 11).

La disciplina di dettaglio è contenuta nel regolamento penitenziario previsto dalla legge: il *Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario*.

In particolare gli articoli 183-191 del regolamento disciplinano l'internamento in un istituto o unità psichiatrica penitenziaria (*internamiento en un establecimiento o unidades psiquiátricas penitenciarias*).

Gli ospedali psichiatrici giudiziari sono centri speciali destinati all'esecuzione delle misure di sicurezza privative della libertà per determinati soggetti considerati non imputabili per anomalie o alterazioni psichiche, in particolare per turbe mentali gravi di tipo psicotico. In tali

centri è predominante la funzione assistenziale, svolta da un'*équipe* multidisciplinare composta da psichiatri, psicologi, medici generici, infermieri, lavoratori sociali, educatori e terapeuti, che sono incaricati di garantire il processo di riabilitazione del soggetto.

In tali centri non esiste un sistema di trattamento analogo a quello dei centri ordinari di detenzione, il loro obiettivo principale è il conseguimento della stabilità psicopatologica dei pazienti e la riduzione della loro pericolosità, mediante un programma di attività riabilitative (assistenza psichiatrica e psicologica, terapia occupazionale, attività educativa e formativa, sport ecc.). La permanenza di un paziente nell'ospedale psichiatrico non può superare il tempo massimo fissato nella sentenza.

In Spagna esistono due centri psichiatrici giudiziari, uno a Siviglia e l'altro ad Alicante, il primo costruito nel 1990, il secondo nel 1983<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Per ulteriori informazioni, si può consultare il sito della Secretaría general de instituciones penitenciarias (facente capo al Ministero dell'Interno), nonché, sempre sul medesimo sito, la scheda illustrativa *El sistema penitenciario español* (2011), in particolare p. 26.



## Emergenza da matti

La questione della situazione degli Ospedali psichiatrici giudiziari è finalmente esplosa, a livello di informazione e di consapevolezza da parte dell'opinione pubblica. Era ora! La politica, al solito, batte il passo. E sì che chi doveva e voleva sapere, poteva.

Quella che segue è un'inchiesta di Roberto Di Caro pubblicata dal settimanale *l'Espresso* il 13 giugno 2002, ben nove anni fa! Sembra scritta oggi.

2002: Viaggio negli Ospedali psichiatrici giudiziari  
Fondi tagliati. Strutture fatiscenti. Poco personale.

È la realtà degli ex manicomì criminali.

Che nonostante questo sono ricchi di iniziative.

E di critiche per le strutture alternative.

Il matto, l'uxoricida, ti viene incontro in mezzo alle anatre mandarine e ai germani reali dell'area verde, ospedale psichiatrico giudiziario "Filippo Saporito" di

Aversa. Non pare denutrito, ma è di cibo che ti parla: "Lo sai quanto spendono per darci da mangiare? Vuoi vedere?". Sì, vogliamo vedere. Un euro e mezzo al giorno, un po' più di un cappuccino: tanto costa, per colazione, pranzo e cena, il mangiare di un internato in ospedale psichiatrico giudiziario, in sigla Opg, quello che una volta si chiamava manicomio criminale. Nel dettaglio, in vecchie lire perché così sta scritto e perché i mezzi centesimi non esistono, latte 180 lire al dì, orzo macinato 15, zucchero 14, e una lira di pangrattato, 2 lire di sale, 99 di pasta, 226 di verdura e 339 di pane; e poi aceto di vino 8 lire solo il giovedì, ma il lunedì 563 lire di merluzzo, il martedì 720 di tacchino, il mercoledì 1100 di sottilette, bollito 975 lire solo il sabato, per santificare la domenica 160 lire di crostatina. Tutto dettagliato nella "tabella vittuaria ministeriale" di Aversa, che gli internati hanno pubblicato nel loro giornalino *La storia di Nabuc*<sup>1</sup> (anche il re babilonese impazzì per sette anni), quindici numeri in quattro anni, non sottoposto a censura alcuna.

L'internato che non si accontenta può ricorrere, a sue spese, al cosiddetto sopravvitto, acquistando (nella dispensa gestita dallo stesso fornitore a basso costo all'amministrazione penitenziaria) un chilo di pasta all'uovo a 9,93 euro, carne bovina o suina a 6,20 euro al chilo, camomilla a 0,96 euro a confezione, casomai gli venissero i nervi. Lo Stato contiene le spese all'osso sotto il livello di sussistenza, i fornitori compensano, l'internato paga o si tiene lo stomaco semivuoto.

<sup>1</sup> Il re Nabucodonosor venne maledetto con sette anni di pazzia.

Poiché sul mangiare era arduo risparmiare oltre, si sono tagliati i fondi destinati a pagare gli psicologi. Così i due di Aversa, come i due di Napoli e Montelupo Fiorentino, si sono visti ridurre le ore retribuite da cinquanta a quarantadue al mese: il che significa un minuto al giorno a paziente per studiare e attuare i percorsi di riabilitazione che dovrebbero, un giorno, tirarlo fuori di lì e restituirlo a una vita familiare o comunitaria dignitosa e senza pericoli, per lui e per gli altri. A Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto, provincia di Messina, è anche peggio: di ore i due psicologi ne fanno solo 23 al mese. Tanto due o tre volontari poi si trovano, giovani, idealisti e paghi di farsi un po' le ossa o di preparare la loro prima pubblicazione scientifica: impeccabile interpretazione di quel principio di sussidiarietà così caro alle gerarchie ecclesiastiche e sposato dall'attuale presidente del Consiglio.

Un flash su un paio di internati legati al letto (sì, in qualche caso nel "reparto agitati" lo si fa ancora, quando nessun altro sistema funziona, sostengono gli agenti, il letto di contenzione è l'unica alternativa efficace) e l'articolo di denuncia è bello e pronto. Invece no. Nei sei Opg italiani sono internate 1130 persone, un terzo delle quali ha ucciso coniuge o genitore o figlio o altri, e il resto è reo di lesioni, minacce, maltrattamento, stupro, atti osceni.

Se fossero una massa di disperati affidati alle cure di un branco chi più chi meno di aguzzini, non sarebbe forse così arduo intervenire con scelte radicali: radere al suolo tali escrescenze di un Ottocento lombrosiano come auspica Franco Rotelli, direttore della Asl 2 Casserta, un tempo braccio destro di Franco Basaglia, l'uomo della legge 180 che abolì, di nome se non di

fatto, tutti i manicomì esclusi i sei giudiziari. Ma le cose non stanno così.

Dentro, nell'istituzione totale, con fondi risibili si attivano mille iniziative, interventi, corsi, trattamenti, intrattenimenti. Fuori, dove da vent'anni si parla di strutture alternative, case-alloggio, reti territoriali di monitoraggio e assistenza a maglie strette, non s'è fatto quasi nulla. Così nessuno lo vuole e nessuno se lo prende, il matto giudicato pericoloso da un tribunale che lo ha prosciolto dai reati addebitatigli, perché incapace di intendere e di volere, comminandogli una misura di sicurezza di due, cinque o dieci anni salvo proroghe. E lui, una volta entrato, resta dentro più del dovuto: dieci anni e dieci mesi è la permanenza media di un internato maschio a Castiglione delle Stiviere, dei sei la sola struttura senza polizia penitenziaria e con una sezione femminile, settantacinque internate che ci restano in media molto meno, quattro anni.

La contraddizione è insita in un'istituzione che è e resta carcere ma dovrebbe e vorrebbe essere anche ospedale. E il discriminio tra "sorvegliare e punire" e curare, riabilitare, restituire a una vita il più normale possibile attraversa tutte le persone che ci lavorano: polizia penitenziaria (chi arriva dall'Ucciardone o da Poggioreale è abituato a difendersi da mafiosi e camorristi, e devi spiegargli tutto della malattia mentale), psichiatri (chi ci spende l'anima e chi ci passa quando può come terzo o quarto lavoro), infermieri, educatori, volontari esterni, direttori.

Come un viaggio a Napoli, Aversa e Castiglione ci consente di raccontare.

Napoli, Opg Sant'Eframo nel convento cinquecentesco arrampicato per salire al Vomero. Karaoke tutti i

giorni, sul palcoscenico del cineteatro Raggio di sole. Gerardo, tarchiato e lisciato nella chioma, canta *Un pugno e una carezza* di Celentano, lui che è qua da tre anni per violenze in famiglia. Carmine, che ha ucciso, rifà *I' so' pazzo* di Pino Daniele. Stefano e Flamur, qua per lesioni e minacce, lavoranti alla manutenzione fabbricati per 380 euro il mese, ballano con due infermiere e un'educatrice. Una dozzina di internati assistono sulle file di sedili di legno, quasi tutti fumano, alcuni applaudono, altri guardano fissi davanti a sé per le potenti dosi di farmaci neurolettici che gli hanno somministrato. Attraversi il cortile e in cucina, al corso da cuoco della Regione con dieci iscritti, incroci un fiorentino sdentato che ha ucciso la moglie. Lavora, e manda tutti i soldi alle figlie che non rivedrà probabilmente mai più: «L'eromane più simpatico che c'è», dice il direttore Umberto Raciopoli.

Nella tipografia stampano *33,3 periodico*, il giornalino dei matti. Scendi una scala e c'è la palestra. Cambi ala, sali una rampa, e in una stanza altri otto ricoverati dipingono e modellano ceramica, mentre Livia Schettino, maestra, e Giovanni Frascadore che coordina i corsi, ti mostrano le foto delle gite mensili, a gruppi, a Palazzo Reale, Ischia, Sorrento, le solfatate di Pozzuoli, anche a Roma.

Nelle camerette, strette e a cinque letti, panni stesi, poster di donne e Schumacher, televisore acceso su Mtv, due internati che nessuno riesce a far alzare. Troppa grazia? Guardi il mazzo di chiavi d'ottone, grandi e a tubo tondo, alla cinta degli agenti di polizia penitenziaria, e cambi idea.

Con l'orto, il karaoke, i laboratori medici e i murales di Totò e di Eduardo, Sant'Eframo è un carcere dove

si viene perché si è malati di mente e pericolosi. Ma che succede quando il malato supera la fase di grave "irregolarità comportamentale"?

«Metà delle persone qui internate potrebbero già essere affidate senza rischi a strutture territoriali esterne: se esistessero, e se le poche che esistono fossero organizzate per riempire la loro vita, non solo per fornirgli un tetto e un letto»: così il direttore Umberto Raciopoli. Ma anche Anna Maria, educatrice da un lustro, una che ti avverte «la 180 non si tocca!» e l'Opg vorrebbe farlo sparire, ti dice: «Alcuni, una volta fuori, mi hanno chiesto di ritornare qua. Capisce? Vanno in comunità, gli svuotano la vita, e vogliono rientrare in Opg. O li rimandiamo in famiglia, nessun servizio li segue, e qua di nuovo finiscono». Non c'è descrizione più precisa e attendibile del fallimento della riforma psichiatrica.

Aversa, il primo, il più antico, anno 1872. Giri tra una costruzione e l'altra con Adolfo Ferraro, che lo dirige da cinque anni, e lo fermano ogni secondo da dietro le sbarre: «Diretto' quando me ne vado di qui?». «Diretto', sono sei mesi che ho chiesto un colloquio col magistrato». «Diretto' ce l'hai una sigaretta?». Già, le sigarette. Moneta di scambio per tutto, qua dentro: cibo, maglioni, amicizia, affettuosità, sesso. S'arrangiano.

Come Ferraro, del resto, che coi tagli al bilancio della Sanità si ritrova ad arredare le celle con mobilio di risulta, a mantenere l'area verde ripopolando in cambio le oasi Wwf di uccelli rari nati qua dentro, a recuperare i farmaci antidepressivi necessari sperimentandone uno su pazienti aggressivi per conto di un'industria farmaceutica.

In alto, sulle mura, le garitte degli agenti sono vuote, abbandonate. I vecchi attrezzi della repressione manicomiale, ceppi, catene, macchine da elettroshock, sono finiti nel museo allestito per scuole e curiosi, assieme al pianoforte della contessa Bellentani, qua reclusa di lusso negli anni Quaranta per aver ucciso l'amante. «Tutti vengono a vedere, ma nessuno se li viene a prendere 'sti disgraziati», scuote la testa Vincenzo Volpe, infermiere da vent'anni, ben prima che nel '98 ne arrivassero altri sessanta, maschi e femmine.

La scoperta, ad Aversa, è la polizia penitenziaria. Restano strascichi di vecchi conflitti tra medici e agenti di custodia. Ma a organizzare e gestire l'area "trattamentale" (sartoria, ceramica, teatro, pittura, fotografia, composizione floreale, musicoterapia, area verde, ogni giorno per metà degli internati) è Salvatore Montesano con altri cinque poliziotti come lui, più due infermieri, tre educatori e un amministrativo. «Per questo bisogna formare gli agenti», dice il comandante Luigi Mosca, «e riconoscerli professionalmente». Non puoi trattare allo stesso modo un carcerato e uno che ti guarda, sgrana gli occhi e dice: «Sai, qua servono un tipo di buchi col formaggio...».

Castiglione delle Stiviere, struttura ospedaliera del "Carlo Poma" di Mantova, convenzionata ma non dipendente dal ministero della Giustizia, e unica sezione femminile di Opg, con settantacinque internate, fascia più affollata fra i trenta e i quaranta anni, diagnosi più frequente la schizofrenia paranoide. Quattordici sono infanticide, quasi tutte hanno ucciso il figlio. C'è un febbriile viavai di detenute dalle carceri di tutta Italia, donne che condannate mostrano segni di squilibrio o depressione, vengono mandate in osservazione psi-

chiatrica per trenta giorni, tentano in genere di rimanerci. Ti raccontano spezzoni di vita: «Ho sempre avuto a che fare con persone molto aggressive: genitori, marito»; «Me l'hanno fatto uccidere, me l'hanno ordinato»; «Eh, l'ho fatto, è la vita. Ma ho un disturbo di personalità».

Uomini e donne insieme li trovi solo al reparto Avalon: in quindici si autogestiscono di giorno, cucinano, studiano computer e falegnameria. Per le altre, alla rete che le separa dagli uomini c'è, di straforo, ressa: per un bacio chiedono una sigaretta, le tossiche una medicina qualsiasi.





## A mo' di postfazione di Sergio Staino

Qualche anno fa ho preso parte a un convegno di Psichiatria democratica; e assieme ad altri, a quel convegno intervenne anche Sergio Staino, il "papà" di Bobo. Un intervento che mi colpì molto, il suo. Gli ho chiesto l'autorizzazione di poterlo riprodurre e di questo lo ringrazio.

Avevo dodici anni, di famiglia tranquilla e affettuosa, e volevano sapere perché dessi fuori di matto nei momenti più impensabili della giornata...

Come disegnatore politico "compulsivo", volevo dirvi che non abbiamo ancora una associazione, ma siamo in tanti, intendo Ellekappa, Altan, Vauro, Vincino, che tutti qui idealmente rappresento.

Lo sapevo che prima o poi avrei fatto un discorso a Psichiatria democratica e non solo perché quando si cade nelle mani di Emilio Lupo non c'è scampo, ma anche perché la caratteristica di noi satirici è che non riusciamo mai a prendere sul serio le cose "serie" che ci

vengono proposte. Dobbiamo sempre guardarvi dietro, magari capovolgendole, amplificandole, storcendole in modo da far uscire, se esistono, ipocrisia e falsità.

Sono figlio di due famiglie contadine, una del sud e l'altra toscana. Mio padre proviene dal bracciantato lucano, e allora si finiva o nei carabinieri o nei preti. Lui è diventato carabiniere. Il nonno, toscano, anarchico, mangia-preti, seguace di Spartaco Lavagnini, col fascismo non prese la tessera e perse il posto di lavoro. Quando sua figlia si sposò con un carabiniere, quasi morì d'infarto.

Quando arrivai a frequentare la quarta elementare in pluriclasse, incontrai una dolce e giovane maestra al suo primo impiego. Per mia sfortuna costei si innamorò della mia intelligenza, o almeno di ciò che lei colse come intelligenza, e delle mie capacità di disegnatore e credette di aver incontrato un piccolo genio. Lei ne parlò ai miei genitori e li convinse a farmi saltare la quinta preparandomi a fare l'esame di ammissione alla prima media. I genitori erano felici del figlio genio, a volte in Toscana, pensavano, capitava!

Superato l'esame entrai alla scuola media "Giosuè Carducci". Non sapevano che era la scuola bene di Firenze. Insegnavano i professori più vecchi, tutti formati nel ventennio. Siccome stavamo in piena campagna, mi alzavo verso le sei ed ero, con mio padre, a Firenze, a un quarto alle otto. Fino alle otto e mezza stavo con i piantoni, alle garitte della caserma che era lì vicino.

A scuola ero più piccolo degli altri di un anno e loro usavano un linguaggio... Una volta uno mi ha chiesto: «Mi sembra di averti già visto, non ci siamo conosciuti alla Pergola?». «La pergola di chi?», ho chiesto io, che conoscevo solo la pergola dell'uva davanti ai casolari.

Il mio compagno di banco parlava già bene il francese, era figlio di un medico, e la prima cosa che fece, in segno di amicizia, fu quella di segnare con il gesso la metà del banco: la sua e la mia e guai a chi sconfinava. Poi mi chiese: «Ma tu in Corea, da che parte stai, con gli americani o con i comunisti?». Anche lì, come sapete, esisteva una riga tracciata con il gesso, si chiamava trentottesimo parallelo. «Tu?», gli chiesi a mia volta. E lui con aria scontata rispose: «Con gli americani!».

Mi venne spontaneo di fare la scelta opposta alla sua e quella fu la mia prima dichiarazione di appartenenza a una precisa area politica. I professori comunque erano peggiori di lui e da genio che ero fui trattato come un completo imbecille.

Mi hanno davvero tormentato. «Adesso parliamo del complemento oggetto, inutile chiederti cosa è, vero, Staino?», mi dicevano. Io sicuramente lo sapevo ma, messa così, mi intimidivo e rimanevo zitto.

Il professore di Lettere era un ex ufficiale della prima guerra mondiale e ci leggeva anche le sue poesie sul Carso. Una volta gli saltò la dentiera, per vendetta divina, pensai.

Fui bocciato persino in disegno, poi seppi che era successo anche ad Einstein, lui in matematica, naturalmente. Feci venti giorni di forca.

Ero disperato, non sapevo cosa fare. Trovavo scuse per tornare a casa prima: morte di un professore, funerale, caduta dell'intonaco di un soffitto. A casa la presero meno peggio del previsto. Mia madre era venuta a parlare con quel professore che le disse: «Ma si rende conto, signora, come fa il figlio di un contadino a frequentare la scuola media?». Mia madre si mise a piangere e mi ritirò dalla scuola.

I miei misero su una latteria e cominciai a fare il lavoro di garzone portando il latte in tutto il quartiere, ma i miei problemi non migliorarono.

Mi prendevano le crisi di nervi sempre più frequentemente. Fu così che, su indicazione del medico condotto, cominciai a frequentare San Salvi, l'ospedale psichiatrico di Firenze, e l'ambiente generale di questi medici, predecessori di quelli che ho qui davanti adesso. Dovevano scoprire come mai un bambino di dodici anni, di famiglia tranquilla e affettuosa, dava fuori di matto urlando come un ossesso nei momenti più impensabili della giornata. Ma non mi andò male: non c'era ancora Carmelo Pellicanò, ma trovai persone che, almeno, non mi ricoverarono. La cosa incredibile è che l'unica cosa che mi calmava in quei momenti, era il disegno. Quando avevo crisi di paura chiedevo un foglio e al primo segno mi sentivo liberato, tranquillo: era la mia droga.

Questi momenti rimandavano forse a mia madre, ai momenti di intimità con lei quando da piccolissimo, visto che mio padre era in guerra, giocava con me a ri-disegnare le illustrazioni dei libri di fiabe.

Da grande ho scoperto che questa passione poteva essermi utile non solo sul piano della serenità mentale ma anche per rapportarmi con efficacia con il mondo esterno. Con questo mio raccontare attraverso il disegno potevo dire quello che non mi andava, criticare e urlare la mia indignazione, dare un piccolo contributo contro l'ingiustizia nel mondo.

È stata una gran bella scoperta e ancora oggi, grazie al cielo, nonostante i miei settant'anni, vivo ancora di queste emozioni. Quando mi chiedono: «Come si fa a fare una vignetta tutti i giorni» mi verrebbe voglia di rispondere: «Come si fa a non farla?».

## Allegati





## Allegato 1

Il Decreto del presidente del Consiglio  
del 1° aprile 2008, allegato C

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

L'allegato C al decreto riguarda specificatamente gli Ospedali psichiatrici giudiziari.

### ALLEGATO C

*Ministero della Salute Ministero della Giustizia*  
Linee di indirizzo per gli interventi  
negli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg)  
e nelle case di cura e custodia

#### *Premessa*

Nell'ambito degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione in favore dei detenuti affetti da disturbi

mentali, un programma specifico deve essere attivato per gli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e le Case di cura e custodia (Ccc)<sup>1</sup>, strutture di internamento che ospitano soggetti con patologie psichiatriche, tutti autori di reato, ma con posizioni giuridiche eterogenee<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> In tali strutture (Opg e Ccc) vengono eseguite le misure di sicurezza detentive per persone prosciolte e riconosciute pericolose socialmente. All'esecuzione di tali misure sovrintende il magistrato di sorveglianza (art. 70 e segg. L. 354/1975 – Ordinamento penitenziario).

<sup>2</sup> Le categorie giuridiche sono essenzialmente le seguenti:

- a) internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario in quanto socialmente pericolosi (art. 222 c.p.),
- 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 (Ccc) (art. 212 c.p.),
- c) internati provvisori imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario, in considerazione della presunta pericolosità sociale ed in attesa di un giudizio definitivo (art. 206 c.p., 312 c.p.p.),
- d) internati con vizio parziale di mente, dichiarati socialmente pericolosi ed assegnati alla casa di cura e custodia, eventualmente in aggiunta alla pena detentiva, previo accertamento della pericolosità sociale (art. 219 c.p.),
- e) detenuti minorati psichici (art. 111 Dpr 230/2000, Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario)
- f) detenuti condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art. 148 c.p.),

Le azioni principali che devono essere considerate in tale programma riguardano da un lato l'organizzazione degli interventi terapeutico-riabilitativi, dall'altro la previsione di specifiche indicazioni affinché il passaggio di competenza delle funzioni sanitarie al Servizio sanitario nazionale si modelli su un assetto organizzativo in grado di garantire una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza. Per tale scopo è necessaria una costante collaborazione fra operatori sanitari, operatori dell'Amministrazione della Giustizia e la magistratura. È da sottolineare che il successo del programma specifico per gli Opg è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti pena, con particolare riferimento all'attivazione, all'interno degli istituti, di sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati e condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in Opg o in case di cura o custodia<sup>3</sup>; presso le stesse sezioni potrebbero essere assegnati, per l'esecuzione della

g) detenuti dei quali deve essere accertata l'infermità psichica, per un periodo non superiore a 30 giorni (art. 112 c. 2 Dpr 230/2000 – Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).

<sup>3</sup> Art. 65 L. 354/1975 (Ordinamento penitenziario) e art. 111 c. 5 e c. 7 Dpr 230/2000 (Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).

pena, anche i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente<sup>4</sup>.

In coerenza con il dettato costituzionale, la legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, all'articolo 2, punto 8, lettera g) pone come obiettivo «la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici».

L'ambito territoriale costituisce, dunque, la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali per il fatto che nel territorio è possibile creare un efficace sinergismo tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone. Il principio del reinserimento sociale, sancito nell'articolo 27 della Costituzione, per coloro che, autori di reato, sono stati prosciolti per infermità mentale e ricoverati in Opg può e deve essere garantito attra-

<sup>4</sup> Queste azioni sono previste nelle Linee guida per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale (allegato A del Dpcm). Ne sono esclusi, a meno dell'intervento di una modifica legislativa, i detenuti sottoposti all'art. 148 c.p. (condannati con sopravvenuta infermità mentale) per cui può essere disposto unicamente il ricovero in Opg.

verso la cura, che ne è fondamentale presupposto, e l'azione integrata dei servizi sociosanitari territoriali. Peraltro il principio di territorialità è parte integrante dello stesso ordinamento penitenziario che all'articolo 42 stabilisce che «nel disporre i trasferimenti deve essere favorito il criterio di destinare i soggetti in istituti prossimi alla residenza delle famiglie».

Per tutte queste ragioni, il principio di territorialità costituisce il fondamento che motiva il decentramento degli Opg e rende possibile la differenziazione nella esecuzione della misura di sicurezza, come del resto hanno sanzionato le sentenze della Corte costituzionale che non legano l'applicazione della misura di sicurezza in modo univoco ed esclusivo all'Opg<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Va richiamata e valorizzata la sentenza costituzionale n. 253/2003 che ha dichiarato la illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p. nella parte in cui non consente al giudice di non adottare, in luogo dell'ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate misure all'infermo di mente e a far fronte alla pericolosità sociale. Tale misura, come la stessa sentenza spiega, può essere rappresentata dalla libertà vigilata (misura di sicurezza non detentiva), accompagnata dalla prescrizione di un rapporto stabile e continuativo con il servizio psichiatrico territoriale. Si deve aggiungere che tale indicazione costituzionale, dettata per l'Opg non può non valere, per le stesse ragioni, anche per la Casa di cura e custodia. Sulla stessa linea si muove anche un'altra sentenza costituzionale, la n. 367/2004, che afferma la stessa possibilità di scelta fra internamento e affidamento esterno ai servizi, per la misura di sicurezza provvisoria (Opg o casa cura e custodia) di cui all'art. 206 c.p.

### *Le azioni*

In una prima fase, a passaggio di competenze avvenuto, la responsabilità della gestione sanitaria degli Opg è assunta interamente dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede. Nello specifico, per lo stabilimento di Castiglione delle Stiviere subentra la Regione Lombardia, per quello di Reggio Emilia subentra l'Emilia-Romagna, per quello di Montelupo Fiorentino la Toscana, per quello di Napoli e quello di Aversa subentra la Campania per quello di Barcellona Pozzo di Gotto la Sicilia.

Contestualmente i Dipartimenti di salute mentale nel cui territorio di competenza insistono gli Opg, in collaborazione con l'équipe responsabile della cura e del trattamento dei ricoverati dell'istituto, provvedono alla stesura di un programma operativo che prevede:

- dimettere gli internati che hanno concluso la misura della sicurezza, con soluzioni concordate con le Regioni interessate<sup>6</sup>, che devono prevedere forme di

<sup>6</sup> Anche se inizialmente solo le Regioni in cui opera un Opg sono interessate alla gestione della struttura, è necessario che ogni Regione italiana, nell'ambito dei propri atti di programmazione specifici, affronti la questione della cura, della riabilitazione e dell'inclusione sociale delle persone che in stato di sofferenza psichica sono incorsi in una sentenza edittale per reato commesso, sia stabilendo rapporti di collaborazione e di intesa con le Regioni impegnate nella gestione degli Opg, sia mettendo in programma ed attuando i servizi e i presidi che si rendono necessari per dare risposte appropriate a persone malate che presentano diversità cliniche e giuridiche. Il Piano regionale, insieme agli

inclusione sociale adeguata, coinvolgendo gli Enti locali di provenienza, le Aziende sanitarie interessate e i servizi sociali e sanitari delle realtà di origine o di destinazione dei ricoverati da dimettere.

- Riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in Opg per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena. Questa azione è resa possibile solo dopo l'attivazione delle sezioni di cura e riabilitazione, all'interno delle carceri<sup>7</sup>.
- Assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 Dpr 230/2000 siano espletate negli istituti ordinari.

Questi primi provvedimenti avranno come conseguenza un primo e opportuno sfoltimento del carico di internamento degli attuali Opg, il che rende possibile una migliore gestione personalizzata, un più idoneo rapporto tra operatori e internati e una maggiore possibilità di programmare le ulteriori fasi successive. In una seconda fase, a distanza di un anno, si prevede una prima distribuzione degli attuali internati in modo che ogni Opg, senza modificarne in modo sostanziale la capienza e la consistenza, si configuri come la sede per ricoveri di internati delle Regioni limitrofe o comunque vicini, in modo da stabilire immediatamente rapporti di collaborazione preliminari per

obiettivi di salute, deve definire gli strumenti organizzativi da realizzare nelle Aziende sanitarie che tengano conto dei problemi da affrontare e abbiano a riferimento le tipologie assistenziali determinate a livello nazionale.

<sup>7</sup> Art. 65 Op, art. 111 c. 5 e c. 7 Dpr 230/2000 e art. 115 c. 4 Dpr 230/2000.

ulteriori fasi di avvicinamento degli internati alle realtà geografiche di provenienza.

In via orientativa,

- all'Opg di Castiglione delle Stiviere, saranno assegnati internati provenienti dal Piemonte, dalla Val d'Aosta, dalla Liguria, oltre che naturalmente dalla Lombardia; considerando che tale struttura è l'unica con una sezione femminile, ad essa verranno assegnate le internate provenienti da tutte le regioni;
- all'Opg di Reggio Emilia, gli internati delle Regioni Veneto, Trentino-Alto Adige e Friuli V. Giulia e Marche, oltre che dall'Emilia Romagna;
- all'Opg di Montelupo Fiorentino, gli internati della Toscana, dell'Umbria, del Lazio e della Sardegna;
- all'Opg di Aversa e all'Opg di Napoli, gli internati della Campania, dell'Abruzzo, del Molise, della Basilicata e della Puglia;
- all'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto, gli internati della Sicilia e della Calabria.

Tra la Regione titolare della competenza gestionale dell'Opg e le regioni limitrofe e/o viciniore devono essere predisposti programmi di cura, di riabilitazione e di recupero sociale di ciascuno degli internati prevedendo rapporti tra i diversi servizi sociali e sanitari utili e necessari per realizzare il programma di ulteriore decentramento nelle Regioni di provenienza.

La terza fase, a distanza di due anni, prevede la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in Opg di provenienza dai propri territori e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto so-

ciale di appartenenza, dando così piena attuazione al disposto dell'art. 115 c. 1 Dpr 230/2000.

Le soluzioni possibili, compatibilmente con le risorse finanziarie, vanno dalle strutture Opg con livelli diversificati di vigilanza, a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di salute mentale della Azienda sanitaria dove la struttura o il servizio è ubicato.

Tramite specifico Accordo in sede di Conferenza permanente fra lo Stato e le Regioni e Province autonome, vengono definite la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte.

Nelle fasi transitorie, le persone affette da disturbi psichici cui a partire dal 1° gennaio 2008 è stata applicata la misura di sicurezza saranno destinate alle sedi trattamentali più prossime alla residenza, tenendo conto della fase attuativa del Progetto di regionalizzazione degli Opg e delle forme alternative in essere per la esecuzione della misura di sicurezza.

#### *Indicazioni sui modelli organizzativi*

Nelle Aziende sanitarie sul cui territorio sono presenti gli Ospedali psichiatrici giudiziari l'indicazione è di istituire, nell'ambito del Dipartimento di salute mentale, idonea struttura avente autonomia organizzativa. La struttura, coordinata con gli altri servizi sanitari della Azienda sanitaria e con i servizi sociali, deve avere funzioni di raccordo nei confronti delle Aziende sanitarie (regionali ed extraregionali) di provenienza

dei singoli internati ospitati presso gli Opg, al fine di concordare ed attuare piani individualizzati di trattamento per il reinserimento dei pazienti nel territorio entro i tempi previsti dalla misura di sicurezza comminata e favorire la continuità terapeutica.

In ogni Regione dove è ubicato un Opg deve essere realizzato uno specifico Accordo tra l'Amministrazione penitenziaria e la Regione, con il quale sono definite le rispettive competenze nella gestione della struttura, individuando le funzioni proprie del Responsabile dei servizi di cura e riabilitazione e le funzioni di competenza dell'Amministrazione penitenziaria. L'accordo andrà rivisto a cadenza annuale.

In detto accordo, sono stabiliti gli ambiti delle funzioni di sicurezza in base alle esigenze dei singoli Opg, sono definite le modalità di intervento in casi di necessità ed urgenza, con la raccomandazione di istituire presidi di sicurezza e vigilanza, preferibilmente, perimetrali o esterni ai reparti.

È comunque raccomandato l'avvio di apposite convenzioni tra Amministrazione penitenziaria e le Regioni al fine di consentire la regionalizzazione delle misure di sicurezza per infermi di mente.

#### *Monitoraggio e valutazione*

Il programma di superamento graduale degli Opg impegna, dunque, tanto l'Ordinamento penitenziario che il sistema sanitario sia per le scelte di campo che esso richiede che per la sua applicazione nella quotidianità degli atti amministrativi da assumere.

Questo richiede di determinare le forme della reci-

proca responsabilità e della sinergica collaborazione a livello nazionale, regionale e locale, facendo tesoro delle esperienze positive di collaborazione realizzate tra il Ministero della Giustizia e il Servizio sanitario nazionale su specifici problemi e su diverse realtà regionali e locali.

Per tale scopo, deve essere attivato uno specifico gruppo di lavoro, sia all'interno di ogni Osservatorio regionale, sia, a livello nazionale, all'interno del Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza unificata fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali, previsto nelle Linee guida per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale per il monitoraggio del passaggio di competenze della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale.



## Allegato 2

### L'intervento di Marco Pannella alla Camera dei deputati il 28 aprile 1978

Tre anni dopo lo storico voto del 13 maggio 1974 sul referendum sul divorzio, che decreta la storica sconfitta della Dc e delle forze clericali, i radicali propongono otto nuovi referendum per abrogare: il finanziamento pubblico ai partiti, la Commissione inquirente, il Concordato, la legge Reale (sull'ordine pubblico), novantasette articoli fascisti contenuti nel codice penale; la legge sui manicomì, i codici militari, l'ordinamento giudiziario militare. I referendum su codici e ordinamento giudiziario militare, norme fasciste del codice penale e Concordato non vengono ammessi dalla Corte costituzionale. La legge sui manicomì (16 maggio) e la Commissione inquirente (10 maggio), vengono modificate dal Parlamento, e la Corte di cassazione dichiara dunque decadute le richieste referendarie. L'11 e il 12 giugno 1978 si voterà solo su finanziamento pubblico ai par-

titi e legge Reale. I radicali denunciano il tentativo strumentale di varare una legge che pur contenendo apprezzabili aspetti innovativi non si preoccupa tuttavia di garantire la sua applicazione, e questo al solo scopo di evitare la consultazione referendaria. Quello che segue è l'intervento di Marco Pannella il 28 aprile 1978, alla Commissione Igiene e Sanità della Camera dei deputati.

... La prima considerazione che desidero fare è che il legislatore dovrebbe muoversi in un'ottica per cui ci si deve far carico di varare la più intellegibile delle leggi possibili, in modo che la sua laicità, la sua chiarezza siano rese percorribili al cittadino e non solo ai chierici del potere, sanitario, giuridico o amministrativo che sia. D'altra parte, per quanto la relazione a questo provvedimento s'ingegni a voler affermare che l'origine di questa nostra attività è altra, è indubbio che essa nasce invece dall'iniziativa presa da 700mila elettori italiani per incidere su norme che non sono affatto desuete, ma che continuano a prendere corpo ancora oggi, senza che in nessuna delle vostre forze politiche questo abbia mai suscitato grossa emozione, fino a quando il Partito radicale non s'è fatto carico di mettere in piedi il referendum minacciando – perché di questo si tratta – la partecipazione popolare a uno dei temi più importanti della vita di ogni giorno. Quindi, innanzitutto, un ringraziamento va fatto, signor presidente, a questi 700 mila cittadini che ci consentono di fare ora questo lavoro. Ma se a costoro va dato un riconoscimento, credo che dobbiamo anche sottolineare che pre-

pariamo oggettivamente una truffa a noi stessi, prima ancora che a loro.

Il metodo dello stralcio è un metodo sul quale c'è stato l'unanime consenso di tutti. Lo stralcio serve a realizzare pessime iniziative; serve, secondo l'unanime filosofia vostra, a ritardare i tempi della riforma di struttura che è necessaria per realizzare effettivamente quanto oggi stiamo esaminando. E voi siete gli stesi che hanno votato in Aula contro il compimento dell'iter legislativo della riforma sanitaria. Quindi mi sia consentito rilevare che quando nella relazione al provvedimento è detto che, al di fuori dell'attuazione della riforma sanitaria, tutto questo poggia sulla sabbia, in realtà si tratta di lacrime di coccodrillo anticipate.

Ci si dice che dobbiamo legiferare di urgenza, in quanto potere e violenza continuano a prendere corpo in 50 mila donne e uomini: e, sensibili a questo, occorre sentire l'urgenza del problema e intervenire. Ma intervenite per non fare. Avete fatto ancora una volta una sceneggiatura, non un disegno di legge. Aderite a una sceneggiatura che manca di fantasia e di rigore e, soprattutto – ciò mi pare ancora più grave – avete concepito una situazione che disegna un mediocre processo kafkiano nella parte che va dall'articolo 5 agli articoli 7 e 8. Avete creato la classica ripartizione inconsapevole in termini antropologici di una situazione per la quale le cronache ci diranno poi quanti processi kafkiani saranno vissuti da quei 50 mila che vivono oggi processi di violenza letale. Quello che fate non è umanitario. È in atto un revival di Beccaria e dell'umanitarismo, del quale siamo lusingati. Ma quando dite che il presupposto della riforma sanitaria è questo stralcio, voi sapete che, in realtà, create il caos, create una situazione senza punti di ri-

ferimento chiari; e vedremo poi come il linguaggio da sceneggiatura e non da diritto positivo è in rapporto necessario di causa ed effetto con questa *vacatio*.

Non avete altra alternativa che quella di portare avanti la riforma sanitaria. Pure, fate ostruzionismo a qualsiasi riforma pur di impedire il referendum, quindi fate ostruzionismo anche alla riforma sanitaria, perché vi date solo il tempo per impedire il fatto politico dei referendum. Voi state compiendo un atto di irresponsabilità.

Avete operato uno stralcio. Quando avete varato una legge di portata analoga – mi riferisco a quella sull'aborto – in termini di diritto positivo, avete notato il carattere sabbioso della terra sulla quale vi muovevate ed avete almeno tentato di trovare degli alibi, o di dimostrare la vostra buona volontà. In quel caso, avete stanziato delle cifre. Ma nel caso di questo provvedimento, nella relazione si dice che esiste non solo un problema relativo al servizio sanitario nazionale, un problema di strutture, ma che esiste anche un problema di disponibilità finanziarie, perché abbiamo deficit di migliaia di miliardi nel settore. E siete così convinti della lealtà vostra che non vi siete nemmeno fatti carico, come nel caso dell'aborto, di dire che è necessario stanziare tot miliardi. Non avete nemmeno compiuto questo gesto. Con quali mezzi allora andremo incontro alla riforma? E, così come i consultori, strutture di aborto o di non aborto, nella gran parte dei casi non esistono – ma almeno si prevede il volontariato, mentre qui nemmeno questo – così parlate delle unità sanitarie locali, e sapete che state legiferando solo per impedire il referendum, state legiferando solo perché il giorno dopo la pubblicazione sulla *Gazzetta ufficiale* questa legge entri in vigore.

Consideriamo per un istante l'articolo 1 di questo disegno di legge. Ho già detto che non parteciperò ulteriormente alla discussione perché il nostro gruppo ha ritenuto che ciò in parte non fosse possibile per motivi di tempo, ma soprattutto perché non ce la siamo sentita di veder trattati i moltissimi emendamenti che questo provvedimento avrebbe richiesto come pretesti ostruzionistici. Io credo che i migliori emendamenti che il nostro gruppo ha proposto – spesso soltanto di pochissime parole, perché anche una sola parola può mutare il significato di un testo – siano nati non perché altrimenti ci avreste potuto accusare di essere interessati soltanto al referendum, ma perché si trattava di tentare la modifica di testi legislativi che a noi sono apparsi aberranti e pericolosamente distanti dai veri problemi.

All'articolo 1 date subito dimostrazione del vostro solito stile con la frase: «... *nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione*». Succede anche qui quanto è successo per l'aborto: la donna è messa sotto processo, però sempre «*nel rispetto della dignità della persona*», ecc. ecc. Questo però potrebbe anche voler dire che in tutte le leggi, e sono la maggioranza, dove la suddetta precisazione manca, del rispetto della dignità della persona, eccetera, se ne può fare a meno. È così? Se non è così, vuol dire allora che si tratta di una precisazione superflua.

Passando all'articolo 2, se non avessi a disposizione solo 45 minuti e non avessi deciso di sollevarvi dall'onere del contributo radicale all'elaborazione di questo testo, avremmo da dire molte cose. Al secondo comma si dice che il ricovero ospedaliero può essere

disposto solo se esistano gravi alterazioni psichiche e condizioni e circostanze che lo giustifichino. Ci siamo, come per la legge sull'aborto. Si parla di «*gravi alterazioni psichiche*», come se i parametri fossero unici a livello scientifico. E poi, quali sono le condizioni e le circostanze che giustificano il ricovero? Per chiarire aggiungete «*per la impossibilità di adottare idonee misure sanitarie di altra natura*». Ma allora le condizioni possono essere anche di tipo sociale e non più di tipo medico, ed in tal caso chi è che deve giudicare? Il medico, perché se il medico sa che esiste la struttura pubblica, ma la ritiene non buona perché conosce di persona il primario, quel medico avrà il dovere di tenere opportuna l'adozione di idonee misure sanitarie di altra natura.

In questo modo continuate a non dare indicazioni precise, anzi, cadete addirittura nel permissivismo come tutti gli autoritari quando decidono di essere liberali. Si tratta infatti di un'indicazione che non serve a nient'altro che ad evidenziare la conflittualità sociale le cui radici affondano in interessi di natura diversa.

Passiamo all'articolo 3. I trattamenti sanitari obbligatori debbono essere accompagnati da una iniziativa: di che tipo? Non si sa. E quello che soprattutto ci sorprende è che l'iniziativa deve essere volta a promuovere, il più rapidamente possibile, le condizioni per il consenso e per la partecipazione dell'infermo al trattamento. Mi fa paura, francamente, questo comma, lo raccomando alla vostra attenzione. «*I trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da ogni iniziativa volta a promuovere, il più rapidamente possibile, le condizioni per il consenso e per la partecipazione dell'infermo al trattamento*». E se sono economiche, se sono so-

ciali? Create i soldi? Create il lavoro? Perché non solo Basaglia, o il collega Orsini, ma tutti gli psichiatri riconoscono che anche questi elementi incidono nelle condizioni psichiche del diverso, dell'ineguale. Questo comma quindi è una proclamazione, e mi auguro che il relatore ci precisi non quello che si intendeva dire, ma come ritiene che possa venire inteso. Se promuovere il più rapidamente possibile le condizioni per il consenso dell'infermo significa rimuovere le cause del disturbo, questo non può certo farlo rapidamente il trattamento sanitario obbligatorio. Come ha detto il relatore, le cause le conosciamo, sono più complesse, non sono quelle della scuola positivistica, ma sono altre, più concrete.

Vi state muovendo secondo moduli identici a quelli della legge per l'aborto e otterrete risultati identici e avrete la mina vagante di una legge che aumenterà la conflittualità sociale e le frustrazioni giorno dopo giorno, ed esploderà contro di voi e lo Stato (forse ne facciamo parte anche noi, oltre le Brigate rosse!).

E passiamo all'articolo 4. «*Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in regime di ricovero corredata dalle certificazioni mediche indicate nell'ultimo comma dell'articolo 2 deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero a mezzo di un messo comunale al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune*». Ed entriamo nel processo... proseguo la lettura dell'articolo: «*Nei casi in cui il trattamento sanitario debba protrarsi oltre il settimo giorno il responsabile sanitario della struttura di ricovero è tenuto a formulare, in tempo utile...*». Il relatore ci spieghi, se lo può, cosa significa: utile a chi? A quale tempo? A quale fase del processo?... «*una proposta motivata al sindaco del luogo di residenza, il quale*

*ne dà comunicazione al giudice tutelare del luogo di residenza all'infermo con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso».* Quanto tempo ha il giudice tutelare? Il giudice tutelare non ha tempo, se non quello della crisi della giustizia. Il giudice tutelare a Lodi ha certi tempi, a Roma o a Napoli ne ha altri. Quarantotto più quarantotto, più il tempo utile... ma non vi viene il dubbio che questa storia duri un po' troppo a lungo proprio nella sua fase preliminare e garantista? Percorrete da soli l'itinerario ulteriore di questo processo. Io, liberato dalla vostra legge, vi accompagno fino qui. Si dice che l'infermo, anche appena ricoverato, può vedere chiunque e comunicare con chi vuole, ma entro i limiti della disciplina dell'ospedale, con tutto quello che ciò comporta. E voi lo sapete, come sapete che non vi sono negli ospedali le sezioni per questi malati: le sezioni partorienti negli ospedali sono ormai i corridoi e i cessi e il ministro della Sanità non ci ha affatto tranquillizzato sul problema del sovraffollamento degli ospedali romani, su quanto accade ancora nella Regione Lazio che, malgrado la maggioranza di sinistra, non è riuscita (non per cattiva volontà) a conseguire certi risultati. Esiste il problema della capienza e del sovraffollamento degli ospedali, esiste il problema dell'attesa per i ricoveri anche per malattie gravi. I soldi li avete dati o li darete ai consultori, che costituiranno un altro di quegli enti inutili e parassitari. Ma a questo punto gli ospedali avranno bisogno delle sezioni aborto e delle sezioni per infermi affetti da malattie mentali, e voi di questo non vi fate carico. Si vuole approvare una legge contro la vacanza legislativa che il referendum può porre, ma

un provvedimento come questo lo potete approvare solo se vi sono determinate strutture, e non nella situazione presente. Dovreste demolire domani gli ospedali psichiatrici, i lager, e non potete fare. Dovete trovare una serie... di che? Di situazioni ancora una volta non legali, di situazioni che di fatto legalizzerete attraverso questa o quella norma di eccezione e dalle quali si potrebbe sperare di uscire fuori solo adottando un nuovo sistema. Per gli infermi attualmente ricoverati l'articolo 8 prevede che entro novanta giorni il primario responsabile della divisione debba comunicare al sindaco i nominativi dei degenti che richiedono il ricovero e per l'omissione di questa comunicazione si configura il reato di omissione di atti di ufficio. Collega Orsini, dopo che cosa succede? Vi è forse un termine al di là del quale non si può continuare a tenere sequestrata una persona?

Concludo dicendo che il gruppo radicale è venuto in questa sede semplicemente per dare una testimonianza di rammarico, perché il clima generale che si è creato attorno ai nostri lavori farebbe sorgere il sospetto che vogliamo instaurare un rapporto sado-masochista. Pertanto vi auguro di concludere l'esame del disegno di legge entro breve tempo.



## Allegato 3

### La sentenza della Corte costituzionale numero 367 del 2004

#### LA CORTE COSTITUZIONALE

Sentenza 367/2004

Presidente Onida

Relatore Neppi Modona

Camera di Consiglio del 29/09/2004

Decisione del 17/11/2004

In nome del popolo italiano la Corte Costituzionale, composta dai signori: Valerio Onida Presidente; Carlo Mezzanotte, Fernanda Contri, Guido Neppi Modona, Piero Alberto Capotosti, Annibale Marini, Franco Mirabile, Giovanni Maria Flick, Francesco Amirante, Ugo De Siervo, Romano Vaccarella, Paolo Maddalena, Alfio Finocchiaro, Alfonso Quaranta, Franco Gallo ha pronunciato la seguente

#### SENTENZA n. 367

nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 206 del codice penale, promosso, nell'ambito di un proce-

dimento penale, dal Giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Roma con ordinanza del 13 ottobre 2003, iscritta al n. 1040 del registro ordinanze 2003 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 49, prima serie speciale, dell'anno 2003.

Udito nella camera di consiglio del 29 settembre 2004 il Giudice relatore Guido Neppi Modona.

Ritenuto in fatto

Con ordinanza del 13 ottobre 2003 il Giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Roma ha sollevato, in riferimento agli artt. 3 e 24 della Costituzione, questione di legittimità costituzionale dell'art. 206 del codice penale, nella parte in cui non consente di adottare in fase cautelare misure di sicurezza non detentive come la libertà vigilata.

Il giudice rimettente premette di procedere nei confronti di un soggetto riconosciuto totalmente incapace di volere al momento dei fatti e sottoposto, per tale motivo, alla misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, e di dover decidere in ordine alla richiesta della difesa di sostituzione di tale misura con quella non detentiva della libertà vigilata. Il giudice a quo, precisato che sulla scorta delle risultanze peritali deve ritenersi attuale lo stato di pericolosità sociale dell'imputato e che quindi non si può revocare la misura di sicurezza provvisoriamente applicata ex art. 312 del codice di procedura penale, rileva che, mentre da un lato la misura di sicurezza non può essere sostituita con gli arresti domiciliari, suggeriti dal perito a fini terapeutici, ostendovi il disposto

dell'art. 273 cod. proc. pen., che non consente l'adozione di alcuna misura cautelare in presenza di una causa di non punibilità, dall'altro alla luce di una interpretazione logico-sistematica la medesima disposizione, pur espressamente richiamata dall'art. 312 dello stesso codice, "deve intendersi riferita solo alle cause di non punibilità diverse da quelle che, a norma dell'art. 206 cod. pen., consentono l'applicazione provvisoria delle misure di sicurezza", così come sostenuto dalla giurisprudenza di legittimità.

Il giudice a quo espone inoltre che le più recenti relazioni sanitarie dei medici della casa di cura e di custodia ove il soggetto è ricoverato depongono per un "maggior equilibrio psichico nel giovane", che risulta aver "reiteratamente fruito di permessi all'esterno dell'istituto psichiatrico, assistito dai familiari, senza dare adito a rilievo alcuno".

La prognosi, conseguentemente formulata, di scemata – anche se non completamente cessata – pericolosità sociale in termini di rilevanza psichiatrica, rende evidente, ad avviso del rimettente, "l'eccessiva rigidità della previsione dell'art. 206 cod. pen." nella parte in cui consente, nella fase cautelare, e con riferimento ai soggetti maggiorenni, la sola alternativa del ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario ovvero in una casa di cura e di custodia.

Ad avviso del rimettente la disposizione in esame violerebbe gli artt. 3 e 24 Cost. per la irragionevolezza di una scelta normativa che, con riferimento alle misure di sicurezza applicabili in fase cautelare, "esclude sostanzialmente ogni possibilità di ricorrere a misure di sicurezza di tipo non detentivo", sancendo un rigido automatismo che non consente una

adeguata valutazione da parte del giudice e – a differenza di quanto previsto all'esito del giudizio (viene richiamata al riguardo la sentenza n. 253 del 2003 della Corte costituzionale, che ha dichiarato la illegittimità costituzionale dell'art. 222 cod. pen. nella parte in cui non consente al giudice di disporre una misura di sicurezza di tipo non detentivo) – non permette di adottare, tra le misure di sicurezza previste dall'ordinamento, quella che in concreto appare maggiormente idonea a contemperare la cura e la tutela della persona con le esigenze di controllo e contenimento della pericolosità sociale.

Infine, il giudice rimettente ritiene rilevante la questione in quanto, nonostante la scemata pericolosità sociale del soggetto, l'ordinamento non consente di applicare alcuna misura di sicurezza diversa da quella attualmente in corso di esecuzione e, in particolare, non consente l'adozione della misura non detentiva della libertà vigilata che, con le opportune prescrizioni, appare adeguata “in termini di prevenzione sociale e idonea a consentire l'effettivo recupero del giovane”.

#### Considerato in diritto

- 1) Il Giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Roma dubita della legittimità costituzionale dell'art. 206 del codice penale, nella parte in cui non consente di applicare in via provvisoria al soggetto infermo di mente una misura di sicurezza non detentiva, quale la libertà vigilata.

Il rimettente si trova a dovere decidere sulla richiesta, presentata dalla difesa di un soggetto ricono-

sciuto totalmente incapace di volere per infermità di mente al momento dei fatti, di sostituzione della misura di sicurezza provvisoriamente applicata del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario con la libertà vigilata, che, anche sulla base delle risultanze delle ultime relazioni sanitarie dei medici della struttura ove il soggetto è internato, risulterebbe più idonea a soddisfare le esigenze di cura e ad assicurare nel contempo le esigenze di controllo e di contenimento della diminuita, ma tuttora persistente, pericolosità sociale.

Il giudice a quo ritiene che l'impossibilità di sostituire la misura di sicurezza con altra non detentiva si ponga in contrasto con gli artt. 3 e 24 della Costituzione (e implicitamente con il diritto alla salute), essendo privo di ragionevolezza il rigido automatismo di una disciplina che in fase cautelare preclude al giudice di valutare quale sia in concreto la misura di sicurezza più idonea a contemperare le esigenze di cura e quelle di controllo di un soggetto socialmente pericoloso; irragionevolezza tanto più evidente ove si consideri che la sentenza n. 253 del 2003 della Corte costituzionale ha dichiarato illegittimo l'art. 222 cod. pen. nella parte in cui non consente al giudice di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza non detentiva.

- 2) La questione è fondata.
- 3) L'art. 206 cod. pen. impone al giudice che debba disporre l'applicazione provvisoria di una misura di sicurezza nei confronti di un soggetto totalmente infermo di mente e socialmente pericoloso di ricorrere esclusivamente ad una misura detentiva, e cioè al

ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario. Il remettente lamenta appunto che il "rigido automatismo" della norma censurata gli precluda di applicare la diversa misura di sicurezza della libertà vigilata, che nel caso di specie, ove accompagnata da opportune prescrizioni alla stregua di quanto previsto dall'art. 228, secondo comma, cod. pen., sarebbe la più idonea a soddisfare le concomitanti esigenze di cura del soggetto infermo di mente e di controllo della sua pericolosità sociale.

Una situazione sostanzialmente analoga è stata scrutinata con la sentenza n. 253 del 2003, con la quale questa Corte – prendendo in esame il rigido automatismo della regola legale che imponeva al giudice di disporre, in caso di proscioglimento per infermità mentale, il ricovero dell'imputato in ospedale psichiatrico giudiziario, anche quando una misura non segregante quale la libertà vigilata, accompagnata da opportune prescrizioni, avrebbe consentito di soddisfare in modo più adeguato le esigenze di cura e di tutela e quelle di controllo della pericolosità sociale – ha dichiarato illegittimo l'art. 222 cod. pen. nella parte in cui non consente al giudice di adottare una diversa misura di sicurezza non detentiva.

Al riguardo, la Corte ha preliminarmente rilevato che, a differenza di simili questioni sollevate nel passato, con le quali era stata chiesta la mera eliminazione della misura di sicurezza o la sua sostituzione con misure alternative di creazione giurisprudenziale, ovvero era stata censurata la cronica inadeguatezza delle strutture degli ospedali psichiatrici giudiziari – questioni dichiarate inam-

missibili o non fondate in quanto miranti a interventi normativi o fattuali esorbitanti dai poteri della Corte (v. da ultimo sentenza n. 228 del 1999 e ordinanza n. 88 del 2001) –, veniva denunciato l'automatismo della regola legale che impone al giudice di applicare comunque all'infermo di mente una misura di sicurezza detentiva e veniva indicata una concreta soluzione alternativa, quale la libertà vigilata, misura già prevista dall'ordinamento e "idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale, dall'altro lato".

La Corte, constatato che l'art. 222 cod. pen. "adotta un modello che esclude ogni apprezzamento della situazione da parte del giudice, per imporgli un'unica scelta, che può rivelarsi, in concreto, lesiva del necessario equilibrio tra le diverse esigenze [...] e persino tale da pregiudicare la salute dell'infermo", ha affermato che "l'automatismo di una misura segregante e "totale" come il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, imposta pur quando essa appaia in concreto inadatta, infrange l'equilibrio costituzionalmente necessario e viola esigenze essenziali di protezione dei diritti della persona".

- 4) Le argomentazioni svolte dalla sentenza n. 253 del 2003 nel censurare il rigido automatismo che caratterizzava l'art. 222 cod. pen. e le conclusioni circa la violazione del principio di ragionevolezza e del diritto alla salute si attagliano, a maggior ragione, alla disciplina dell'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, posto che sarebbe irragionevole

precludere al giudice l'applicazione in via provvisoria di una misura non detentiva consentita invece in via definitiva.

In particolare, l'art. 312 del codice di procedura penale dispone che per applicare la misura provvisoria è sufficiente la sussistenza di "gravi indizi di commissione del fatto", cioè un sommario giudizio prognostico, mentre in caso di proscioglimento per infermità psichica l'applicazione in via definitiva della misura presuppone evidentemente un compiuto accertamento circa la sussistenza degli elementi oggettivi e soggettivi del fatto di reato.

La disciplina censurata si riferisce cioè a una fase processuale in cui – proprio alla luce della non definitività degli accertamenti sul fatto – assume particolare rilievo, in relazione alle condizioni di salute dell'indagato infermo di mente, l'esigenza di predisporre forme di cura e cautele adeguate e proporzionate al caso concreto, mediante interventi caratterizzati da flessibilità e discrezionalità, incompatibili con l'automatismo che contrassegna la disposizione in esame.

L'art. 206 cod. pen., nella parte in cui preclude di adottare una misura di sicurezza non segregante come la libertà vigilata – che grazie alle prescrizioni che il giudice può imporre a norma dell'art. 228, secondo comma, cod. pen. consente nello stesso tempo di attuare gli interventi terapeutici più idonei alla cura dell'infermo di mente e di disporre le opportune cautele per controllare e contenere la sua pericolosità sociale – viola il principio di ragionevolezza e, di riflesso, il diritto alla salute, e deve pertanto essere dichiarato costituzionalmente illegittimo.

PER QUESTI MOTIVI LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 206 del codice penale (Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza), nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate e a contenere la sua pericolosità sociale.



## Allegato 4

### Rapporto del Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa

Si riportano le Osservazioni generali e il V capitolo su "Il Sistema Psichiatrico", il testo integrale del Rapporto si può reperire all'indirizzo: [https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=948599&Site=COE#P458\\_81911](https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=948599&Site=COE#P458_81911)

RAPPORTO DI ALVARO GIL-ROBLES,  
COMMISSARIO PER I DIRITTI UMANI,  
SULLA SUA VISITA IN ITALIA 10-17 GIUGNO 2005  
All'attenzione del Comitato dei Ministri  
e dell'Assemblea parlamentare

(...)

#### I. OSSERVAZIONI GENERALI

1. L'Italia, membro fondatore del Consiglio d'Europa, ha ratificato la Convenzione europea dei diritti dell'Uomo (Cedu) nel 1955, come pure i suoi Proto-

colli 1, 4, 6 e 7. È inoltre parte contraente della Carta sociale europea e dei suoi Protocolli aggiuntivi, tra cui quello che prevede un sistema di reclami collettivi, nonché dell'insieme degli articoli della Carta sociale europea revisionata<sup>1</sup>. L'Italia ha ratificato la Convenzione-quadro per la protezione delle minoranze nazionali e la Convenzione per la prevenzione della tortura. Ha spesso svolto un ruolo di promotore per contribuire al miglioramento delle norme internazionali in materia di diritti dell'uomo e le ha in genere recepite rapidamente nel proprio diritto interno. In considerazione delle recenti evoluzioni in materia, l'Italia potrebbe prendere in esame la possibilità di ratificare i Protocolli della Cedu relativi all'eliminazione di qualsiasi forma di discriminazione (n°12), all'abolizione della pena di morte in ogni circostanza (n°13) e alla riforma della Corte europea dei diritti dell'uomo (n° 14), e di aprire alle Ong nazionali la procedura per i reclami collettivi prevista nella Carta sociale europea.

2. Malgrado il livello in genere elevato di protezione dei diritti umani offerto dalla sua legislazione, l'Italia contribuisce tuttavia notevolmente a determinare il sovraccarico di lavoro della Corte europea dei diritti dell'uomo. È infatti il quinto Stato per il numero di ricorsi dinanzi alla Corte ed è il primo in termini di condanne. Inoltre, è il paese che registra

<sup>1</sup> Ad eccezione dell'articolo 25 della Carta sociale europea revisionata, relativo al diritto dei lavoratori alla protezione dei loro crediti in caso di insolvenza del datore di lavoro, che riprende la direttiva 80/987 dell'Unione europea.

il numero maggiore di mancata esecuzione delle sentenze. Per quanto la maggior parte di tali casi riguardi la durata eccessiva dei processi, si segnalano frequentemente altri problemi, – esecuzione delle decisioni di giustizia, riapertura delle procedure, affidamento di minori, ecc... per i quali le autorità italiane sono state talvolta reticenti, oppure semplicemente lente, nel modificare certe norme o prassi dopo le sentenze della Corte. Infatti, i tre quarti dei problemi legati all'esecuzione restano irrisolti, più di tre anni dopo essere stati presentati al Comitato dei Ministri. Questi ritardi riguardano altri settori di cooperazione tra l'Italia e certi organi del Consiglio d'Europa, quali il Comitato di prevenzione della tortura, oppure il Comitato europeo dei diritti sociali, ed è certo che le autorità italiane potrebbero essere incoraggiate a cooperare con una maggiore tempestività<sup>2</sup>. D'altro canto, tengo a sottolineare l'impegno e la piena collaborazione delle autorità italiane con il mio Ufficio al momento della preparazione di questa mia visita e ad affermare che non mi sono stati imposti né ostacoli, né restrizioni. Ho potuto visitare liberamente l'insieme dei luoghi da me indicati, compresi quelli talvolta definiti sensibili.

3. Eppure, malgrado il fatto che, come precedente-

<sup>2</sup> La pubblicazione dei rapporti delle visite effettuate nel 1996 e nel 2000 da parte del Cpt è stata autorizzata soltanto nel 2003; d'altra parte, l'Italia non ha presentato il proprio rapporto periodico dinanzi al Comitato europeo dei diritti sociali, previsto nel giugno 2003.

mente indicato, l'Italia offre un alto livello di protezione dei diritti dell'uomo e che i suoi sforzi per rispettarli siano conformi con quanto ci si può aspettare da una democrazia avanzata, la mia visita ha permesso di individuare certe difficoltà, alcune delle quali legate a problemi esistenti da vecchia data, e altre relative a nuove sfide. La disfunzione della giustizia in Italia non è un fenomeno nuovo, come lo dimostrano i numerosi casi sottoposti alla Corte europea e gli annosi dibattiti all'interno del paese. Tale problema, pur essendo ormai diventato un fatto politico e sociale accettato, non è assolutamente trascurabile, dal momento che provoca serie violazioni e incide negativamente sulla possibilità di godere di altri diritti. Devono essere intrapresi sforzi tangibili per risolvere i problemi strutturali che sottendono all'attuale deterioramento della giustizia italiana. Altro motivo di preoccupazione sono le condizioni delle carceri, il cui degrado è più rapido della loro ristrutturazione, e che sono sottoposte alla pressione del continuo aumento del numero di detenuti. Sono fonte di preoccupazione anche le condizioni e i criteri di detenzione negli ospedali psichiatrici giudiziari.

4. In questi ultimi dieci anni è emersa una nuova problematica, provocata dalla notevole pressione migratoria che deve fronteggiare l'Italia. Il presente rapporto intende esaminare alcune delle sfide, che vanno dall'accesso alle procedure di asilo, all'accoglienza degli immigrati che sbarcano sulle coste italiane, alle condizioni di detenzione degli stranieri in situazione irregolare o alla tratta di esseri umani, che accompagnano tale fenomeno. In tutti questi

campi, l'Italia non è il solo paese d'Europa a dover affrontare nuovi problemi. Riesce a risolverli, talvolta con successo, spesso con umanità, ma, come avviene del resto in altri paesi, occorre avviare una più ampia riflessione e prestare un'attenzione ancora maggiore alla questione, per garantire che vengano rispettati i diritti e la dignità dei migranti appena arrivati.

5. La protezione dei gruppi vulnerabili, quali i bambini, le minoranze o le vittime della tratta di esseri umani, deve essere annoverata tra le grandi realizzazioni dell'Italia, per quanto siano ancora indispensabili dei miglioramenti, in particolare a favore della comunità Rom. Infine, il mio rapporto non può esimersi dal sollevare la questione della possibilità di istituire dei meccanismi nazionali non giudiziari preposti alla promozione e alla tutela dei diritti dell'uomo.

(...)

## V. IL SISTEMA PSICHIATRICO

### A. *Sistema psichiatrico ordinario*

86. Il sistema psichiatrico italiano è strutturato sulla base della legge n° 180 del 13 maggio 1978, la cosiddetta legge Basaglia, relativa agli "Accertamenti

<sup>3</sup> «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere

e trattamenti sanitari volontari e obbligatori". L'articolo 32 della Costituzione prevede ugualmente delle disposizioni sull'accesso alla salute, il rispetto della dignità umana, e contiene il divieto a un trattamento sanitario obbligato, se non per disposizione di legge<sup>3</sup>.

87. Prima dell'adozione della suddetta legge, l'internamento avveniva sulla base di un semplice certificato medico, ratificato dall'autorità locale di pubblica sicurezza, e il soggetto poteva essere internato in grandi strutture impersonali e spesso vetuste. Negli anni sessanta, un movimento, che faceva capo a Franco Basaglia, ha rimesso in questione le strutture psichiatriche, raccomandando e ottenendo l'abolizione della legge in vigore. La questione ha sollevato vasti dibattiti, che spesso si riaccendono nella società italiana. Oltre al dibattito ideologico, questa rimessa in discussione del sistema psichiatrico era dettata dalla volontà di migliorare le condizioni di vita dei malati ospitati negli ospedali psichiatrici. All'epoca, le cure erano poco diversificate e molti ospedali mancavano di umanità. Indubbiamente, il dibattito ha aperto la via alla creazione di strutture alternative e a una migliore attenzione ai pazienti.
88. Con la legge n° 180, la definizione della persona affetta da disturbi mentali si basa ormai su criteri

obbligato a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

medici. Il malato ha acquisito il diritto di essere curato, invece di essere semplicemente "custodito" perché costituisce un pericolo sociale. La legge prevedeva soprattutto la chiusura progressiva degli ospedali psichiatrici, sia pubblici, che privati, cui veniva vietato di accogliere nuovi pazienti, pur prevedendo, nel contempo, l'istituzione di strutture alternative per la cura dei malati<sup>4</sup>.

89. L'applicazione completa della legge n° 180 è avvenuta soltanto a partire dal 1994, quando la legge finanziaria n° 724 ha previsto la chiusura di tutti gli istituti psichiatrici ancora operanti sul territorio italiano al 31 dicembre 1996. A partire dal 1997, è stato istituito un monitoraggio della progressiva chiusura degli ospedali psichiatrici e dell'integrazione dei malati in servizi alternativi.

*a) La de-istituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici*

90. Nel 1997, prima che gli ospedali psichiatrici fossero chiusi, c'erano ancora 62 ospedali psichiatrici pubblici e 14 strutture private, con un totale di 17.078 pazienti (11.892 nelle strutture pubbliche, e 5.186 in quelle private)<sup>5</sup>.
91. Dal 1998, la responsabilità delle questioni sanitarie,

<sup>4</sup> Assistenza alle famiglie, centri diurni, case aperte o strutture semi-residenziali.

<sup>5</sup> Documento conclusivo (luglio 1997) dell'indagine conoscitiva sulla chiusura degli Ospedali psichiatrici, redatto dalla Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati.

nel quadro del decentramento delle competenze, è stata trasferita alle Regioni e alle Province autonome. Hanno quindi istituito dei programmi specifici, per chiudere gli ospedali psichiatrici, inserendo i pazienti in strutture appropriate. Col tempo, tale trasferimento di competenze ha inevitabilmente creato certe disparità tra le regioni, in considerazione dei mezzi disponibili e della volontà politica di ciascuna autorità locale.

92. Per procedere al reinserimento dei malati nelle strutture alternative, sono state stabilite due categorie: i "pazienti psichiatrici" e i "pazienti non psichiatrici", ovverosia soggetti che non presentano problemi psichiatrici nel vero senso della parola (anziani e persone con una minorazione psichica o sensoria e in stato di abbandono).
93. Una parte dei malati ha fatto ritorno a casa, in famiglia. Gli altri sono stati ricoverati in strutture aperte sotto l'autorità delle regioni. Sono strutture residenziali di vario tipo, in funzione della gravità dei disturbi psichici. I pazienti meno gravi hanno accesso a residenze di reintegrazione sociale, con assistenza non permanente. I malati più gravi sono invece ospitati in strutture residenziali terapeutiche e di reinserimento, dove viene garantita una sorveglianza permanente. Tuttavia, l'insieme dei miei interlocutori ha riconosciuto che tali strutture non sono sufficienti, visto il numero di malati. Come ho potuto constatarlo nel corso della mia visita all'ospedale psichiatrico giudiziario (*Ospedali Psichiatrici Giudiziari, Opg*) di Aversa, la mancanza di infrastrutture disponibili comporta conseguenze inaccettabili per i malati.

*b) Servizi psichiatrici alternativi*

94. La legge n° 180 conferisce alle regioni la competenza di organizzare nuovi servizi alternativi, senza definire i servizi che devono essere creati. Nel 1994, un progetto nazionale<sup>6</sup> istituito per Decreto del Presidente della Repubblica, ha definito la tipologia delle strutture alternative da creare sul territorio nazionale. Il progetto, inizialmente previsto per un periodo di due anni, è stato prorogato e si applica tuttora.
95. Tale progetto ha istituito il Dipartimento di Salute Mentale (Dsm) in quanto autorità centrale responsabile di tutte le attività territoriali che gestiscono servizi alternativi:
  - i Centri di Salute Mentale: sono centri per il coordinamento degli interventi; sono attualmente 1244 e operano 6 giorni alla settimana e 12 ore al giorno. Si tratta di centri di accoglienza, che effettuano le diagnosi psichiatriche, definiscono i programmi terapeutici e controllano i centri privati.
  - Ospedali diurni: sezione di assistenza semi-residenziale per cure brevi. Day-hospitals permettono di effettuare accertamenti completi, di fornire le cure farmacologiche, per ridurre il ricorso all'internamento e limitarne la durata. Esistono ugualmente delle strutture aperte in giornata o in certi orari per un totale di 682 centri.

<sup>6</sup> Progetto obiettivo nazionale "Tutela della Salute Mentale" 1994/1996.

- Le strutture residenziali: 1205 strutture extra ospedaliere, pubbliche e private, che possono accogliere dei pazienti in modo permanente.
  - I Servizi psichiatrici di diagnosi e di cura (Spdc): si tratta di servizi ospedalieri, dove vengono effettuate cure psichiatriche volontarie e obbligatorie di soggetti ricoverati. Con le Aziende ospedaliere, Spdc accolgono circa 5.000 pazienti.
96. In totale, l'Italia conta circa 3.200 centri<sup>7</sup> per le persone affette da disturbi mentali oltre alle Spdc.

c) *L'internamento in ospedale (Tso)*

97. L'articolo 1 della legge Basaglia dispone che gli accertamenti e le cure sanitarie sono volontari. L'articolo 2 prevede nondimeno l'eventualità che possano essere ordinati dei trattamenti sanitari obbligatori (Tso) se sussistono contemporaneamente tre condizioni:
- Le alterazioni psichiche richiedono un intervento terapeutico urgente;
  - Le cure (volontarie) non sono accettate dal malato; e
  - Le condizioni e le circostanze non consentono di adottare misure sanitarie extra ospedaliere.
98. Il Sindaco, in quanto autorità sanitaria locale, decide l'internamento perché venga effettuato un trattamento sanitario obbligatorio. Per prendere

<sup>7</sup> Ministero della salute, Direzione generale del sistema informativo, Ufficio di direzione statistica, *Annuario statistico del servizio sanitario nazionale, Anno 2003*.

una decisione di internamento in ospedale, deve ottenere un parere motivato di un medico, convalidato da un secondo medico. La decisione viene comunicata a un giudice, che può impedire l'internamento. La procedura può sembrare adattata, da un punto di vista puramente formale, ma si deve notare che la legislazione non dispone che almeno uno dei due medici sia uno psichiatra. Inoltre, il secondo parere è unicamente una convalida del primo, senza colloquio con il malato. Questa decisione, che richiede l'intervento di quattro persone diverse, godrebbe di maggiore trasparenza se prevedesse il ricorso obbligatorio a uno psichiatra, sola persona veramente in grado di diagnosticare la patologia del malato e di valutare in modo globale la necessità dell'internamento.

99. L'internamento in ospedale non può essere superiore ai sette giorni, tranne nei casi in cui il responsabile del reparto psichiatrico ne faccia domanda al sindaco, che è l'autorità competente per autorizzare un prolungamento. Nella pratica, il ricorso a un internamento superiore a una settimana è frequente, poiché mancano le strutture in grado di ospitare e curare tali pazienti durante le loro crisi.

#### *B. Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg)*

100. La legge n° 180 voleva chiudere gli istituti psichiatrici, ma non ha previsto la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg). Vengono chiamati ospedali, ma sono in realtà delle strutture penitenziarie gestite dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia.

101. Nel corso della mia visita ufficiale, ho avuto la possibilità di visitare uno dei sei ospedali psichiatrici giudiziari, quello di Aversa, vicino a Napoli, e di avere un lungo colloquio con il suo direttore e i suoi collaboratori. Tengo a ringraziarli tutti per la loro pazienza e disponibilità, e per avermi permesso di comprendere meglio, con questa mia visita, la complessità dei meccanismi di tutela delle persone affette da disturbi mentali in Italia.
102. Il fabbricato principale di Aversa è circondato da varie strutture più piccole, destinate ad ospitare certi pazienti-detenuti. In tal modo, i casi più difficili sono ricoverati in una sezione separata dagli altri internati. Ho potuto visitare inoltre una sezione separata e autogestita per i malati meno gravi. Questa sezione, dove non è presente la polizia penitenziaria, mira a ricreare condizioni di vita il più possibile simili a quelle dell'esterno. In modo generale, le strutture mi sono parse vetuste, tali da offrire ai ricoverati condizioni di vita al limite della decenza, malgrado i considerevoli sforzi del personale dirigente. L'istituto manca veramente di mezzi necessari sia per ristrutturare certi spazi e sostituire il mobilio ormai vetusto, che per garantire attività e programmi diversificati.
103. Pur avendo una capacità totale di 189 ricoverati, l'Opg di Aversa al momento della mia visita ne accoglieva 230. Tale fenomeno di sovraffollamento, presente nei 6 Opg dell'Italia, è in gran parte dovuto, secondo il direttore, alla pratica di prolungare gli internamenti, per mancanza di strutture adattate all'esterno. Ho ritenuto allarmante tale situazione, e ho voluto studiare più a fondo la

questione. Vorrei esprimere i miei più vivi ringraziamenti ai miei interlocutori ad Aversa e al Ministero della Giustizia, che mi hanno aiutato a tracciare un quadro più completo della situazione.

104. Il Codice penale italiano stabilisce, agli articoli da 199 a 235, le "Misure di sicurezza personale", una delle quali può essere l'internamento in un ospedale Opg delle persone "socialmente pericolose" (art. 202). Numerose decisioni della Corte costituzionale<sup>8</sup> e una revisione dell'ordinamento legislativo<sup>9</sup> hanno adattato il meccanismo dell'internamento psichiatrico giudiziario ai diritti fondamentali dei pazienti, in particolare permettendo un maggior controllo da parte del giudice. Per decidere il ricovero in un Opg, devono essere soddisfatti più criteri.

a) *La nozione di "persona socialmente pericolosa"*

105. Le misure di sicurezza che determinano l'internamento in un Opg si applicano alle "persone socialmente pericolose" che hanno commesso un reato. Il codice penale prevede inoltre il caso in cui le persone socialmente pericolose, che non hanno commesso un fatto previsto dalla legge come reato possono essere oggetto di una misura di sicurezza (art. 202). In base all'articolo 203 del codice penale, è socialmente pericolosa la persona che, anche se non

<sup>8</sup> Segnatamente le decisioni n° 139/1982 del 27 luglio 1982 e n° 253/2003 del 18 luglio 2003.

<sup>9</sup> Legge n° 663 del 1986 "legge Gozzini".

imputabile o non punibile, ha commesso uno dei fatti previsti dalla legge come reato, quando esiste la probabilità che commetta nuovi reati. La qualità di persona socialmente pericolosa viene determinata dall'autorità giudiziaria competente sulla base di un accertamento psichiatrico del malato.

*b) Decisione del giudice*

106. Conformemente all'articolo 205 del codice penale, le misure di sicurezza, e, di conseguenza, l'internamento sono ordinati da un giudice nella sua sentenza di condanna del reato commesso dal malato. Può anche intervenire una decisione ulteriore, o in altri momenti del procedimento penale.
107. Nel corso dell'istruzione, l'autorità giudiziaria competente può disporre che un malato venga provvisoriamente ricoverato in un Opg<sup>10</sup>. Il giudice revoca l'ordine quando ritiene che la persona non sia più socialmente pericolosa. Il tempo dell'esecuzione provvisoria deve tuttavia essere computato nella durata della misura di sicurezza. Il giudice può inoltre ordinare l'internamento in un Opg di una persona sottoposta a un'altra misura detentiva e affetta da una malattia psichica, fino alla scomparsa della malattia.
108. Il giudice può infine ordinare l'internamento ai sensi dell'articolo 148 del codice penale, quando il condannato è colpito da una malattia mentale manifestatasi anteriormente o sopravvenuta nel corso

<sup>10</sup> Articolo 206 del Codice penale.

dell'esecuzione di una pena detentiva, se ritiene che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena. Il provvedimento di internamento è revocato e il condannato deve scontare la pena quando sono venute meno le cause che hanno determinato tale provvedimento. In tal caso, il periodo trascorso nell'Opg è integrato nella pena che resta da scontare.

*c) Durata dell'internamento*

109. Come mi è stato indicato dal direttore dell'Opg di Aversa, la durata dell'internamento dipende direttamente dalla durata della pena prevista per l'infrazione commessa. Questa decisione di giustizia soddisfa quindi più una necessità di punire per il fatto commesso, che di fornire cure al malato. La decisione iniziale di internamento, presa dal giudice, può essere di due anni, di cinque o di dieci anni.

110. In virtù della legge n° 663 del 1986, la durata dell'internamento può essere riveduta dal giudice prima della sua scadenza. Egli può ordinare la revoca della misura di internamento, quando constata che l'internato non è più socialmente pericoloso. Tuttavia, come mi è stato chiaramente indicato dai medici incontrati, è estremamente raro che una misura di internamento venga revocata prima del suo termine, vista la mancanza di posti nelle strutture esterne, non giudiziarie.

*d) Il mantenimento degli internati negli Opg*

111. Il codice penale italiano e la giurisprudenza della Corte costituzionale permettono di mantenere gli internati negli Opg al di là della decisione iniziale unicamente qualora il giudice constati il permanere della pericolosità sociale. Ai sensi dell'articolo 208 del codice penale, decorso il periodo di internamento, il giudice riprende in esame le condizioni della persona sottoposta a tale misura, per stabilire se è ancora socialmente pericolosa. In tal caso, il giudice fissa un nuovo termine per un esame ulteriore, generalmente sei mesi dopo.
112. L'articolo 112 § 6 del decreto n° 230/2000 obbliga la direzione degli Opg a informare mensilmente le autorità giudiziarie sulle condizioni psichiche degli internati. Di conseguenza, il giudice è informato dell'evoluzione delle condizioni mentali di ogni internato e può quindi prendere in esame la possibilità di revocare il provvedimento di internamento in qualunque momento, se ritiene che sia cessato il pericolo.
113. Secondo le spiegazioni che mi sono state fornite, la nozione di pericolosità sociale di un infermo internato si basa su vari criteri. Anzitutto, si deve prendere in considerazione la pericolosità della persona verso se stessa, poi nei confronti della società. In tale valutazione, i medici e il giudice prendono in esame la capacità del malato di vivere in società, ma anche la capacità della famiglia e della società di accogliere il malato.
114. Nella pratica, l'internamento si prolunga in genere molto oltre il termine stabilito inizialmente dal giudice, poiché i servizi psichiatrici esterni o le famiglie non sono in grado di accogliere i malati

una volta dimessi. Dopo aver scontato la “pena”, il malato è talvolta messo in libertà per un periodo di prova. L’assenza di strutture specifiche obbliga troppo spesso a un ritorno non desiderato e non auspicabile in seno alla famiglia, con il conseguente rapido ritorno del malato presso l’Opg, dato che la famiglia non è in grado di gestire le sue crisi e la demenza.

115. In maniera più generale, anche se l’internato cessa di essere una “persona socialmente pericolosa”, il magistrato di sorveglianza è obbligato di prolungarne il ricovero fino a quando non potrà essere accolto in un servizio esterno. La nozione di pericolosità non è quindi assoluta, e dipende in gran parte dalle strutture di accoglienza disponibili.
116. In base alle informazioni fornite dal direttore, circa il 40 per cento degli internati presso l’Opg di Aversa è in periodo di prolungamento della misura di internamento e il 60 per cento vi rimane per mancanza di soluzioni di accoglienza. Dei 230 internati al momento della mia visita, circa 55 non dovrebbero trovarsi all’interno del sistema penitenziario. La situazione non è nuova, come dimostrano le raccomandazioni del Cpt, dopo la sua visita nello stesso istituto nel 1995<sup>11</sup> e pare essere la causa principale del sovraffollamento delle Opg. Il prolungamento incide quindi negativamente non solo sull’interessato, che non viene rimesso in libertà e deve continuare

<sup>11</sup> Rapporto della visita del Cpt in Italia, dal 22 ottobre al 6 novembre 1995, Cpt/Inf (97) 12 parte 1, § 179.

a scontare una pena, ma anche sugli altri internati, costretti a vivere in istituti sovraffollati.

117. Gli ospedali psichiatrici giudiziari, pur ospitando e seguendo psicologicamente gli internati, sono malgrado tutto dei centri penitenziari, gestiti dall'amministrazione giudiziaria. È pertanto inconcepibile e inaccettabile, a mio avviso, che delle persone siano costrette a restare in una struttura carceraria perché mancano posti all'esterno.

118. La regionalizzazione del sistema sanitario va ad aggravare le difficoltà di trovare soluzioni alternative e di ospitare gli internati in strutture esterne. Un esempio sintomatico è quello di Aversa. Dal momento che esistono solo 6 Opg in tutta Italia, l'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa ospita pazienti provenienti da altre regioni italiane. Perché un internato che abbia trascorso più di 3 anni in un Opg possa tornare nella propria regione di provenienza, occorre che la sua pratica venga accettata dalla Usl di tale regione, e che vi abbia risieduto per almeno sei mesi. Per questo, per realizzare tale "trasferimento", gli impiegati dell'Opg devono recarsi direttamente sul posto per discutere con l'amministrazione locale le possibilità e le modalità di tale ritorno, il che richiede molto tempo e risorse non indifferenti. Il fatto che gli Opg siano sparsi in tutta Italia e che siano poco numerosi causa spesso delle difficoltà e perfino una interruzione dei legami tra il malato e la sua famiglia, contribuendo a diminuire ulteriormente le sue possibilità di un ritorno a casa o vicino ai suoi. Viste le difficoltà, si capisce bene perché il 40 per cento degli internati sia in situazione di prolungamento della pena.

119. La qualità di persona socialmente pericolosa deve anche essere analizzata alla luce dei meccanismi di tutela dei malati. Poiché la legge Basaglia ha portato alla progressiva chiusura dei centri di internamento civili, le famiglie, che non possono trovare posti disponibili nei rari istituti adattati esistenti, devono inevitabilmente tenersi a casa le persone colpite da disturbi mentali gravi, anche se non è per loro il luogo di vita adeguato. Può quindi crearsi un ingranaggio, per cui il malato è spinto a commettere atti punibili ai sensi del codice penale e a ritrovarsi in un ospedale psichiatrico giudiziario.
120. La mancanza di strutture civili per ospitare i malati più gravi ha pertanto due conseguenze. Innanzitutto, vengono interneate in ospedali-prigioni delle persone che dovrebbero essere ricoverate in strutture civili, con cure più adattate. La carenza di posti negli ospedali psichiatrici le fa diventare un pericolo per la società, sia che abbiano già commesso un'infrazione, o unicamente a causa del rischio di pericolosità. Secondariamente, tale mancanza di posti obbliga le autorità mediche e giudiziarie a mantenere tali persone in un Opg, struttura carceraria, in assenza di possibilità di reinserimento nella società.

### *Conclusioni*

121. In questi ultimi anni, sono stati studiati dalla Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati più di venti progetti di riforma della legge n° 180, il principale dei quali, il progetto Burani Procaccini, è stato respinto nell'aprile 2004. Perfino le as-

sociazioni specializzate sono divise sull'argomento. Alcune ritengono che qualsiasi cura obbligatoria sia una forma di violenza nei confronti dei pazienti (comprese le cure farmacologiche), mentre altre sostengono la riforma e fanno notare la necessità di creare strutture per i pazienti più gravi. Non intendo interferire su un dibattito politico e specifico all'Italia e alla sua società. Nondimeno, è mio compito rammentare che lo stato ha la responsabilità di offrire alle persone affette da disturbi mentali e alle loro famiglie delle strutture adattate alle loro malattie. Alcune patologie richiedono un'assistenza completa e cure costanti, che possono essere fornite solo in strutture ospedaliere chiuse. Pertanto, occorre offrire un numero di posti letto negli ospedali psichiatrici corrispondente ai fabbisogni dei malati. In una società prospera e benevola come quella dell'Italia, è difficile ammettere che persone colpite da malattie mentali molto gravi finiscano in strutture penitenziarie, per mancanza di strutture non giudiziarie disponibili.

122. Dopo aver esposto le mie osservazioni al Ministro della Giustizia e ai Direttori delle carceri nel corso della mia visita, ho avuto il piacere di apprendere che una lettera indirizzata nel mese di luglio ai direttori regionali dell'amministrazione penitenziaria li invitava a sviluppare dei protocolli con le amministrazioni locali e regionali per favorire il reinserimento nella società dei malati internati negli Opg. Tali sforzi potranno agevolare e certamente accelereranno la liberazione di numerosi malati, mantenuti in detenzione per ostacoli di natura amministrativa. Mi auguro che saranno la

prima tappa di una riflessione più globale sul sistema psichiatrico e che permetteranno di offrire un numero maggiore di posti letto negli istituti psichiatrici che possono ospitare in modo continuo (con ricovero diurno e notturno) i malati cronici di lunga durata che non possono trovare una soluzione di vita nel loro ambiente familiare o nelle strutture diurne.

(...)

#### CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

232. Il Commissario, conformemente all'articolo, 3, paragrafi b, c, e, nonché all'articolo 8 della Risoluzione (99) 50 del Comitato dei Ministri, presenta le seguenti raccomandazioni alle autorità italiane:

*Per quanto riguarda il sistema psichiatrico*

14. Richiedere il parere di un medico psichiatra prima di qualsiasi internamento obbligatorio (Tso);
15. Aumentare i posti offerti nelle strutture e negli ospedali psichiatrici, in particolare per i malati cronici e di lunga durata;
16. Accertarsi che il mantenimento dei malati detenuti negli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) non sia legato alla mancanza di posti disponibili all'esterno;

APPENDIX  
ITALIAN CONSIDERATIONS FOLLOWING THE REPORT  
OF THE HUMAN RIGHTS COMMISSIONER,  
MR. ALVARO GIL-ROBLES,  
ON HIS MISSION TO ITALY (June, 10-17 2005)  
[Rome, December 2005]

(... )

## GENERAL CONSIDERATIONS

### *6. Concerning the psychiatric system*

In light of Article 32 of the Italian Constitution, all people in the Italian territory access to health care services. The essential levels of health-care – Lea are based, in accordance with the relevant 2001 Presidential Decree,

<sup>12</sup> Collective health care in life and working environment includes (all prevention activities addressed to the population and to individuals): Protection from the effects of pollution and industrial accident risks; Veterinary public health; Food hygiene control; Prophylaxis for transmissible diseases; Vaccinations; Early Diagnosis programs; Forensic Medicine;

<sup>13</sup> District health care includes (health and social care services distributed throughout the country): Primary care; Pharmaceutical assistance; Local emergency; Specialist day hospital service; Services for the disabled and prostheses; Home care services for the elderly, chronically ill people; Mental health care services; Semi-residential and residential structures for the elderly, disabled, terminal patients, drugs addicted people, and alcoholics, HIV positive persons; Hydro thermal treatments;

<sup>14</sup> Hospital care includes: First aid and emergency response; Ordinary hospitalisation; Day Hospital and day surgery; Long term hospital stays; Rehabilitation hospital; Home-based services provided by hospital staff; Blood and transfusion services; Tissue for grafts and transplants.

on the following principles/features: to be necessary, appropriate, homogeneous. All citizens are entitled to receive health-care services included in the "essential level" at no cost in terms of access or against payment of a small share for services that are not fully covered by the national Health System. Health care system is based upon the following pattern: Collective health care<sup>12</sup>; District health care<sup>13</sup>; Hospital care<sup>14</sup>.

By adopting Act no. 180/78, Italy closed up the psychiatric hospitals which have been replaced by the so-called National Health Service (Servizio Sanitario Nazionale) established by Act no. 883/78. Italian authorities have thus opted out for intervention measures, well-accepted also by Who, which envisaged the establishment of Mental Health Departments (Dipartimenti di Salute Mentale) throughout the country, to which local facilities, hospitals and so-called residential and semi-residential facilities are linked.

Against this background, we acknowledge that some episodes concerning the lack of adequate assistance have occurred. Such events did not depend on the lack of facilities but on some organisational shortage: All relevant facilities are in line with the standards laid down by Law, despite some shortage of personnel. In this regard, it is worth recalling that a clear picture of the care services can be taken only by considering different key indicators, namely the so-called facilities indicators (their adequacy to standards), the process-indicators (activity carried out by stakeholders on the basis of scientific evidence), and the outcome indicators (what happens to the patients).

As to the treatment for mentally ill people who complete their stay in the so-called judicial psychiatric hos-

pitals, it is worth emphasizing that their release process may be postponed due to the difficulties to find out rehabilitation solutions, particularly for those with serious problems. Such difficulties do not stem from the lack of facilities, rather from the clear need of an adequate response to be provided, once these people are released (most of these people have committed household criminal behaviour). To better tackle such situation, a joint working group between the Justice Ministry and the Health Ministry is currently working towards the implementation of ad hoc cooperation protocols between the Judicial Psychiatric Hospitals and the Mental Health Departments.

Within this framework, we would like to recall that the so-called Compulsory Health Treatment (Trattamento Sanitario Obbligatorio – Tso) is a measure restricting personal freedom and is to be adopted only upon decision of the Public Health Administration (despite the lack of consent of the patient). Such measure can be taken for the protection of the individual's health and of population's. Therefore this is a measure to be adopted only under exceptional circumstances. Moreover, this is proposed exclusively by a physician who ascertains the health conditions of the patient and must be issued only upon a Mayor's decision as representative of the Public Health Administration. Such process takes place on a double track: on one hand, the Mayor's measure must mention the place and the facility hosting the patient, on the other, relevant stakeholders will assist the patient in order to get his/her consent. Furthermore, it is worth recalling that such treatment, on one hand, is decided by physicians, aware of their respon-

sibilities, on the other, psychiatrists are involved in the cited process. Along these lines, provided that the treatment under reference must be limited to the rehabilitation of the patient, its duration cannot be set in advance, apart from the obligation over physicians to promptly inform the Mayor and the probate justice about the course of the care intervention (as set forth by the current, relevant legislation).

The right to health-care, acknowledged by the Italian Constitution, is fully assured to the entire prison population, without any distinction between Italian prisoners and non-national prisoners. The first duty of the Penitentiary Administration is to provide prison population with an adequate health-care service, equal to the health-care provided to free people.

In every prison, there is at least one physician, employed by the Penitentiary Administration, helped by indentured medical doctors and nurses, whose number varies according to the number of prisoners. The most required specialist health-care services are provided through agreements with specialist medical doctors, and are paid by the Penitentiary Administration. If the required specialist care is not provided in the prison, scheduled specialist examinations at local hospitals are carried out; moreover, prisoners can also be hospitalised at the Clinic centres of the Penitentiary Administration.



## Allegato 5

### Il Governo e la Sanità penitenziaria

Il 3 marzo 2010 la Commissione affari sociali della Camera dei deputati ha ascoltato il ministro della Salute Ferruccio Fazio in relazione alle "tematiche relative al trasferimento al Servizio sanitario nazionale dell'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari". Un'audizione che costituisce la linea ufficiale del Governo su questa delicata questione.

PRESIDENTE – L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento, l'audizione del ministro della salute, professore Ferruccio Fazio, sulle problematiche relative al trasferimento al Servizio sanitario nazionale dell'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari. Do la parola al Ministro Fazio per lo svolgimento della relazione.

FERRUCCIO FAZIO, MINISTRO DELLA SALUTE – Ringrazio il presidente e gli onorevoli deputati per l'invito rice-

vuto. Ricordo che il decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008 ha trasferito al Servizio sanitario nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento per la giustizia minorile del Ministero della Giustizia. Compete, pertanto, alle Regioni l'espletamento delle funzioni trasferite con il decreto di cui sopra, attraverso le aziende sanitarie locali competenti per territorio.

Al fine di attuare e perfezionare il trasferimento delle funzioni di cui sopra, sono state adottate, come allegato al predetto decreto, le linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.

Di seguito intendo, oltre a ricordare i provvedimenti governativi che hanno ridisegnato il ruolo e le competenze fra Stato e Regioni nella materia in questione, che sono sicuramente già noti a questa Commissione, indicare le iniziative e le funzioni che competono allo Stato e alle Regioni.

L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica. L'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti. Il Servizio sanitario nazionale e, quindi, quelli regionali, assicurano ai detenuti, agli internati e ai minorenni sottoposti a provvedimenti penali quanto segue: azioni di protezione,

di informazione e di educazione ai fini della responsabilità individuale e collettiva; azioni e informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto di ingresso nell'istituto penitenziario e al momento dell'immissione in libertà; interventi di prevenzione, cura e sostegno psichico e sociale; assistenza alla gravidanza e alla maternità, nonché assistenza pediatrica per i figli delle detenute.

Le funzioni di cui sopra devono essere svolte nel rispetto degli obiettivi di salute e dei livelli essenziali di assistenza. Si parla, quindi, di azioni programmatiche e interventi prioritari, di organizzare le conoscenze epidemiologiche, di promozione della salute, di garantire la salubrità degli ambienti di vita e l'igiene degli alimenti, di organizzare gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale.

In particolare, gli aspetti sono i seguenti: medicina generale, valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi, prestazioni specialistiche, risposta alle urgenze, patologie infettive, prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche, prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale, tutela della salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole, tutela della salute della popolazione immigrata.

Alle regioni e alle province autonome è, quindi, assegnato il compito di organizzare i servizi sanitari in rapporto alla tipologia degli istituti di pena per garantire risposte appropriate, efficienti ed efficaci ai bisogni di salute della popolazione carceraria e dei minori sottoposti a provvedimento penale.

Segnalo quale documento di coordinamento l'accordo del 20 novembre 2008 tra Governo, Regioni, Province

autonome di Trento e Bolzano e autonomie locali, che definisce le forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e i principi e i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario, quello penitenziario e quello della giustizia minorile. Con tale accordo sono state individuate le aree e le tematiche che necessitano di specifici protocolli di collaborazione tra le amministrazioni sanitarie e quelle della giustizia, sia a livello regionale, sia tra aziende sanitarie e singoli istituti di servizi, tenendo conto delle rispettive competenze istituzionali, allo scopo di creare le necessarie sinergie. Il medesimo accordo prevede la stipula di specifici protocolli di collaborazione, sia a livello delle regioni e dei provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziarie della giustizia minorile, sia tra aziende sanitarie e singoli istituti di pena.

Si elencano le principali aree di collaborazione rispetto alle quali il responsabile del sistema sanitario e quelli dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile a livello regionale e locale devono assumere un impegno formale. Questo è il cuore della relazione. Tali aree sono le seguenti: l'individuazione degli ambienti idonei da dedicare all'attività sanitaria; il supporto necessario a garantire il corretto svolgimento dell'attività e la continuità dei percorsi sanitari; il rispetto dell'autonomia professionale degli operatori sanitari, unitamente al rispetto delle regole dell'ordinamento penitenziario e delle disposizioni previste dal processo penale minorile, con specifico riferimento al regime autorizzatorio e alle modalità di accesso negli istituti di pena e dei servizi minorili del personale appartenente al Servizio sanitario nazionale; la condivisione dei dati sanitari, quando è neces-

saria per consentire l'adozione di misure appropriate per la collocazione e il trattamento dei soggetti, soprattutto riguardo i nuovi giunti con particolari problematiche sanitarie, per esempio disabilità, malattie infettive, tossicodipendenza, disturbi mentali, rischio di suicidio; il trasferimento di informazioni di dati giudiziari al personale sanitario, quando è necessario per una migliore gestione, anche sanitaria, dei detenuti; la collaborazione tra personale sanitario e penitenziario degli ospedali psichiatrici giudiziari per l'attuazione dei progetti terapeutico-riabilitativi in favore dei soggetti ricoverati negli stessi Opg; la continuità dei percorsi di cura, garantendo una continuità dal momento dell'ingresso negli istituti di pena e nel caso di eventuali spostamenti in altri istituti, anche di altre regioni, sia che i trasferimenti siano dettati da motivi di salute, sia che siano dettati da provvedimenti dell'autorità giudiziaria; l'individuazione di sezioni o reparti a custodia attenuata per i trattamenti terapeutico-riabilitativi dei tossicodipendenti e dei soggetti con disturbi mentali (questo punto interessa sicuramente all'onorevole Ciccioli, che si occupa di questa problematica); l'esecuzione degli inserimenti in comunità terapeutica disposti dall'autorità giudiziaria riguardanti minori sottoposti a provvedimento penale; l'attuazione di specifici programmi a carattere preventivo, come, per esempio, la riduzione del rischio di suicidi, e di programmi congiunti orientanti alla risocializzazione, anche con il coinvolgimento delle associazioni del terzo settore; l'attuazione di programmi di miglioramento continuo nella qualità dei processi di cura e di trattamento, con particolare riguardo a percorsi individualizzati socio-psico-terapeutico-riabilitativi dei

minori sottoposti a provvedimento penale; l'attuazione di programmi di formazione indirizzati anche a personale non sanitario.

I documenti citati sottolineano, quindi, l'importanza di un monitoraggio costante delle azioni programmatiche e del funzionamento dei servizi sanitari predisposti in termini di efficienza ed efficacia, a fronte sia della complessità e criticità del processo di trasferimento delle risorse umane, sia della necessità di adeguamenti dei programmi regionali e aziendali per portare progressivamente a regime il sistema dei servizi.

Questo monitoraggio è attribuito agli Osservatori permanenti regionali sulla sanità penitenziaria per il territorio di competenza, mentre un ruolo di coordinamento nazionale viene assegnato al Tavolo di consultazione presso la Conferenza unificata per garantire uniformità d'attuazione nell'intero territorio nazionale.

Segnalo, quindi, che dal febbraio 2009 sono operativi in Conferenza unificata sia il Tavolo di consultazione permanente sull'attuazione del Dpcm 1° aprile 2008, sia il Comitato paritetico per le problematiche degli ospedali psichiatrici giudiziari. Sia il tavolo che il comitato sono previsti dallo stesso Dpcm e determinanti per un concreto indirizzo nazionale e un necessario monitoraggio sulle iniziative in atto.

Tale attività di coordinamento è stata utile e ha già determinato l'approvazione dei seguenti accordi in sede di Conferenza unificata: la convenzione per l'utilizzo dei locali sanitari in data 29 aprile 2009 e le prestazioni medico-legali alla polizia penitenziaria in data 29 ottobre 2009. Inoltre, sono stati approvati in Conferenza unificata il 26 novembre 2009 importanti documenti

di indirizzo interistituzionale, prevalentemente concordati in appositi tavoli tecnici a latere dei citati tavoli istituzionali. In particolare, sono state approvate le linee di indirizzo su strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario, su dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica informatizzata, nell'ambito dell'informazione a livello nazionale, per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento di autorità giudiziaria, su definizioni di specifiche aree di collaborazione, nonché indirizzi per interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari e nelle case di cura e custodia. Inoltre, è stato attivato un nuovo gruppo di lavoro sulle problematiche dei detenuti tossicodipendenti insieme con il Dipartimento della Presidenza del Consiglio e a breve ne sarà attivato un altro sulla problematica dei suicidi in carcere.

È poi imminente una rilevazione complessiva su attività programmatica delle regioni, personale dedicato all'assistenza sanitaria nei singoli istituti e servizi e organizzazione sanitaria attuale.

Invece, in una seconda fase, la rilevazione riguarderà, insieme a quelli sull'organizzazione dei servizi, dati riferiti all'attività e alle prestazioni, onde consentire una valutazione della qualità organizzativa e una della qualità dei progetti assistenziali. In questa fase, dunque, la valutazione è *ex ante*, poi sarà invece, sostanzialmente, *ex post*.

Quanto alle iniziative di natura finanziaria, informo che sono state ripartite le somme del 2008 e del 2009; si tratta rispettivamente di 35 milioni di euro per il periodo ottobre-dicembre 2008, per il trasferimento alla competenza regionale della sanità penitenziaria a far data 1° ottobre 2008, e di 135 milioni per il 2009.

I suddetti riparti sono stati effettuati a favore delle regioni a statuto ordinario, atteso che per le regioni a statuto speciale si necessita di attendere l'adozione dei regolamenti di attuazione. Questo è stato il motivo dei ritardi che si sono verificati e di alcune problematiche dovute proprio al fatto che nelle regioni a statuto speciale si necessita dell'adozione dei regolamenti di attuazione, il che ha ritardato, come è noto, tutto il processo.

Per precisione, comunico che per la ripartizione delle somme per il 2009 è intervenuta già l'approvazione da parte del pre-Cipe a dicembre 2009 e che siamo in attesa della deliberazione finale da parte del Cipe.

## Allegato 6

### Persone ristrette negli Opg al 30 maggio 2011\*

A seguito dell'approvazione del decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del primo aprile 2008 che comprendeva anche il «superamento graduale degli Opg» gli internati negli Opg sono aumentati!

REGIONE	OPG	2007	2011 al 31 maggio	DIFERENZA	
				assoluta	%
CAMPANIA	AVERSA SAPORITO	293	276	- 17	- 5,80
	NAPOLI S. EFRAMO	79	113	+ 34	+ 43,04
EMILIA ROMAGNA	REGGIO EMILIA	279	261	- 18	- 6,45
LOMBARDIA	CASTIGLIONE DELLE STIVIERE	197	334	+ 137	+ 69,54
SICILIA	BARCELLONA POZZO DI GOTTO	233	370	+ 137	+ 58,80
TOSCANA	MONTELUPO FIORENTINO	179	156	- 23	- 12,85
<b>TOTALE</b>		<b>1.260</b>	<b>1.510</b>	<b>+ 250</b>	<b>+ 19,84</b>

\* Fonte: Dap - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - Sezione statistica

**SUDDIVISI PER POSIZIONE GIURIDICA**

REGIONE	OPG	IMPUTATI			CONDANNATI			INTERNAZI			TOTALE		
		UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE	UOMINI	DONNE	TOTALE
CAMPANIA	Aversa Saporito	7	-	7	13	-	13	256	-	256	276	-	276
	Napoli Sant'Eframo	3	-	3	15	-	15	95	-	95	113	-	113
EMILIA ROMAGNA	Reggio Emilia	16	-	16	36	-	36	209	-	209	261	-	261
	Castiglione delle Stiviere	10	9	19	5	10	15	225	75	300	240	94	334
SICILIA	Barcellona Pozzo di Gotto	22	-	22	71	-	71	277	-	277	370	-	370
	Montelupo Fiorentino	10	-	10	13	-	13	133	-	133	156	-	156
Total		68	9	77	153	10	163	1.195	75	1.270	1.416	94	1.510

**SUDDIVISI PER CLASSI DI ETÀ**

REGIONE	OPG	CLASSI D'ETÀ						TOTALE					
		18-20	21-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	60-69	70-Oltre		
CAMPANIA	AVERSA F. SAPORITO' - OPG	-	5	15	30	48	56	52	46	23	1	276	
	NAPOLI "SANTEFRAMO" (C/O C.C. SECONDIGLIANO) - OPG	1	1	8	16	24	21	16	18	8	-	113	
EMILIA ROMAGNA	REGGIO NELL'EMILIA - OPG	1	8	17	34	40	53	39	52	11	6	261	
LOMBARDIA	CASTIGLIONE DELLE STIVIERE - OPG	2	8	34	33	58	80	40	51	17	11	334	
SICILIA	BARCELLONA POZZO DI GOTTO - OPG	2	7	31	48	70	71	54	66	17	4	370	
TOSCANA	MONTELUPO FIorentino - OPG	2	3	13	19	35	33	19	21	6	5	156	
	Totali		8	32	118	180	275	314	220	254	82	27	1.510

## SUDDIVISI PER NAZIONALITÀ

REGIONE	OPG	NAZIONALITÀ	DONNE	UOMINI	TOTALE
CAMPANIA	AVERSA	ALBANIA		1	1
		ALGERIA	1	1	
		AUSTRALIA	1	1	
		ERITREA	1	1	
		FILIPPINE	1	1	
		GHANA	1	1	
		INDIA	1	1	
		<b>ITALIA</b>	256	256	
		MAROCCO	1	1	
		NIGERIA	1	1	
		ROMANIA	8	8	
		SENEGAL	1	1	
		STATI UNITI	1	1	
		UNGHERIA	1	1	
	NAPOLI	COSTA RICA	1	1	
		GERMANIA	1	1	
		<b>ITALIA</b>	107	107	
		MAROCCO	2	2	
		SVIZZERA	1	1	
EMILIA ROMAGNA	REGGIO EMILIA	UCRAINA	1	1	
		AFRICA DEL SUD	1	1	
		ALBANIA	10	10	
		ALGERIA	3	3	
		BRASILE	1	1	
		CINA	2	2	
		COSTA D'AVORIO	1	1	
		EGITTO	1	1	
		FILIPPINE	1	1	
		GERMANIA	1	1	
		INDIA	3	3	
		<b>ITALIA</b>	204	204	
		MACEDONIA	1	1	
		MAROCCO	5	5	
		MONTE NEGRO	1	1	
		NIGERIA	4	4	
		PAKISTAN	1	1	
		PERU	1	1	
		ROMANIA	4	4	
		RUSSIA	1	1	
		SENEGAL	1	1	
		SPAGNA	1	1	

REGIONE	OPG	NAZIONALITÀ	DONNE	UOMINI	TOTALE
EMILIA ROMAGNA (segue)	REGGIO EMILIA (segue)	SRI LANKA		1	1
		SVIZZERA		1	1
		TUNISIA	3	3	
		TURCHIA	1	1	
		UCRAINA	3	3	
		YUGOSLAVIA	3	3	
		ZAIRE	1	1	
LOMBARDIA	CASTIGLIONE DELLE STIVIERE	ALBANIA	1	1	2
		ARMENIA	1		1
		BELGIO	1		1
		BURKINA FASO		1	1
		CINA	1		1
		EGITTO	1		1
		FILIPPINE	1		1
		FRANCIA		1	1
		GHANA		1	1
		INDIA	1		1
		ITALIA	75	230	305
		MAROCCO		2	2
		MOLDOVA	1		1
		NIGERIA	1	1	2
		OLANDA	1		1
		POLONIA		1	1
		ROMANIA	2		2
		SIERRA LEONE	1		1
		SLOVENIA	1		1
		SOMALIA	1		1
		SRI LANKA		1	1
		TUNISIA		1	1
		UCRAINA	2		2
		YUGOSLAVIA	2		2
SICILIA	BARCELLONA POZZO DI GOTTO	ALBANIA		2	2
		ALGERIA	1	1	
		BOSNIA	1	1	
		BULGARIA	1	1	
		CINA	1	1	
		FRANCIA	1	1	
		GHANA	2	2	
		G. BRETAGNA		1	1
		IRAQ	1	1	
		ITALIA		325	325
		MACEDONIA	1		1
		MALI	1		1
		MAROCCO		17	17
		PERU	1		1

REGIONE	OPG	NAZIONALITÀ	DONNE	UOMINI	TOTALE
SICILIA (segue)	BARCELLONA POZZO DI GOTTO (segue)	POLONIA	1	1	
		ROMANIA	2	2	
		SENEGAL	1	1	
		SLOVACCHIA	1	1	
		SRI LANKA	1	1	
		SVIZZERA	1	1	
		TUNISIA	5	5	
		UCRAINA	1	1	
TOSCANA	MONTELupo FIorentino	AFRICA DEL SUD	1	1	
		ALBANIA	1	1	
		ALGERIA	1	1	
		BOSNIA	1	1	
		BRASILE	1	1	
		EGITTO	1	1	
		<b>ITALIA</b>	141	141	
		MAROCCO	2	2	
		PERU	1	1	
		ROMANIA	2	2	
		SOMALIA	1	1	
		SRI LANKA	1	1	
		STATI UNITI	1	1	
		UNGHERIA	1	1	
		NON RILEVATO	1	1	
Totale complessivo			94	1416	1510

## Bibliografia

Aa.Vv., *Per un altro 13 maggio*, Savelli (1975).

Aa.Vv., Onnis Luigi, Lo Russo Giuditta (a cura di), *Dove va la psichiatria?, Pareri a confronto su salute mentale e manicomio dopo la nuova legge*, Feltrinelli (1980).

Amati Ugo, *Lo spazio della follia*, Bertani (1974).

Amati Ugo, *La psichiatria negata*, Borla (2003).

Andreoli Vittorino (a cura di), *Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria (2002).

Andreoli Vittorino, *Dentro la follia del mondo*, BUR Biblioteca Univ. Rizzoli (2010).

Agosti Silvano, Bellocchio Marco, Petraglia Sandro, Rulli Stefano, *Matti da slegare*, Einaudi (1976).

- Attenasio Gigi e Filippi Gisella, *Parola di matti e anche nostra*, Bertani (1989).
- Baraldi Enrico, *Psicofarmaci agli psichiatri*, Stampa alternativa (2007).
- Basaglia Franco (a cura di), *Che cos'è la psichiatria*, Baldini Castoldi Dalai (1997).
- Basaglia Franco, *L'istituzione negata*, Baldini Castoldi Dalai (1998).
- Basaglia Franco, Franca Ongaro, *La maggioranza deviante*, Torino, Einaudi (1971).
- Basaglia Franco, *Crimini di pace*, (tra gli altri Foucault, Goffman, Laing, Chomsky), Einaudi (1971).
- Basaglia Franco, Ongaro Franca (a cura di), *Conferenze brasiliane*, Contributi di Giannichedda Maria Grazia, Raffaello Cortina (2000).
- Berardi Enza, *Gli emarginati*, Paravia (1976).
- Bizzarri Corrado, *Criminali o folli. Nel labirinto della perizia psichiatrica*, et al. (2010).
- Bonazzi Alfredo, *Ergastolo Azzurro*, Todariana (1970).
- Bonazzi Alfredo, *Squalificati a vita*, Gribaudo (1975).
- Brant Sebastian, *La nave dei folli*, Spirali (2002).
- Canosa Romano, *Storia del manicomio in Italia dall'unità a oggi*, Feltrinelli (1979).

- Cestari Roberto, *L'inganno psichiatrico*, Sensibili alle foglie (1994).
- Chimenti Anna, *Storia dei referendum*, Laterza (1999).
- Collura Matteo, *Perdersi in manicomio*, Pungitopo (1993).
- Conti Adalgisa, *Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita. Manicomio 1914*, Jaka Book (2010).
- Cooper David, *Il linguaggio della follia*, Feltrinelli (1979).
- Cooper David, *La morte della famiglia*, Einaudi (1991).
- Corbellini Gilberto e Jervis Giovanni, *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri (2008).
- Dell'Acqua Peppe, *Non ho l'arma che uccide il leone, trent'anni dopo torna la vera storia dei protagonisti del cambiamento nella Trieste di Basaglia e nel manicomio di San Giovanni*, Prefazione di Franco Basaglia. Disegni di Ugo Guarino. Interventi di Roberto Mezzina, Franco Rotelli, Pieraldo Rovatti, Giuliano Scabia, Stampa Alternativa (2007).
- Dell'Acqua Peppe, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Feltrinelli (2010).

- Ferraro Adolfo, *Materiali dispersi. Storie dal manicomio criminale*, Pironti (2010).
- Foucault Michel (a cura di), *Io Pierre Rivière, avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello...*, Einaudi (1978).
- Foucault Michel, *Dalle torture alle celle*, Lerici (1979).
- Foucault Michel, *Nascita della clinica*, Einaudi (1998).
- Foucault Michel, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi (2005).
- Foucault Michel, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli (2010).
- Gentis Roger, *Contro l'istituzione totale*, Savelli (1974).
- Giannichedda Maria Grazia, *Democrazia vista dal manicomio*, Animazione sociale (2005, vol. 35, fasc. 4).
- Grispini Alessandro, *Le depressioni postpartum. Una guida per la sopravvivenza*, Fioriti (2008).
- Jervis Giovanni, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli (1975).
- Jervis Giovanni, *Il buon rieducatore: scritti sugli usi della psichiatria e della psicanalisi*, Feltrinelli (1977).
- Jervis Giovanni (a cura di), con Antonio Maria Ferro, *La bottega della psichiatria: dialoghi sul-*

- l'operare psichiatrico a vent'anni dalla legge 180*, Bollati Boringhieri (1999).
- Laing Ronald, *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Einaudi (2010).
- Merini Alda, *Elettroshock. Parole, poesie, racconti, aforismi, foto*, Stampa Alternativa (2010).
- Panizza Raffaele, *Vita da pazzi*, in «Max» (ottobre 2010).
- Pannella Marco (a cura di Lanfranco Palazzolo), *A sinistra del PCI. Interventi parlamentari 1976-1979*, Kaos (2007).
- Pannitteri Adriana, *Madri assassine. Diario da Castiglione delle Stiviere*, Gaffi editore (2006).
- Pirella Agostino, *Il problema psichiatrico*, Centro Documentazione Pistoia (1999).
- Sandretto Jean, *Un bambino nell'ospedale psichiatrico*, Feltrinelli (1978).
- Starace Fabrizio, *Liberiamoli dagli OPG e affidiamoli alle ASL*, in «Il Riformista» (9 maggio 2007).
- Szasz Thomas S., *I manipolatori della pazzia*, Feltrinelli (1972).
- Szasz Thomas S., *La schiavitù psichiatrica*, Il Saggiatore (1980).
- Szasz Thomas S., *Il mito della malattia mentale: fondamenti per una teoria del comportamento individuale*, Spirali (2003).

- Tranchina Paolo, Teodori Maria Pia (a cura di), *Bibliografia cronologica della nuova psichiatria italiana*, Portolano digitale di salute mentale – (febbraio 2010), <http://portolano.dba.it>.
- Tranchina Paolo, *Norma e antinorma*, Feltrinelli (1982).
- Valcarenghi Marina, *I manicomì criminali*, Mazzotta (1975).
- Vecellio Valter, *Marco Pannella. Biografia di un irregolare*, Rubbettino Editore (2010).
- Volterra V. (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*, Masson (2006).

#### *Normativa nazionale*

- Costituzione della Repubblica italiana. (Artt. 1, 5, 32 e 117).
- Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. (Artt. 1, 10, 24, 26, 33-35, 39, 43, 45, 64).
- Legge 23 ottobre 1985, n. 595. Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88. (Art. 6).
- Legge 11 marzo 1988, n. 67. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e plu-

riennale dello Stato (legge finanziaria 1988). (Art. 20).

Legge 23 dicembre 1994, n. 724. Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. (Art. 3).

Legge 28 agosto 1997, n. 285. Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza.

Decreto Legislativo del 22 giugno 1999, n. 230. Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della Legge 30 novembre 1998, n. 419.

Decreto del presidente della Repubblica del 10 novembre 1999. Approvazione del progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1998-2000».

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

Legge 28 marzo 2001, n. 145. Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n.168, sul divieto di clonazione di esseri umani.

### *Normativa comunitaria*

Codice di Norimberga (1946).

#### *Documenti*

Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia e sull'attuazione dei progetti obiettivo per la tutela della salute mentale approvato dalla 12<sup>a</sup> Commissione Igiene e sanità del Senato il 14 febbraio 2006 (Doc. XVII, n. 30).

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento concernente «Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale». (Repertorio atti n. 43/Cu del 20 marzo 2008).

Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale. Conferenza delle Regioni e delle province autonome, Roma, 29 aprile 2009.

#### *Corte costituzionale*

Sulle misure sanitarie obbligatorie a tutela della salute pubblica.

Sentenza 154/1980 - Presidente AMADEI, Relatore ANDRIOLI  
Sentenza 141/1982 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI  
Ordinanza 2/1983 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI  
Ordinanza 17/1983 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI  
Sentenza 211/1988 - Presidente SAJA, Relatore BALDASSARRE  
Sentenza 307/1990 - Presidente SAJA, Relatore CORASANITI  
Sentenza 218/1994 - Presidente CASAVOLA, Relatore MIRABELLI  
Sentenza 258/1994 - Presidente CASAVOLA, Relatore GRANATA  
Sentenza 118/1996 - Presidente FERRI, Relatore ZAGREBELSKY  
Sentenza 27/1998 - Presidente GRANATA, Relatore ZAGREBELSKY  
Sentenza 423/2000 - Presidente MIRABELLI, Relatore ZAGREBELSKY  
Sentenza 282/2002 - Presidente RUPERTO, Relatore ONIDA  
Sentenza 338/2003 - Presidente CHIEPPA, Relatore ONIDA

Ordinanza 262/2004 - Presidente ZAGREBELSKY, Relatore ONIDA

Sentenza 151/2009 - Presidente AMIRANTE, Relatore FINOCCHIARO

Sugli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Sentenza 24/1979 - Presidente AMADEI, Relatore ROSSANO

Sentenza 137/1981 - Presidente AMADEI, Relatore MALAGUGINI

Sentenza 139/1982 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI

Sentenza 141/1982 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI

Ordinanza 2/1983 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI

Ordinanza 17/1983 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI

Ordinanza 93/1983 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI

Sentenza 249/1983 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI

Sentenza 233/1984 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI

Sentenza 269/1984 - Presidente ELIA, Relatore CONSO

- Ordinanza 24/1985 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI
- Ordinanza 25/1985 - Presidente ELIA, Relatore MALAGUGINI
- Sentenza 4/1986 - Presidente PALADIN, Relatore FERRARI
- Ordinanza 280/1986 - Presidente LA PERGOLA, Relatore CONSO
- Ordinanza 232/1990 - Presidente SAJA, Relatore GALLO E.
- Ordinanza 378/1992 - Presidente CORASANITI, Relatore VASSALLI
- Sentenza 41/1993 - Presidente CASAVOLA, Relatore VASSALLI
- Sentenza 205/1993 - Presidente CASAVOLA, Relatore VASSALLI
- Ordinanza 333/1994 - Presidente PESCATORE, Relatore GUIZZI
- Ordinanza 396/1994 - Presidente CASAVOLA, Relatore GUIZZI
- Sentenza 111/1996 - Presidente FERRI, Relatore GUIZZI
- Sentenza 165/1996 - Presidente FERRI, Relatore ONIDA
- Sentenza 94/1997 - Presidente VASSALLI, Relatore VASSALLI

- Ordinanza 54/1998 - Presidente GRANATA,  
Relatore GUIZZI
- Sentenza 324/1998 - Presidente VASSALLI, Re-  
latore ONIDA
- Sentenza 228/1999 - Presidente GRANATA,  
Relatore VASSALLI
- Ordinanza 88/2001 - Presidente RUPERTO,  
Relatore FLICK
- Ordinanza 117/2001 - Presidente SANTO-  
SUOSO, Relatore ONIDA
- Sentenza 253/2003 - Presidente CHIEPPA, Re-  
latore ONIDA
- Ordinanza 344/2003 - Presidente CHIEPPA,  
Relatore ONIDA
- Sentenza 367/2004 - Presidente ONIDA, Rela-  
tore NEPPI MODONA
- Ordinanza 240/2005 - Presidente CONTRI, Re-  
latore NEPPI MODONA
- Ordinanza 254/2005 - Presidente CONTRI, Re-  
latore NEPPI MODONA
- Ordinanza 83/2007 - Presidente FLICK, Rela-  
tore DE SIERVO
- Ordinanza 26/2009 - Presidente FLICK, Rela-  
tore SAULLE
- Sentenza 208/2009 - Presidente AMIRANTE,  
Relatore CRISCUOLO

Sentenza 274/2009 - Presidente AMIRANTE,  
Relatore FRIGO  
Ordinanza 287/2009 - Presidente AMIRANTE,  
Relatore CRISCUOLO



## Sitografia

[www.abuondiritto.it](http://www.abuondiritto.it)

A *Buon Diritto* nasce nel 2001 allo scopo di promuovere alcune questioni di grande rilievo pubblico, relative all'esercizio di diritti riconosciuti dal nostro ordinamento, ma non adeguatamente tutelati; o il cui riconoscimento viene messo in mora o contrastato o ritardato nei fatti.

[www.associazioneantigone.it](http://www.associazioneantigone.it)

*Antigone*, associazione “per i diritti e le garanzie nel sistema penale”, è nata alla fine degli anni Ottanta nel solco dell’omonima rivista contro l’emergenza, promossa, tra gli altri, da Massimo Cacciari, Stefano Rodotà e Rossana Rossanda. È 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.

[www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it)

*Cittadinanzattiva onlus* è un movimento di partecipazione civica che opera in Italia e in Europa per la promozione e la tutela dei diritti dei cittadini e dei consumatori. Ha promosso il Tribunale per i diritti del malato ed il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei malati cronici

[www.cpt.coe.int/italian.htm](http://www cpt coe int/italian.htm)

il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (Cpt) è stato istituito in virtù della "Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti": entrata in vigore nel 1989.

Il Cpt non è un organo investigativo, bensì uno strumento non giudiziario, a carattere preventivo, destinato a proteggere le persone private della libertà dalla tortura e da altre forme di maltrattamenti. Affianca e completa in tal modo le attività giudiziarie della Corte europea dei diritti dell'uomo.

[detenutoignoto.blogspot.com/](http://detenutoignoto.blogspot.com/)

*Il Detenuto Ignoto* è un'associazione radicale che nasce con l'intento di affermare e promuovere i diritti dei cittadini detenuti, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 27 della Costituzione italiana. Animatrice di importanti iniziative, attraverso lo studio delle realtà e delle politiche del sistema penitenziario italiano, la consulenza e la produzione legislativa, il coordinamento di comitati, l'organizzazione di seminari, convegni, eventi e manifestazioni.

[www.ecn.org/telviola/](http://www.ecn.org/telviola/)

*Telefono Viola* fornisce informazioni sui propri diritti alle persone che si sono rivolte o che hanno a che fare con i servizi di psichiatria. Raccoglie denunce di maltrattamenti Tso (Trattamenti sanitari obbligatori), elettroshock, facili somministrazioni di farmaci, minacce, abusi, vassazioni da parte del personale medico-infermieristico (sia di strutture pubbliche che private). Processi di interdizione, assistenza legale a seguito di internamento in istituzioni totali – Opg (Ospedali psichiatrici giudiziari).

[www.fondazionebasaglia.it](http://www.fondazionebasaglia.it)

Per mantenere viva la conoscenza del lavoro e degli scritti di Franco Basaglia e di Franca On-

garo Basaglia e l'attenzione verso i temi del loro impegno e sul movimento internazionale di critica della psichiatria e delle istituzioni.

[www.lucacoscioni.it](http://www.lucacoscioni.it)

*L'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica* è stata fondata il 20 settembre 2002 da Luca Coscioni, malato di sclerosi laterale amiotrofica e leader politico radicale della campagna per la libertà di ricerca sulle cellule staminali embrionali, per «promuovere la libertà di cura e di ricerca scientifica, l'assistenza personale autogestita e affermare i diritti umani, civili e politici delle persone malate e disabili».

[www.news-forumsalutemente.it](http://www.news-forumsalutemente.it)

*Forum salute mentale* per ridurre la dissociazione che molti da tempo avvertono tra enunciati e pratiche nel campo delle politiche della salute. Forum salute mentale altro non è che una piazza in cui dar voce alle persone.

[www.notizieradicali.it](http://www.notizieradicali.it), da cui ho attinto numerose, preziose informazioni.

[www.psichiatriademocratica.com](http://www.psichiatriademocratica.com)

*Psichiatria democratica* ha lo scopo di rinnovare e mantenere vivo l'impegno etico-politico

contro l'emarginazione, l'esclusione, la segregazione perseguiendo in particolare il superamento delle istituzioni totali, pubbliche e private, sia civili che giudiziarie, promuovendo le iniziative per lo svuotamento ed il superamento degli ospedali psichiatrici ancora funzionanti, dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, per l'abolizione dei convenzionamenti con le cliniche psichiatriche private.

[www.radioradicale.it](http://www.radioradicale.it)

Un archivio con 382.094 media (cassette, nastri, mp3, real audio/video) che rappresentano le fonti sonore dei più importanti avvenimenti della storia istituzionale, politica, sociale e culturale italiana a partire dalla fine degli anni Settanta. 252.959 interventi di 152.545 oratori per oltre 50.000 interviste, 13.000 udienze dei più importanti processi degli ultimi due decenni, 2500 tra congressi di partiti, associazioni o sindacati, più di 15.000 tra dibattiti e presentazioni di libri, oltre 5000 tra comizi e manifestazioni, 15.000 conferenze stampa e più di 8000 convegni.

[www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)

*Ristretti orizzonti* è una rivista concepita e prodotta all'interno della Casa di reclusione di Pa-

dove nella quale, da più di dieci anni, esistono tre diversi gruppi di lavoro che sono impegnati nella ricerca e nella produzione di materiale informativo sul carcere. Nel 2010 sono stati prodotti tra l'altro sette numeri della rivista *Ristretti orizzonti* (con tiratura di 2000 copie per numero); 310 edizioni della newsletter quotidiana on-line, inviata ad oltre 7500 iscritti; oltre 200 fascicoli della Rassegna stampa cartacea sul carcere e il disagio sociale.

[www.stopopg.it](http://www.stopopg.it)

Riteniamo sia improcrastinabile porre fine allo scandalo degli Opg e che sia possibile farlo all'interno dell'attuale normativa. Perché, come afferma la nostra Costituzione, «la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». StopOpg è promossa da Forum salute mentale, Forum per il diritto alla salute in carcere, Cgil nazionale, Fp Cgil nazionale, Antigone, Centro Basaglia (Ar), Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo F. Basaglia, Coordinamento garanti territoriali diritti dei detenuti, Fondazione Franco e Franca Basaglia, Forum droghe, Psichiatria democratica, Società della ragione, Unasam, Associazione "A buon diritto", Sos Sanità, Cittadinanzattiva, Gruppo Abele,

Gruppo solidarietà, Cnca Coord. Naz. Comunità, Fondazione Zancan, Conferenza Naz. Volontariato Giustizia, Itaca Italia, Cnnd Coord. Naz. nuove droghe, Arci, Auser.

[www.senato.it/leg/16/BGT/Schede/Commissioni/0-00084.htm](http://www.senato.it/leg/16/BGT/Schede/Commissioni/0-00084.htm)

La pagina della *Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale del Senato*, presieduta dal Sen. Ignazio Marino.

[www.camera.it/126?pdl=919](http://www.camera.it/126?pdl=919)

La pagina dove trovare le discussioni sulle proposte di legge relative alle *Disposizioni in materia di tutela della salute mentale e per la difesa dei diritti dei cittadini con disturbi mentali*.



## Ringraziamenti

A Franco Basaglia che ha acceso un faro su persone che non erano considerate tali e di conseguenza trattate come delle cose e ha restituito loro dignità e un possibile percorso di vita. E a chi ha perseverato con Psichiatria democratica, guidata dal segretario e dal presidente nazionale Emilio Lupo e Gigi Attenasio.

A Marco Pannella, per le sue lotte con il Partito radicale e per le tante altre cose che mi e ci ha donato. Ai miei compagni e alle mie compagne radicali, e particolarmente a Valter Vecellio per la sua pazienza e generosità.

A tutti coloro che, oltre ai pochi parlamentari che sono citati nel capitolo “Matti in parlamento”, continuano a tenere i fari accesi sul carcere e sugli Opg in particolare.

Alla piattaforma Stop Opg, per l’abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari e le associazioni che l’hanno promossa e quelle che vi hanno aderito.

Ai funzionari del Servizio biblioteca – Ufficio legislazione straniera della Camera dei deputati per il loro lavoro che ho utilizzato nella stesura dei capitoli 6 e 7.

Errori e imprecisioni, mi auguro lievi e spero non gravi, sono ovviamente da addebitare a me sola.

Ai consigli preziosi di Maurizio Turco che è sempre stato disponibile a dirimere i miei dubbi durante la stesura di questo libro.

Un ringraziamento particolare a Sergio Staino, per avermi regalato la sua testimonianza e le sue bellissime illustrazioni che parlano meglio e più delle parole; gliele ho chieste “per subito”, e “subito” sono arrivate.

Ancora un grazie e un saluto a Luca e all’Associazione che volle fondare quando era ancora con noi – *Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica* – con la quale attraverso il suo corpo di malato voleva giungere al cuore della politica. Ho constatato che Luca, insieme a Piergiorgio Welby, ha raggiunto il cuore di tante e tanti che sono diventati militanti per ottenere vere e durature riforme per il bene di tutti.

A mia madre e alle altre donne della famiglia Luisella e Paola. A Pietro e Andrea e allo “spirito” di mio padre.



Finito di stampare a giugno 2011

presso Puntoweb

via Variante di Cancelliera snc - Ariccia (RM)

Printed in Italy

